

Université de Montréal

**Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter
les interventions de courte durée en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier de milieux hospitaliers**

Par

Mario Lepage

Département de médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de Ph. D.

en Santé publique

option Promotion de la santé

Décembre 2009

© Mario Lepage, 2009

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée
en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de milieux hospitaliers

présentée par :
Mario Lepage

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Nicole Dedobbeleer, président-rapporteur

Lise Renaud, directrice de recherche

François Champagne, codirecteur

José Côté, membre du jury

Fernand Turcotte, examinateur externe

Raynald Pineault, représentant du doyen de la FES

Résumé

Introduction : Les résultats de recherches ont démontré que la cessation tabagique augmente là où des interventions professionnelles préventives sont appliquées avec constance. On rapporte qu'au Québec, 62 % des infirmières (toutes pratiques confondues) évaluent le statut tabagique de leurs clients et 38 % suggèrent la cessation tabagique. En milieu hospitalier, l'évaluation du statut tabagique diminue à 30 %. Or, le personnel infirmier hospitalier est présent dans les unités de soins 24 heures sur 24, ce qui laisse prévoir une influence potentielle non négligeable dans la décision des patients de cesser de fumer. Objectif : La présente recherche a pour objectif de comparer, avec un groupe contrôle, l'efficacité de stratégies (formation interactive, rappel, multiple) pour augmenter les interventions réalisées en cessation tabagique dans des unités de médecine et de chirurgie. Le choix de ces stratégies repose sur leur efficacité et leur potentiel d'implantation dans d'autres centres. Méthodologie : Un devis expérimental avec randomisation par groupe a été choisi. Le modèle factoriel permet d'évaluer l'effet de chacun des groupes expérimentaux en regard du groupe contrôle. Des mesures préstratégiques et poststratégiques (à 1 mois et à 3 mois) sont privilégiées. Plusieurs outils permettent de mesurer les effets des stratégies et ce, avec des sources diversifiées (personnel infirmier, patients, dossiers des patients, questionnaires et responsables des centres d'abandon du tabac). Résultats : Au total, 156 infirmières et infirmières-auxiliaires ont répondu à des questionnaires au temps 1, 78 au temps 2 et 69 au temps 3. Parallèlement au personnel infirmier, 156 patients ont été rejoints au temps 1, 89 au temps 2 et 98 au temps 3. Les résultats démontrent que le personnel infirmier évalue le statut tabagique chez 35,7 % de la clientèle seulement et la motivation à cesser de fumer chez 17,6 % des patients. Au cours de notre recherche, peu d'interventions en cessation tabagique ont été réalisées dans les unités de médecine et de chirurgie; la présence de plusieurs obstacles de même qu'une perception d'inefficacité des interventions de la part du personnel infirmier semblent en être les causes. Les résultats de notre recherche ne nous a pas permis d'appuyer nos hypothèses.

Cependant, des analyses complémentaires ont démontré que la stratégie de formation interactive a permis d'augmenter certaines pratiques cliniques à court terme et de diminuer la perception d'obstacles à l'intervention. Le rappel n'a pas fonctionné correctement et n'a pu être évalué. Conclusion : En considérant les résultats modestes des stratégies implantées, la formation interactive a eu un impact à très court terme sur les interventions courtes en cessation tabagique réalisées par le personnel infirmier d'unités de soins en médecine et en chirurgie. Les difficultés rencontrées lors de l'implantation des stratégies ont été expliquées, ce qui permettra une planification plus éclairée de futures recherches dans le domaine.

Mots-clés : Intervention éducative; cessation tabagique; tabac; stratégie multiple; devis expérimental; attitude; perception de contrôle; infirmière.

Cette recherche a été menée grâce à l'obtention

* de deux bourses d'études :

- Bourse 2007-2008 de 39 000 \$ du Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport;
- Bourse 2008-2009 de 39 000 \$ du Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport;

* d'une subvention de recherche :

- 40 000 \$ de la Financière SunLife;

* et des contributions financières de :

- Pfizer Canada, pour les repas et les collations lors des formations interactives (valeur de 2 000 \$);
- l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, pour les volumes *Counseling en abandon du tabac* (valeur de 1 700 \$).

Abstract

Introduction : Research results demonstrate a decrease in cigarette smoking when preventive professional interventions are routinely carried out. The Quebec recent literature reports that, nurses from different working areas assess their patient smoking habits 62 % of the time and recommend cessation in only 38 % of the situations. When this assessment is realized by hospital nurses, this percentage drops around 30 %. Knowing that nursing staff is present at the bedside 24 hours a day, a non-negligible influence of tobacco counselling by nurses is of potential interest for hospitalized patients. The objective of the present study is to compare, on medical and surgical units, the effectiveness of three strategies (interactive educational session, recall, and both together) to a control group, on the number of nursing interventions pertaining to cessation of cigarette smoking. Choice of those three strategies is based on reported effectiveness and transferability potential. Research design is experimental with group randomisation. Factorial model opens possibility to assess impact of each of the three strategies versus the control group. Pre and post strategy multi-measurements (at 1 and 3 months) are sought from nursing staff, patients, patient charts, management, nurses in charge of the centers for tobacco cessation. Results : Nursing staff completed questionnaires at time 1 (N = 156), at time 2 (N= 78), and at time 3 (N=69). Similarly, 156 patients were interviewed at time 1, 89 at time 2, and 98 at time 3. Results show that nursing staff assesses cigarette smoking habits for only 35,7 % of the patients, and their intent to stop smoking only 17,6 % of the time. Very few tobacco counselling interventions are carried out on medical and surgical units by nursing staff. Some barriers are identified, and nursing staff perceives a non-self-efficacy with regard to those interventions. Results do not allow confirmation of hypotheses. However, complementary statistical analyses show that the educational strategy increases the number of nursing interventions during a short period, and decreases perception of barriers to tobacco counselling. Impact of recall could not be assessed as it was not introduced as planned. Conclusion : Considering modest results from the strategies, the interactive

educational sessions shows a short term effect on the nursing staff's interventions,. The difficulties encountered during implementation of the strategies have been explained, which will be useful when planning future research in tobacco cessation.

Keywords : Educational intervention; tobacco cessation; tobacco; multiple strategies; experimental design; attitude; self-efficacy; nursing.

This research was funded from different sources :

* two scholarship from the Quebec government:

- 2007-2008, \$ 39,000 from the Ministry of Education, Leisure and Sports,
- 2008-2009, \$ 39,000 from the Ministry of Education, Leisure and Sports,

* one research grant:

- \$ 40,000 from SunLife insurance company,

* and financial contributions from:

- Pfizer Canada, for lunches and health breaks during the training sessions (\$ 2,000),
- Quebec Provincial Order of Nurses, for booklets on tobacco cessation counselling, *Counseling en abandon du tabac* (\$1,700).

Table des matières

Table des matières.....	vii
Liste des tableaux.....	xiii
Liste des figures.....	xv
Liste des abréviations.....	xvi
Introduction.....	1
Chapitre 1 Problématique.....	4
1.1 But de notre étude.....	12
1.2 Objectifs.....	12
Chapitre 2 Recension des écrits.....	14
2.1 Consommation tabagique.....	14
2.1.1 Prévalence du tabac.....	15
2.1.2 Effets du tabagisme sur la santé.....	18
2.1.3 Coûts sur le système de santé.....	20
2.1.4 Facteurs sociodémographiques et environnementaux liés au tabagisme.....	21
2.1.5 Dépendance tabagique.....	24
2.2 Cessation tabagique.....	30
2.2.1 Facteurs influençant la cessation tabagique.....	30
2.2.2 Approches en cessation tabagique.....	35
2.2.3 Pratiques individuelles en cessation tabagique.....	41
2.3 Rôle du personnel infirmier en matière de cessation tabagique.....	48
2.3.1 Pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique.....	49
2.3.2 Obstacles identifiés à l'intervention.....	63
2.3.3 Caractéristiques du personnel infirmier influençant les pratiques cliniques en cessation tabagique.....	64
2.3.4 Caractéristiques des patients influençant les pratiques cliniques en cessation tabagique du personnel infirmier.....	69
Chapitre 3 Cadre de référence.....	73

3.1 Modifier les pratiques cliniques en cessation tabagique du personnel infirmier	73
3.1.1 Théories explicatives des changements des pratiques cliniques en cessation tabagique	74
3.1.2 Stratégies en pratiques préventives	81
3.1.3 Stratégies retenues.....	92
3.2 Fondements théoriques de la formation interactive	109
3.3 Fondements théoriques du rappel	113
3.4 Fondements théoriques de la stratégie multiple	113
3.5 Hypothèses de recherche.....	114
Chapitre 4 Méthodologie	115
4.1 Devis de recherche quantitatif.....	115
4.2 Méthode d'observation qualitative.....	117
4.3 Choix des milieux	118
4.4 Instruments de mesure et opérationnalisation des variables	121
4.4.1 PIPECT : Questionnaire du personnel infirmier sur les pratiques cliniques en cessation tabagique.....	121
4.4.2 PAPP ICT : Questionnaire – entrevue des patients et données dans les dossiers des patients	134
4.4.3 GUSPP ICT : Questionnaire du gestionnaire d'unité de soins sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique.....	135
4.4.4 CATPPICT : Questionnaire du responsable du centre d'abandon du tabac sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique.....	136
4.5 Population à l'étude et méthode d'échantillonnage	136
4.5.1 Population 1 : Personnel infirmier	137
4.5.2 Population 2 : Patients hospitalisés et dossiers	140
4.5.3 Population 3 : Gestionnaires des unités de soins	141
4.5.4 Population 4 : Responsables des CAT	141
4.6 Déroulement de l'étude.....	142

4.6.1 Recrutement des participants à l'étude	142
4.6.2 Formation des assistantes de recherche.....	143
4.6.3 Déroulement de la collecte des données au temps 0	144
4.6.4 Implantation des stratégies.....	146
4.6.5 Collecte des données aux temps 1 et 2.....	147
4.6.6 Bilan de l'étude	147
4.7 Plan des analyses.....	147
4.7.1 Analyses quantitatives.....	147
4.7.2 Analyses qualitatives.....	149
4.8 Considérations éthiques	149
4.9 Validité et limites de l'étude	150
Chapitre 5 Élaboration et validation des questionnaires.....	153
5.1 PIPECT : Questionnaire du personnel infirmier sur les pratiques cliniques en cessation tabagique.....	153
5.1.1 Préparation des concepts-clés du PIPECT	154
5.1.2 Élaboration du questionnaire PIPECT	155
5.1.3 Validité et fidélité du questionnaire PIPECT.....	160
5.1.4 Corrélations.....	165
5.1.5 Questionnaire final PIPECT.....	170
5.2 PAPP ICT : Questionnaire-entrevue des patients et données dans les dossiers des patients	170
5.2.1 Préparation des concepts-clés du PAPP ICT	170
5.2.2 Élaboration du questionnaire PAPP ICT	170
5.2.3 Résultats de la validation du questionnaire PAPP ICT.....	171
5.2.4 Questionnaire final PAPP ICT	172
5.3 GUSPPICT : Questionnaire du gestionnaire d'unité de soins sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique.....	173
5.3.1 Élaboration du questionnaire GUSPPICT.....	173

5.3.2 Résultats de la validation du questionnaire GUSPPICT	173
5.3.3 Questionnaire final GUSPPICT	174
5.4 CATPPICT : Questionnaire du responsable du centre d'abandon du tabac sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique.....	175
5.4.1 Élaboration du questionnaire CATPPICT	175
5.4.2 Résultats de la validation du questionnaire CATPPICT	175
5.4.3 Questionnaire final CATPPICT	176
Chapitre 6 Description des stratégies proposées.....	177
6.1 Stratégie de formation interactive	177
6.1.1 Validation de la formation interactive.....	178
6.1.2 Contenu de la formation interactive validée	180
6.2 Stratégie de rappel.....	182
6.3 Résultats de l'implantation des stratégies	183
6.3.1 Résultats de l'implantation de la formation interactive	183
6.3.2 Résultats de l'implantation du rappel.....	186
Chapitre 7 Résultats	188
7.1 Description de l'échantillon	189
7.1.1 Personnel infirmier.....	189
7.1.2 Patients	196
7.2 Évaluation des stratégies.....	204
7.2.1 Interventions courtes en cessation tabagique	204
7.2.2 Théorie du comportement planifié.....	212
Chapitre 8 Discussion et recommandations	219
8.1 Taux de réponse	220
8.1.1 Personnel infirmier.....	220
8.1.2 Patients	224
8.2 Comparaison des groupes de l'étude.....	225
8.2.1 Personnel infirmier.....	225

8.2.2 Patients	227
8.3 Pratiques cliniques en cessation tabagique	229
8.4 Vérification des hypothèses	232
8.4.1 Hypothèse 1	233
8.4.2 Hypothèse 2	236
8.4.3 Hypothèse 3	238
8.4.4 Hypothèse 4	240
8.4.5 Groupe contrôle	241
8.5 Validation des résultats	243
8.5.1 Implantation des stratégies	243
8.5.2 Validation des résultats	245
8.5.3 Impact de notre étude	246
8.6 Recommandations	247
Conclusion	252
Bibliographie	255
Annexe I Autorisation	xxi
Annexe II Guide d’entrevue des gestionnaires lors du groupe de discussion	xxv
Annexe III Lettres types d’intention de participer à l’étude	xxvii
Annexe IV Lettre type pour le personnel infirmier	xxx
Annexe V Certificats éthiques	xxxiii
Annexe VI Formulaires de consentement	xlii
Annexe VII Résultats du questionnaire de l’étude pilote pour identifier les concepts indirects	xcv
Annexe VIII Lettres à l’intention des experts pour la validation des outils et de la formation interactive	cix
Annexe IX Résultats de la validation des questionnaires	cxiv
Annexe X Matrice de corrélation des items du modèle du comportement planifié	cxxxi
Annexe XI Questionnaires	cxl

Annexe XII Résultats de la validation de la formation.....	clxv
Annexe XIII Cahier du formateur et la présentation PowerPoint.....	clxviii
Annexe XIV Feuille de rappel	cxciii
Annexe XV Bilan de la formation interactive.....	cxcvi
Annexe XVI Gestionnaire.....	ccii
Annexe XVII Responsables des centres d'abandon du tabac	cev

Liste des tableaux

Tableau I : Pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels, selon le territoire et la région sociosanitaire du Québec, population à domicile de 12 ans et plus en 2007	16
Tableau II : Pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels au Québec selon le groupe d'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le revenu et l'ethnicité.....	22
Tableau III : Classification des modèles pour expliquer la dépendance selon DiClemente (2003).....	26
Tableau IV : Facteurs influençant la cessation tabagique.....	31
Tableau V : Buts des interventions spécifiques en cessation tabagique selon les étapes de changement du modèle de Prochaska et DiClemente	47
Tableau VI : Pratiques cliniques en cessation tabagique selon les médecins, les infirmières et les infirmières auxiliaires	51
Tableau VII : Caractéristiques des médecins et des infirmières influençant les pratiques cliniques en cessation tabagique	65
Tableau VIII : Caractéristiques des patients influençant les pratiques cliniques en cessation tabagique	70
Tableau IX : Stratégies d'intervention selon le degré d'efficacité relevé dans la revue de la littérature	83
Tableau X : Modèle factoriel pour notre étude	117
Tableau XI : Informations obtenues du personnel infirmier lors des formations	118
Tableau XII : Intérêt des milieux à participer et raisons invoquées pour ne pas participer à notre étude.....	119
Tableau XIII : Répartition des sources des données selon les dimensions, les concepts et les variables à l'étude	124
Tableau XIV : Population cible du personnel infirmier, des patients, des gestionnaires et des responsables des CAT.....	137
Tableau XV : Puissance statistique selon le n (par groupe) et la taille de l'effet avec un alpha de 0,05	139

Tableau XVI : Utilisation des échelles unipolaires et bipolaires selon les auteurs.....	157
Tableau XVII : Mesure de fidélité des concepts de la théorie du comportement planifié.	164
Tableau XVIII : Matrice de corrélation entre les concepts de la théorie du comportement planifié (n=157).....	166
Tableau XIX : Nombre d'items du questionnaire PIPECT dans le processus de sa validation	167
Tableau XX : Nombre d'items du questionnaire PAPP ICT avant et après validation de contenu	172
Tableau XXI : Nombre d'items du questionnaire GUSPP ICT avant et après validation de contenu	174
Tableau XXII : Nombre d'items du questionnaire CATPP ICT avant et après validation de contenu	176
Tableau XXIII : Évaluation des sections de la formation selon une échelle de Likert de 1 à 6	179
Tableau XXIV : Contenu de la formation interactive.....	181
Tableau XXV : Évaluation des items reliés à la formation interactive.....	184
Tableau XXVI : Variables sociodémographiques, variables reliées à l'emploi et comportement tabagique du personnel infirmier par stratégie (hôpitaux).....	192
Tableau XXVII : Variables sociodémographiques, comportement tabagique et variables liées à l'hospitalisation des patients par stratégie, peu importe le moment de la collecte des données	199
Tableau XXVIII : Pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique selon les trois collectes des données.....	206
Tableau XXIX : Concepts du comportement planifié selon les trois collectes des données	214

Liste des figures

Figure 1 : Tendances au Québec, 1987-2007.....	17
Figure 2 : Approche intégrée du gouvernement québécois.....	38
Figure 3 : Le modèle d’Ajzen	79
Figure 4 : Cadre de référence de la présente étude	112
Figure 5 : Taux de réponse du personnel infirmier selon les stratégies et les collectes des données.....	190
Figure 6 : Taux de réponse des patients selon les stratégies et les collectes des données .	197
Figure 7 : Impact de la formation interactive.....	233
Figure 8 : Impact du rappel	237
Figure 9 : Impact de la stratégie multiple.....	239

Liste des abréviations

Aact	Attitudes
AIIAO	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
ATCD	Antécédents médicaux et chirurgicaux
b	Croyances individuelles aux résultats du comportement
bXe	Croyances comportementales
BPCO	Bronchopneumonies obstructives chroniques
c	Croyances au sujet de la présence de facteurs qui facilitent ou nuisent à la performance
cXp	Croyances de contrôle
CAT	Centre d'abandon du tabac
CATPPICT	Questionnaire du responsable du centre d'abandon du tabac sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de Santé et de Services sociaux
DRH	Direction des ressources humaines
DSI	Direction des soins infirmiers
DSP	Direction de la santé publique
e	Croyances aux évaluations des conséquences du résultat
ESCC	Enquête sur la santé des collectivités canadiennes
ESUTC	Enquête sur l'usage du tabac au Canada
GUSPPICT	Questionnaire du gestionnaire d'unité de soins sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique
I	Intention
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IVC	Indice de validité de contenu

mc	Motivation à se conformer aux normes sociales
nb	Croyances aux opinions des autres
nbXmc	Croyances normatives
NS	Normes sociales
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
p	Perception de contrôle sur les facteurs qui facilitent ou nuisent à la performance
PAPPICT	Questionnaire-entrevue des patients sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique
PBC	Perception de contrôle du comportement
PIPECT	Questionnaire du personnel infirmier sur les pratiques cliniques en cessation tabagique
PQAT	Programme québécois d'abandon du tabac
PQLT	Programme québécois de lutte contre le tabagisme
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSI	Responsable des soins infirmiers

Cette thèse de doctorat est dédiée à :
mon conjoint, Gilles Proulx,
mon père, Guy Lepage, et
ma défunte mère, Anne-Marie St-Jean.

« Learn from yesterday, live for today, hope for tomorrow.

The important thing is not to stop questioning. »

Albert Einstein

Remerciements

Avant d'entreprendre l'aventure de plusieurs années d'études doctorales, on ressent de l'excitation comme lorsqu'on monte dans des montagnes russes. Une fois dans le manège, on ressent du plaisir, des émotions fortes, des moments moins excitants où l'on voudrait tout arrêter, de l'appréhension pour ce qui nous attend au prochain tournant. Cette aventure s'apparente beaucoup aux émotions vécues durant les études doctorales, sauf que celles-ci durent plus longtemps! Pour parvenir au terme de l'aventure, des guides sont nécessaires et je désire souligner leur implication.

J'aimerais remercier tout d'abord ma directrice, Lise Renaud, et mon codirecteur, François Champagne, de m'avoir lu, relu, corrigé et guidé durant toutes ces années. Ils ont été une grande inspiration tout au long de ce processus. Dans les moments de découragement, ils ont été l'étincelle qui a ravivé la flamme.

Un soutien financier obtenu durant cette recherche m'a permis d'effectuer plus sereinement ce projet. Merci au Ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports (MELS) du Québec de m'avoir accordé deux bourses d'études de 39 000 \$ chacune. Merci à la Financière Sun Life pour la subvention de recherche de 40 000 \$. Merci à Pfizer Canada d'avoir offert les repas et les collations lors des formations interactives (valeur de 2 000 \$). Enfin, merci à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec d'avoir offert les volumes *Counseling en abandon du tabac* remis aux participants lors de la formation interactive (valeur de 1 700 \$).

Nous ne pouvons passer sous silence la contribution de ma famille et de mes amis. Des études doctorales, par leur intensité et leur durée, ont des répercussions immédiates sur la vie sociale de nos proches. Un merci tout spécial à mon compagnon de vie, Gilles Proulx, qui m'a soutenu tout au long de ces années et, surtout, qui a compris l'importance de ce projet à mes yeux. Merci à mon père, Guy Lepage, et à sa compagne, Irène Bélanger, à ma sœur Guylaine et à mon frère Yvan pour leur soutien psychologique constant. Un merci tout spécial à ma collègue de travail et amie, Louise Dumas, pour ses

encouragements à poursuivre, ses lectures et relectures, de même que ses conseils judicieux tout au long de ces années; elle était passée par là et savait comment me soutenir dans cette belle, mais longue aventure.

Ce projet a vu le jour grâce à des professionnels qui ont cru et encouragé l'étude. Merci tout spécialement à Céline Thibault, responsable du dossier tabac à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, d'avoir soutenu ce projet dès le départ. Merci à Josée Charlebois, Pauline Fortin, Martine Gilbert et Claude Poulin des directions de santé publique; ils ont offert le soutien requis au chercheur dans les milieux. Merci à Ghislaine Boucher, Gilles Coulombe, Carmen Millar et Ann Waters des directions des soins infirmiers des milieux qui ont participé à l'étude. Merci à Nicole Lafrance et à Nicole Tanguay d'avoir accepté de participer au projet après l'abandon d'un milieu. Merci à Marie-Claude Dubé, conseillère à la directrice des soins infirmiers, d'avoir servi de point d'entrée dans l'un des milieux. Un merci tout spécial à tous les infirmiers-chefs et infirmières-chefs des unités de soins qui ont participé activement à l'étude, soit par la distribution et la collecte des questionnaires, soit par les nombreux rappels au personnel infirmier.

Merci à Gaston Godin, chercheur en sciences infirmières à l'Université Laval, pour ses précieux conseils lors de l'élaboration des questionnaires. Merci à Ginette Coutu Wakulczyk, John William Kayser, Michel Perreault et Michèle Tremblay pour le temps consacré à valider les questionnaires. Merci à Josée Charlebois, Louise Dumas, John William Kayser, Martine Gilbert, Claude Poulin, Chantal St-Pierre et Hélène Sylvain pour la validation de la formation interactive.

Merci à Naila Legault-Beauchamp, Éric Vachon et Patrick Violette qui ont été des assistants de recherche précieux. Merci à tous les autres assistants de recherche qui ont participé à la collecte des données. Enfin, merci à toutes les personnes qui ont participé à cette étude.

Introduction

Identifier les patients fumeurs et leur motivation à cesser de fumer, les conseiller dans leur démarche de cessation tabagique et les référer à un Centre d'abandon du tabac (CAT) constituent des interventions de courte durée qui exigent peu de frais (Gordon, Andrews, Lichtenstein, Severson et Akers, 2005), mais qui sont efficaces pour aider les personnes à cesser de fumer (Lancaster et Stead, 2005; Tremblay et Gervais, 2001; World Health Organization, 2003b). Au Québec, depuis l'adoption de la *Loi sur le tabac*, les patients ne peuvent plus fumer dans un centre hospitalier et ils doivent donc modifier leur habitude de consommation durant leur hospitalisation. D'ailleurs, on sait que plusieurs fumeurs décident de cesser de fumer à la suite d'un problème de santé (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2006). Le personnel infirmier désigne les professionnelles (infirmières et infirmières auxiliaires) constamment présentes dans les unités de soins. On peut donc penser qu'elles exercent une influence non négligeable dans la décision des patients de cesser de fumer. Or, les infirmières (toutes pratiques confondues) évaluent le statut tabagique des patients dans 62 % des cas seulement (Tremblay, Cournoyer, Jukic et O'Loughlin, 2006) et ce taux diminue à 30 % en milieu hospitalier (McCarty, Hennrikus, Lando et Vessey, 2001). Notre projet de recherche visait à vérifier si le personnel infirmier œuvrant dans une unité de soins en centre hospitalier de courte durée pouvait réaliser des interventions de courte durée afin d'influencer la décision d'arrêter de fumer des patients hospitalisés. Plus précisément, il devait servir à évaluer l'efficacité de trois stratégies : la formation interactive, les rappels et une stratégie multiple (formation interactive couplée de rappels) pour tenter d'augmenter le nombre d'interventions de courte durée.

Notre thèse de doctorat comprend huit chapitres. Le chapitre un présente la problématique de notre recherche. Il situe l'efficacité des interventions de courte durée en cessation tabagique et le rôle du personnel infirmier dans la réalisation de ces interventions. Nous ferons état des interventions réalisées du personnel infirmier, toutes pratiques confondues, en milieu hospitalier. Nous tenterons d'expliquer pourquoi le nombre d'interventions de courte durée est peu élevé. Nous terminerons ce chapitre en précisant le

but de notre étude, soit de comparer trois stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique réalisées par le personnel infirmier en milieu hospitalier.

Le chapitre deux présente la recension des écrits en matière de tabagisme. La littérature traitant de cette question est très volumineuse. Nous aborderons la consommation actuelle du tabagisme, soit la prévalence du tabac, les effets sur la santé, les coûts sociaux, les facteurs d'influence liés à la consommation et la dépendance tabagique. Par la suite, nous traiterons de la cessation tabagique sous l'angle des différentes approches en vue de diminuer la consommation et des facteurs qui influencent la cessation tabagique. Nous discuterons du rôle du personnel infirmier en décrivant leurs interventions professionnelles de même que les caractéristiques du personnel infirmier et des patients en cessation tabagique.

Le chapitre trois présente le cadre de référence de notre étude. Nous discuterons du changement des pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique. Nous examinerons les théories du changement de comportement et les stratégies préventives en vue de modifier le nombre d'interventions de courte durée réalisées en cessation tabagique. Le cadre de référence tient compte de la théorie du comportement planifié et des trois stratégies retenues. Nous expliquerons chacune des stratégies et son influence sur les pratiques cliniques en cessation tabagique. Nous terminerons en élaborant quatre hypothèses de recherche.

Le chapitre quatre présente la méthodologie choisie pour notre étude. Nous avons opté pour un devis expérimental avec randomisation par groupe. Comme il y a trois stratégies, nous avons privilégié la méthode factorielle avec mesure avant et après (à un mois et à trois mois) avec différentes sources de données (personnel infirmier, patients, dossiers, questionnaires et responsables des centres d'abandon du tabac). Nous décrivons la population à l'étude et le déroulement de notre recherche. Enfin, nous présenterons le plan des analyses ainsi que les aspects éthiques et les limites de notre étude.

Le chapitre cinq présente les questionnaires utilisés. Comme aucun questionnaire français validé pour effectuer notre étude n'avait été répertorié selon nos souhaits, nous avons dû élaborer des questionnaires pour nos besoins. Nous décrirons de quelle façon nous les avons bâtis à la suite d'une étude préliminaire pour identifier les croyances du personnel infirmier, puis comment nous les avons validés au moyen de deux études pilotes.

Le chapitre six décrit les trois stratégies retenues pour notre étude. Tout d'abord, nous traiterons de la stratégie de formation interactive et du processus de validation de la formation par des experts. Par la suite, nous ferons état de la stratégie de rappel et de la préparation de son implantation dans les hôpitaux. Enfin, nous évaluerons l'implantation des stratégies.

Le chapitre sept présente les résultats de notre recherche en deux parties. Tout d'abord, nous ferons une description de chacune des sources de données. Par la suite, nous tracerons le portrait des interventions du personnel infirmier selon les résultats tirés des questionnaires du personnel infirmier, des entrevues des patients et des dossiers. Enfin, nous exposerons dans quelle mesure nos hypothèses ont été vérifiées.

Le dernier chapitre rapporte notre discussion des résultats et nos recommandations à la lumière de ces résultats. Nous les documenterons avec la littérature recensée, mais aussi avec les résultats des analyses qualitatives réalisées durant notre recherche. Nous terminerons en formulant des recommandations selon quatre axes : la pratique, la gestion, la recherche et la clinique.

Chapitre 1

Problématique

La prévalence du tabagisme constitue un sérieux problème de santé publique (Kayser et Thibault, 2006; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001; Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b) dans les pays industrialisés et en voie de développement. On dénombre dans le monde 1,3 milliard de fumeurs de 15 ans et plus, et ce nombre augmente continuellement (World Health Organization, 2007c). En effet, l'Organisation mondiale de la santé (2007c) prévoit qu'il y aura 1,7 milliard de fumeurs en 2020. Au Canada, une personne sur cinq (21,9 %) fumait en 2007, alors qu'au Québec, c'était une personne sur quatre (25,1 %) (Statistique Canada, 2008). La prévalence du tabagisme varie de 21,3 % à 29,8 % dans les régions administratives du Québec (Statistique Canada, 2008).

Malgré ces chiffres alarmants, nous observons une lente diminution du tabagisme au Canada depuis 1987. Le tabagisme demeure néanmoins un problème important puisqu'il entraîne des effets néfastes sur la santé des Canadiens. Il est en effet responsable de plusieurs types de cancers, de maladies pulmonaires et de maladies cardiovasculaires (Benowitz, 2008; Edwards, 2004; Fagerstrom, 2002; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 2005, 2006b). Au Québec, le taux de mortalité relié au tabagisme atteint 24,6 % (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b). Les effets du tabac sur la santé de la population ont un impact important sur les coûts directs et indirects du système de santé. Au Québec, ces coûts ont doublé en 10 ans (1992 à 2002), passant de 2,4 milliards à 4 milliards de dollars par année (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b). Avec l'alourdissement de la clientèle, le personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires) œuvrant en milieu hospitalier de courte durée intervient auprès de patients porteurs de diagnostics associés directement au tabagisme actif ou passif. Le personnel infirmier est en contact fréquent avec la clientèle fumeuse hospitalisée. Il a donc l'occasion de constater régulièrement les nombreux méfaits du tabac.

Malgré le nombre élevé de fumeurs et les conséquences du tabagisme sur la santé, chaque année, certains s'initient à l'usage du tabac. Souvent, on commence à fumer pour des raisons sociales (World Health Organization, 2006). Une fois cette habitude prise, il devient difficile de cesser de fumer à cause de la dépendance créée par la nicotine (Benowitz, 1999, 2008; Fagerstrom, 2002). Plusieurs facteurs jouent un rôle important dans la poursuite de ce comportement dépendant. Il s'agit de facteurs biologiques, mais aussi génétiques (World Health Organization, 2007c), environnementaux (Lebargy, 2000) et psychologiques (Siahpush, Borland et Scollo, 2003). La consommation du tabac renforce le comportement dépendant et elle produit une tolérance aux produits qui entraîne son usage répété, malgré les effets indésirables du tabac (Benowitz, 2008; Hatsukami, Stead et Gupta, 2008). D'ailleurs, la dépendance au tabac est maintenant considérée comme une condition chronique (Anderson, Jorenby, Scott et Fiore, 2002; Benowitz, 2008; Centers for Disease Control and Prevention, 2008; Fiore, 2000; Khurana, Batra, Patkar et Leone, 2003; Rigotti, 2002). Or, une diminution de 1 % de la prévalence du tabagisme au Québec apporterait des économies de 10 à 20 millions de dollars par année (Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, 2004c; Groupe d'analyse conseils en économie finance et stratégie, 2002). Pour contrer la dépendance tabagique, la lutte contre le tabac nécessite une approche globale et intégrée (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b).

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) l'a compris et il a inscrit la cessation tabagique parmi les priorités des orientations ministérielles ainsi que des politiques et des programmes de santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001). Il s'est ainsi engagé à : 1) prévenir la consommation tabagique, 2) favoriser la cessation tabagique et 3) protéger la population contre les méfaits du tabac et de la fumée secondaire (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001; Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b).

Dans sa lutte contre le tabac, le MSSS a adopté plusieurs lois et règlements afin de prévenir la consommation tabagique et de protéger les non-fumeurs de la fumée secondaire (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005; Ministère de la Santé et des Services

sociaux, 2005, 2009b). Ces lois ont une influence sur le comportement des fumeurs (Dedobbeleer, Béland, Contandriopoulos et Adrian, 2004; Levy, Chaloupka et Gitchell, 2004; World Health Organization, 2003c, 2007b), car elles sont en fait des approches au niveau populationnel. Au Québec, il est ainsi interdit de fumer dans un centre hospitalier depuis 1999 et à moins de 9 mètres d'un centre de santé depuis 2006 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Les fumeurs hospitalisés doivent donc modifier, au moins temporairement, leurs habitudes tabagiques. Parmi les autres approches populationnelles privilégiées, on trouve les taxes élevées sur les produits du tabac, les restrictions du tabagisme dans les lieux publics (bars, restaurants, etc.), les conditions strictes régissant les étalages, l'interdiction de vendre des produits du tabac aux mineurs, les mises en garde sur les paquets de cigarettes, les publicités et les concours « J'arrête, j'y gagne ».

De plus, le MSSS a mis en place des services de soutien afin d'aider les fumeurs à cesser de fumer ou à maintenir l'abstinence (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 2009d). Ces approches individuelles comprennent une ligne téléphonique, un site Web et des centres d'abandon du tabac (CAT) où des professionnels formés en cessation tabagique offrent du counseling.

Toutes ces approches sont importantes, car après 15 ans de cessation, le taux de mortalité des fumeurs devient semblable à celui des personnes qui n'ont jamais fumé (Fagerstrom, 2002). En 2006, le MSSS a réitéré son engagement d'harmoniser, d'intégrer, d'intensifier et de favoriser l'évaluation des services offerts en cessation tabagique au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b).

Or, pour pouvoir intervenir efficacement, tous les professionnels de la santé, dont le personnel infirmier, ont besoin, entre autres, de formation et d'implication réelle dans la réalisation des objectifs ministériels. À cette fin, l'Institut national de santé publique (INSPQ), le « centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec » (Institut national de santé publique du Québec, 2009), a lancé une démarche avec six ordres professionnels afin d'engager les professionnels de la santé à offrir de l'aide aux fumeurs.

Parmi ces ordres professionnels, on trouve l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) qui a pour rôle d'« assurer la protection du public en contrôlant, notamment, l'exercice de la profession infirmière par ses membres » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009). L'OIIQ s'implique dans cette démarche en structurant le dépistage du tabagisme et l'offre d'un counseling, même bref, par toutes les infirmières (Tremblay et Thibault, 2005). L'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) n'est pas actuellement un ordre ciblé par l'INSPQ pour la démarche actuelle.

Le personnel infirmier joue un rôle de premier plan dans l'évaluation de la clientèle. Le rôle professionnel des infirmières, régi par l'article 36 de la *Loi des infirmières et des infirmiers*, « ... consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements de soins infirmiers, à prodiguer les soins, et les traitements de soins infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir des soins palliatifs » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009c). Les infirmières-auxiliaires sont régies par le *Code des professions* qui stipule qu'elles doivent contribuer à l'évaluation de la clientèle. Elles ne sont pas responsables de cette évaluation, mais elles peuvent effectuer une évaluation très sommaire (par exemple évaluer le statut tabagique du patient, son intérêt à cesser de fumer) et le rapporter à l'infirmière. De plus, le *Code des professions* soutient que la promotion de la santé et la prévention des maladies sont des activités partagées par l'ensemble des professionnels de la santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009a). Donc, l'évaluation du statut tabagique et de l'intérêt du patient à cesser de fumer, et la réalisation d'interventions de courte durée (dans le cadre du Plan québécois d'abandon du tabac) font partie du rôle professionnel du personnel infirmier. D'ailleurs, Coleman (2004), Daniel (2003) et Malone (2005) mentionnent que l'évaluation du statut tabagique devrait faire partie des signes vitaux à évaluer régulièrement.

Des études ont examiné l'évaluation réalisée par les professionnels de la santé et les conseils ou les interventions de courte durée qui s'ensuivent. Ces études ont été majoritairement réalisées en milieu communautaire et avec des médecins. Par exemple,

l'enquête de Houston, Scarinci, Person et Greene (2005), avec 14 089 fumeurs, a montré que 69 % des patients avaient reçu un conseil d'un médecin de cesser de fumer. De même, Arber *et al.* (2004) ont évalué ce pourcentage à 43 % dans une enquête menée avec 156 médecins en pratique clinique. Cependant, aider un fumeur à cesser de fumer nécessite tout d'abord de l'identifier et d'intervenir de façon répétée (Benowitz, 2008; Centers for Disease Control and Prevention, 2008). Au Québec, 93 % des médecins évaluent le statut tabagique des patients et 62 % évaluent si le patient est prêt à cesser de fumer (Tremblay, Cournoyer et O'Loughlin, 2006). Pineault, Champagne, Maheux, Legault et Paré (1989) ont constaté des variations dans l'évaluation médicale selon l'unité de soins. Les interventions médicales réalisées avec 518 patients démontraient que les médecins évaluaient le statut tabagique de 81 % des patients dans les unités de médecine et 33,5 % des patients dans les unités de chirurgie. Enfin, Maheux, Haley, Rivard, et Gervais (1999) citent un taux de 82,2 % avec 1 086 médecins généralistes et de 56,1 % avec 241 obstétriciens.

Peu d'études ont examiné les interventions du personnel infirmier en cessation tabagique et aucune étude n'a été réalisée en milieu hospitalier au Québec. Cependant, Tremblay, Cournoyer, Jukic *et al.* (2006), dans une étude avec 500 infirmières (lieux de pratique variés), rapportent que 62 % des infirmières évaluent le statut tabagique, 20 % évaluent si le patient est prêt à cesser de fumer et 38 % donnent un conseil de cessation tabagique. McCarty, Hennrikus *et al.* (2001), dans une étude avec 397 infirmières œuvrant dans un centre hospitalier, rapportent que 7 % évaluent le statut tabagique continuellement, 23 % le font régulièrement et 41 %, occasionnellement. Enfin, Braun, Fowles, Solberg, Kind, Lando et Pine (2004) ont évalué les pratiques cliniques de plusieurs professionnels de la santé en cessation tabagique, dont les infirmières (n = 647) et les infirmières auxiliaires (n = 884). L'évaluation du statut tabagique est réalisée par 43 % des infirmières et 53 % des infirmières auxiliaires. L'évaluation de la motivation à cesser de fumer est effectuée par 12 % des infirmières et des infirmières auxiliaires. Enfin, 29 % des infirmières et 19 % des infirmières auxiliaires donnent des conseils de cessation tabagique.

Manske, Miller, Moyer, Phaneuf et Cameron (2004) soutiennent que les interventions de courte durée faites par un professionnel de la santé sont généralement efficaces. L'efficacité de cette mesure varie de 2,5 % à 5,1 % pour les taux de cessation (Tremblay et Gervais, 2001); l'Organisation mondiale de la santé (OMS) la situe davantage entre 2 % et 7 % (World Health Organization, 2003b). Bao, Duan et Fox (2006), dans une étude avec 5 512 participants, ont démontré que le conseil de cessation tabagique donné par un médecin dans un contexte routinier doublait les chances de succès pour la cessation tabagique. Rice et Stead (2008), dans une méta-analyse de 42 études concernant les conseils des infirmières aux fumeurs, concluent que ce type d'intervention a un bon potentiel d'efficacité, mais qu'il doit être maximisé par une intervention plus complète. Ces constats issus de recherches et d'enquêtes laissent présager que des interventions de routine de courte durée réalisées en milieu hospitalier par le personnel infirmier permettraient de réduire la prévalence du tabagisme.

Nous entendons par une intervention de courte durée, une évaluation (intervention minimale) et des interventions en cessation tabagique de 10 minutes et moins (intervention brève). Selon le MSSS (2001), les interventions de courte durée sont :

- L'information et la documentation : répondre aux questions et aux préoccupations de la clientèle, informer des services offerts et distribuer le matériel documentaire disponible.
- L'intervention minimale : définir le statut tabagique, déterminer où se situe le patient dans son intention de cesser de fumer et donner un avis de cessation.
- L'intervention brève : déterminer la motivation à cesser de fumer, informer et conseiller en fonction de l'étape de changement actuelle.
- La référence et l'inscription aux services : référer la clientèle aux services les plus appropriés tels que les centres d'abandon du tabac (CAT).

Or, la majorité de ces interventions sont réalisées en milieu communautaire et peu le sont durant l'hospitalisation. Pourtant, 63 % des infirmières américaines (n = 397) croient que l'hospitalisation est un temps idéal pour le patient de cesser de fumer (McCarty, Hennrikus *et al.*, 2001). On prend comme prémisse que plus il y aurait d'interventions de

courte durée faites par le personnel infirmier, plus il y aurait de chances de modifier le comportement du fumeur. Par conséquent, il s'avère important d'insérer dans la pratique l'intervention de courte durée comme geste clinique de base. Rice et Stead (2008) mentionnent que le défi est d'intégrer la cessation tabagique dans les standards de pratique des intervenants en santé. Cependant, pour que l'ensemble du personnel infirmier en milieu hospitalier de courte durée se sente interpellé pour influencer la cessation tabagique chez leurs patients adultes, il faut des interventions brèves, claires et ciblées, faciles à intégrer dans ses multiples tâches professionnelles quotidiennes. Il est donc relativement facile d'appliquer certaines interventions du Programme québécois en abandon du tabac (PQAT). Par exemple, évaluer l'état de santé d'une personne ou contribuer à l'évaluation veut dire aussi évaluer le statut tabagique et l'intention du fumeur de cesser de fumer. Assurer la réalisation du plan de soins et prodiguer les soins et les traitements de soins infirmiers, cela veut dire réaliser un counseling bref, donner de l'information et de la documentation, et référer le patient à des services appropriés tels que le CAT afin de rencontrer un spécialiste en cessation tabagique pour obtenir le soutien nécessaire.

Or, dans la réalité, le personnel infirmier en milieu hospitalier évalue et conseille peu les patients quant à leurs habitudes tabagiques. Dans l'étude de Tremblay, Cournoyer, Jukic *et al.* (2006), les infirmières québécoises formulaient les raisons suivantes pour expliquer leur absence d'intervention en cessation tabagique : la perception du manque d'intérêt du patient (84 %), la perception de la résistance aux conseils (79 %), le manque de temps (76 %) et le manque de connaissances (69 %). D'autres chercheurs rapportent des variations dans les interventions de courte durée chez plusieurs professionnels de la santé, variations qui seraient reliées à divers facteurs : les caractéristiques des patients (âge, sexe, race, état de santé et présence de symptômes); les caractéristiques des professionnels (âge, sexe, scolarité, comportement tabagique et présence de fumeur à la maison); les caractéristiques du lieu de pratique professionnelle (unité de soins), du statut d'emploi et du titre d'emploi (Arber *et al.*, 2004; Cornuz, Ghali, Di Carlantonio, Pecoud et Paccaud, 2000; Delnevo, Abatemarco et Gotsch, 1996; Haley, Maheux, Rivard et Gervais, 2000, 2002;

Helgason et Lund, 2002; Houston *et al.*, 2005; Korhonen, Uutela, Korhonen, Urjanheimo et Puska, 1999; Maheux, Pineault, Lambert, Béland et Berthiaume, 1989; Pineault *et al.*, 1989).

Ces variations semblent donc attribuables à certains facteurs modifiables tels que les connaissances et les habitudes. Or, les connaissances, les attitudes et les comportements sont associés à la variation dans les services offerts (Braun *et al.*, 2004). Si l'on veut modifier les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique, l'on devrait donc privilégier des stratégies axées sur les connaissances et les attitudes. Certaines stratégies de modification de comportement sont rapportées dans la littérature pour les professionnels de la santé. Il serait fort intéressant de trouver laquelle serait la plus efficace pour le personnel infirmier œuvrant avec des adultes en milieu hospitalier.

Le résultat optimal attendu est que tout le personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires) travaillant dans des unités de soins en médecine et en chirurgie dans les centres hospitaliers effectue des interventions de courte durée en cessation tabagique. Les interventions de courte durée visées sont : 1) évaluer le statut tabagique; 2) déterminer où se situe le patient dans son intention de cesser de fumer; 3) conseiller la cessation; 4) répondre aux questions et préoccupations de la clientèle; 5) l'informer des services offerts; 6) faire un counseling de moins de 10 minutes; 7) référer à un CAT; et 8) distribuer du matériel documentaire.

Afin de modifier la pratique clinique du personnel infirmier face aux interventions en cessation tabagique, nous étudierons, puis nous comparerons des stratégies pour trouver celle qui s'avère la plus efficace en milieu hospitalier. Dans le chapitre suivant, nous expliquerons les stratégies retenues à cause de leur efficacité démontrée dans la littérature, de leur faisabilité dans les milieux hospitaliers, de la possibilité de les implanter dans d'autres centres hospitaliers et de rejoindre un grand nombre de personnes en peu de temps. Il s'agit de répondre à la question générale suivante : quelles sont les stratégies efficaces

pour influencer les interventions de courte durée en cessation tabagique chez le personnel infirmier en milieu hospitalier auprès de clientèles adultes ?

L'originalité de notre recherche tient au fait qu'elle permettra de déterminer la meilleure stratégie pour une intervention de courte durée en cessation tabagique en milieu hospitalier. Nous avons ciblé le personnel infirmier travaillant auprès d'adultes dans des unités de médecine et de chirurgie puisque les patients ne peuvent pas fumer durant leur hospitalisation et que la moitié des fumeurs qui cessent de fumer le font pour des raisons de santé (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2006). Notre recherche permettra d'intégrer des interventions de prévention de courte durée en cessation tabagique dans un milieu qui y consacre actuellement peu de place. De plus, peu d'études ont évalué l'efficacité des interventions préventives réalisées par le personnel infirmier en milieu hospitalier. Enfin, le pouvoir d'influence de ce grand nombre de professionnels devrait avoir un impact sur la prévalence du tabagisme.

1.1 But de notre étude

Notre étude a pour but de comparer l'efficacité de trois stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique réalisées par le personnel infirmier en milieu hospitalier : une stratégie de formation interactive, une stratégie de rappel et une stratégie multiple (formation interactive couplée de rappel).

1.2 Objectifs

Les objectifs spécifiques que nous poursuivons s'articulent autour des trois stratégies retenues et ils s'expriment ainsi :

1. vérifier si une stratégie de formation interactive seule influence le nombre d'interventions de courte durée en cessation tabagique chez le personnel infirmier en milieu hospitalier;

2. vérifier si une stratégie de rappel seule influence le nombre d'interventions de courte durée en cessation tabagique chez le personnel infirmier en milieu hospitalier;
3. vérifier si une stratégie multiple (formation interactive couplée de rappel) influence le nombre d'interventions de courte durée en cessation tabagique chez le personnel infirmier en milieu hospitalier;
4. vérifier si une stratégie multiple influence davantage les interventions en cessation tabagique que la stratégie de formation interactive et la stratégie de rappel réalisées séparément.

Chapitre 2

Recension des écrits

Dans le présent chapitre, nous décrirons : 1) la consommation tabagique; 2) la cessation tabagique; et 3) le rôle du personnel infirmier en cessation tabagique. Pour la section sur la consommation tabagique, nous examinerons la prévalence actuelle du tabagisme, les impacts du tabagisme sur la santé des individus et les coûts du tabagisme pour le système de santé. Nous dresserons la liste des facteurs d'influence de la consommation aux niveaux sociodémographique et environnemental. Nous terminerons par une brève explication de la dépendance aux produits du tabac.

Dans la section sur la cessation tabagique, nous expliquerons tout d'abord les facteurs influençant la cessation tabagique. Par la suite, nous examinerons l'approche québécoise pour la lutte contre le tabac dans le cadre de l'approche de l'Organisation mondiale de la santé. Nous rapporterons ensuite l'évaluation du programme québécois en abandon du tabac. Nous terminerons par les approches individuelles en cessation tabagique.

Enfin, nous présenterons le rôle du personnel infirmier en cessation tabagique. Nous examinerons aussi les différents obstacles à l'intervention infirmière. Pour terminer, nous rapporterons les caractéristiques du personnel infirmier et des patients qui influencent les pratiques cliniques.

2.1 Consommation tabagique

Fumer est un problème de santé publique (Kayser et Thibault, 2006) et une priorité d'action (Tremblay et Gervais, 2001) à tous les paliers politiques et pratiques (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b). Quel est le portrait actuel des fumeurs? Dans cette section, nous présenterons la prévalence actuelle du tabagisme. Nous dresserons un portrait de la consommation tabagique selon les facteurs d'influence de la consommation aux niveaux sociodémographique et environnemental. Nous ferons une revue des impacts de la consommation tabagique sur la santé des individus ainsi que des coûts du tabagisme pour notre société. Enfin, nous expliquerons la dépendance au tabac.

2.1.1 Prévalence du tabac

Dans le monde, il y aurait 1,3 milliard de fumeurs âgés de 15 ans et plus dont les 4/5 vivent dans les pays socioéconomiquement désavantagés. L'Organisation mondiale de la santé estime que ce taux augmentera à 1,7 milliard d'ici 2020-2025 (World Health Organization, 2007c). La prévalence du tabagisme varie d'un pays à l'autre, soit de 5 % à 55 % selon le lieu (Hatsukami *et al.*, 2008).

Au Canada, les taux varient selon la source des données. Depuis 2000-2001, deux grandes enquêtes nationales nous renseignent sur la consommation tabagique : une enquête semestrielle, l'Enquête sur l'usage du tabac au Canada (ESUTC) (Statistique Canada, 2009a) et une enquête annuelle sur un cycle de deux ans, l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) (Statistique Canada, 2009b). Comme les méthodologies de ces deux enquêtes diffèrent et que l'ESCC recrute un plus grand échantillon, les données utilisées ici proviennent de cette dernière. Selon l'ESCC, il y avait au Canada, 21,9 % de fumeurs âgés de 12 ans et plus. Parmi les provinces qui affichent des taux plus élevés que la moyenne canadienne, on trouve par ordre décroissant : la Saskatchewan, Terre-Neuve/Labrador, le Québec, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba et l'Alberta.

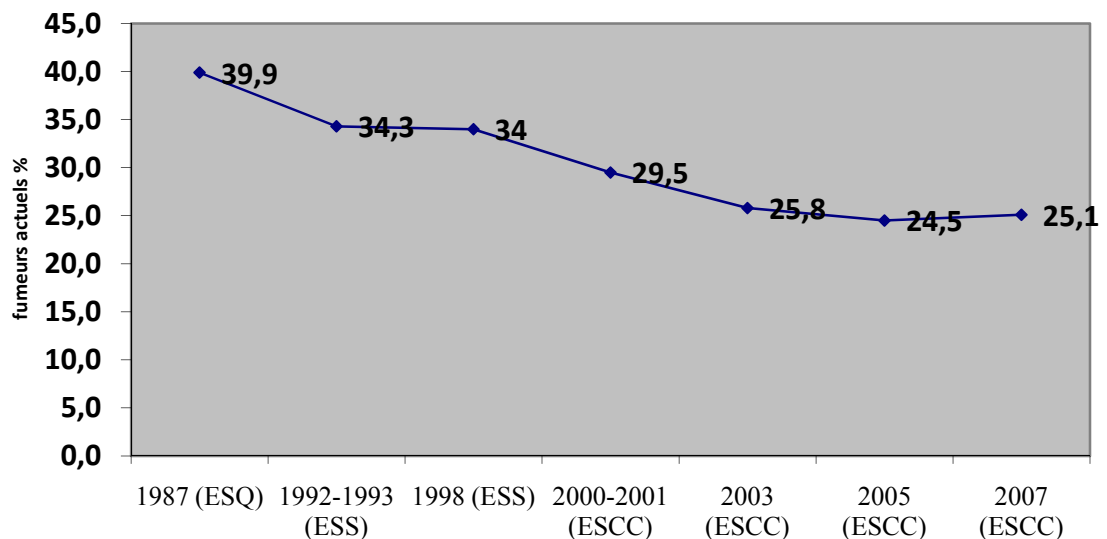
Tableau I : Pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels, selon le territoire et la région sociosanitaire du Québec, population à domicile de 12 ans et plus en 2007

Région	Données 2007		
	%	Intervalle de confiance à 95 %	
Outaouais (07)	29,8 %	24,8 %	34,8 %
Côte-Nord (9)	29,8 %	25,3 %	34,3 %
Lanaudière (14)	28,9 %	24,4 %	33,4 %
Mauricie et Centre du Québec (4)	28,6 %	23,7 %	33,4 %
Abitibi-Témiscamingue (8)	27,5 %	22,3 %	32,7 %
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	26,9 %	21,6 %	32,2 %
Montréal (6)	25,5 %	22,6 %	28,5 %
Nord du Québec (10)	25,1 %	19,7 %	30,5 %
Province de Québec	25,1 %	23,9 %	26,3 %
Estrie (5)	24,1 %	20,0 %	28,2 %
Montréal (16)	24,1 %	21,1 %	27,1 %
Laval (13)	23,8 %	18,7 %	29,0 %
Laurentides (15)	23,8 %	18,9 %	28,8 %
Capitale nationale	23,6 %	19,9 %	27,3 %
Bas Saint-Laurent (1)	22,1 %	18,3 %	25,9 %
Canada	21,9 %	21,5 %	22,4 %
Saguenay-Lac Saint-Jean (2)	21,3 %	17,6 %	25,0 %
Chaudières-Appalaches (12)	21,3 %	17,3 %	25,3 %

Source : Statistique Canada (2008)

Au Québec, il y avait 25,1 % de fumeurs en 2007 (Statistique Canada, 2008). Le Tableau I présente la prévalence de la consommation tabagique selon les différentes régions du Québec. On remarque que l'Outaouais enregistre la plus forte prévalence de consommation (29,8 %) et Chaudières-Appalaches, la plus faible (21,3 %). Sept régions du Québec en 2007 ont enregistré des taux plus élevés que la moyenne provinciale (Outaouais, Côte-Nord, Lanaudière, Mauricie et Centre du Québec, Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Montréal). Six autres régions ont des taux inférieurs à la moyenne du Québec, mais supérieurs à la moyenne du Canada (Estrie, Montérégie, Laval, Laurentides, Capitale nationale et Bas Saint-Laurent). Deux autres régions sont en-dessous de la moyenne du Québec et du Canada; il s'agit du Saguenay-Lac Saint-Jean et de Chaudières-Appalaches.

Figure 1 : Tendances au Québec, 1987-2007



Sources : Enquête santé Québec (ESQ); Enquête sociale et de santé (ESS); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

La consommation du tabac a décliné durant les 20 dernières années (Dedobbeleer *et al.*, 2004; Narcisse, Dedobbeleer, Contandriopoulos et Ciampi, 2009) : elle est passée de

39,9 % en 1987 à 25,1 % en 2007 (voir Figure 1). Il faut cependant utiliser ces données seulement pour illustrer les tendances, car ces chiffres proviennent d'enquêtes aux méthodologies différentes. Malgré la diminution du tabagisme au cours des dernières années, le taux de fumeurs est suffisamment élevé pour qu'on s'en préoccupe dans les priorités de santé provinciales et nationales.

2.1.2 Effets du tabagisme sur la santé

La mauvaise réputation du tabagisme n'est plus à faire et la littérature est unanime à ce sujet. Le tabagisme est l'un des plus grands responsables de la mortalité et de la morbidité dans les pays développés (Edwards, 2004). Selon ce même auteur, il existe une forte association entre la quantité fumée, le nombre d'années de consommation et un début précoce de consommation et un risque élevé de mortalité et de morbidité. De plus, il n'existe pas de seuil sécuritaire de consommation (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b).

Fumer réduit l'espérance de vie. Au Québec, la mortalité liée au tabagisme atteint un taux de 24,6 % (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b). De plus, le tabagisme cause plusieurs cancers (poumon, œsophage, vessie, rein, estomac, pancréas), des maladies cardiovasculaires, des maladies vasculaires périphériques, des ulcères peptiques et plusieurs problèmes respiratoires, dont les bronchopneumonies obstructives chroniques (BPOC) (Centers for Disease Control and Prevention, 2008; Fagerstrom, 2002; Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b; Sohn, Hartley, Froelicher et Benowitz, 2003). Le tabagisme serait responsable de 30 % de tous les cancers (Centers for Disease Control and Prevention, 2008; Sohn *et al.*, 2003) dont 85 % des cancers du poumon (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001; Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b). Le fumeur court en effet 20 fois plus de risques d'avoir un cancer du poumon (Fagerstrom, 2002; Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005; Ministère de la Santé et des

Services sociaux, 2006b) et 2 fois plus de risques de développer un cancer du pancréas (Fagerstrom, 2002). Au total, 25 % des maladies cardiovasculaires (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b) sont reliées au tabagisme, ce qui représente quatre fois plus de risques de développer ces maladies (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b). Selon le CDCP (2008), le tabagisme est responsable de 75 % des BPOC et de 80 % des décès reliés à cette maladie. Le tabagisme contribue aussi à la perte osseuse (Fagerstrom, 2002).

Les effets du tabagisme sont toutefois réversibles (Fagerstrom, 2002). Selon ce même auteur, quelques mois après avoir cessé la consommation, la fonction respiratoire augmente déjà de 5 % et après 10 ans, de 30 % à 50 %. Quinze ans après avoir cessé de fumer, le risque de mortalité est semblable à celui qui n'a jamais fumé. Cependant, le risque d'un accident vasculaire cérébral demeure tout de même élevé, même après 20 ans d'abstinence. Edwards (2004) mentionne qu'en diminuant la prévalence du tabac de 5 %, on préviendrait de 20 à 30 millions de décès en 25 ans et 150 millions, les 25 autres années.

La fumée secondaire joue aussi un rôle néfaste pour la santé des non-fumeurs. Cette fumée a une température plus basse que celle produite lors de l'inhalation et elle présente une concentration plus élevée de composantes chimiques (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005). Les deux tiers de la fumée produite par les cigarettes ne sont pas inhalés et sa concentration peut augmenter à 85 % dans un espace clos (Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, 2004a). Au Québec, la fumée secondaire ajoute annuellement 1 000 décès par maladies cardiovasculaires et 100 cancers du poumon (Collège des médecins du Québec et Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999).

La fumée secondaire serait responsable d'une augmentation des cancers du poumon allant de 18 % à 32 % (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b). La Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (2004a) estime ce risque de cancer à 25 % chez les non-fumeurs exposés à la fumée à la

maison; le risque diminue à 17 % si les non-fumeurs sont exposés seulement dans un lieu social. Le risque de maladie cardiaque augmente d'un taux variant de 20 % à 50 % et les problèmes respiratoires, de 26 % à 113 % (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b).

En résumé, le tabac engendre des effets néfastes pour la santé des fumeurs et des non-fumeurs exposés à la fumée secondaire. Les problèmes de santé ainsi créés sont très importants et ils justifient toute intervention pour réduire la prévalence du tabagisme.

2.1.3 Coûts sur le système de santé

Il est extrêmement difficile d'établir les coûts directs et indirects du tabagisme pour la santé des personnes au Québec. La littérature est peu éloquente sur le sujet. On y trouve tout de même l'estimation du fardeau financier relié au tabagisme au Québec en 1992 et en 2002. En 1992, les coûts étaient estimés à 2,4 milliards de dollars, dont 661 millions en coûts directs (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001; Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005). En 2002, ils avaient pratiquement doublé puisqu'ils ont grimpé à 4 milliards de dollars, dont 1 milliard en coûts directs (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b). Le Groupe d'analyse économique (2002) établit que le tabagisme est responsable de 10,5 % des coûts hospitaliers. La Coalition québécoise de lutte contre le tabac (2004b) et le Groupe d'analyse économique (2002) ont défini six grandes catégories de coûts : les soins de santé (hôpitaux, médecins et médicaments), qui représentent 24,9 %; les coûts supportés par les employeurs (absentéisme, perte de productivité, hausse des primes d'assurance vie et coûts des aires pour fumeurs), qui représentent 26,2 %; la prévention et la recherche, qui représentent 0,7 %; les coûts reliés aux incendies, qui représentent 0,5 %; la mortalité prématurée, qui représentent 40,5 % et les coûts associés à la fumée secondaire, qui représentent 7,1 %.

Pour chaque diminution de 1 % de la prévalence de la consommation tabagique et une diminution d'une cigarette par jour, le Québec ferait des économies de 10 à 20 millions de dollars tout en améliorant la qualité de vie de la population (Coalition québécoise pour le

contrôle du tabac, 2004b; Groupe d'analyse conseils en économie finance et stratégie, 2002). Dans une période d'accroissement des coûts de santé, il devient prioritaire de réduire le tabagisme.

2.1.4 Facteurs sociodémographiques et environnementaux liés au tabagisme

En vue de comprendre le phénomène du tabagisme et de la dépendance au tabac, il convient d'étudier les comportements liés au tabagisme. Plusieurs études ont démontré l'influence de l'initiation au tabac ou de la persistance du comportement tabagique. On commence à fumer pour diverses raisons : curiosité, goût du risque, révolte, imitation, pressions des groupes, désir de perdre du poids, désir de paraître plus mûr ou l'idée que fumer c'est « cool » (World Health Organization, 2006). L'un des facteurs les plus importants de l'initiation est le lobbying constant des compagnies de tabac et l'omniprésence de la permissivité du tabac (World Health Organization, 2006). La poursuite du comportement tabagique est plutôt reliée à la dépendance. L'OMS (2007c) avance que l'initiation est influencée par l'éducation et par le statut socioéconomique. On commence jeune en milieu socioéconomique favorisé, mais on poursuit plus longtemps en milieu défavorisé. Le Tableau II présente le pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels au Québec selon le groupe d'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le revenu et l'ethnicité.

L'âge est un facteur d'influence de la consommation tabagique. Au Québec, ce sont les 20 à 34 ans qui enregistrent les prévalences les plus élevées, mais la majorité des fumeurs se retrouve tout de même dans la catégorie des 20 à 64 ans, soit l'âge considéré actif. Chez les personnes de 65 ans et plus, la prévalence n'est que de 12,5 % (Statistique Canada, 2008).

Tableau II : Pourcentage de fumeurs réguliers ou occasionnels au Québec selon le groupe d'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le revenu et l'ethnicité

Variables		Prévalence %	Intervalle de confiance à 95 %	
Âge ¹	12 à 19 ans	15,6 %	12,8 %	18,4 %
	20 à 34 ans	31,4 %	28,7 %	34,1 %
	35 à 44 ans	29,7 %	26,7 %	32,7 %
	45 à 64 ans	27,4 %	25,2 %	29,7 %
	65 ans et plus	12,5 %	10,7 %	14,4 %
Sexe ¹	Hommes	27,4 %	25,6 %	29,2 %
	Femmes	22,8 %	21,2 %	24,3 %
Niveau d'éducation ²	Moins d'un diplôme secondaire	23,2 %		
	Diplôme d'études secondaires	29,2 %		
	Certaines études postsecondaires	28,1 %		
	Diplôme d'études postsecondaires	23,4 %		
Revenu ²	Aucun revenu	22,1 %		
	Moins de 15 000 \$	29,1 %		

¹ Données de l'ESCC de 2007

² Données de l'ESCC de 2005

	15 000 \$ à 29 999 \$	29,2 %
	30 000 \$ à 49 999 \$	24,6 %
	50 000 \$ à 79 999 \$	20,3 %
	80 000 \$ et plus	16,7 %
<hr/>		
Ethnicité ²	Blanc	24,9 %
	Minorité visible	19,7 %

Source : Statistique Canada (2006, 2008)

Le sexe est un autre déterminant important de la consommation tabagique. Au Québec, on observe une légère différence entre les hommes et les femmes, soit une prévalence plus élevée chez les hommes. C'est un facteur plus important au niveau mondial puisque la prévalence est quatre fois plus élevée chez les hommes. La différence entre les hommes et les femmes s'atténue graduellement dans les pays développés (World Health Organization, 2007a). Or, il est intéressant de constater que lorsque l'on compare la prévalence du tabagisme selon le sexe et les groupes d'âge, les Québécoises fument davantage que les Québécois dans le groupe d'âge des 12 à 19 ans (Statistique Canada, 2008).

Le salaire et l'ethnicité sont aussi des facteurs d'influence pour la consommation tabagique. Cependant, les données de l'ESCC démontrent une faible variation de ces facteurs. On observe une plus faible prévalence chez les personnes ayant un salaire annuel supérieur à 80 000 \$. Narcisse *et al.* (2009) ont démontré, dans une étude longitudinale de deux ans, que ce sont les groupes désavantagés au niveau économique qui fument le plus. Pour l'ethnicité, le Centers for Disease Control and Prevention (2008) mentionnent qu'aux États-Unis, ce sont les Indiens d'Amérique et les habitants de l'Alaska qui fument le plus (36,4 %). Des études supplémentaires sont cependant nécessaires afin d'évaluer la contribution de ces facteurs à l'usage des produits du tabac.

2.1.5 Dépendance tabagique

La nicotine est reconnue comme étant une substance qui crée une forte dépendance (Benowitz, 1999, 2008; Fagerstrom, 2002; Glover, Glover et Payne, 2003; World Health Organization, 2006). Cette dépendance est similaire à celle causée par d'autres drogues telles que l'héroïne et la cocaïne (Hatsukami *et al.*, 2008). Les personnes dépendantes au tabac éprouvent donc beaucoup de difficulté à diminuer leur consommation ou à cesser de fumer. Auparavant, la consommation de tabac était considérée comme une habitude de vie; maintenant, on considère la dépendance au tabagisme comme une maladie chronique

(Anderson *et al.*, 2002; Benowitz, 2008; Centers for Disease Control and Prevention, 2008; Fiore, 2000; Khurana *et al.*, 2003; Rigotti, 2002).

Les critères pour déterminer la dépendance aux produits sont énumérés dans le manuel de diagnostics (DSM-IV) et la classification internationale des maladies (ICD-10) (Benowitz, 2008; Hatsukami *et al.*, 2008). En résumé, ces critères sont : 1) une utilisation compulsive, prise sur une longue période; 2) un comportement de renforcement (autorégulé); 3) une tolérance au produit; 4) un besoin persistant de consommer; 5) une poursuite de la consommation malgré les connaissances et les effets indésirables; 6) une priorité accordée à la consommation durant les activités, la recherche d'occasions de consommation, l'importance sociale liée à ces activités; 7) des symptômes de manque après un arrêt de consommation; 8) des rechutes fréquentes lors de cessation.

Avec ces critères, plusieurs modèles tentent d'expliquer la dépendance. DiClemente (2003) les a regroupés en sept catégories : le modèle social ou environnemental; le modèle génétique ou physiologique; le modèle de la personnalité ou intrapsychique; le modèle du coping ou apprentissage social; le modèle de conditionnement ou renforcement; le modèle excessif ou compulsif; et le modèle biopsychosocial. Le Tableau III donne un bref aperçu de chacun d'eux ainsi que leurs forces et leurs faiblesses.

Tableau III : Classification des modèles pour expliquer la dépendance selon DiClemente (2003)

Modèles expliquant la dépendance	Focus	Forces	Faiblesses
Social ou environnemental	Importance du rôle de l'influence sociale, de la pression sociale, du système familial ou du groupe.	Explique bien la consommation dans les sous-groupes.	Difficulté à expliquer l'initiation des individus au tabac ou la cessation d'individus vivant dans ces groupes.
Génétique ou physiologique	Mécanisme d'influence génétique. Facteur de tolérance, donc la consommation augmente pour obtenir le même effet. Réaction physiologique (effets positifs à la consommation et effets négatifs à la cessation) joue un rôle important dans la dépendance.	Modèle beaucoup utilisé en cessation tabagique pour diminuer les effets indésirables du sevrage.	Individu devient dépendant différemment à différents types de substances. Dépendance biologique ou génétique n'explique pas les différences aux niveaux culturel, situationnel et intrapersonnel.
Personnalité ou intrapsychique	Comportement de dépendance souvent conceptualisé comme symptôme d'un conflit intrapsychique ou historique	Recherches ont dressé des traits ou dimensions psychosociales des individus dépendants tels que traits antisociaux, diminution de	Plusieurs groupes ont des comportements dépendants et pourtant des personnes aux traits similaires ne seront pas

Modèles expliquant la dépendance	Focus	Forces	Faiblesses
Coping ou d'apprentissage social	souvent étiqueté comme un désordre de personnalité. La dépendance est considérée comme le résultat d'un mécanisme de coping inadéquat tel que : incapable de gérer le stress, la frustration, la colère, l'anxiété, la dépression. La perspective de l'apprentissage social ajoute la cognition sociale.	l'estime de soi.	nécessairement dépendants. On ne peut pas généraliser une dépendance selon un mécanisme d'adaptation inadéquat.
Conditionnement ou renforcement	Centré sur les effets directs du comportement comme la tolérance, le sevrage et autres réponses psychologiques tels que le chien de Pavlov.		Difficulté à expliquer tout le phénomène du changement dans la dépendance. Par exemple : une femme qui cesse de fumer lorsqu'elle est enceinte et qui reprend par la suite.
Comportement excessif	Lié à un comportement compulsif,		

Modèles expliquant la dépendance	Focus	Forces	Faiblesses
ou compulsif	à un rituel. Comportement est hors de contrôle pour satisfaire le besoin ou résoudre un conflit psychologique.	Pas juste un facteur pour expliquer la dépendance, c'est plus complexe.	
Biopsychosocial	Intègre une explication biologique, psychologique et sociologique à la dépendance.		

Source : DiClemente (2003)

C'est la nicotine contenue dans le tabac qui crée la dépendance. La rapidité d'absorption de la nicotine et la grande quantité absorbée par les poumons sont deux facteurs cruciaux pour provoquer et maintenir la dépendance (Benowitz, 2008; Hatsukami *et al.*, 2008). Tous les modèles explicatifs énumérés peuvent aider à comprendre le phénomène en vue d'intervenir de façon adéquate auprès des fumeurs afin d'arriver à une cessation complète. Cependant, aucun de ces modèles n'explique l'ensemble des dépendances tabagiques. Par contre, l'évaluation de la dépendance individuelle constitue un élément important dans l'aide aux fumeurs. Ceux-ci doivent comprendre que la nicotine libère des éléments chimiques procurant la sensation de plaisir, l'excitation, la stimulation, la relaxation, le soulagement des symptômes de sevrage (Benowitz, 1999, 2008; Glover *et al.*, 2003; Lebargy, 2000), l'amélioration de l'attention et de la performance, la réduction de la faim et l'accélération du métabolisme (Balfour, Benowitz, Fagerström, Kunze et Keil, 2000; Benowitz, 1999, 2008). Le besoin de fumer crée rapidement des symptômes désagréables de sevrage, qui sont à nouveau soulagés par la prise de nicotine. Parmi les symptômes de sevrage, on trouve l'irritabilité, la mauvaise humeur, l'impatience, l'agitation, la difficulté de concentration, l'insomnie, l'augmentation de l'appétit, l'anxiété et la dépression (Benowitz, 2008; Hatsukami *et al.*, 2008; Rigotti, 2002; Sohn *et al.*, 2003). Par contre, la dépendance n'est pas que physique. Plusieurs éléments psychologiques et sociaux entrent aussi en jeu. La dépendance devient ainsi un comportement très complexe.

En résumé, le tabagisme est reconnu comme un fléau à l'échelle mondiale. Malgré une diminution de la prévalence du tabagisme au cours des années, le Québec est l'une des provinces qui affiche un taux élevé (25,1 %). Dans les régions du Québec, la prévalence varie de 21,3 % à 29,8 %.

La nicotine crée une forte dépendance dont il est extrêmement difficile de se défaire à cause de facteurs physiques, environnementaux et personnels. La dépendance est maintenant considérée comme une maladie chronique et non comme un simple comportement ou une habitude de vie. Les fumeurs et les non-fumeurs exposés à la fumée secondaire voient leur espérance de vie et leur qualité de vie diminuer avec le tabagisme.

Cela entraîne des coûts importants pour la société. La section suivante présente les efforts réalisés jusqu'à présent en matière de cessation tabagique.

2.2 Cessation tabagique

Il y aurait 70 % de l'ensemble des fumeurs qui voudraient cesser de fumer (Centers for Disease Control and Prevention, 2008; Fiore, 2000; Khurana *et al.*, 2003), alors que seulement 3 % réussissent à cesser par leurs propres moyens (Benowitz, 1999). Des interventions structurées deviennent donc nécessaires afin de contribuer à la diminution de la prévalence du tabagisme. Promouvoir la cessation tabagique devrait être une priorité pour tous les pays et les professionnels de la santé (Edwards, 2004).

Dans cette section, nous décrirons les facteurs influençant la cessation tabagique. Par la suite, nous exposerons brièvement la position de l'OMS et l'approche québécoise de lutte contre le tabac. Nous terminerons en décrivant les interventions individuelles en cessation tabagique.

2.2.1 Facteurs influençant la cessation tabagique

La complexité du comportement tabagique fait en sorte qu'il existe une multitude de facteurs qui influencent la cessation (Narcisse *et al.*, 2009). Le Tableau IV illustre les résultats d'études visant à identifier les facteurs les plus fréquemment observés en cessation tabagique. Nous pouvons les diviser en quatre catégories : les facteurs sociodémographiques; les facteurs socioéconomiques et sociaux; les facteurs liés à la consommation; et les facteurs reliés à la santé ou à la maladie.

Tableau IV : Facteurs influençant la cessation tabagique

	Facteurs	Influence	Aucune influence
Catégories	Variables		
Facteurs sociodémographiques	Âge	Monso <i>et al.</i> (2001)	Ong <i>et al.</i> (2005)
	Sexe	Ferguson <i>et al.</i> (2003); Monso <i>et al.</i> (2001); Osler <i>et al.</i> (1999)	Ong <i>et al.</i> (2005)
	Race	Khuder <i>et al.</i> (1999)	Ong <i>et al.</i> (2005)
Facteurs socioéconomiques et sociaux	Niveau d'éducation	Chez les femmes : Graham et Der (1999); Narcisse <i>et al.</i> (2009); Osler <i>et al.</i> (1999)	Monso <i>et al.</i> (2001); Ong <i>et al.</i> (2005)
	Situation matrimoniale	Pour les deux sexes : Khuder <i>et al.</i> (1999)	Chez les hommes : Osler <i>et al.</i> (1999)
	Dépendance au tabagisme	Khuder <i>et al.</i> (1999)	Ong <i>et al.</i> (2005)
Facteurs reliés à la consommation	Temps d'abstinence antérieure	Ferguson <i>et al.</i> (2003); Graham et Der (1999); Ong <i>et al.</i> (2005)	
	Nombre de cigarettes fumées	Ferguson <i>et al.</i> (2003) Khuder <i>et al.</i> (1999); Monso <i>et al.</i> (2001); Ong <i>et al.</i> (2005); Osler <i>et al.</i> (1999)	

	Facteurs	Influence	Aucune influence
Catégories	Variables		
	Âge du début de la consommation	Khuder <i>et al.</i> (1999); Ong <i>et al.</i> (2005)	
	Étapes de Prochaska	Chouinard et Robichaud-Ekstrand (2005); Ferguson <i>et al.</i> (2003); Ong <i>et al.</i> (2005)	
	Dépendance à d'autres produits (alcool, drogue)	Osler <i>et al.</i> (1999)	
Facteurs reliés à la santé ou à la maladie	Diagnostic	Ferguson <i>et al.</i> (2003); Monso <i>et al.</i> (2001)	Ong <i>et al.</i> (2005)
	Nombre d'hospitalisations	Ong <i>et al.</i> (2005)	
	Présence de symptômes respiratoires	Monso <i>et al.</i> (2001)	

Parmi les facteurs sociodémographiques les plus fréquents, on trouve l'âge, le sexe et la race. Monso, Campbell, Tonnesen, Gustavsson et Morera (2001), dans une étude avec 3 572 fumeurs, ont déterminé que plus les individus sont âgés, plus ils cessent de fumer. Pour leur part, Ong, Cheong, Prabhakaran et Earnest (2005), avec 248 patients hospitalisés, n'ont pas démontré cette relation entre l'âge et la cessation tabagique.

Le sexe est aussi un facteur d'influence selon trois études. Dans une étude longitudinale menée durant sept mois avec 1 224 participants aux États-Unis, Ferguson *et al.* (2003) ont démontré que les hommes réussissent mieux que les femmes à cesser de fumer. Le même constat est observé dans une étude avec 11 802 participants du Danemark (Osler *et al.*, 1999). Enfin, Monso *et al.* (2001), dans une étude réalisée avec 3 575 fumeurs de 17 pays d'Europe, ont également trouvé que les hommes cessent de fumer plus que les femmes. Seule l'étude d'Ong *et al.* (2005) n'a pas réussi à démontrer ce lien avec 248 participants de la Malaisie présentant un problème cardiaque ou pulmonaire. Enfin, Khuder, Dayal et Mutgi (1999), dans une étude avec 1 700 participants des États-Unis, ont noté que les individus de race blanche réussissent mieux que ceux d'autres ethnies, mais cette affirmation n'a pas été démontré dans l'étude d'Ong *et al.* (2005).

Parmi les facteurs sociaux, on trouve le niveau d'éducation et la situation maritale. Au total, quatre études ont noté un lien entre le niveau d'éducation et la cessation tabagique. Khuder *et al.* (1999) ont démontré que plus l'individu est scolarisé, plus il réussit à cesser de fumer. Osler *et al.* (1999) ont trouvé ce même constat chez les femmes, mais non chez les hommes. Graham et Der (1999), dans une étude avec 934 fumeuses âgées de 16 à 65 ans, ont également noté qu'une scolarité plus élevée augmentait les chances de cessation tabagique. Pour leur part, Narcisse *et al.* (2009) ont démontré que les femmes ayant un faible revenu sont plus dépendantes au tabac, fument davantage et cessent moins de fumer. Cependant, Monso *et al.* (2001) et Ong *et al.* (2005) n'ont pu démontrer cette relation. Khuder *et al.* (1999) ont démontré que les individus mariés réussissaient mieux que les individus qui vivaient seuls. Cependant, Ong *et al.* (2005) n'ont pas démontré cette relation.

Parmi les facteurs reliés à la consommation, notons : la dépendance au tabac; la durée d'abstinence antérieure; le nombre de cigarettes fumées; l'âge du début de la consommation; l'étape de Prochaska où se situe l'individu et la dépendance à d'autres produits. Concernant la dépendance au tabac, tous les auteurs ont noté que plus un individu est dépendant de la cigarette, plus il aura de la difficulté à cesser de fumer (Ferguson *et al.*, 2003; Graham et Der, 1999; Ong *et al.*, 2005). Une seule étude rapporte que plus un individu tente de cesser de fumer et plus ses périodes d'abstinence sont longues, plus il a de chances de réussir un jour à maintenir un statut de non-fumeur (Ferguson *et al.*, 2003). Quatre études ont montré une relation entre le nombre de cigarettes fumées et la cessation tabagique. Ces auteurs ont noté que moins un individu fume, plus il réussira facilement à cesser de fumer (Khuder *et al.*, 1999; Monso *et al.*, 2001; Ong *et al.*, 2005; Osler *et al.*, 1999). D'autre part, deux études ont démontré que plus l'individu commence à fumer lorsqu'il est jeune, moins il a de chance de cesser de fumer facilement (Khuder *et al.*, 1999; Ong *et al.*, 2005).

Le modèle de Prochaska et de DiClemente est fréquemment utilisé en cessation tabagique. Ce modèle comporte cinq étapes : la préréflexion (l'individu ne voit pas sa consommation comme un problème et prévoit cesser de fumer dans plus de six mois); la réflexion (l'individu pense cesser de fumer d'ici six mois); la préparation (l'individu se prépare à cesser de fumer d'ici un mois); l'action (l'individu vient tout juste de cesser de fumer); et le maintien (l'individu a cessé de fumer depuis plus de six mois) (DiClemente, 2003). Ferguson *et al.* (2003) mentionnent que plus l'individu se situe près de l'action, plus il réussit facilement à cesser de fumer. Le même constat est observé dans deux autres études (Chouinard et Robichaud-Ekstrand, 2005; Ong *et al.*, 2005). Enfin, Osler *et al.* (1999) avancent que si un individu est dépendant à d'autres produits, il aura plus de difficulté à cesser de fumer.

Enfin, parmi les facteurs reliés à la santé ou à la maladie, notons le diagnostic et le nombre d'hospitalisations. Ferguson *et al.* (2003) ont noté que l'absence d'un diagnostic psychiatrique est associée à de meilleures chances de cesser de fumer. Pour leur part,

Monso *et al.* (2001) croient qu'un individu a moins de chance de succès s'il est hospitalisé pour des problèmes cardiaques ou pulmonaires. Ong *et al.* (2005) ont noté que l'intention de cesser de fumer qui se réalise est associée à une première hospitalisation, surtout si la maladie justifie des soins intensifs.

2.2.2 Approches en cessation tabagique

L'Organisation mondiale de la santé, avec ses 191 États membres, a adopté la convention-cadre pour la lutte antitabac. Il s'agit d'un cadre juridique international qui vise à aider les pays à circonscrire la progression du tabagisme. Il est important de créer un environnement propice afin d'aider les fumeurs à cesser de fumer et de diminuer l'initiation au tabagisme (World Health Organization, 2003a). Les interventions populationnelles et individuelles sont complémentaires (World Health Organization, 2003b). L'intervention en cessation tabagique nécessite des actions coordonnées pour doubler ou tripler les chances de succès (Centers for Disease Control and Prevention, 2008). Aucune action ne doit être privilégiée aux dépens d'une autre, car l'efficacité, l'acceptabilité et le rapport coût/efficacité peuvent varier d'un individu à l'autre (World Health Organization, 2003b). Pour la lutte contre le tabac, l'OMS recommande donc les actions suivantes :

- 1 Instaurer une politique de sevrage tabagique inscrite dans une politique globale de lutte contre le tabac.
- 2 Restreindre l'accessibilité des produits du tabac, en dénormaliser l'usage.
- 3 Offrir un traitement efficace à tous les fumeurs.
- 4 Élaborer des orientations nationales pour le traitement de la dépendance à l'égard du tabac.
- 5 Sensibiliser les professionnels de la santé, les administrateurs, les responsables des politiques aux avantages et à la rentabilité des mesures pour contrer le tabac.
- 6 Former tous les agents de santé au niveau des soins primaires, comme aux niveaux national et communautaire, pour mettre en œuvre des interventions efficaces.
- 7 Élaborer de nouveaux partenariats.

Les pays membres, dont le Canada, ont adopté cette stratégie et ils l'ont traduite en approches macroscopiques ou populationnelles et en approches individuelles. Les responsabilités canadiennes en matière de santé étant de compétence provinciale ou territoriale, chaque province ou territoire s'est engagé selon ses objectifs spécifiques. Le Québec a défini son approche dans le Plan québécois d'abandon du tabac (PQAT).

2.2.2.1 Approche québécoise en abandon du tabac

Le gouvernement du Québec prend appui sur la convention-cadre de l'OMS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b) en inscrivant la cessation tabagique comme priorité dans les orientations ministérielles, les politiques et les programmes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001; Tremblay et Gervais, 2001).

En 2001, le MSSS s'est engagé à : 1) prévenir la consommation tabagique; 2) favoriser la cessation tabagique; et 3) protéger la population contre les méfaits du tabac et de la fumée secondaire (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001; Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005). Le gouvernement du Québec a réaffirmé son approche globale et intégrée en 2006 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b). Les trois grands objectifs peuvent être concrètement réalisés par trois axes d'intervention : 1) les politiques et la législation; 2) l'information, la sensibilisation, l'éducation et le soutien; et 3) la mobilisation. La Figure 4 présente l'approche intégrée du gouvernement québécois. Le Programme national de santé publique veut : 1) réduire la prévalence du tabac de 24 % à 18 %; 2) réduire l'exposition à la fumée secondaire; et 3) promouvoir et soutenir la clinique préventive en counseling du tabac (Gouvernement du Québec 2003).

Aider les fumeurs à cesser de fumer fait partie des interventions coûts-avantages pour les professionnels de la santé (Edwards, 2004; Fagerstrom, 2002) puisque plusieurs effets néfastes du tabagisme sur la santé sont réversibles (Fagerstrom, 2002). Pour soutenir les personnes désirant cesser de fumer, le Plan québécois d'abandon du tabac (PQAT) a mis sur pied plusieurs voies d'accès à des services, soit la ligne téléphonique « J'Arrête », le

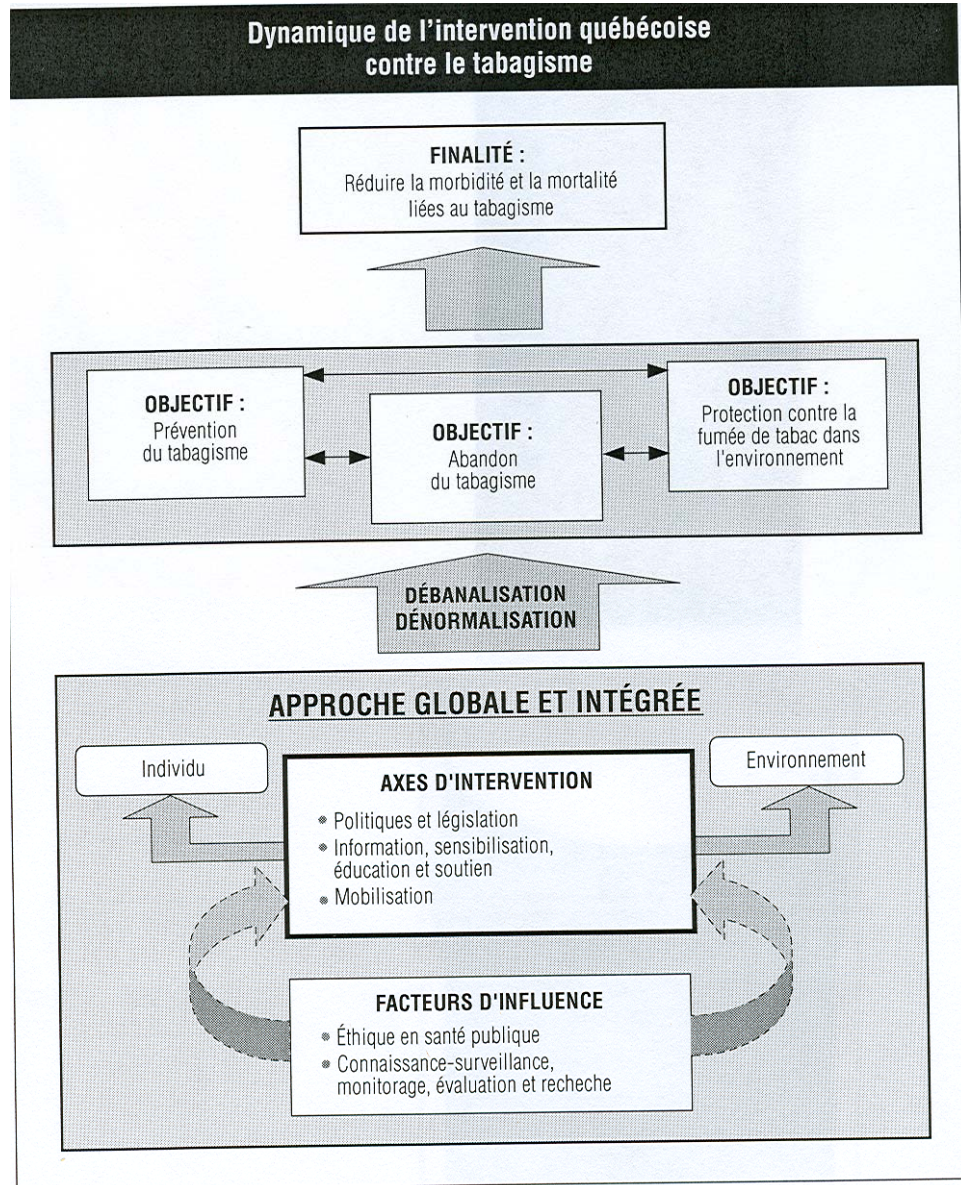
site Internet « J'Arrête », les centres d'abandon du tabac (CAT) ainsi que la promotion des interventions courtes en cessation tabagique par des professionnels de la santé de tous les milieux de soins.

Le service téléphonique gratuit « J'Arrête » est un numéro sans frais (1-866-527-7583). Lancé depuis janvier 2002, il est offert par des professionnels spécialement formés en cessation tabagique afin de donner des conseils personnalisés à des fumeurs qui envisagent de cesser de fumer ou du soutien aux personnes qui ont déjà cessé de fumer. Le service est offert du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h. Les personnes qui appellent en dehors ces heures peuvent laisser un message, qui sera traité lors de la réouverture (Société canadienne du cancer, 2009).

Le site Internet « J'arrête » [www.jarrete.qc.ca] est une approche personnalisée où l'internaute réalise sa propre démarche. Il en propose une pour deux catégories d'âge : une version pour adultes et une version pour adolescents. On y présente plusieurs fiches à consulter qui donnent de l'information ou des méthodes pour arriver à cesser de fumer. Pour soutenir les internautes, le site offre aussi un forum et un site de clavardage (Société canadienne du cancer, 2009).

Il y a plus de 125 centres d'abandon du tabac (CAT) au Québec (Hamelin, 2003). Ces centres sont rattachés aux centres de santé et de services sociaux (CSSS), aux hôpitaux ou aux cliniques afin d'assurer des interventions de soutien individuel et/ou de groupe pour la cessation tabagique. Offerts par des professionnels spécialement formés en cessation tabagique, les services s'adressent aux fumeurs en démarche de cessation et aux personnes qui ont cessé de fumer et désirent obtenir du soutien pour maintenir la cessation. Les consultations peuvent se faire en personne ou par téléphone. Les heures d'ouverture varient d'un CAT à l'autre et d'une région à l'autre (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009d).

Figure 2 : Approche intégrée du gouvernement québécois



Source : MSSS (2006)

Enfin, les interventions courtes en cessation tabagique désignent toute intervention effectuée par un professionnel de la santé en vue de déterminer le statut tabagique, de conseiller la cessation, de fournir l'aide appropriée et d'assurer un suivi. Ceci revient aux « 5As » rapportés dans la littérature : 1) questionner (Ask), c.-à-d. identifier les fumeurs et les personnes à risque de fumer; 2) aviser (Advise), c.-à-d. conseiller la cessation; 3) évaluer (Assess), c.-à-d. déterminer à quelle étape du modèle de Prochaska se trouve la personne; 4) assister (Assist), c.-à-d. fournir l'aide nécessaire selon l'étape du modèle de Prochaska où elle se trouve; et 5) arranger (Arrange), c.-à-d. assurer un suivi ou référer au CAT (Anderson *et al.*, 2002; Cahall, 2004; Coleman, 2004; Fiore, 2000; Khurana *et al.*, 2003; Malone, 2005; Rigotti, 2002; World Health Organization, 2003b). D'autres auteurs ajoutent les « 5Rs » pour les personnes qui ne veulent pas cesser de fumer : 1) pertinence (Relevance), c.-à-d. explorer la pertinence de cesser de fumer; 2) risque (Risk), c.-à-d. rappeler les risques du tabagisme; 3) rappeler les avantages de la cessation tabagique (Reward); 4) obstacles (Roadblocks), c.-à-d. identifier les obstacles à la cessation; et 5) répétition, (Repetition), c.-à-d. répéter les interventions à chacune de ses visites (Anderson *et al.*, 2002; DiClemente, 2003; Fiore, 2000; Khurana *et al.*, 2003).

Rappelons qu'une intervention de courte durée comprend une évaluation et des interventions de cessation d'une durée de moins de 10 minutes. Pour le MSSS (2001), cela comprend l'information ou la documentation, l'intervention minimale, l'intervention brève, la référence et l'inscription aux services de cessation.

Le PQAT est donc centré sur des approches populationnelles et des approches individuelles dans un programme intégré. Quelques écrits rapportent des mesures d'évaluation effectuées pour ce programme.

2.2.2.2 Évaluation du Programme québécois en abandon du tabac

Bien que la cessation tabagique soit une priorité d'intervention, l'évaluation des services offerts aux fumeurs du Québec est peu présente dans la littérature. Cependant, chaque région informe le MSSS de l'achalandage et des résultats des services régionaux,

mais ces documents ne sont pas publiés. À partir des informations reçues, le MSSS (2001) constate que les fumeurs reçoivent des services de cessation tabagique inégaux au Québec : peu de conseils de cesser de fumer donnés par les intervenants; une accessibilité aux produits pharmacologiques non accompagnée par un soutien; un soutien différent d'une région à l'autre; et des budgets insuffisants accordés aux campagnes publicitaires. Il arrive au constat suivant : des services de cessation tabagique variés, peu connus et peu utilisés par manque de concertation des services existants tant au niveau régional que provincial (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001). Le MSSS a réitéré son engagement dans la lutte contre le tabac et il a mandaté chaque Direction de la santé publique (DSP) dans chacune des régions du Québec d'harmoniser, d'intégrer, d'intensifier et de favoriser à l'évaluation des services en cessation tabagique au Québec.

Nous avons obtenu quelques données sur l'utilisation de la ligne téléphonique « J'Arrête ». Durant l'année 2003-2004, cette ligne téléphonique « J'Arrête » a reçu 32 932 appels et le site Internet, 271 386 visites (Lorman, 2004). Cependant, ces données ne donnent pas d'information sur les résultats des consultations. Pour les CAT, c'est chaque DSP qui fait rapport des activités tenues dans sa région.

D'autre part, l'INSPQ a réalisé en mai 2006 un sondage auprès de 2 736 fumeurs et anciens fumeurs récents (deux ans et moins) de 18 ans et plus (Kairouz, Montreuil, Poulin, Payette, Hamel et Tremblay, 2007). Ses objectifs étaient d'évaluer la connaissance, l'utilisation et l'utilité perçue des trois services d'aide à l'arrêt tabagique (ligne j'Arrête, site Internet et CAT). La ligne « J'Arrête » est disponible depuis 2002 et elle offre le soutien de personnes formées en cessation tabagique. Le site Internet a été lancé en même temps que la ligne téléphonique et il propose une approche interactive adaptée à chaque internaute. Les CAT ont été implantés graduellement entre 2002 et 2004. Au cours des deux dernières années, 31 000 personnes auraient eu recours à ce service. Le sondage a servi également à documenter les pratiques des professionnels de la santé. Le questionnaire a été testé avec de 30 participants (10 anglophones et 20 francophones) afin d'estimer le temps de réponse, d'identifier les problèmes logiques dans l'organisation du questionnaire

et de tester la formulation des questions. La sélection des participants a été réalisée selon un plan d'échantillonnage stratifié proportionnel à deux niveaux (sélection aléatoire des ménages dans chacune des strates et, par la suite, sélection d'une personne fumeuse dans chaque ménage). Parmi les 2 736 fumeurs interrogés, 71,5 % sont des fumeurs réguliers, 10,5 % des fumeurs occasionnels et 18 % d'anciens fumeurs.

Le sondage de l'INSPQ présente des résultats utiles. 1) Plus de femmes que d'hommes connaissent les trois services et déclarent les avoir utilisés dans le passé. 2) La ligne téléphonique est connue par 78,6 % des fumeurs, mais seulement 2,7 % des personnes qui la connaissent l'ont utilisée; leurs opinions sont partagées, mais elles la considèrent utile à 50 %. 3) Le site Internet est connu par 62 % des participants à l'étude, mais il est utilisé par le quart des personnes qui le connaissent (23,9 %). La moitié (49,4 %) considère le site moyennement utile. 4) Les CAT sont connus par la moitié des fumeurs (50,8 %), mais ils ne sont utilisés que par 4 % des personnes qui les connaissent. Au total, 64,3 % des utilisateurs considèrent les CAT comme très utiles et 25 % comme moyennement utiles. 5) Les participants au sondage connaissent les timbres (99,3 %), les gommes (96,5 %), le Bupropion (59,2 %). 6) Au total, 30,3 % ont utilisé les timbres, 10,9 % la gomme et 5,2 % le Bupropion. 7) Non seulement les timbres à nicotine sont les aides les plus utilisés par les fumeurs et les anciens fumeurs récents, mais ils sont aussi jugés utiles par deux utilisateurs sur trois. Les gommes sont moins utilisées que les timbres et un peu moins de la moitié des utilisateurs la considèrent utile. Le Bupropion est considéré utile à 80 %.

2.2.3 Pratiques individuelles en cessation tabagique

Le PQAT semble donc rejoindre plusieurs fumeurs, mais, il apparaît plus ou moins utile pour les aider à cesser de fumer. Il offre pourtant un amalgame d'approches populationnelles et d'approches individuelles. Toutefois, chaque région détermine le niveau de priorité à accorder à ce programme, donc les énergies à y consacrer. De plus, les régions ont peu de comptes à rendre au MSSS; cela entraîne naturellement des inégalités entre les régions.

Une des approches individuelles proposées dans le PQAT paraît intéressante : le counseling en abandon du tabac. Rappelons que les interventions individuelles en cessation tabagique s'adressent à un individu ou à un groupe afin de les aider à cesser de fumer ou à persister dans la cessation tabagique. Parmi les interventions individuelles proposées dans le PQAT, on trouve la ligne téléphonique, le site Web, la pharmacothérapie et les méthodes alternatives en cessation tabagique, et le counseling en abandon du tabac.

2.2.3.1 Counseling en abandon du tabac

Les interventions de counseling en abandon du tabac sont réalisées par des professionnels de la santé auprès d'un fumeur ou d'un groupe de fumeurs afin de les accompagner vers la cessation tabagique ou de leur donner du soutien pour maintenir l'abstinence. Il en existe deux grandes catégories : l'intervention de longue durée et l'intervention de courte durée. Comme nous l'avons mentionné auparavant, les interventions de longue durée sont des interventions de counseling et de suivi de plus de 10 minutes réalisées par des professionnels de la santé spécialisés en cessation tabagique. Les interventions de courte durée durent moins de 10 minutes incluant des interventions minimales, brèves, de référence, d'information et de documentation. Elles peuvent être réalisées par l'ensemble du personnel médical et infirmier.

Interventions de longue durée

Les interventions de longue durée sont plus complètes et plus utiles pour soutenir le client et pour l'aider à franchir les différentes étapes de changement. Le soutien intensif (individuel ou de groupe) est une intervention de longue durée incluant des interventions liées aux étapes de changement de Prochaska (préréflexion, réflexion, préparation, action et maintien). Les interventions (individuelles ou de groupe) sont très efficaces et fortement recommandées pour la cessation tabagique (Fiore, 2000; Tremblay et Gervais, 2001). Plus les interventions sont nombreuses et plus elles sont intensives, plus elles sont efficaces.

Pour les interventions de longue durée individuelles, Tremblay et Gervais (2001) observent une efficacité allant de 2,5 % à 22,1 % après 5 mois d'intervention. Lancaster et Stead (2005) jugent l'intervention individuelle efficace à la suite d'une méta-analyse de 30 études (RR :1,39; 1,24 à 1,55). Rice et Stead (2008) ont fait une revue systématique d'études randomisées contrôlées afin de déterminer l'efficacité des interventions en cessation tabagique réalisées par les infirmières. Au total, 42 articles ont été sélectionnés. Lorsqu'ils comparent les interventions avec un groupe contrôle ou avec les soins usuels, les auteurs observent une augmentation significative des interventions (OR : 1,28; 1,18 à 1,38).

Les interventions de longue durée de groupe sont également très efficaces et font augmenter les taux de cessation tabagique (Tremblay et Gervais, 2001). Stead et Lancaster (2005), dans une méta-analyse de 55 études sur les thérapies de groupe en cessation tabagique, montrent que ces dernières sont également très efficaces. Cependant, il n'y aurait pas d'indices de supériorité lorsqu'elles sont comparées aux interventions individuelles. L'intervention individuelle ou l'intervention de groupe obtiennent des résultats semblables.

Les interventions longues en milieu hospitalier sont également efficaces. Gies, Buchman, Robinson et Smolen (2008) ont évalué l'efficacité d'une intervention de 30 minutes faite par une infirmière avec un suivi téléphonique de 10 à 20 minutes après une semaine, deux semaines, quatre semaines, huit semaines et trois mois. Les résultats démontrent que les participants du groupe expérimental sont plus abstinents que ceux du groupe contrôle (55 % vs 21 %). Smith, Reilly, Houston Miller, DeBusk et Taylor (2002) ont effectué une étude avec groupe contrôle afin d'évaluer l'efficacité d'un programme de cessation avec 1 077 fumeurs sur 12 mois. Le médecin donnait un conseil de cessation tabagique et l'infirmière s'occupait du counseling en abandon du tabac avec quatre suivis téléphoniques après le congé. Le taux de cessation autorapporté à 12 mois était de 35 %. Les patients qui veulent cesser sont atteints d'un cancer, d'une maladie cardiovasculaire ou d'une affection pulmonaire. Pour leur part, Quist-Paulsen et Gallefoss (2003) ont évalué une intervention de cessation réalisée par les infirmières avec des patients admis pour une

maladie cardiaque. Une intervention est réalisée à l'hôpital et le suivi est effectué à la maison. Les infirmières n'ont pas reçu une formation spéciale sur le sujet. Le groupe qui a bénéficié de l'intervention se composait de 118 patients et le groupe contrôle, de 122 patients. Le taux de cessation à 12 mois, après vérification biochimique, était de 57 % dans le groupe d'intervention contre 37 % dans le groupe contrôle.

Il semble donc que des interventions de longue durée apportent des résultats intéressants tant en milieu communautaire qu'en centre hospitalier. Cependant, avec la diminution du personnel infirmier en milieu hospitalier, des interventions brèves s'avèrent plus intéressantes, surtout que les études n'ont pas démontré de différence significative entre la formation individuelle et la formation de groupe.

Interventions de courte durée

Les interventions de courte durée par un professionnel de la santé sont généralement efficaces (Centers for Disease Control and Prevention, 2008; Manske *et al.*, 2004). Une intervention de trois minutes peut avoir une influence positive (Cahall, 2004; Tremblay et Thibault, 2005). Tremblay et Gervais (2001) rapportent que des interventions de 3 minutes et moins apportent 2,5 % de cessation alors que des interventions de 3 à 10 minutes entraînent un taux de cessation de 5,1 %. Une intervention de courte durée débute par l'identification du statut tabagique, ce qui constitue la première étape du processus de cessation tabagique (Anderson *et al.*, 2002; Centers for Disease Control and Prevention, 2008; Fiore, 2000) et de l'amorce de la cessation (Tremblay et Gervais, 2001). Tous les intervenants devraient demander le statut tabagique des patients dès l'âge de 9 ans (Collège des médecins du Québec et Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999). Des auteurs recommandent d'évaluer le statut tabagique aussi souvent que le pouls, la respiration, la pression artérielle et la température, ajoutant qu'il devrait être le cinquième signe vital à évaluer (Anderson *et al.*, 2002; Centers for Disease Control and Prevention, 2008; Coleman, 2004; Daniel, 2003; Khurana *et al.*, 2003; Malone, 2005).

Beaucoup plus d'études ont été effectuées avec des médecins qu'avec du personnel infirmier. Kreuter, Chheda et Bull (2000) ont démontré, dans une étude randomisée contrôlée, que les conseils de cessation donnés par un médecin sont peu efficaces après trois mois (OR de 1,54; 0,95 à 2,40). D'autres auteurs ont pourtant démontré l'efficacité de cette intervention. Par exemple, Stead, Bergeron et Lancaster (2008), dans une méta-analyse de 41 études sur les conseils du médecin aux fumeurs, mentionnent qu'un simple avertissement donne des résultats minimaux sur la cessation, soit une augmentation de 3 % en comparaison d'une non-intervention. Cette mesure doit s'ajouter à une intervention plus intensive de soutien pour obtenir de meilleurs résultats. Bao *et al.* (2006) ont estimé l'effet d'un conseil de cessation donné par le médecin dans un contexte routinier à partir des données du « 2001 National Health Interview Survey ». L'étude comptait 5 512 participants et le conseil d'un médecin a doublé la probabilité de cesser de fumer dans les 12 mois; cette probabilité est passée de 6,9 % à 14,7 %. Enfin, des auteurs ont effectué une revue de littérature démontrant qu'un conseil de cessation tabagique donné par un médecin entraîne une cessation tabagique réelle variant de 7,9 % à 10,2 % (Westmaas, Nath et Brandon, 2000).

Très peu de chercheurs ont évalué l'apport du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires) en counseling individuel en cessation tabagique. La plupart des études réalisées concernent uniquement les infirmières. Rice et Stead (2008) ont effectué une revue systématique d'études randomisées contrôlées afin de déterminer l'efficacité des interventions en cessation tabagique réalisées par des infirmières. Au total, 42 articles ont été sélectionnés. Les interventions brèves intensives ne se sont pas montrées efficaces (OR de 1,27 : 0,99 à 1,62). Cependant, les auteurs concluent qu'un conseil de cessation et le counseling faits par l'infirmière peuvent avoir des effets bénéfiques. L'évidence est plus faible lorsqu'il s'agit d'une intervention brève et lorsque le milieu de pratique de l'infirmière est axé davantage sur l'aspect curatif plutôt que sur la prévention et la promotion. Le défi est d'intégrer la cessation tabagique dans les standards de pratique afin

que chaque patient puisse bénéficier d'une évaluation, d'un conseil et d'une intervention brève.

Tonnesen, Mikkelsen, Markholst, Ibsen, Bendixen, Pedersen *et al.* (1996), dans une étude réalisée avec 507 patients (254 dans le groupe expérimental et 253 dans le groupe contrôle) sur l'efficacité de l'intervention minimale par des infirmières, ont obtenu des taux de cessation vérifiés par test biochimique de 9,7 % dans le groupe expérimental contre 3,6 % dans le groupe contrôle après un an. Des recensions d'écrits sur le conseil de cesser de fumer donné par l'infirmière démontrent son efficacité dans 3 % des cas comparé à une non-intervention (Kayser et Thibault, 2006) et dans 2 % des cas dans une autre région (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2006). L'intervention des infirmières doublerait les taux de cessation. Malone (2005) mentionne que si toutes les infirmières des États-Unis (2,2 millions) aidaient chacune une personne par année à cesser de fumer, ceci triplerait les taux de cessation.

La moitié des personnes qui renoncent au tabac le font en raison d'un problème de santé (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2006). L'hôpital devient donc un endroit extrêmement important pour intervenir en cessation tabagique. Plusieurs auteurs recommandent que tous les patients soient évalués quant à leur statut tabagique et que celui-ci soit noté au dossier (Malone, 2005; Schultz, 2003; Tremblay et Gervais, 2001; Tremblay et Thibault, 2005). Plusieurs auteurs recommandent aussi qu'on offre à tous les patients fumeurs un traitement approprié (Schultz, 2003; Tremblay et Gervais, 2001). Cependant, peu d'études ont évalué l'efficacité des interventions en milieu hospitalier, ce qui ne permet pas de considérer l'évidence de ces interventions (Rice et Stead, 2008). Wolfenden, Campbell, Wiggers, Walsh et Bailey (2008), dans une revue systématique des interventions en cessation tabagique réalisées en milieu hospitalier, concluent que le nombre d'études dans ce milieu est insuffisant pour bien évaluer l'efficacité des interventions.

Pour pouvoir intervenir de façon rapide auprès de tous leurs patients, les infirmières et les infirmières auxiliaires doivent pouvoir évaluer le statut tabagique et l'étape de changement selon Prochaska.

Étapes de changement selon Prochaska

Dans le PQAT, les pratiques cliniques sont liées à l'étape de changement de comportement où trouve le patient. En effet, selon l'étape où se situe le fumeur, Kayser et Thibault (2006) et DiClemente (2003) proposent de courtes interventions spécifiques afin de l'aider à progresser vers la cessation (Tableau V). Spencer, Pagell, Hallion et Adams (2002), dans une méta-analyse de 148 articles traitant des interventions en cessation tabagique basées sur le modèle transthéorique de Prochaska, concluent que ce modèle est efficace pour déterminer le soutien à accorder au fumeur ou à l'ex-fumeur. Ce modèle s'intègre bien dans le processus de cessation tabagique et il donne des résultats positifs.

Tableau V : Buts des interventions spécifiques en cessation tabagique selon les étapes de changement du modèle de Prochaska et DiClemente

Étapes de changement	But de l'intervention spécifique
Préréflexion	Aider le fumeur à amorcer une réflexion sur sa consommation et la cessation tabagique.
Réflexion	Aider le fumeur à prendre la décision de cesser de fumer dans un avenir rapproché.
Préparation	Aider le fumeur à se préparer à cesser de fumer et à trouver des stratégies pour devenir non-fumeur.
Action et Maintien	Aider l'ex-fumeur à demeurer non-fumeur.

Sources : Kayser et Thibault (2006) et DiClemente (2003)

En résumé, la cessation tabagique est une priorité et une responsabilité à tous les niveaux : mondial, gouvernemental, professionnel et individuel. L'OMS a publié une convention-cadre pour aider les pays à prioriser des interventions en cessation tabagique. Les gouvernements, dont celui du Québec, ont mis en place une approche globale et intégrée qui vise à prévenir la consommation tabagique, à favoriser la cessation tabagique et à protéger les non-fumeurs contre la fumée secondaire.

Il existe des interventions à l'échelle populationnelle (politique fiscale, réglementation restreignant la vente et l'affichage des produits du tabac, restriction dans les lieux publics, mise en garde sur les paquets de cigarettes, publicité et concours de cessation tabagique) et à l'échelle individuelle (ligne téléphonique, site Web, counseling en abandon du tabac, pharmacothérapie et méthodes alternatives). Toutes ont démontré des taux variables d'efficacité dans la lutte contre le tabac. Les interventions réalisées par des professionnels de la santé constituent un moyen simple pour rejoindre les fumeurs, surtout lorsqu'ils sont hospitalisés. Apprendre à évaluer rapidement le statut tabagique, l'étape de changement selon Prochaska et les déterminants de dépendance tabagique s'avère essentiel pour que les professionnels de la santé puissent intervenir brièvement et efficacement, surtout en milieu hospitalier.

2.3 Rôle du personnel infirmier en matière de cessation tabagique

Le personnel infirmier a un rôle à jouer en cessation tabagique, que ce soit pour l'identification des fumeurs, l'évaluation de la motivation à cesser de fumer ou des interventions plus soutenues. Cependant, ce ne sont pas tous ces professionnels qui évaluent et interviennent en cessation tabagique. Pourtant, en Ontario, l'intervention en cessation tabagique est considérée comme une question de standard de pratique (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2006).

Au Québec, on dénombrait 70 181 infirmières en 2007-2008 (Marleau, 2008) et 19 696 infirmières auxiliaires en 2006-2007 (Lévesque, 2007). Le personnel infirmier est omniprésent dans tout le réseau de la santé. Il occupe donc une place privilégiée et stratégique pour dépister les fumeurs et les guider vers la cessation (Kayser et Thibault, 2006; Wetta-Hall, Ablah, Frazier, Molgaard, Berry et Good, 2005). Les interventions en cessation tabagique doivent être réalisées auprès de tous les fumeurs (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2006; Tremblay et Thibault, 2005)

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) appuie les orientations ministérielles en termes d'évaluation et d'intervention en cessation tabagique (Tremblay et Thibault, 2005). Les interventions courtes en cessation tabagique s'inscrivent dans les activités d'évaluation de la condition physique du patient et d'initiation des mesures thérapeutiques (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009c). Selon Kayser et Thibault (2006), le rôle de toutes les infirmières du Québec en matière de tabagisme est : 1) de dépister l'usage du tabac; 2) d'évaluer l'état de santé du client en rapport avec sa consommation; 3) de conseiller de cesser de fumer; 4) d'évaluer la réceptivité du client au changement; 5) d'intervenir en fonction des stades de changement de comportement du client; et 6) d'évaluer les progrès du client au moment du suivi. Il faut également documenter au dossier les interventions réalisées, à savoir : 1) les données relatives à l'évaluation initiale et en cours d'intervention; 2) les données relatives aux interventions et aux résultats; et 3) les données relatives aux suivis.

Le rôle de l'infirmière auxiliaire est, selon le *Code des professions*, de contribuer à l'évaluation des patients et de prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux simples (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009a). Comme les infirmières auxiliaires font partie des équipes soignantes, elles sont en mesure d'intervenir en cessation tabagique à la suite du PTI (Plan thérapeutique infirmier) déterminé par l'infirmière.

La prochaine section rapporte les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique. Il est important de mentionner que nous trouvons très peu de données pour les infirmières auxiliaires. Enfin, nous examinerons les facteurs (du personnel infirmier et des patients) qui influencent les pratiques cliniques.

2.3.1 Pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique

Les interventions courtes en cessation tabagique ne sont pas réalisées régulièrement pour tous les patients. « *Health promotion, in particular, was claimed by all professionals*

as being an integral part of their practice, but it was never actually translated into operational terms » (Pineault *et al.*, 1989). Pour illustrer cette réflexion, Litaker, Flocke, Frolkis et Stange (2005), dans une étude transversale avec 128 médecins, ont démontré que 100 % des médecins croient que les activités de prévention sont importantes, mais que seulement 63 % en font régulièrement dans leur pratique.

Les études qui ont examiné le portrait du personnel infirmier en matière de cessation tabagique sont beaucoup moins nombreuses que celles qui se sont penchées sur les médecins. Le Tableau VI résume les pratiques cliniques en cessation tabagique tant par les médecins que le personnel infirmier, mais seules les interventions du personnel infirmier seront expliquées dans le texte.

Toutes les études recensées sont centrées sur les infirmières et une seule porte sur les infirmières auxiliaires. Au Québec, une enquête a été menée par questionnaire autorapporté, en février 2005, auprès d'un échantillon aléatoire simple de 500 infirmières membres de l'OIIQ afin de connaître leurs pratiques de counseling en abandon du tabac, les facteurs influençant ces pratiques et l'intérêt pour la formation et les besoins en la matière (Tremblay, Cournoyer, Jukic *et al.*, 2006). Les participantes provenaient de tous les milieux de pratique (communautaire, hospitalier, etc.). Le taux de réponse se situait à 52 % après deux autres envois de questionnaires en mars 2005 et en avril 2005. Les résultats démontrent que 62 % des infirmières rapportent évaluer le statut tabagique de plus de la moitié des patients lors de la première visite (collecte des données initiales). Elles rapportent évaluer 56 % des patients souffrant de symptômes respiratoires reliés au tabagisme et 44 % de ceux n'ayant pas de symptômes. Seulement 47 % des infirmières sondées inscrivent au dossier le statut tabagique des patients. L'évaluation de la motivation à cesser est évaluée par 20 % des infirmières et 38 % conseillent à leurs patients de cesser de fumer; 7 % des infirmières dirigent les patients vers d'autres ressources. Pourtant, 88 % des infirmières croient qu'elles devraient évaluer le statut tabagique et 75 % croient que les infirmières devraient conseiller à leurs patients de cesser de fumer.

Tableau VI : Pratiques cliniques en cessation tabagique selon les médecins, les infirmières et les infirmières auxiliaires

Interventions	Médecins	Infirmières praticiennes / infirmières en pratique avancée	Infirmières	Infirmières auxiliaires
Évaluer le statut tabagique	93 % pour tous; 99 % avec symptômes respiratoires et 72 % sans symptômes (Tremblay, Cournoyer et O'Loughlin, 2006)	92 % (Houghton, Marcukaitis, Shirk Marienau, Hooten, Stevens et Warner, 2008)	62 % lors de la première visite, 56 % avec symptômes, 44 % sans symptômes (Tremblay, Cournoyer, Jukic <i>et al.</i> , 2006)	53 % (Braun <i>et al.</i> , 2004)
	96 % (Ulbricht, Meyer, Schumann, Rumpf, Hapke et John, 2006)	79 % (Braun <i>et al.</i> , 2004)	58 % (Daniel, 2003)	
	90 % avec symptômes et 30 % sans symptômes (Helgason et Lund,	69,5 % (Reeve, Byrd et Quill, 2004)	52 % (Good, Frazier, Wetta-Hall, Ablah et Molgaard, 2004)	

Interventions	Médecins	Infirmières praticiennes / infirmières en pratique avancée	Infirmières	Infirmières auxiliaires
	2002) 67 % (Crawford, Woodby, Russell, Turner, Hardin et Harrington, 2005)	64,6 % (An, Foldes, Alesci, Bluhm, Bland, Davern <i>et al.</i> , 2008)	67 % (Pelkonen et Kankkunen, 2001)	
	97 % pour tous, 53 % sans symptômes (Boldemann, Gilljam, Lund et Helgason, 2006)		80 % (Segaar, Willemsen, Bolman et de Vries, 2007)	
	44 % (Underner, Laforgue, Chabaud et Meurice, 2004)		100 % (Kotz, van Litsenburg, van Duurling, van Schayck	

Interventions	Médecins	Infirmières praticiennes / infirmières en pratique avancée	Infirmières	Infirmières auxiliaires
			et Wesseling, 2008)	
	90 % (Warner, Sarr, Offord et Dale, 2004)		80 % (Svavarsdóttir et Hallgrímsdóttir, 2008)	
	69 % (Braun <i>et al.</i> , 2004)		12,5 % à 26,3 % (Chan, Sarna, Wong et Lam, 2007)	
	82,9 % (An <i>et al.</i> , 2008)		43 % (Braun <i>et al.</i> , 2004)	
			30 % (McCarty, Henrikus <i>et al.</i> , 2001)	
Évaluer la motivation à	62 % (Tremblay, Cournoyer et	41 % (Braun <i>et al.</i> ,	20 % (Tremblay, Cournoyer, Jukic <i>et al.</i> ,	12 % (Braun <i>et al.</i> ,

Interventions	Médecins	Infirmières praticiennes / infirmières en pratique avancée	Infirmières	Infirmières auxiliaires
cesser	O'Loughlin, 2006)	2004)	2006)	2004)
	45 % (Crawford <i>et al.</i> , 2005)		38 % (Good <i>et al.</i> , 2004)	
	40 % (Braun <i>et al.</i> , 2004)		76 % (Segaar <i>et al.</i> , 2007)	
			18,3 % à 20,6 % (Chan <i>et al.</i> , 2007)	
			12 % (Braun <i>et al.</i> , 2004)	
Conseiller la cessation tabagique	84 % (Tremblay, Cournoyer et	69 % (Braun <i>et al.</i> , 2004)	38 % (Tremblay, Cournoyer, Jukic <i>et al.</i> ,	19 % (Braun <i>et al.</i> , 2004)

Interventions	Médecins	Infirmières praticiennes / infirmières en pratique avancée	Infirmières	Infirmières auxiliaires
	O'Loughlin, 2006)		2006)	
	81 % (Crawford <i>et al.</i> , 2005)	39,8 % (An <i>et al.</i> , 2008)	54 % (Daniel, 2003)	
	43 % (Arber <i>et al.</i> , 2004)		35 % (Good <i>et al.</i> , 2004)	
	69 % (Braun <i>et al.</i> , 2004)		20 % (Svavarsdóttir et Hallgrímsdóttir, 2008)	
	58,9 % (An <i>et al.</i> , 2008)		26,3 % à 53,6 % (Chan <i>et al.</i> , 2007)	
			29 % (Braun <i>et al.</i> , 2004)	

Interventions	Médecins	Infirmières praticiennes / infirmières en pratique avancée	Infirmières	Infirmières auxiliaires
			48,2 % (Gomm, Lincoln, Egeland et Rosenberg, 2002)	

Ces données québécoises ne sont pas tellement différentes de celles obtenues aux États-Unis. Daniels (2003) a effectué une étude descriptive corrélationnelle avec 468 infirmières de la Georgie. Elle a effectué un échantillonnage stratifié auprès d'infirmières de tous les milieux. Elle a fait parvenir aux participantes, un questionnaire postal avec deux rappels à deux semaines d'intervalle. Les résultats indiquent que 58 % des infirmières demandent le statut tabagique et le notent au dossier du patient. Au total, 54 % des infirmières donnent un conseil de cessation, 36 % font du counseling en abandon du tabac et 5 % réfèrent le patient à d'autres services. Pourtant, 70 % des infirmières pensent que ces pratiques font partie de leur rôle.

D'autre part, Good *et al.* (2004) ont effectué une étude pour connaître les pratiques cliniques des infirmières en pratique privée au Kansas. Un questionnaire postal a été envoyé à plus de 1 036 cliniques privées à l'attention des infirmières. Trois rappels postaux ont été prévus à 4, 12 et 24 semaines après l'envoi. Au total, 415 infirmières ont répondu. Les résultats montrent que 52 % des infirmières évaluent régulièrement l'usage du tabac, 51 % le documentent au dossier, 35 % donnent un conseil de cessation et 4 % font une référence. Seulement 38 % évaluent l'étape de changement du patient et 32 % font du counseling en abandon du tabac. Au total, 66 % des infirmières croient que les pratiques cliniques font partie de leur rôle.

Braun *et al.* (2004) ont effectué une étude transversale pour comparer les attitudes et les pratiques cliniques en cessation tabagique de cinq catégories de professionnels aux États-Unis. Un questionnaire a été posté à un échantillon aléatoire, suivi de deux rappels pour les non-répondants. Au total, l'échantillon comprenait 3 120 participants, soit un taux de réponse moyen de 68 % (1 067 médecins, 192 infirmières de pratique avancée³, 647 infirmières autorisées⁴, 884 infirmières auxiliaires⁵ et 330 assistants médicaux). Les

³ Infirmières de pratiques avancée : après une scolarité de deuxième cycle

⁴ Infirmières autorisées : après un premier cycle aux États-Unis ou au Canada et à un niveau collégial ou de premier cycle pour les infirmières du Québec

⁵ Infirmières auxiliaires : niveau d'études secondaires pour le Québec et niveau postsecondaire pour les États-Unis où on les appelle « *licensed practical nurses* ».

taux de réponse respectifs étaient : 59 %, 80 %, 73 %, 73 % et 73 %. Ce sont les infirmières en pratique avancée qui documentent le plus le statut tabagique (79 %), puis les médecins (69 %), les assistants médicaux (56 %), les infirmières auxiliaires (53 %) et les infirmières autorisées (43 %). Donner un conseil de cessation est plus fréquent pour les médecins et les infirmières en pratique avancée (69 %) que pour les infirmières autorisées (29 %), les infirmières auxiliaires (19 %) et les assistants médicaux (18 %). Quant à l'évaluation de la motivation à cesser, ce sont les infirmières en pratique avancée qui la réalisent plus souvent (41 %) suivies des médecins (40 %), des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires (12 %) et des assistants médicaux (10 %). Pour le counseling en cessation tabagique, on trouve tout d'abord, les médecins (23 %), puis les infirmières en pratique avancée (22 %); le taux est de 7 % pour les autres. Pour la référence, les infirmières en pratique avancée le font davantage (16 %) suivies des médecins (12 %), des infirmières auxiliaires (10 %) et (8 %) des infirmières autorisées et des assistants médicaux. Les médecins effectuent des suivis dans 8 % des cas, les infirmières auxiliaires le font dans 6 % des cas, les infirmières en pratique avancée et les assistants médicaux dans 5 % des cas, et les infirmières autorisées dans 4 % des cas. Les connaissances, les attitudes et les comportements sont associés aux services offerts. Les médecins ont une perception plus élevée de l'efficacité de l'intervention suivis des infirmières en pratique avancée, des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires et des assistants médicaux.

An *et al.* (2008) ont réalisé un sondage téléphonique avec 1 723 fumeurs du Minnesota choisis aléatoirement (taux de réponse de 56,5 %). Ils ont évalué les pratiques cliniques des professionnels en cessation tabagique. Les résultats démontrent que les infirmières praticiennes évaluent le statut tabagique 64,6 % des fois contre 82,9 % pour les médecins. Les infirmières praticiennes conseillent aux patients de cesser de fumer 39,8 % des fois contre 58,9 % pour les médecins. L'assistance pour la cessation tabagique est offerte dans 14,9 % des cas par les infirmières praticiennes contre 31,9 % par des médecins.

Reeve *et al.* (2004) ont réalisé une étude descriptive corrélative auprès d'un échantillon aléatoire de 442 infirmières praticiennes. Ils ont examiné les attitudes et les pratiques en promotion de ces praticiennes à l'aide d'un questionnaire autoadministré. Les résultats montrent que 99,5 % des infirmières praticiennes croient que la promotion de la santé est un aspect important de leur rôle et 97 % croient qu'elles devraient évaluer le statut tabagique. Pourtant, seulement 69,5 % avouent le faire de façon routinière dans leur pratique.

Houghton *et al.* (2008) ont réalisé une étude pour évaluer la pratique et les attitudes des infirmières anesthésistes américaines. Un échantillon de 1 000 infirmières a été sélectionné selon une méthode stratifiée. Un questionnaire a été envoyé par la poste et le taux de réponse a été de 44 % après un rappel. Les résultats démontrent que 92 % des infirmières anesthésistes évaluent le statut tabagique, mais seulement 65 % croient que c'est leur responsabilité. Au total, 34 % des infirmières anesthésistes ne croient pas que ces interventions ont des effets sur les patients. Cependant, elles avouent un intérêt à en apprendre davantage sur le sujet.

Au niveau international, Pelkonen et Kankkunen (2001) ont réalisé une étude afin de décrire l'expérience des compétences des infirmières finlandaises pour conseiller aux patients de cesser de fumer et pour les soutenir. Ils ont envoyé un questionnaire par la poste à plus de 1 235 infirmières sélectionnées aléatoirement et obtenu un taux de réponse de 71 % après un seul rappel. Les résultats démontrent que 67 % des infirmières discutent des habitudes tabagiques avec leur patient. Pour leur part, Svavardsdottir et Hallgrimsdottir (2008) ont évalué les pratiques cliniques en cessation tabagique avec 868 infirmières. Un questionnaire envoyé par la poste aux 2 453 infirmières de l'Islande a obtenu un taux de réponse de 36 %. C'est 80 % des infirmières qui évaluent le statut tabagique, mais seulement 20 % conseillent ou assistent les patients en cessation tabagique. C'est 55,3 % des infirmières qui disent n'avoir jamais aidé leurs patients à cesser l'usage du tabac.

Kotz *et al.* (2008) ont évalué les pratiques cliniques, les attitudes et les croyances des infirmières hollandaises en soins respiratoires. Les auteurs ont comparé les résultats de 2006 avec les données obtenues en 2000 (n = 288), soit avant l'introduction d'un protocole national en cessation tabagique. Un questionnaire a été envoyé à toutes les infirmières en soins respiratoires, pour un taux de réponse de 62 % (n = 413) après deux rappels. Le protocole mentionne techniques en cessation tabagique et celles-ci ont été réalisées par 93 % des infirmières en 2006 par comparaison à 72 % en 2000. Les plus grands changements sont les interventions en vue de prendre des arrangements pour la cessation tabagique (83 % versus 38 %) et de fixer une date d'arrêt (79 % versus 32 %). En 2006, 100 % des infirmières évaluent le statut tabagique. Il faut cependant être prudent dans l'interprétation des données, car il s'agit de données autorapportées; les infirmières qui ont participé à la recherche sont peut-être plus favorables à l'intervention et il ne s'agit pas non plus de mesures répétées.

En milieu hospitalier, on trouve une diversité importante d'interventions en cessation tabagique. De façon générale, les taux sont beaucoup plus faibles. Gomm *et al.* (2002) ont effectué une étude avec 127 infirmières de cinq hôpitaux. Un questionnaire anonyme était envoyé par le service des ressources humaines. Le taux de réponse a été de 64,8 % après un rappel. Les résultats montrent que 52,8 % des infirmières ne donnent pas de conseil de cessation, même si elles savent que le client est fumeur. Plus de 53 % de ces infirmières disent que cela ne fait pas partie de leur travail.

Pour leur part, McCarty, Hennrikus *et al.* (2001) ont effectué une étude descriptive corrélationnelle avec 397 infirmières dans quatre hôpitaux. Ils ont envoyé un questionnaire aux infirmières occupant un poste permanent et travaillant dans des unités de médecine, de chirurgie, de cardiologie, d'oncologie, de neurologie, de gynécologie et d'orthopédie. Après un rappel, le taux de réponse est de 68 %. Les résultats démontrent que 30 % des infirmières évaluent presque toujours le statut tabagique de leurs patients et que 41 % le font parfois. Pourtant, 89 % des infirmières croient qu'on devrait conseiller aux patients de cesser de fumer, mais seulement 59 % croient que cette tâche revient à l'infirmière. Il est

intéressant de constater que 63 % des infirmières croient que l'hospitalisation est un temps idéal pour aborder la question. Cependant, 60 % ne croient pas que les interventions courtes en cessation tabagique sont efficaces et elles les considèrent comme une perte de temps.

Segaar *et al.* (2007) ont évalué les interventions en cessation tabagique des infirmières dans des unités de cardiologie en Hollande, cinq ans après l'implantation d'un programme national de cessation tabagique. Au total, 25 unités ont participé à l'étude; 20 infirmières-chefs (taux de participation de 80 %) et 210 infirmières (taux de participation de 38 %) ont répondu à un questionnaire autoadministré. Les résultats démontrent que 54 % des infirmières adhèrent au programme, 80 % évaluent le statut tabagique, 76 % évaluent la motivation à cesser de fumer et 70 % discutent avec leurs patients des raisons de cesser de fumer. Il faut cependant être prudent dans l'interprétation des résultats puisqu'il s'agit d'un questionnaire autorapporté et que seulement 38 % des infirmières l'ont rempli.

C'est dans les pays asiatiques que l'on trouve les plus faibles taux d'interventions en matière de cessation tabagique. Sekijima *et al.* (2005) ont mené une étude descriptive comparative afin de mesurer les pratiques cliniques en cessation tabagique, les attitudes et la prévalence du tabagisme chez des infirmières d'un hôpital et de deux collèges du Japon. Le questionnaire autoadministré, distribué par les milieux, a obtenu un taux de réponse de 88,2 % (n = 432) chez les infirmières et de 92,9 % (n = 690) chez les étudiantes. Les résultats démontrent que seulement 12 % des infirmières font des interventions routinières en cessation tabagique.

Yan *et al.* (2008) ont mené une étude descriptive corrélative dans trois hôpitaux de la Chine sélectionnés aléatoirement afin d'identifier les comportements tabagiques, les connaissances, les attitudes et les pratiques cliniques en relation avec la cessation tabagique. Les questionnaires anonymes ont été distribués par le service des ressources humaines. Au total, 820 questionnaires ont été distribués pour un taux de réponse de 80,2 % (n = 658). L'échantillon se compose de 56,3 % de médecins et de

43,7 % d'infirmières. Les résultats démontrent que 87 % des répondants disent avoir un rôle à jouer, mais seulement 45 % font des interventions en cessation tabagique.

Chan *et al.* (2007) ont mené une étude corrélationnelle dans quatre villes de la Chine afin d'identifier les connaissances, les attitudes, la perception des compétences et les pratiques cliniques des infirmières en milieu hospitalier. Des questionnaires autoadministrés ont été distribués dans cinq hôpitaux universitaires. Une personne dans chaque hôpital s'occupait de les distribuer, puis de les retourner aux chercheurs. Le taux de réponse est de 75,5 % (n = 2 179). Les résultats démontrent que de 12,5 % à 26,3 % des infirmières évaluent le statut tabagique. Au total, de 26,3 % à 53,6 % donnent un conseil de cessation; de 18,3 % à 20,6 % évaluent la motivation à cesser de fumer; de 9,7 % à 27,4 % aident les patients à cesser de fumer; et de 8,4 % à 20,4 % font des arrangements pour effectuer des suivis. D'ailleurs, plus de 89,3 % se sentent compétentes pour intervenir et de 71,5 % à 96,9 % sont positives face au rôle à jouer en cessation tabagique.

En résumé, nous avons répertorié 14 études traitant des pratiques cliniques des infirmières en cessation tabagique. De ces études, 10 ont été réalisées auprès d'infirmières de milieux variés et 5 en milieu hospitalier. Une seule étude a été réalisée au Québec auprès d'infirmières (toutes pratiques confondues); les résultats démontrent que 62 % évaluent le statut tabagique, 47 % l'inscrivent aux dossiers et 20 % évaluent la motivation des patients à cesser de fumer. Parmi les autres études effectuées en milieux variés, nous avons répertorié six études américaines et deux études internationales. Les résultats de ces études démontrent que les infirmières évaluent le statut tabagique de 52 % à 100 % des fois. Une seule étude a été menée avec les infirmières auxiliaires, qui évaluent le statut tabagique de 56 % de leurs patients. Parmi les études menées en milieu hospitalier, deux proviennent des États-Unis et trois de pays asiatiques. L'évaluation du statut tabagique est réalisée de 12 % à 80 % des fois. Il faut préciser ici que le résultat de 80 % est vraiment hors norme, mais il est relié à une unité de cardiologie où il est reconnu que le tabac est en lien direct avec la pathologie traitée. En enlevant cette étude, l'évaluation du statut tabagique se situe entre 12 % et 45 % dans les autres études.

2.3.2 Obstacles identifiés à l'intervention

Plusieurs obstacles peuvent expliquer l'inadéquation entre les interventions et les croyances des professionnels. Étant donné cette inadéquation les croyances et les comportements, les participants des études ont souvent indiqué ce qui freinait (obstacles) leurs interventions. Il faut cependant être prudent dans l'explication des obstacles : ce sont des données autorapportées, donc des perceptions; cela ne signifie pas que les obstacles soient réellement présents.

Un obstacle ressort toutefois de façon unanime dans les études : le manque de temps. Chez les infirmières, cet obstacle est identifié par 8,1 % à 76 % des participantes (Daniel, 2003; Gomm *et al.*, 2002; Good *et al.*, 2004; McCarty, Sander, Hennrikus et Lando, 2001; Reeve *et al.*, 2004; Svavarsdóttir et Hallgrímsdóttir, 2008; Tremblay, Cournoyer, Jukic *et al.*, 2006). La perception du manque d'intérêt du patient est aussi un élément qui module l'intervention en cessation tabagique chez les infirmières (Daniel, 2003; Good *et al.*, 2004; Reeve *et al.*, 2004; Tremblay, Cournoyer, Jukic *et al.*, 2006). Les infirmières considèrent que les patients ne sont pas intéressés par leurs conseils (Tremblay, Cournoyer, Jukic *et al.*, 2006).

Chez les infirmières, les autres barrières mentionnées sont : la perception d'intrusion dans la vie privée des patients (Gomm *et al.*, 2002; McCarty, Sander *et al.*, 2001); le manque de connaissances (Daniel, 2003; Good *et al.*, 2004; McCarty, Sander *et al.*, 2001; Sekijima *et al.*, 2005; Svavarsdóttir et Hallgrímsdóttir, 2008; Tremblay, Cournoyer, Jukic *et al.*, 2006); le manque d'habiletés pour intervenir (Daniel, 2003; Good *et al.*, 2004; Sekijima *et al.*, 2005; Svavarsdóttir et Hallgrímsdóttir, 2008); le manque de ressources (Tremblay, Cournoyer, Jukic *et al.*, 2006); le manque de matériel (McCarty, Sander *et al.*, 2001); et la difficulté à effectuer un suivi puisque les patients demeurent peu longtemps à l'hôpital (Tremblay, Cournoyer, Jukic *et al.*, 2006). Le manque de remboursement des activités est une barrière pour les infirmières praticiennes (Reeve *et al.*,

2004), mais il ne peut constituer un obstacle pour le personnel infirmier québécois qui reçoit un salaire plutôt qu'un paiement à l'acte.

2.3.3 Caractéristiques du personnel infirmier influençant les pratiques cliniques en cessation tabagique

Existe-t-il des caractéristiques particulières chez les infirmières et les infirmières auxiliaires, qui les inciteraient à intervenir ou non en cessation tabagique? Certaines études réalisées auprès d'infirmières avancent des facteurs sociodémographiques et socioéconomiques reliés aux pratiques cliniques en cessation tabagique. Le Tableau VII présente les études ayant examiné les interventions des médecins et des infirmières mais seules les études concernant le personnel infirmier seront expliquées ici.

Une seule étude a démontré l'importance de l'âge quant aux interventions réalisées en cessation tabagique. En effet, Wetta-Hall *et al.* (2005), dans une étude transversale de 415 infirmières, ont trouvé une relation entre l'âge de l'infirmière et l'évaluation du statut tabagique qu'elle effectuait. Celles qui sont âgées de 41 à 50 ans font 2,5 fois plus d'évaluations que les plus jeunes. L'importance de l'âge n'a cependant pas été démontrée dans d'autres études chez les infirmières (Daniel, 2003; Reeve *et al.*, 2004; Svavarsdóttir et Hallgrímsdóttir, 2008).

Aucune étude n'a trouvé de lien entre l'intervention par rapport au tabac et le sexe du soignant. Cependant, deux études ont relié le niveau de scolarité du soignant aux pratiques cliniques réalisées. Les infirmières bachelières donnent plus de conseils pour cesser de fumer que les infirmières non bachelières (Wetta-Hall *et al.*, 2005). Les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées réalisent plus d'interventions en cessation tabagique que les infirmières moins scolarisées (Good *et al.*, 2004). Une seule étude ne relève pas de lien entre le niveau de scolarité et les pratiques cliniques en cessation tabagique (Reeve *et al.*, 2004).

Tableau VII : Caractéristiques des médecins et des infirmières influençant les pratiques cliniques en cessation tabagique

Variables	Médecins		Infirmières	
	Évidence	Pas d'évidence	Évidence	Pas d'évidence
Âge	Hensrud (2000); Heywood <i>et al.</i> (1996); Maheux <i>et al.</i> (1989); Pineault <i>et al.</i> (1989)		Wetta-Hall <i>et al.</i> (2005)	Daniel (2003); Reeve <i>et al.</i> (2004); Svavardsdottir et Hallgrimsdottir (2008)
Sexe	Arber <i>et al.</i> (2004); Ellerbeck <i>et al.</i> (2001); Heywood <i>et al.</i> (1996); Houston <i>et al.</i> (2005); Maguire <i>et al.</i> (2000); Maheux <i>et al.</i> (1989); O'Loughlin <i>et al.</i> (2007); Steinberg et Delnevo (2007); Twardella et Brenner			Reeve <i>et al.</i> (2004)

Variables	Médecins		Infirmières	
	Évidence	Pas d'évidence	Évidence	Pas d'évidence
	(2005); Ulbrich <i>et al.</i> (2006)			
Niveau d'éducation / spécialité	Bremberg et Nilstun (2005); Braun <i>et al.</i> (2004); Easton <i>et al.</i> (2001); Hensrud (2000); Maheux <i>et al.</i> (1999); Maheux <i>et al.</i> (1989)	Ferketich <i>et al.</i> (2006)	Good <i>et al.</i> (2004); Wetta-Hall <i>et al.</i> (2005)	Reeve <i>et al.</i> (2004)
Lieu de pratique	Pineault <i>et al.</i> (1989)		McCarty <i>et al.</i> (2001); Wetta-Hall <i>et al.</i> (2005)	
Moment de la diplomation	Ellerbeck <i>et al.</i> (2001); Haley <i>et al.</i> (2002); Heywood <i>et al.</i> (1996)	Haley <i>et al.</i> (2000)	Pelkonen et Kankkunen (2001)	Reeve <i>et al.</i> (2004); Svavardsdottir et Hallgrimsdottir (2008)
Comportement	Braun <i>et al.</i> (2004);	Cornuz <i>et al.</i> (2000)	Braun <i>et al.</i> (2004);	Svavardsdottir et

Variables	Médecins		Infirmières	
	Évidence	Pas d'évidence	Évidence	Pas d'évidence
tabagique	Delnevo <i>et al.</i> (1996); Polyzos <i>et al.</i> (1995); Shishani <i>et al.</i> (2008); Underner <i>et al.</i> (2004); Varona <i>et al.</i> (2005)	Easton <i>et al.</i> (2001)	Chalmers <i>et al.</i> (2002); Shishani <i>et al.</i> (2008)	Hallgrimsdottir (2008)

Deux études ont montré que le lieu de pratique influence le nombre d'interventions réalisées. En effet, les infirmières qui travaillent en cardiologie font davantage de pratiques cliniques en cessation tabagique que celles en orthopédie (McCarty, Hennrikus *et al.*, 2001). Pour leur part, Wetta-Hall *et al.* (2005) ont trouvé que les infirmières travaillant dans une clinique privée ou en médecine interne réalisent davantage d'interventions que celles travaillant en milieu rural.

L'expérience acquise depuis la diplomation ne s'avère pas un déterminant de l'intervention infirmière en cessation tabagique. Aucune relation n'a en effet été démontrée entre l'année de la diplomation comme infirmière et les interventions courtes en cessation tabagique (Reeve *et al.*, 2004; Svavarsdóttir et Hallgrímsdóttir, 2008). Pelkonen et Kankkunen (2001) rapportent cependant que les jeunes diplômées se sentent plus compétentes pour intervenir même si elles croient beaucoup moins en l'efficacité des interventions courtes.

Trois études ont montré un lien entre la consommation tabagique des infirmières et leurs pratiques cliniques en cessation tabagique. Chalmers *et al.* (2002) expliquent que les infirmières fumeuses se sentent plus gênées et coupables au sujet de leur consommation tabagique; elles éprouvent des difficultés à en discuter avec leurs patients à cause de leur propre statut tabagique. Hall *et al.* (2005), dans une étude avec 152 infirmières britanniques, ont décrit les attitudes des infirmières face aux conseils de cessation tabagique donnés aux patients : les non-fumeuses se sentent plus compétentes et en contrôle de leurs interventions que les fumeuses. Shishani *et al.* (2008) ont obtenu des résultats similaires : les infirmières non-fumeuses avouent réaliser davantage d'interventions en cessation tabagique que les infirmières fumeuses. Seule l'étude de Svavardottir et Hallgrímsdóttir (2008) n'arrive pas à cette conclusion; leurs résultats démontrent en effet qu'il n'y a pas de différence dans l'intervention selon le statut tabagique de la soignante. Cependant, les auteurs notent que les infirmières fumeuses croient en plus grand nombre que les pratiques cliniques en cessation tabagique sont une perte de temps et qu'elles ont moins l'intention d'en faire.

2.3.4 Caractéristiques des patients influençant les pratiques cliniques en cessation tabagique du personnel infirmier

Beaucoup d'études ont examiné les caractéristiques des patients par rapport aux interventions en cessation tabagique réalisées par les médecins. Nous n'avons trouvé que deux études qui décrivent les pratiques cliniques du personnel infirmier selon les caractéristiques des patients. Le Tableau VIII présente l'ensemble de ces études, mais seules les deux études se rapportant au personnel infirmier seront décrites.

Korhonen *et al.* (1999) ont rapporté les données d'un sondage annuel mené auprès de la population de la Finlande, de 1978 à 1995. Il s'agit d'un questionnaire postal envoyé à plus de 5 000 participants choisis aléatoirement suivi de deux rappels. Dans une partie de ce questionnaire, il s'agissait de rapporter les pratiques cliniques confondues des médecins et des infirmières en cessation tabagique. Malheureusement, les résultats ne nous permettent pas de différencier les données provenant des médecins de celles des infirmières. Les résultats démontrent que ces deux types de professionnels font davantage d'interventions en cessation tabagique si les patients sont des hommes et encore davantage si ces derniers sont âgés, moins scolarisés, moins favorisés au niveau socioéconomique et en moins bonne santé.

Browning *et al.* (2008) ont effectué des analyses secondaires à partir de la base des données d'un sondage national qui recrute 3 046 participants annuellement. Ce sondage permet de connaître entre autres les pratiques cliniques en cessation tabagique de médecins et d'infirmières, sans distinction. L'échantillon est choisi aléatoirement et réalisé par téléphone. Contrairement à Korhonen *et al.* (1999), les résultats montrent que ces deux catégories de professionnels de la santé font davantage d'interventions en cessation tabagique si les patients sont blancs, mariés, scolarisés et socioéconomiquement favorisés.

Tableau VIII : Caractéristiques des patients influençant les pratiques cliniques en cessation tabagique

Variables	Évidence	Pas d'évidence
Âge	Arber <i>et al.</i> (2004); Bao <i>et al.</i> (2006); Buckland et Connoly (2005); Ellerbeck <i>et al.</i> (2001); Korhonen <i>et al.</i> (1999); Kviz <i>et al.</i> (1997); Heywood <i>et al.</i> (1996); Houston <i>et al.</i> (2005); Maguire <i>et al.</i> (2000); Pineault <i>et al.</i> (1989); Pollak <i>et al.</i> (2002); Ulbricht <i>et al.</i> (2006)	Cornuz <i>et al.</i> (2000)
Sexe	Arber <i>et al.</i> (2004); Bao <i>et al.</i> (2006); Ellerbeck <i>et al.</i> (2001); Ferketich <i>et al.</i> (2006); Hensrud (2000); Houston <i>et al.</i> (2005); Korhonen <i>et al.</i> (1999); Ulbricht <i>et al.</i> (2006)	Cornuz <i>et al.</i> (2000); Pollak <i>et al.</i> (2002)
Ethnie	Arber <i>et al.</i> (2004); Bao <i>et al.</i> (2006); Browning <i>et al.</i> (2008); Houston <i>et al.</i> (2005); Pollak <i>et al.</i> (2002)	

Variabes	Évidence	Pas d'évidence
Éducation	Browning <i>et al.</i> (2008)	
Situation maritale	Browning <i>et al.</i> (2008); Heywood <i>et al.</i> (1996)	
Salaire	Browning <i>et al.</i> (2008); Hensrud (2000); Korhonen <i>et al.</i> (1999)	Arber <i>et al.</i> (2004); Houston <i>et al.</i> (2005)
État de santé / unité de soins	Bao <i>et al.</i> (2006); Bremberg <i>et al.</i> (2003); Coleman <i>et al.</i> (2000); Ferketich <i>et al.</i> (2006); Korhonen <i>et al.</i> (1999); Maguire <i>et al.</i> (2000)	Ong <i>et al.</i> (2005)

En résumé, le personnel infirmier devrait évaluer le statut tabagique de tous les patients, conseiller aux fumeurs de cesser de fumer et faire des interventions courtes pour les aider à mettre fin au tabagisme. Cependant, les taux d'intervention varient d'une étude à l'autre; ils sont souvent plus élevés en milieu communautaire et plus faibles en milieu hospitalier. Il existe cependant une exception dans les unités de cardiologie où l'évaluation du tabagisme serait plus élevée, le tabac étant reconnu comme un facteur de risque important dans le développement des maladies cardiovasculaires. Des obstacles cités sont par rapport à l'intervention en cessation tabagique. Le personnel infirmier mentionne le manque de temps comme obstacle principal, suivi du manque de ressources. D'autres obstacles sont davantage liés aux croyances des infirmières en regard de la possible intrusion dans la vie du patient, de son manque d'intérêt et de sa résistance aux conseils des professionnels. Certaines variables personnelles des infirmières influencent les interventions qu'elles réalisent en cessation tabagique, par exemple la scolarité, le lieu de pratique et les habitudes tabagiques personnelles.

Le personnel infirmier a comme rôle professionnel de réaliser des interventions courtes en cessation tabagique. Pourtant, peu d'infirmières et d'infirmières auxiliaires le font et les obstacles identifiés peu nombreux. Si l'on désire augmenter les pratiques cliniques dans ce domaine, en nombre et en qualité, il faut comprendre tout d'abord comment se réalisent des changements de comportements.

Chapitre 3

Cadre de référence

Dans le présent chapitre, nous décrivons le cadre théorique de notre étude. Nous avons choisi la théorie du comportement planifié pour expliquer le changement des pratiques cliniques en cessation tabagique du personnel infirmier. Les concepts de cette théorie permettent de comprendre comment les stratégies choisies modifient ces pratiques cliniques. De plus, nous exposerons les fondements théoriques de la stratégie de formation interactive, de la stratégie de rappel et de la stratégie multiple (formation interactive et rappel).

3.1 Modifier les pratiques cliniques en cessation tabagique du personnel infirmier

Modifier ou améliorer une pratique clinique est plus complexe qu'on peut le croire. Transférer des résultats de recherches dans la pratique peut s'avérer un processus hasardeux qui se réalise souvent très lentement (Eccles, Grimshaw, Walker, Johnston et Pitts, 2005) et progressivement. Il est faux de croire que les connaissances apportent automatiquement un changement (Godin et Côté, 2006).

Pour modifier une pratique clinique, il faut s'intéresser au pourquoi et au comment. Le pourquoi explique les changements de pratiques cliniques et le comment fait allusion aux stratégies employées à cette fin. Dans cette section, les théories explicatives des changements des pratiques cliniques seront revues afin de justifier la théorie choisie, celle du comportement planifié. Des stratégies éducatives utilisées pour modifier les pratiques cliniques en cessation tabagique seront ensuite expliquées en faisant ressortir celles que nous avons retenues pour la présente étude de même que leurs fondements théoriques.

3.1.1 Théories explicatives des changements des pratiques cliniques en cessation tabagique

Les théories d'origine psychosociale ou théories sociocomportementales ont gagné en popularité comme prédicteur du comportement (Daneault, Beaudry et Godin, 2004). Aucun modèle issu de ces théories n'est idéal pour expliquer le changement des pratiques cliniques et chacun possède ses propres caractéristiques pour l'expliquer (Godin et Côté, 2006). Les théories sociocomportementales ont été surtout utilisées pour expliquer et prédire les changements individuels face à sa propre santé. Cependant, plusieurs chercheurs les utilisent aussi pour comprendre les modifications des pratiques cliniques chez les professionnels de la santé.

3.1.1.1 Modèles théoriques

Les différents modèles qui suivent sont ceux qui sont les plus utilisés dans le domaine de la santé : le modèle des croyances en matière de santé; la théorie de l'action raisonnée; la théorie du comportement planifié; la théorie des comportements interpersonnels; la théorie sociale cognitive; et le modèle transthéorique.

Modèle des croyances en matière de santé

Le modèle des croyances en matière de santé (*Health Belief Model*) met l'accent sur les croyances liées à la santé ou à la maladie. Un individu peut faire des gestes pour prévenir une maladie s'il a des connaissances en ce sens et s'il considère la santé comme importante (Clark et Becker, 1998; Godin et Côté, 2006). La théorie met l'accent sur deux résultats, soit le désir d'éliminer la maladie ou d'être mieux, et la croyance qu'une action spécifique préviendra la maladie (Champion et Sugg Skinner, 2008). Les auteurs critiquent ce modèle en mentionnant que la théorie aborde les actions préventives uniquement sous l'angle de la santé (Godin et Côté, 2006). Or, l'adoption, le maintien ou l'abandon de comportements ne sont pas guidés uniquement par des motifs de santé, mais souvent par des motifs psychosociaux.

Le modèle est peu applicable aux changements de comportements du personnel infirmier, car les concepts s'appliquent davantage aux patients. Il est plus approprié pour les études liées à l'observance des prescriptions médicales ou à des tests de dépistage de maladies asymptomatiques. Sharma et Romas (2008) disent qu'il s'avère utile pour planifier des programmes afin d'éviter la maladie ou les blessures. Ils ajoutent que la force prédictive du modèle est moindre que celle du modèle de l'action raisonnée et du modèle du comportement planifié. Pour leur part, Godin et Côté (2006) mentionnent que ce modèle étudie le comportement sous l'angle de la santé, mais sans tenir compte d'une composante sociale. Le modèle des croyances en matière de santé s'applique davantage aux comportements des patients qu'à ceux du personnel infirmier puisqu'il est orienté sur la santé et moins sur le comportement professionnel.

Théories de l'action raisonnée et du comportement planifié

Les théories de l'action raisonnée (*Theory of Reasoned Action*) et du comportement planifié (*Theory of Planned Behavior*) ont comme concept central l'intention (la motivation). C'est l'intention qui déterminera l'adoption ou non d'un comportement (Godin et Côté, 2006), car le comportement est contrôlé par la volonté. L'intention est influencée par les attitudes et les normes sociales. Les attitudes reposent sur des croyances comportementales, donc sur la volonté, de même que la norme subjective découle de l'opinion des personnes significatives.

L'adoption d'un comportement ne dépend pas toujours de ces deux facteurs comme le sous-entend la théorie de l'action raisonnée. C'est pourquoi Ajzen (Ajzen, 1991, 2006) propose la théorie du comportement planifié qui ajoute aux facteurs d'action raisonnée, la perception de contrôle du comportement qui dénote le degré subjectif de pouvoir sur la performance. La perception de contrôle prend en compte le sentiment d'efficacité personnelle et la perception du contrôle sur le comportement (Ajzen, 2002, 2006). La perception de contrôle du comportement permet de prendre en considération les influences

de l'environnement (Montano et Kasprzyk, 2008), telles que le manque de temps, de personnel ou de matériel.

Godin et Gagné (2006) mentionnent que la valeur prédictive des modèles dépend de la définition donnée au comportement, soit en termes d'action, d'objet, de contexte et de temps. Sharma et Romas (2008) considèrent que ces modèles ne tiennent pas compte de la personnalité, des facteurs culturels et des variables démographiques. Selon eux, un individu peut avoir l'intention de réaliser un comportement, mais ne pas le traduire concrètement.

Théorie des comportements interpersonnels

La théorie des comportements interpersonnels de Triandis (*Theory of Interpersonal Behaviour*) ressemble à la théorie de l'action raisonnée et à la théorie du comportement planifié. Le comportement résulte en effet de la force de l'habitude, de l'intention et de la présence de conditions facilitant son adoption. C'est l'habitude qui est le facteur central de prédiction du comportement ici, alors que l'intention et la présence de certaines conditions sont plutôt des facteurs qui facilitent ou empêchent l'adoption du comportement (Godin et Côté, 2006). Par exemple, lorsqu'un jeune enfant apprend à marcher, il utilise toute sa concentration pour le faire. Une fois adulte, marcher devient un automatisme, une habitude qui ne nécessite plus de réfléchir au comportement au moment où on le fait. Cependant, des obstacles comme du verglas peuvent rendre le comportement plus difficile à réaliser.

Cette théorie tient compte de l'intention, mais aussi de l'habitude. Or, les interventions courtes en cessation tabagique découlent davantage d'un processus réfléchi que des habitudes. Par exemple, l'évaluation de la motivation à cesser de fumer requiert plus qu'une simple habitude. Il s'agit d'une démarche pour obtenir des données pertinentes, les interpréter et planifier des interventions personnalisées basées sur cette interprétation. Ce modèle ne convient donc pas à notre étude.

Théorie sociale cognitive

La théorie sociale cognitive de Bandura (*Social Cognitive Theory*) reconnaît l'influence de l'environnement social et des apprentissages réalisés par les individus (Godin et Côté, 2006). L'individu adopte un comportement s'il considère qu'il contribue à l'obtention des résultats escomptés, mais, avant tout, s'il a suffisamment confiance en sa capacité de le réaliser. Plus de recherches sont nécessaires pour élucider comment les nombreux construits de ce modèle prédisent l'adoption d'un comportement (McAlister, Perry et Parcel, 2008).

Sharma et Romas (2008) critiquent cette théorie en mentionnant que l'efficacité personnelle est le seul prédicteur valable. Ils ajoutent que cette théorie est applicable surtout chez les enfants. Quant à Shumaker, Schron, Ockene et McBee (1998), ils croient que cette théorie est plus utile pour expliquer l'adoption ou l'élimination d'un comportement, mais non pour prédire son adoption.

La théorie de l'efficacité personnelle est intéressante puisqu'elle tient compte de la perception qu'a un individu de performer dans un comportement. Cependant, les principales critiques mentionnent que c'est le seul concept valable pour prédire le comportement et qu'il est plus efficace pour expliquer un nouveau comportement ou l'inhiber que pour en prédire l'adoption.

Modèle transthéorique

Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (*The Transtheoretical Model*) sépare en cinq étapes le processus de changement (DiClemente, 2003) : la préréflexion, la réflexion, la préparation, l'action et le maintien. Le changement d'étape se réalise à partir des expériences internes et externes de l'individu. D'ailleurs, le cadre d'intervention en matière de cessation tabagique du Gouvernement du Québec, de l'OIIQ et du Collège des médecins se base sur ce modèle. Ce modèle s'applique bien pour aider les fumeurs à cesser de fumer (Spencer *et al.*, 2002).

Le modèle transthéorique a été beaucoup utilisé en cessation tabagique. Les pratiques cliniques se fondent sur ce modèle puisque l'on intervient selon où le patient se situe dans les étapes de changement. Le modèle est efficace lorsque l'objet de l'étude est orienté vers les patients. Pour l'utiliser avec le personnel infirmier, nous devrions d'abord évaluer à quelle étape se situe chaque membre du personnel infirmier et utiliser des stratégies différentes pour chacune des étapes cliniques. Or, cela sous-entend une intervention individualisée auprès de chaque professionnel, ce qui est difficilement réalisable en recherche. De plus, le modèle ne tient pas compte des autres concepts tels que les croyances, les attitudes ou l'influence de l'environnement.

En résumé, chacun des modèles examinés des pistes intéressantes pour comprendre les changements de comportement (Vandal, Bradet, Viens et Robichaud-Ekstrand, 1999). Notre étude vise à comparer des stratégies pour modifier des pratiques cliniques en cessation tabagique chez le personnel infirmier. Les stratégies éducatives mettent l'accent sur le rôle de la motivation du professionnel et sur sa volonté personnelle.

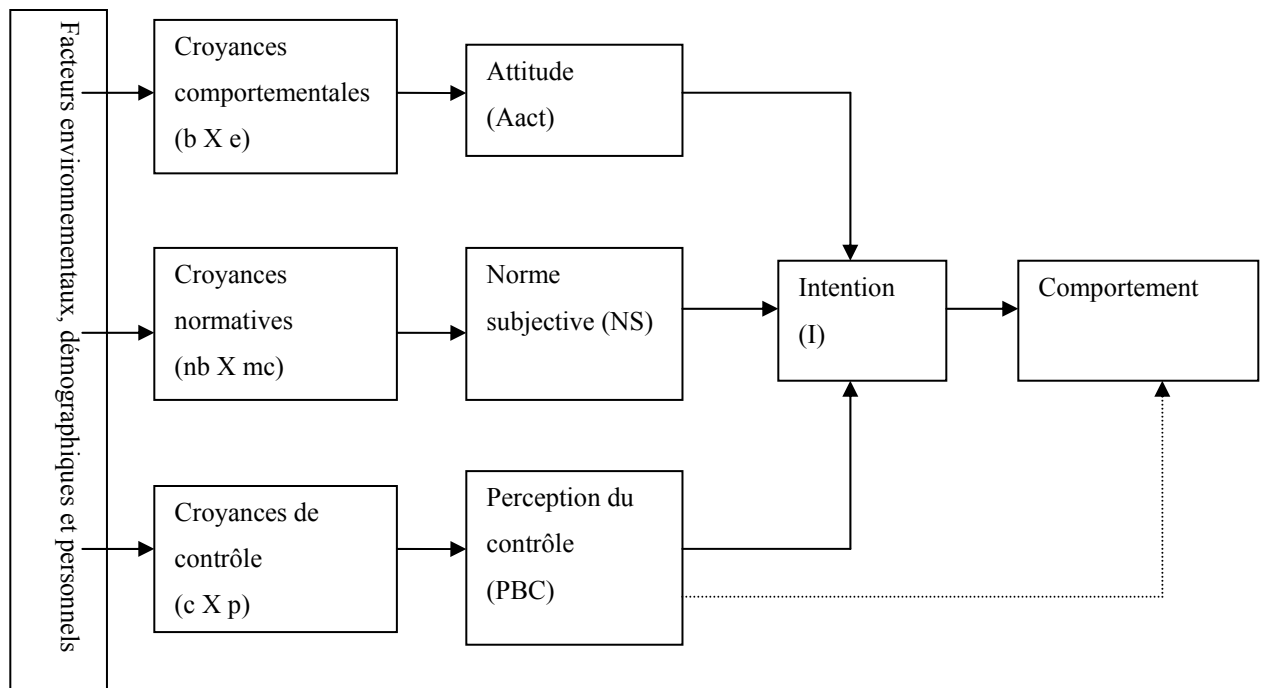
Le modèle du comportement planifié fournit un cadre de référence pour conceptualiser, mesurer et identifier les facteurs qui déterminent l'adoption d'un comportement. Les modèles de l'action raisonnée et du comportement planifié tiennent compte de l'intention d'un individu à réaliser un comportement selon ses attitudes, ses croyances et l'influence des personnes significatives sur ses choix. Le modèle du comportement planifié est plus complet que le modèle de l'action raisonnée puisqu'il ajoute la notion de perception de contrôle sur le comportement, soit la perception qu'a l'individu de sa capacité à performer mais aussi de l'influence de son environnement. Pour ces raisons, nous avons opté pour le modèle du comportement planifié pour notre étude.

3.1.1.2 Modèle du comportement planifié

Le modèle du comportement planifié d'Azjen a inspiré des chercheurs du milieu de la santé. Il a été utilisé pour étudier l'adoption des pratiques cliniques chez des professionnels. La Figure 3 présente le modèle du comportement planifié.

Les attitudes sociales sont acquises avec le temps, elles ne sont pas innées. On ne naît donc pas avec attitudes positives ou négatives (Ajzen et Côté, 2008), on les apprend. Les croyances d'un individu peuvent persister, se modifier, disparaître et être remplacées par d'autres. Pour illustrer cette modification des croyances, Ajzen et Fishbein (2005) expliquent le lien qu'ils font entre les événements du 11 septembre 2001 et un comportement social des Américains. Selon eux, ces attentats ont eu un impact important sur les croyances et les attitudes des Américains en regard de leur solidarité légendaire, ce qui s'est exprimé par des comportements patriotiques et des gestes humanitaires tels des dons d'argent et de produits sanguins. Selon Ajzen et Fishbein (2005) le comportement est guidé par des attitudes sociales.

Figure 3 : Le modèle d'Ajzen



Source : Ajzen (2006) avec permission

Selon la théorie du comportement planifié, le comportement est déterminé par l'intention (I), laquelle est déterminée par les attitudes (Aact), la norme subjective (NS) et

la perception du contrôle sur le comportement (PBC). Dans cette théorie, trois sortes de considérations influencent l'intention. Premièrement, l'évaluation favorable ou défavorable du comportement provoque l'attitude (Aact), c'est-à-dire les croyances individuelles quant aux résultats du comportement (b) et quant aux conséquences du résultat (e). Deuxièmement, la pression sociale perçue à se conformer ou non au comportement conduit à la norme subjective (NS), c'est-à-dire les croyances aux opinions des autres (nb) et l'intention (ou la motivation) de se conformer à ces opinions (mc). Troisièmement, la perception de sa capacité à performer en adoptant le comportement entraîne la perception de contrôle sur ce comportement (PBC), c'est-à-dire la croyance en présence de facteurs qui facilitent ou empêchent le comportement (c) et la perception de contrôle personnel sur ces facteurs (p) (Ajzen, 1991, 2002, 2006; Ajzen et Manstead, 2007; Clark et Becker, 1998; Godin et Côté, 2006; McKenzie, Neiger et Thackeray, 2009; Montano et Kasprzyk, 2008; Sharma et Romas, 2008). L'intention modulée selon la combinaison de ces trois considérations amène l'intention (I). Les facteurs environnementaux, démographiques et personnels influencent les trois types de croyances (comportementales, normatives et de contrôle) (Ajzen et Manstead, 2007).

McCarty, Hennrikus *et al.* (2001) ont réalisé une étude transversale avec 397 infirmières en milieu hospitalier pour identifier les pratiques cliniques en cessation tabagique et les attitudes en regard de celles-ci. Une étude pilote a précédé l'élaboration de leurs questionnaires selon quatre des concepts du modèle de changement planifié : les attitudes, les croyances comportementales, les normes subjectives et la perception de contrôle du comportement. Les résultats ont démontré de bonnes mesures de fidélité : attitudes à 0,78; croyances comportementales à 0,78; norme subjective à 0,82; et perception de contrôle sur le comportement à 0,83. Une analyse multivariée a démontré que seules les attitudes et la perception de contrôle sur le comportement sont associées aux interventions courtes en cessation tabagique.

D'autre part, Ajzen et Fishbein (2005) ont mesuré la valeur prédictive du modèle du comportement planifié en se basant sur les résultats d'études couvrant quatre décennies.

Les auteurs n'expliquent pas leurs critères de sélection des études et se contentent de rapporter des corrélations entre l'intention et l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle sur le comportement. Ces corrélations se situent entre 0,45 et 0,60 pour l'attitude, entre 0,34 et 0,46 pour la norme subjective, et entre 0,66 et 0,70 pour la perception de contrôle sur le comportement.

Godin et Kok (1996) ont effectué une revue de la littérature sur l'utilisation de ce modèle dans le domaine de la santé; ils ont vérifié son efficacité à expliquer et à prédire les comportements. Au total, 58 études ont été répertoriées dont 11 reliées à des produits créant une dépendance. Les résultats démontrent que l'intention est un bon prédicteur du comportement, puisqu'elle explique en moyenne 41 % de l'adoption d'un comportement. La moitié des études ont démontré une bonne valeur prédictive de la perception du contrôle sur le comportement, à savoir que 34 % de l'adoption du comportement est expliquée par cette perception de contrôle sur le comportement.

En résumé, le modèle du comportement planifié nous apparaît pertinent pour étudier l'adoption des pratiques cliniques en cessation tabagique chez le personnel infirmier en milieu hospitalier. Ce modèle prend en considération des caractéristiques personnelles des individus de même que des facteurs liés à l'environnement. Ceci s'avère, selon nous, deux facettes importantes de l'adoption des pratiques cliniques en milieu hospitalier. De plus, le modèle du comportement planifié a déjà démontré sa valeur prédictive dans des études d'adoption de comportements chez des professionnels. Il date de plus de 40 ans, mais il est encore beaucoup utilisé grâce aux multiples études publiées et aux informations fournies sur le site Web d'Ajzen. Les forces du modèle nous ont mené à le choisir comme base de la présente étude.

3.1.2 Stratégies en pratiques préventives

Les stratégies à retenir pour influencer l'adoption de pratiques préventives doivent influencer le plus grand nombre possible des variables du modèle du comportement planifié. Nous devons également tenir compte de la faisabilité des stratégies dans un

contexte hospitalier et de la possibilité de les recréer dans un contexte plus large. Mais, tout d'abord, comment influence-t-on les facteurs environnementaux et personnels sous-jacents aux croyances comportementales, normatives et de contrôle qui modulent l'intention via les attitudes, les normes subjectives et la perception de contrôle du comportement ?

Plusieurs stratégies liées à l'adoption des pratiques préventives en santé ont été étudiées; chacune d'elles comporte des avantages et des inconvénients (Grol et Grimshaw, 2003). Il s'agit des stratégies : 1) de vérification et de rétroaction (audit and feedback) ; 2) de présentations à caractère scientifique et de visites éducatives (academic detailing/educational outreach) ; 3) faisant appel à des leaders d'opinion (local opinion leaders) ; 4) faisant appel aux patients (patient mediated interventions) ; 5) misant sur le consensus local (local consensus processes) ; 6) de distribution de matériel éducatif ; 7) de rappel (reminders) ; 8) de formation didactique ; 9) de formation interactive ; 10) misant sur des incitatifs économiques ou législatives ; 11) des stratégies multiples.

Le Tableau IX regroupe les différentes stratégies classées selon trois types d'efficacité démontrée dans les études : bonne efficacité; efficacité variable; et peu ou pas d'efficacité. Les stratégies classées sous la rubrique d'efficacité constante ont démontré un changement de comportement clair dans les différentes études. Celles classées sous la rubrique d'efficacité variable démontrent une variation dans les résultats, c'est-à-dire qu'elles sont parfois efficaces, parfois inefficaces. Enfin, les interventions classées sous la rubrique d'efficacité limitée ne donnent pas ou peu de résultat. Puisqu'il est question d'adoption de pratiques préventives, la majorité des études ont été réalisées avec des médecins et en milieu communautaire, ce langage étant peu connu des autres professionnels de la santé. Peu importe la cible d'intervention : prévention tabagique, vaccination, prévention de l'hypertension, dépistage du cancer, ou de l'hypercholestérolémie, etc., les résultats se comparent quant à l'efficacité relative des différentes stratégies. Oxman, Thomson, Davis, et Haynes (1995) mentionnent qu'il n'existe pas de formule magique. Cependant, si les stratégies sont utilisées correctement, elles peuvent produire des améliorations importantes en ce qui concerne les pratiques cliniques.

Tableau IX : Stratégies d'intervention selon le degré d'efficacité relevé dans la revue de la littérature

Stratégies	Études démontrant une bonne efficacité	Études démontrant une efficacité variable	Études démontrant peu ou pas d'efficacité
Vérification et rétroaction	Landry et Sibbald (2002)	Bero <i>et al.</i> (1998); Gira <i>et al.</i> (2004); Grimshaw <i>et al.</i> (2001); Grol (2001); Grol et Grimshaw (2003); Jamtvedt <i>et al.</i> (2006); Oxman <i>et al.</i> (1995); Siddiqi <i>et al.</i> (2005); Smith (2000)	
Présentations à caractère scientifique et visites éducatives	Bero <i>et al.</i> (1998); Grimshaw <i>et al.</i> (2001); Landry et Sibbald (2002); Ockene (2000); Oxman <i>et al.</i> (1995); Smith (2000)	Gira <i>et al.</i> (2004); Grol (2001); Grol et Grimshaw (2003); Markey et Schattner (2001); O'Brien <i>et al.</i> (2007)	
Misant sur des leaders d'opinion	Doumit <i>et al.</i> (2007); Landry et Sibbald (2002); Smith (2000)	Bero <i>et al.</i> (1998); Grimshaw <i>et al.</i> (2001); Grol et Grimshaw (2003); Grol (2001); Oxman <i>et al.</i> (1995)	Gira <i>et al.</i> (2004)
Misant sur les patients		Bero <i>et al.</i> (1998); Grol (2001); Grol et Grimshaw (2003); Oxman <i>et al.</i> (1995)	
Misant sur le		Bero <i>et al.</i> (1998)	

Stratégies	Études démontrant une bonne efficacité	Études démontrant une efficacité variable	Études démontrant peu ou pas d'efficacité
consensus local Distribution de matériel éducatif		Farmer <i>et al.</i> (2008)	Bero <i>et al.</i> (1998); Gira <i>et al.</i> (2004); Grimshaw <i>et al.</i> (2001); Grol (2001); Grol et Grimshaw (2003); Landry et Sibbald (2002); Oxman <i>et al.</i> (1995); Siddiqi <i>et al.</i> (2005)
Rappel	Becker <i>et al.</i> (1989); Bero <i>et al.</i> (1998); Chambers (1989); Cheney et Ramsdell (1987); Cowan <i>et al.</i> (1992); Davidson <i>et al.</i> (1984); Grimshaw <i>et al.</i> (2001); Grol (2001); Grol et Grimshaw (2003); Halbert <i>et al.</i> (1999); Kelley <i>et al.</i> (2003); Landry et Sibbald (2002); Litzelman <i>et al.</i> (1993); McDaniel (1999); McDonald <i>et al.</i> (1984); McDowell (1989); McDowell (1986); McPhee <i>et</i>	Burack <i>et al.</i> (1997); Burack <i>et al.</i> (1994); Hogg <i>et al.</i> (1998); McDonald <i>et al.</i> (1992); Montgomery <i>et al.</i> (2000); Oxman <i>et al.</i> (1995)	

Stratégies	Études démontrant une bonne efficacité	Études démontrant une efficacité variable	Études démontrant peu ou pas d'efficacité
Formation didactique	<p><i>al.</i> (1991); McPhee <i>et al.</i> (1989); Ornstein <i>et al.</i> (1991); Puech <i>et al.</i> (1998); Rosser, McDowell <i>et al.</i> (1992); Rosser <i>et al.</i> (1991); Shea <i>et al.</i> (1996); Smith (2000); Szilagyi <i>et al.</i> (2000); Turner <i>et al.</i> (1994); Turner <i>et al.</i> (1990); Turner <i>et al.</i> (1989)</p>	Grol et Grimshaw (2003)	<p>Bero <i>et al.</i> (1998); Davis <i>et al.</i> (1999); Forsetlund <i>et al.</i> (2009); Gira <i>et al.</i> (2004); Grimshaw <i>et al.</i> (2001); Grol (2001); Mazmanian et Davis (2002); O'Brien <i>et al.</i> (2001); Ockene (2000); Oxman <i>et al.</i> (1995); Smith (2000)</p>
Formation interactive	<p>Bero <i>et al.</i> (1998); Bolman <i>et al.</i> (2002); Clark <i>et al.</i> (1998); Davis <i>et</i></p>		

Stratégies	Études démontrant une bonne efficacité	Études démontrant une efficacité variable	Études démontrant peu ou pas d'efficacité
	<p><i>al.</i> (1999); Gira <i>et al.</i> (2004); Gordon <i>et al.</i> (2005); Grol (2001); Grol et Grinshaw (2003); Jeffries <i>et al.</i> (2003); Kottke <i>et al.</i> (1989); Levinson et Roter (1993); Maiman <i>et al.</i> (1988); Marcus <i>et al.</i> (1999); Mazmanian et Davis (2002); O'Brien <i>et al.</i> (2001); Ockene <i>et al.</i> (2000); Oxman <i>et al.</i> (1995); Perera <i>et al.</i> (1983); Richmond <i>et al.</i> (1998); Robertson <i>et al.</i> (2003); Rothemich <i>et al.</i> (2008); Santoso <i>et al.</i> (1996); Siddiqi (2005); Ulbricht <i>et al.</i> (2006); Ward et Sanson-Fisher (1996); Wilson <i>et al.</i> (1992)</p>		
Incitatifs économiques ou	Smith (2000)		Bero <i>et al.</i> (1998); Coleman <i>et al.</i> (2001)

Stratégies	Études démontrant une bonne efficacité	Études démontrant une efficacité variable	Études démontrant peu ou pas d'efficacité
législatifs			
Interventions multiples	<p>Albert <i>et al.</i> (2004); Anderson et Jané-Llopis (2004); Andrews <i>et al.</i> (2001); Bero <i>et al.</i> (1998); Cohen <i>et al.</i> (1982); Cummings <i>et al.</i> (1989); Forsetlund <i>et al.</i> (2009); Gira <i>et al.</i> (2004); Grimshaw <i>et al.</i> (2001); Grol (2001); Grol et Grimshaw (2003); Mazmanian et Davis (2002); O'Brien <i>et al.</i> (2001); Ockene <i>et al.</i> (1996); Oxman <i>et al.</i> (1995); Quist-Paulsen et Gallefoss (2003); Richmond <i>et al.</i> (1998); Robertson <i>et al.</i> (2003); Siddiqi <i>et al.</i> (2005); Smith (2000); Strecher <i>et al.</i> (1991); Ward et Sanson-Fisher (1996); Wilson <i>et al.</i> (1992)</p>		

La stratégie de vérification et de rétroaction est un relevé de la performance de la personne pendant une période déterminée (Gira *et al.*, 2004; Jamtvedt *et al.*, 2006; Koutsavlis, Paradis, Renaud et Bergeron, 2001; Mazmanian et Davis, 2002; Siddiqi *et al.*, 2005) avec ou sans recommandation (Gira *et al.*, 2004; Koutsavlis *et al.*, 2001; Mazmanian et Davis, 2002; Siddiqi *et al.*, 2005). Cette stratégie est largement utilisée chez les professionnels de la santé (Jamtvedt *et al.*, 2006), car elle permet de revenir directement sur l'intervention exécutée par le professionnel. Les informations, écrites ou verbales, sont tirées des dossiers, obtenues des patients ou par tout autre moyen qui permet de vérifier la performance (Jamtvedt *et al.*, 2006; Landry et Sibbald, 2002; Mazmanian et Davis, 2002). Cette stratégie est davantage réalisée dans un contact un à un, mais elle pourrait être faite avec un petit groupe de personnes. C'est une stratégie d'efficacité variable selon une majorité des études et des revues systématiques (Bero *et al.*, 1998; Gira *et al.*, 2004; Grimshaw *et al.*, 2001; Grol, 2001; Grol et Grimshaw, 2003; Jamtvedt *et al.*, 2006; Oxman *et al.*, 1995; Siddiqi *et al.*, 2005; Smith, 2000). Pour leur part, Siddiqi *et al.* (2005) mentionnent que cette approche est efficace à court terme, mais qu'elle serait meilleure si elle était combinée avec une autre stratégie. Cette approche ne convient pas vraiment pour la présente étude, car elle requiert l'observation dans les sites durant une période trop longue pour les besoins actuels. Il serait aussi difficile de la réaliser avec plusieurs infirmières à cause du temps requis.

La stratégie des présentations à caractère scientifique et des visites éducatives désigne la visite d'un professionnel formé par un autre professionnel, dans son milieu, afin d'influencer ou d'améliorer ses performances dans sa pratique clinique (Gira *et al.*, 2004; Koutsavlis *et al.*, 2001; Landry et Sibbald, 2002; Mazmanian et Davis, 2002; O'Brien *et al.*, 2007; Siddiqi *et al.*, 2005; Smith, 2000). Il s'agit de rencontres individuelles en face à face. Cette stratégie est beaucoup utilisée par les compagnies pharmaceutiques (O'Brien *et al.*, 2007) auprès des médecins et des pharmaciens. Elle est considérée efficace selon plusieurs études et revues systématiques (Bero *et al.*, 1998; Grimshaw *et al.*, 2001; Landry et Sibbald, 2002; Ockene et Zapka, 2000; Oxman *et al.*, 1995; Smith, 2000). Cette stratégie

requiert beaucoup de temps et de motivation de la part du « vendeur » et elle ne convient pas à la présente étude.

Dans la stratégie faisant appel à des leaders d'opinion, un professionnel est nommé par ses collègues afin d'influencer l'adoption de comportements (Landry et Sibbald, 2002; Mazmanian et Davis, 2002). Ces cliniciens sont considérés par leurs collègues comme des leaders ou des communicateurs efficaces (Gira *et al.*, 2004; Koutsavlis *et al.*, 2001). Ces leaders, une fois formés, feront les suivis nécessaires auprès de leurs collègues. Il s'agit en fait de former des multiplicateurs à l'aide de personnes reconnues par leurs pairs. C'est une stratégie d'efficacité jugée variable dans plusieurs études ou revues systématiques (Bero *et al.*, 1998; Grimshaw *et al.*, 2001; Grol, 2001; Grol et Grimshaw, 2003; Oxman *et al.*, 1995). Cette stratégie ne convient pas à la présente étude puisqu'il peut être assez difficile de choisir des leaders d'opinion qui satisfont autant le personnel que l'administration. De plus, avec la charge de travail actuelle du personnel infirmier, les leaders d'opinion pourraient avoir de la difficulté à jouer ce rôle. De plus, il serait trop coûteux pour les milieux de libérer les leaders d'opinion de leurs tâches quotidiennes.

Les stratégies d'interventions misant sur les patients visent à modifier les performances des professionnels en passant par les patients (Koutsavlis *et al.*, 2001; Mazmanian et Davis, 2002). Il s'agit d'inciter les patients à demander au professionnel le comportement que l'on veut changer. C'est une stratégie classée d'efficacité variable par l'ensemble des auteurs (Bero *et al.*, 1998; Grol, 2001; Grol et Grimshaw, 2003; Oxman *et al.*, 1995). Cette stratégie ne convient pas à la présente étude puisqu'il s'agit d'une stratégie individuelle auprès des patients qui nécessiterait temps et argent pour la réaliser.

La stratégie misant sur le consensus local est un processus décisionnel qui suivent les professionnels visés afin d'identifier et de prioriser les changements à faire et les façons de les réaliser (Koutsavlis *et al.*, 2001). Elle favorise la participation de tous les professionnels pour mettre en place le changement à réaliser. Elle est cependant peu

utilisée, car elle demande beaucoup de temps et d'implication de la part des personnes déjà à l'œuvre dans un milieu où le comportement doit être adopté ou modifié.

La stratégie de distribution de matériel éducatif vise à susciter des changements de comportement par l'information écrite (Koutsavlis *et al.*, 2001; Landry et Sibbald, 2002; Mazmanian et Davis, 2002; Siddiqi *et al.*, 2005). Les documents sont des publications, des guides ou du matériel audiovisuel. C'est une stratégie qui n'a pas démontré d'efficacité selon l'ensemble des études et des revues systématiques (Bero *et al.*, 1998; Gira *et al.*, 2004; Grimshaw *et al.*, 2001; Grol, 2001; Grol et Grimshaw, 2003; Landry et Sibbald, 2002; Oxman *et al.*, 1995; Siddiqi *et al.*, 2005). Un seul auteur la considère d'efficacité variable (Farmer *et al.*, 2008). Cette stratégie demande de la motivation et du temps de lecture de la part des professionnels, ce qui n'est pas toujours présent.

La stratégie de rappel désigne tout aide-mémoire papier ou informatisé pour amener le professionnel à se souvenir de poser un geste clinique (Koutsavlis *et al.*, 2001; Landry et Sibbald, 2002; Mazmanian et Davis, 2002). C'est une stratégie qui a démontré une bonne efficacité dans l'ensemble des études et des revues systématiques (Becker *et al.*, 1989; Bero *et al.*, 1998; Chambers *et al.*, 1989; Cheney et Ramsdell, 1987; Cowan *et al.*, 1992; Davidson *et al.*, 1984; Grimshaw *et al.*, 2001; Grol, 2001; Grol et Grimshaw, 2003; Halbert *et al.*, 1999; Kelley *et al.*, 2003; Landry et Sibbald, 2002; Litzelman *et al.*, 1993; McDaniel *et al.*, 1999; McDonald *et al.*, 1984; McDowell *et al.*, 1986, 1989; McPhee *et al.*, 1991; McPhee *et al.*, 1989; Ornstein *et al.*, 1991; Puech *et al.*, 1998; Rosser, Hutchison, McDowell et Newell, 1992; Rosser, McDowell *et al.*, 1992; Shea *et al.*, 1996; Smith, 2000; Szilagyi *et al.*, 2000; Turner *et al.*, 1989; Turner *et al.*, 1994; Turner *et al.*, 1990). Cette stratégie s'avère intéressante pour la présente étude puisqu'elle est facile à réaliser, peu coûteuse en temps et en argent et qu'elle fait appel à un stimulus externe visant la mémoire du professionnel.

La stratégie de formation didactique est une formation donnée de façon traditionnelle qui ne sollicite pas la participation des sujets (Koutsavlis *et al.*, 2001). Elle

n'a pas démontré d'efficacité selon l'ensemble des auteurs (Bero *et al.*, 1998; Davis *et al.*, 1999; Forsetlund *et al.*, 2009; Gira *et al.*, 2004; Grimshaw *et al.*, 2001; Grol, 2001; Mazmanian et Davis, 2002; O'Brien *et al.*, 2001; Ockene et Zapka, 2000; Oxman *et al.*, 1995; Smith, 2000). Les conférences sans participation des apprenants ne plaisent généralement pas au personnel infirmier, car il préfère s'impliquer comme tout apprenant adulte. Elle n'a pas été retenue pour la présente recherche.

La stratégie de formation interactive est une formation qui stimule la participation active des participants afin d'apprendre ou de parfaire des connaissances et des habiletés (Koutsavlis *et al.*, 2001; Siddiqi *et al.*, 2005). C'est une stratégie qui a démontré une bonne efficacité dans l'ensemble des études et des revues systématiques (Bero *et al.*, 1998; Bolman *et al.*, 2002; Clark et Becker, 1998; Davis *et al.*, 1999; Gira *et al.*, 2004; Gordon *et al.*, 2005; Grol, 2001; Grol et Grimshaw, 2003; Jeffries *et al.*, 2003; Kottke *et al.*, 1989; Levinson et Roter, 1993; Maiman *et al.*, 1988; Marcus *et al.*, 1999; Mazmanian et Davis, 2002; O'Brien *et al.*, 2001; Ockene et Zapka, 2000; Oxman *et al.*, 1995; Perera *et al.*, 1983; Richmond *et al.*, 1998; Robertson *et al.*, 2003; Rothemich *et al.*, 2008; Santoso, 1996; Siddiqi *et al.*, 2005; Ulbricht *et al.*, 2006; Ward et Sanson-Fisher, 1996; Wilson *et al.*, 1992). Cette stratégie est retenue pour la présente étude puisqu'elle plaît généralement au personnel infirmier comme à tous les adultes qui aiment interagir en formation. De plus, ce type de formation stimule la réflexion personnelle et pourrait agir sur la motivation à changer de comportement.

La stratégie misant sur les mesures incitatives d'ordre économique ou législatif désigne la rémunération des professionnels pour effectuer les gestes cliniques (Koutsavlis *et al.*, 2001). Il y a peu d'études en santé utilisant cette stratégie qui ne semble pas donner des résultats intéressants selon Bero *et al.* (1998) et Coleman *et al.* (2001), mais une bonne efficacité selon une autre étude (Smith, 2000). Cette stratégie n'a pas été retenue dans la présente étude, car le personnel infirmier n'est pas rémunéré à l'acte et les pratiques cliniques en cessation tabagique doivent se faire de façon régulière pour les patients.

Enfin, la stratégie multiple consiste en une intervention qui réunit deux ou plusieurs stratégies (Koutsavlis *et al.*, 2001; Mazmanian et Davis, 2002; Siddiqi *et al.*, 2005). La stratégie multiple a démontré une bonne efficacité dans l'ensemble des études et des revues systématiques (Albert, Ahluwalia, Ward et Sadowsky, 2004; Anderson et Jané-Llopis, 2004; Andrews *et al.*, 2001; Bero *et al.*, 1998; Cohen *et al.*, 1982; Cummings *et al.*, 1989; Forsetlund *et al.*, 2009; Gira *et al.*, 2004; Grimshaw *et al.*, 2001; Grol, 2001; Grol et Grimshaw, 2003; Mazmanian et Davis, 2002; O'Brien *et al.*, 2001; Ockene *et al.*, 1996; Oxman *et al.*, 1995; Quist-Paulsen et Gallefoss, 2003; Richmond *et al.*, 1998; Robertson *et al.*, 2003; Siddiqi *et al.*, 2005; Smith, 2000; Strecher *et al.*, 1991; Ward et Sanson-Fisher, 1996; Wilson *et al.*, 1992). Cette stratégie a été retenue pour la présente étude en vue de la comparer avec des stratégies uniques.

3.1.3 Stratégies retenues

Quelle que soit la stratégie retenue, une intervention éducative centrée sur les connaissances et les habiletés ne peut être efficace que si elle permet à l'individu d'augmenter sa perception de contrôle sur le comportement à adopter (Vandal *et al.*, 1999). Le modèle du comportement planifié servant de base à notre étude, il convient de choisir des stratégies abordant des facteurs environnementaux et des croyances. De plus, le choix des stratégies doit reposer sur leur efficacité, leur faisabilité dans un milieu de soins curatifs, leur transférabilité (leur potentiel d'implantation dans les autres centres après l'intervention) et la possibilité de rejoindre le plus grand nombre d'infirmières en peu de temps. Les milieux hospitaliers actuels souffrent d'une grande pénurie de main-d'œuvre et de déficits financiers qui exigent l'utilisation de stratégies de courte durée et reconnues pour leur efficacité.

Notre recherche vise donc à vérifier l'efficacité de trois stratégies sur le professionnel de la santé (individu). La première des stratégies agit sur le processus interne de la personne (formation interactive), c'est-à-dire une réflexion personnelle qui agit sur la motivation intrinsèque à réaliser le comportement. La deuxième stratégie agit sur le

processus externe (rappel), c'est-à-dire des stimuli extérieurs à la personne afin de lui faire réaliser le comportement. Enfin, la troisième stratégie est l'intervention multiple qui combine les deux premières stratégies (interne et externe), soit la formation interactive et le rappel.

En effet, la formation interactive, le rappel et la stratégie multiple sont des stratégies de choix qui rejoignent l'ensemble du personnel infirmier tout en contrôlant les coûts et la durée de l'intervention. Des études ont démontré que les infirmières manquent de connaissances et d'habiletés en cessation tabagique (Shishani *et al.*, 2008; Whyte, Watson et McIntosh, 2006; Yan *et al.*, 2008), et que la dépendance est souvent sous-estimée (Yan et al. 2008, Shishani et al. 2008). Selon le Centers for Disease Control and Prevention (2008), la combinaison d'une formation clinique avec un système de rappel augmente les taux d'interventions en cessation tabagique et elle serait encore plus efficace si des changements organisationnels étaient réalisés. Lancaster et Fowler (2000) ont évalué l'efficacité de la formation des professionnels de la santé à effectuer des interventions en cessation tabagique. Une revue systématique des études utilisant des mesures après six mois d'abstinence leur a permis d'en retenir huit. Les résultats démontrent que les professionnels de la santé qui ont reçu une formation interactive sont plus enclins à faire des interventions en cessation tabagique.

Les trois stratégies retenues : la formation interactive, le rappel et la stratégie multiple sont expliquées dans les sections suivantes.

3.1.3.1 Formation interactive

Il est généralement reconnu que la formation en cours d'emploi (ou la formation continue) permet la mise à jour des connaissances et des habiletés, de même que la modification d'attitudes et d'habitudes en milieu de travail (Umble et Cervero, 1996). La formation influence le comportement dans la pratique clinique si les valeurs, les attitudes et les compétences des professionnels sont liés à leurs connaissances et non à des habitudes ou à des automatismes (Koutsavlis *et al.*, 2001).

La formation interactive suppose la participation active des apprenants, ce qui est favorisé chez l'adulte en formation (Knowles, 1978). En effet, cet auteur soutient que l'andragogie doit baser les interventions éducatives sur les cinq caractéristiques des apprenants adultes (Dumas, 1995, p. 22) : 1) la motivation à apprendre (readiness to learn) ; 2) l'orientation vers des situations problématiques concrètes (reality orientation immediately) ; 3) la résolution de problèmes basée sur son expérience et la reconnaissance de soi à travers cette expérience (self identity) ; 4) l'autonomie dans son apprentissage (self direction) ; et 5) la personnalité s'accroît avec l'âge et fait partie de l'apprenant (personality life long learning). Il s'agit, en formation interactive, d'apporter des éléments du vécu journalier des professionnels en vue de susciter les discussions, les oppositions et l'implication.

Méthodes liées à la formation interactive

Certaines stratégies sont plus efficaces dans un domaine qu'un autre (Joel, 2008). On retient 10 % de ce qu'on lit, 20 % de ce qu'on entend, 30 % de ce qu'on voit, 50 % de ce qu'on voit et entend, 80 % de ce qu'on dit ou écrit, 90 % de ce qu'on dit tout en le faisant (Hagan, 2006; Hainsworth, 2008). Les activités qui permettent la mobilisation des apprenants sont la discussion, l'étude de cas ou vignettes, les jeux de rôles, la simulation, la démonstration ou pratique et les CD-ROM ou vidéos. Le choix d'une méthode doit tenir compte, entre autres, des caractéristiques de l'audience, de l'expertise de l'enseignant, des objectifs d'apprentissage et du coût (Fitzgerald, 2008).

Discussion

La discussion est un « échange de propos entre les apprenants sur un sujet donné, pendant un temps déterminé; cet échange se fait sous la supervision de l'enseignant » (Chamberland, Lavoie et Marquis, 1995, p. 127). Cette méthode est simple à utiliser et elle permet un échange d'idées et d'opinions (Beau, 1976; Fitzgerald, 2008; Rowles et Russo, 2009), de sentiments (Fitzgerald, 2008; Joel, 2008) et de valeurs (Joel, 2008) entre le formateur et les participants. L'enseignant joue le rôle de facilitateur (Fitzgerald, 2008;

Joel, 2008) et il doit maintenir la discussion sur l'intention des objectifs fixés (Joel, 2008). La discussion est une méthode économique qui permet de rejoindre simultanément des individus ayant des besoins d'apprentissage similaires (Fitzgerald, 2008). Elle offre aux participants l'occasion d'échanger des informations pour augmenter les apprentissages et la perception d'efficacité personnelle tout en explorant les besoins de changement dans la réalité professionnelle (Fitzgerald, 2008). D'après Joel (2008), le nombre idéal d'apprenants pour une discussion se situe entre six et dix participants alors que pour Fitzgerald (2008), il se situe entre deux et vingt participants avec une moyenne de dix.

Parmi les avantages de la discussion pour les participants, on trouve l'enrichissement des connaissances à la suite des échanges et la création d'un sentiment d'appartenance entre pairs (Chamberland *et al.*, 1995; Fitzgerald, 2008; Rowles et Russo, 2009). Le renforcement des apprentissages antérieurs et la stimulation de la pensée critique sont aussi favorisés (Fitzgerald, 2008; Rowles et Russo, 2009). De plus, cette méthode permet à l'enseignant de vérifier le degré de compréhension des apprenants (Chamberland *et al.*, 1995), donc d'adapter au fur et à mesure les informations. Les désavantages ont surtout trait à la possibilité de conflits (Chamberland *et al.*, 1995), de problèmes de participation, d'écarts dans la discussion, de monopolisation par certains apprenants qui empêchent d'atteindre les objectifs poursuivis (Chamberland *et al.*, 1995; Fitzgerald, 2008). L'expérience de l'enseignant fait toute la différence pour mener la discussion selon les objectifs fixés (Fitzgerald, 2008). Les éléments de discussion doivent être minutieusement planifiés afin de s'assurer que les groupes cheminent dans le sens désiré (discussion focalisée). La discussion devient une activité efficace en complément d'une autre comme un retour après une étude de cas, par exemple.

En cessation tabagique, la discussion a rarement été utilisée seule, mais plutôt en combinaison avec d'autres méthodes. Elle s'avère efficace pour susciter des changements de pratiques cliniques, par exemple le nombre d'interventions réalisées. Dans une étude randomisée contrôlée avec 66 médecins de famille, Kottke *et al.* (1989) ont utilisé la formation mixte, soit un cours magistral suivi de discussions focalisées. L'un des objectifs

de leur étude était d'augmenter le nombre d'interventions des médecins en cessation tabagique. Trois groupes ont été formés. Le premier groupe de 27 médecins a reçu deux sessions de 3 heures sur les interventions en cessation tabagique. Le deuxième groupe de 17 médecins n'a reçu que de l'information écrite et le troisième groupe de 22 médecins servait de contrôle. Après un mois, les résultats auprès de 6 053 patients ne démontrent aucune différence significative dans les groupes pour l'évaluation du statut tabagique. Cependant, les médecins ayant reçu la formation avaient augmenté de façon significative le nombre de counseling effectué auprès de la clientèle fumeuse. D'autres études sur des situations de prévention et de promotion ont permis de constater que la discussion augmente les connaissances (Marcus *et al.*, 1999; Santoso, 1996), les habiletés (Marcus *et al.*, 1999) et les changements de comportements (Ockene *et al.*, 1996; Perera *et al.*, 1983; Wilson *et al.*, 1992). La discussion est donc une méthode de choix pour la présente étude afin de susciter la participation du personnel infirmier et d'entraîner le changement des pratiques cliniques en cessation tabagique.

Étude de cas et vignettes

L'étude de cas est une « proposition, à un petit groupe, d'un problème réel ou fictif en vue de poser un diagnostic, de proposer des solutions et de déduire des règles ou des principes applicables à des cas similaires » (Chamberland *et al.*, 1995, p. 91). La vignette est une sorte d'étude de cas, sous forme d'illustration ou de film plutôt qu'uniquement sous forme de texte (Beau, 1976). L'étude de cas permet d'analyser et de résoudre des situations problématiques spécifiques (Beau, 1976; Joel, 2008; Rowles et Russo, 2009). Les apprenants peuvent analyser une situation à leur rythme, dans un environnement sans danger, en stimulant leur pensée critique tout en profitant des connaissances et de l'expérience des autres participants (Rowles et Russo, 2009). Le degré de participation est généralement élevé, et les connaissances acquises sont transférables dans la pratique clinique (Rowles et Russo, 2009). L'enseignant peut poser des questions afin de pousser la

réflexion (Joel, 2008). Cette méthode demande cependant beaucoup de temps et de préparation (Chamberland *et al.*, 1995).

À notre connaissance, seule l'étude de Gordon et al. (2005) a utilisé la vignette pour susciter un changement de comportement chez des hygiénistes dentaires pour l'évaluation de l'utilisation du tabac auprès de 1 052 patients. Trois groupes ont alors été formés. Un groupe expérimental (n=108) recevait une formation interactive de 3 heures en groupes de 15 à 20 personnes. Cette formation comprenait des vignettes (par vidéo) et des jeux de rôles qui visaient l'augmentation des connaissances et des habiletés des hygiénistes dentaires à recommander la cessation de la consommation du tabac à mâcher. Le deuxième groupe (n=76) utilisait une méthode d'apprentissage autonome, soit la lecture dans un manuel, sans l'intervention d'un formateur. Enfin, le groupe contrôle comprenait 102 hygiénistes dentaires. La mesure des interventions était réalisée par questionnaire avant l'implantation des stratégies, puis 3 et 12 mois après l'implantation. Les résultats ont permis de constater que les hygiénistes dentaires des groupes expérimentaux réalisaient statistiquement plus d'interventions en cessation tabagique que celles du groupe contrôle. De plus, les hygiénistes dentaires des groupes expérimentaux percevaient moins d'obstacles à l'intervention. Pour assister les patients en cessation tabagique, le groupe ayant reçu la vignette performait plus que le groupe autonome et le groupe contrôle. L'étude de cas demeure une méthode de choix pour mettre en contexte une situation clinique et pour susciter la discussion, par exemple sur l'intervention tabagique dans un milieu hospitalier très occupé.

Jeux de rôles

Le jeu de rôles est l'« interprétation du rôle d'un personnage en situation simulée en vue de mieux comprendre les motivations qui justifient les comportements » (Chamberland *et al.*, 1995, p. 71). Il permet aux apprenants de se placer dans une situation simulée (Fitzgerald, 2008; Joel, 2008) afin d'influencer le comportement et les attitudes; il favorise aussi une meilleure rétention des apprentissages (Joel, 2008). L'apprenant apprend les

habiletés requises et développe la confiance nécessaire pour être en mesure de les reproduire dans des situations réelles (Fitzgerald, 2008; Joel, 2008; Rowles et Russo, 2009). Fitzgerald (2008) mentionne aussi que lorsque l'apprenant joue le rôle du patient, il se sensibilise à la situation du patient. C'est une formule motivante pour certains apprenants, car elle mime la situation réelle (Chamberland *et al.*, 1995). Cependant, elle ne doit pas être utilisée au début de formation afin de donner aux apprenants le temps de se sentir confortables dans le groupe (Fitzgerald, 2008). L'apprentissage se réalise peu importe le rôle actif ou observateur de l'apprenant (Rowles et Russo, 2009). Les désavantages sont surtout reliés au temps de préparation des situations (Chamberland *et al.*, 1995; Joel, 2008; Rowles et Russo, 2009), au temps du jeu comme tel et au retour synthèse par le formateur, de même qu'au risque qu'un participant soit emporté par l'aspect théâtral du jeu (Chamberland *et al.*, 1995; Joel, 2008). Certains apprenants n'aiment pas s'impliquer ouvertement devant un groupe et craignent de renforcer les stéréotypes (Fitzgerald, 2008; Joel, 2008; Rowles et Russo, 2009). Le jeu de rôles est excellent pour mettre en pratique des habiletés de communication (Chamberland *et al.*, 1995; Joel, 2008).

En cessation tabagique, le jeu de rôles a permis de modifier le comportement du professionnel (Gordon *et al.*, 2005; Ward et Sanson-Fisher, 1996). Dans l'étude de Ward et Sanson-Fisher (1996) sur le tabagisme et le dépistage du cancer du col utérin, la formation mixte totalisait 3 jours étalés sur 13 semaines. Elle comprenait des présentations didactiques, des jeux de rôles et des périodes de pratique. Au total, 34 médecins ont participé à l'étude dont l'un des objectifs était d'augmenter l'évaluation du statut tabagique et le counseling tabagique de même que le dépistage du cancer auprès de 1 500 patientes. Au total, 1 362 consultations ont été enregistrées sur bandes audio. Les résultats démontrent que les médecins qui ont suivi la formation évaluent statistiquement davantage les patientes par rapport à la consommation tabagique, mais ils ne font pas plus de tests de Papanicolaou pour dépister le cancer du col utérin. Les médecins réalisent 8 % de plus d'interventions relatives au tabac qu'avant la formation.

Enfin, Bolman *et al.* (2002) ont évalué dans une étude quasi expérimentale, l'effet d'une intervention minimale sur la cessation tabagique des patients cardiaques. Au total, 11 hôpitaux y ont participé : 388 infirmières faisaient partie du groupe expérimental et 401 infirmières, du groupe contrôle. Au total, 769 patients fumeurs ont aussi participé à l'étude. Les infirmières du groupe expérimental ont reçu une formation de 2 heures à l'aide d'un jeu de rôles. Après trois mois, les infirmières du groupe expérimental faisaient statistiquement plus d'interventions que celles du groupe contrôle. Pour les autres situations de prévention et de promotion, le jeu de rôles s'avère efficace pour augmenter les connaissances et les habiletés (Marcus *et al.*, 1999) et pour changer les comportements des intervenants (Ockene *et al.*, 1996). C'est une méthode à privilégier, mais la durée de la formation est un indicateur majeur à considérer puisqu'elle demande du temps à réaliser.

Simulation

La simulation est la « reproduction d'une situation constituant un modèle simplifié, mais juste d'une réalité » (Chamberland *et al.*, 1995, p. 81). Elle prend la forme de simulation écrite, de support audiovisuel, avec un modèle ou par ordinateur (Fitzgerald, 2008; Joel, 2008). La simulation tente de permettre une compréhension objective de la réalité (Chamberland *et al.*, 1995). Elle donne à l'apprenant l'occasion d'évaluer et d'interpréter les situations, puis de prendre une décision (Fitzgerald, 2008; Joel, 2008). Elle est surtout utilisée en laboratoire (Joel, 2008) pour des procédures complexes qui laissent peu de place à l'improvisation (Beau, 1976). Fitzgerald (2008) mentionne que la simulation implique des habiletés interactives de résolution de problèmes dans un environnement sans danger. La simulation est donc peu employée pour modifier les comportements préventifs des professionnels de la santé. De plus, le temps de préparation est très long (Beau, 1976; Chamberland *et al.*, 1995) et il entraîne des coûts (Fitzgerald, 2008).

Seuls Marcus *et al.* (1999), dans une étude visant à modifier les pratiques préventives d'infirmières face aux drogues, notent que la simulation favorise une augmentation des connaissances et des habiletés. Cette méthode est à privilégier surtout

pour des activités cliniques qui demandent une méthode d'application similaire dans toutes les situations, ce qui n'est pas le cas de la présente étude.

Démonstration ou pratique

La démonstration est « une exécution d'actions ou d'opérations devant des apprenants » (Chamberland *et al.*, 1995, p. 45). Son but est de donner à l'apprenant une image claire de la manière d'exécuter une procédure (Fitzgerald, 2008). Cependant, la démonstration n'est pas facile à utiliser avec les grands groupes et elle s'avère moins efficace quand elle ne s'accompagne pas d'explications (Chamberland *et al.*, 1995). Cette méthode est souvent utilisée pour la visualisation de processus cliniques, mais elle s'avère peu pertinente pour modifier des pratiques préventives.

La pratique est souvent liée à la démonstration et elle permet à l'étudiant de mettre en application ce qu'il a appris. Cette méthode demande beaucoup de préparation et elle nécessite de petits groupes afin de permettre à tous les apprenants de s'exécuter et d'être accompagnés durant leur expérience (Fitzgerald, 2008). Cette méthode n'a pas été retenue dans la présente étude.

CD-ROM ou vidéo

Le CD-ROM et la vidéo sont des médias favorisant la démonstration sans la présence d'un formateur. Ces deux méthodes peuvent aussi servir à véhiculer de l'information, à démontrer des techniques ou à expliquer des comportements désirés. Leur principal avantage est la diffusion rapide de l'information, à des petits ou grands groupes, ne nécessitant pas la présence d'un formateur. Cela s'avère intéressant en région éloignée ou même lorsque de l'information doit être transmise à répétition et/ou durant des quarts de travail de soir et de nuit. Par contre, ces méthodes sont moins interactives et elles empêchent la rétroaction rapide sur les apprentissages. De plus, la préparation de ces médias nécessite beaucoup de temps, d'argent et de logistique.

Des études ont démontré l'efficacité des CD-ROM et des vidéos pour l'augmentation des connaissances et des habiletés (Marcus *et al.*, 1999), et pour la modification des comportements (Clark et Becker, 1998; Ockene *et al.*, 1996). Ces méthodes n'ont cependant pas été utilisées pour susciter le changement de comportement chez des professionnels en intervention de cessation tabagique, car aucun médium audiovisuel interactif n'a été produit ou cité dans la littérature en ce sens.

Autres études utilisant la formation interactive

Dans plusieurs études, il est difficile de savoir précisément la méthode de formation interactive utilisée. Rothemich *et al.* (2008) ont effectué une étude d'une durée de six mois afin que les infirmières et les assistants médecins évaluent et inscrivent le statut tabagique comme cinquième signe vital. Les auteurs ont obtenu un échantillon de 384 patients en préintervention, de 561 dans le groupe expérimental et de 588 dans le groupe contrôle. Les infirmières et les assistants médicaux ont reçu une formation d'une heure pour implanter la procédure (groupe expérimental). Une mesure a été prise après six semaines, trois mois et cinq mois. En préintervention, les chercheurs ont établi le portrait de l'évaluation du tabagisme afin de former des groupes comparables. Les données démontrent qu'il y a eu augmentation du counseling dans le groupe expérimental (61,9 % versus 53,4 %) et augmentation du conseil de cesser de fumer (59,9 % versus 51,5 %).

D'autres études impliquant d'autres professionnels ont évalué l'effet de la formation interactive sur le nombre d'interventions réalisées en cessation tabagique. Les études concluantes étant peu nombreuses pour le personnel infirmier, il devient intéressant d'aller vérifier si des formations interactives ont donné de bons résultats pour d'autres pratiques préventives que la cessation tabagique. Marcus *et al.* (1999) ont étudié l'implantation d'un programme éducatif sur les drogues auprès d'infirmières. La formation durait 18 mois et chaque vendredi, 4 heures étaient consacrées à des lectures, à des discussions, à des jeux de rôles et à des simulations. Une fois par mois, la formation était remplacée par un forum. L'étude ne mesurait que les connaissances et les habiletés des infirmières. Les résultats

montrent que les infirmières ont amélioré leurs connaissances et leurs habiletés à intervenir auprès de la clientèle.

Jeffries *et al.* (2003) ont effectué une étude randomisée afin de comparer l'efficacité de deux méthodes combinées sur l'interprétation d'électrocardiogrammes. La première méthode comprenait des lectures, des démonstrations et des simulations en laboratoire. L'autre était semblable, sauf qu'elle se réalisait par CD-ROM. Au total, 77 infirmières ont participé à l'étude (32 pour la première méthode et 45 pour la seconde). Chacun des groupes comprenait de 8 à 10 personnes pour une formation totale de 90 minutes. Les résultats démontrent pas de différences entre les deux groupes.

Levinson et Roter (1993), dans une étude avec 31 médecins internes, ont comparé deux stratégies de formation continue pour améliorer les habiletés de communication. Le premier groupe de 16 médecins a reçu une formation de 4 heures et demie comprenant une formation didactique avec histoire de cas. Le deuxième groupe de 15 médecins a reçu une formation de deux jours et demi qui incluait des pratiques. Les résultats ont démontré une légère amélioration non statistiquement significative des habiletés de communication un mois après l'intervention.

Enfin, Clark et Becker (1998) ont mené une étude avec 74 pédiatres et 637 enfants asthmatiques (il restait 472 patients après 22 mois). Ils ont d'abord évalué l'état de santé des enfants et ciblé les traitements les plus appropriés. Des ateliers comprenaient des études de cas, des vidéos et des discussions comme stratégies d'éducation interactive. Deux séminaires de deux heures et demie offerts à deux ou trois semaines d'intervalle ont permis de conclure, après 5 et 22 mois, que les médecins sont devenus plus performants, qu'ils font davantage de counseling et qu'ils établissent davantage de plans individualisés, ce qui a comme conséquence une plus grande satisfaction de la clientèle et une diminution des hospitalisations.

En résumé, les 16 études présentées ont démontré l'efficacité d'interventions éducatives ciblées en vue de changer des comportements. Au total, cinq études ont été

réalisées avec des infirmières, dont trois concernaient des interventions en cessation tabagique (Bolman et al., 2002; Rothemich et al., 2008; Swallow et Dykes, 2004) et deux, des interventions autres qu'en abandon du tabac (Jeffries et al., 2003; Marcus et al., 1999). Pour les autres professionnels, il s'agit de quatre études concernant le tabac (Gordon et al., 2005; Kottke et al., 1989; Ulbricht et al., 2006; Ward et Sanson-Fisher, 1996) et de sept études sur d'autres sujets (Clark et al., 1998; Levinson et Roter, 1993; Maiman et al., 1988; Ockene et al., 1996; Perera et al., 1983; Santoso, 1996; Wilson et al., 1992).

Les méthodes éducatives qui font appel à un engagement actif de l'apprenant, par exemple une discussion, une simulation ou un jeu de rôles, favorisent l'atteinte d'objectifs cognitifs, affectifs et psychomoteurs de haut niveau : elles rendent plus durable la maîtrise de ces acquis (Hagan, 2006). Plusieurs méthodes (histoire de cas ou vignette, discussion, jeu de rôles) ont été testées. La durée des interventions varie d'une étude à l'autre, d'une heure à plusieurs jours, et elle dépend grandement de l'activité. Parmi les interventions éducatives interactives, on ne trouve pas de constante dans les méthodes utilisées ni dans le temps requis afin d'obtenir un changement de comportement. Dans une revue des articles concernant la formation interactive, O'Brien *et al.* (2001) ont révisé 32 études randomisées pour évaluer si le nombre de participants par groupe et la longueur des sessions influençaient les résultats. Ils n'ont constaté aucune différence entre les groupes selon le nombre de participants (moins de 10 personnes, entre 10 et 19 personnes, et plus de 20 personnes) ni selon la durée et le nombre de sessions. La discussion, l'étude de cas et le jeu de rôles sont les méthodes le plus souvent utilisées pour stimuler le changement de pratique clinique chez les professionnels.

3.1.3.2 Rappel

Comme deuxième stratégie, nous proposons une intervention de rappels. Les rappels :

“...désignent toute intervention, manuelle ou informatisée, qui amène le professionnel de la santé à poser un geste clinique. Les rappels peuvent

prendre la forme de rappels concurrents ou intervisites faits aux professionnels au sujet de certains actes souhaités – comme le dépistage ou la prestation d’autres services préventifs -, l’amélioration des rapports de laboratoire ou un soutien administratif tels un système de suivi pour les rendez-vous ou des autocollants sur les dossiers » (Koutsavlis *et al.*, 2001, p. 29).

Selon Szilagyi *et al.* (2000), tous les types de rappels sont efficaces (carte postale, lettre, téléphone ou en personne). Il y a deux façons d’effectuer le rappel : auprès de la clientèle ou auprès des intervenants. McPhee *et al.* (1991) rapportent différentes façons de faire un rappel aux médecins, par exemple une carte ou une étiquette collée sur le dossier d’un patient, un pictogramme ou un arbre décisionnel placé bien en vue. Ces aide-mémoire permettent au médecin occupé de visualiser rapidement un élément à ne pas oublier lors de la visite du patient. Ceci pourrait s’avérer intéressant pour le personnel infirmier occupé, en centre hospitalier, par exemple un autocollant sur le plan de soins ou une note placée dans le dossier.

McDaniel *et al.* (1999) ont testé l’efficacité d’un système de rappel au dossier dans un programme pilote avec 36 infirmières en cardiologie dans un centre hospitalier. Une méthode à mesures répétées où l’on enlevait et réintroduisait la stratégie a été privilégiée. Lors de la première partie, une affiche placée à certains endroits dans l’unité de soins durant quatre semaines rappelait aux infirmières d’effectuer les interventions en cessation tabagique. Durant les quatre semaines suivantes, un rappel était mis dans le dossier de chaque patient. Enfin, on refaisait la première étape pendant quatre autres semaines. Les infirmières ont été informées du protocole, mais pas du fait que le nombre de références serait comptabilisé. Lors du rappel affiché (première étape), les chercheurs ont enregistré 3,4 % de références. Durant la période où le rappel était versé au dossier, une augmentation significative à 36,4 % a été enregistrée. Enfin, le taux est redescendu à 2,1 % lors de la répétition de la première procédure. Le rappel au dossier est donc une mesure efficace. Cependant, l’étude n’a eu lieu que dans un seul hôpital avec peu de participants, ce qui

limite la généralisation des résultats tout en s'avérant fort intéressants pour la présente étude.

Kelley *et al.* (2003) ont effectué une étude avec des étudiants de niveau collégial pour évaluer si un rappel collé sur le dossier augmentait le nombre d'interventions en cessation tabagique. Au total, 6 000 dossiers ont été revus en deux ans. Les résultats ne démontrent pas d'augmentation pour l'identification des fumeurs, mais ils démontrent une augmentation des conseils donnés et documentés dans le dossier. Les études concluantes sont peu nombreuses en cessation tabagique. Il devient donc intéressant d'aller vérifier si des rappels ont donné de bons résultats avec des pratiques préventives autres qu'en cessation tabagique.

Une étude randomisée auprès de 5 883 patients a comparé trois sortes de rappels pour cinq activités de prévention, dont la détermination du statut tabagique (Rosser, Hutchison *et al.*, 1992; Rosser *et al.*, 1991). Pour le premier groupe (n = 1 471 patients), le médecin avait un rappel écrit dans le dossier du patient. Dans le deuxième groupe (n = 1 468 patients), le patient a reçu un appel téléphonique de la clinique généré par ordinateur (une à cinq fois) afin de lui rappeler de mentionner au médecin des activités préventives (vaccination, dépistage de l'hypertension, cessation tabagique et dépistage du cancer du col de l'utérus). Dans le troisième groupe (n = 1 541 patients), le patient a reçu par la poste un rappel des activités préventives, 21 jours avant la visite. Le groupe contrôle comprenait 1 403 patients. Les résultats ont démontré que les trois systèmes de rappel ont significativement amélioré le nombre de prestations des mesures préventives. Cependant, les rappels effectués par la poste et par téléphone ont donné les meilleures augmentations.

Parmi les études randomisées, 9 études concernent des rappels faits aux médecins (Chambers *et al.*, 1989; Cheney et Ramsdell, 1987; Cowan *et al.*, 1992; Davidson *et al.*, 1984; Litzelman *et al.*, 1993; McDonald *et al.*, 1992; McPhee *et al.*, 1991; McPhee *et al.*, 1989; Montgomery *et al.*, 2000) et 14 s'adressent à la fois aux médecins et aux patients (Becker *et al.*, 1989; Burack et Gimotty, 1997; Burack *et al.*, 1994; Halbert *et al.*, 1999;

Hogg *et al.*, 1998; McDowell *et al.*, 1986, 1989; Ornstein *et al.*, 1991; Puech *et al.*, 1998; Rosser, Hutchison *et al.*, 1992; Rosser *et al.*, 1991; Szilagyi *et al.*, 2000; Turner *et al.*, 1994; Turner *et al.*, 1990). De ces études, cinq interpellent l'infirmière qui valide ou s'assure que le rappel est fait aux médecins (Davidson *et al.*, 1984; McDowell *et al.*, 1986, 1989; Rosser *et al.*, 1991; Rosser, McDowell *et al.*, 1992) et deux études sont réalisées avec des infirmières (Kelley *et al.*, 2003; McDaniel *et al.*, 1999).

Parmi les types de rappels qui entraînent un comportement désiré chez un professionnel, on trouve les rappels sous forme d'étiquettes au dossier du patient (Kelley *et al.*, 2003), l'affiche, la note au dossier (Becker *et al.*, 1989; Burack et Gimotty, 1997; Burack *et al.*, 1994; Cohen *et al.*, 1982; McDowell *et al.*, 1986, 1989; Rosser *et al.*, 1991; Rosser, McDowell *et al.*, 1992; Wilson *et al.*, 1992), la liste à cocher ou à remplir mise au dossier (Chambers *et al.*, 1989; Cheney et Ramsdell, 1987; Davidson *et al.*, 1984; Ornstein *et al.*, 1991), le rappel par la poste (Halbert *et al.*, 1999; Hogg *et al.*, 1998) et le rappel par ordinateur ou produit par ordinateur (Chambers *et al.*, 1989; Litzelman *et al.*, 1993; McDonald *et al.*, 1984; McPhee *et al.*, 1991; Montgomery *et al.*, 2000; Turner *et al.*, 1989; Turner *et al.*, 1994; Turner *et al.*, 1990).

Le nombre de rappels nécessaires n'est pas précisé clairement dans la littérature. Cependant, pour notre étude en contexte hospitalier, le dossier est consulté par beaucoup d'intervenants durant tous les quarts de travail. Si nous utilisons un rappel au dossier du patient, il est difficile de prévoir le nombre de rappels effectués puisque celui-ci dépendra du nombre de fois que le dossier est consulté. Il s'avère donc important de privilégier un rappel qui permet au personnel infirmier de cocher ou d'écrire ce qui est fait afin d'éviter d'effectuer plus d'interventions chez un patient et d'oublier d'autres patients. La stratégie de rappel pourrait s'avérer intéressante avec le personnel infirmier des unités de soins de courte durée. De plus, le rappel pourrait être vu par d'autres intervenants qui consultent le dossier s'il s'y trouve plutôt que dans le plan de soins ou les notes des infirmières. Il est plausible qu'il servirait d'aide-mémoire non prévu pour les intervenants impliqués dans les soins, et ce, même sans une formation ciblée sur la cessation tabagique.

3.1.3.3 Intervention multiple

L'intervention multiple « ...désigne toute intervention qui réunit deux ou plusieurs des interventions décrites précédemment » (Koutsavlis *et al.*, 2001, p. 31). On s'intéresse ici à la combinaison de la stratégie interactive et du rappel. Lancaster et Fowler (2000), dans une revue systématique, mentionnent que la formation augmente de 1,5 à 2,5 fois la cessation tabagique. De plus, l'augmentation est encore plus grande si l'on joint des rappels à la formation.

Cummings *et al.* (1989), dans une étude randomisée avec 44 médecins (24 dans le groupe expérimental et 20 dans le groupe contrôle), ont évalué l'influence d'une stratégie de formation interactive et de rappel sur le nombre d'activités en cessation tabagique. Trois heures de formation multiple réparties sur 14 semaines (une heure la première semaine, une heure deux semaines plus tard et une heure 12 semaines plus tard) comprenaient des séminaires sous forme de discussions. Pour le rappel, un autocollant était apposé sur le dossier. Le recrutement des médecins s'est fait sur une base volontaire et par la poste. Les résultats ont démontré que les médecins du groupe expérimental ont fait statistiquement plus d'interventions de cessation tabagique. En effet, 64,4 % ont discuté du tabagisme dans le groupe expérimental contre 44,4 % dans le groupe contrôle. Cependant, ceci n'a pas influencé de façon statistiquement significative les taux de cessation tabagique à un an, après vérification par test biochimique. L'étude a été refaite en 1989 avec 81 internes (40 dans le groupe expérimental et 41 dans le groupe contrôle) et 2 056 patients. Les taux de cessation étaient significatifs à deux semaines, mais non significatifs ($p = 0,06$) à neuf mois.

Stretcher *et al.* (1991) ont comparé trois stratégies : la formation interactive, le rappel et une stratégie multiple (formation et rappel) avec un groupe contrôle pour vérifier l'augmentation des interventions de cessation tabagique de 261 médecins auprès de 937 patients. La formation interactive comprenait deux heures de formation. Le rappel prenait la forme d'une note insérée dans le dossier. Quatre groupes ont été formés

(formation seule, rappel seul, formation et rappel, contrôle). Les trois groupes expérimentaux ont démontré une augmentation significative du nombre d'interventions en cessation tabagique à six mois. Les taux de cessation sont plus élevés dans les groupes expérimentaux, mais les différences ne sont plus significatives à six mois.

Les études concluantes étant peu nombreuses en cessation tabagique, il devient intéressant d'aller vérifier si la stratégie multiple a donné de bons résultats avec des pratiques préventives autres qu'en cessation tabagique. Au total, six études randomisées ont utilisé une stratégie de formation interactive couplée d'une stratégie de rappel. Ces études ont utilisé la discussion, le jeu de rôles et l'autoformation comme stratégies interactives; le rappel écrit mis au dossier a été le plus utilisé. La stratégie multiple semble efficace pour augmenter les connaissances et modifier le comportement des intervenants (Cohen *et al.*, 1982; Ockene et Zapka, 2000; Strecher *et al.*, 1991; Wilson *et al.*, 1992).

Après avoir analysé plusieurs méthodes pouvant faire partie d'une stratégie d'intervention de courte durée, la supériorité d'un regroupement semble ressortir. Dans notre étude, les infirmières d'unités de soins de courte durée doivent évaluer plusieurs éléments distincts de la situation de santé des patients et non seulement la cessation tabagique. Nous croyons qu'en augmentant leurs connaissances par une formation brève sur le tabagisme offerte à l'aide de plusieurs méthodes regroupées, il serait possible d'influencer leurs comportements quotidiens d'évaluation et d'intervention en cessation tabagique.

En résumé, plusieurs chercheurs ont examiné les théories qui peuvent expliquer les changements de comportements. Parmi ces théories, nous avons retenu celle du comportement planifié qui a été utilisée pour les changements de comportements impliquant une dépendance. Elle tient compte de l'attitude, des croyances, des influences des pairs et de la perception de contrôle du comportement.

Plusieurs stratégies existent pour augmenter les interventions en cessation tabagique chez les professionnels. Parmi les stratégies efficaces, on trouve la vérification et la

rétroaction, les présentations à caractère scientifique et les visites éducatives, les stratégies misant sur les leaders d'opinion ou sur les patients, la recherche de consensus, le rappel, la formation interactive et la stratégie multiple. Cependant, si on se préoccupe de la faisabilité en milieu curatif et de la transférabilité, on retiendra alors la formation interactive, le rappel et la stratégie multiple (formation interactive et rappel).

La formation interactive fait appel à la participation active des apprenants. Les moyens qui facilitent la participation sont la discussion, l'étude de cas, le jeu de rôles, la simulation, la démonstration et les CD-ROM. Si on se préoccupe du temps de préparation et de dispensation de même que des coûts, on favorisera alors la discussion, les histoires de cas et le jeu de rôles. Pour le rappel, une note au dossier a démontré une efficacité intéressante dans des milieux de soins.

3.2 Fondements théoriques de la formation interactive

L'approche éducative agirait sur le processus interne des personnes et sur leur motivation à s'améliorer (Koutsavlis *et al.*, 2001). Comme nous l'avons mentionné auparavant, la formation interactive modifie les connaissances, les croyances et les attitudes. Dans le cadre de référence illustré à la Figure 4, la formation interactive modifie l'intention d'intervenir en cessation tabagique (intervention minimale, intervention brève, référer, informer). Pour modifier l'intention, la formation interactive jouera sur l'évaluation du comportement qui provoque l'attitude (Aact), sur la pression sociale perçue de se conformer au comportement ou norme subjective (NS) et sur la capacité perçue de performer dans le comportement ou perception de contrôle sur le comportement (PBC). Selon Litaker *et al.* (2005), ces variables sont des caractéristiques qui évoluent, donc des cibles importantes à privilégier afin d'augmenter les interventions préventives.

D'autres déterminants interviennent sur l'adoption du comportement en modulant la relation entre la formation, le changement interne et le changement de comportement. Il s'agit des caractéristiques du personnel infirmier, des patients et du contexte social et

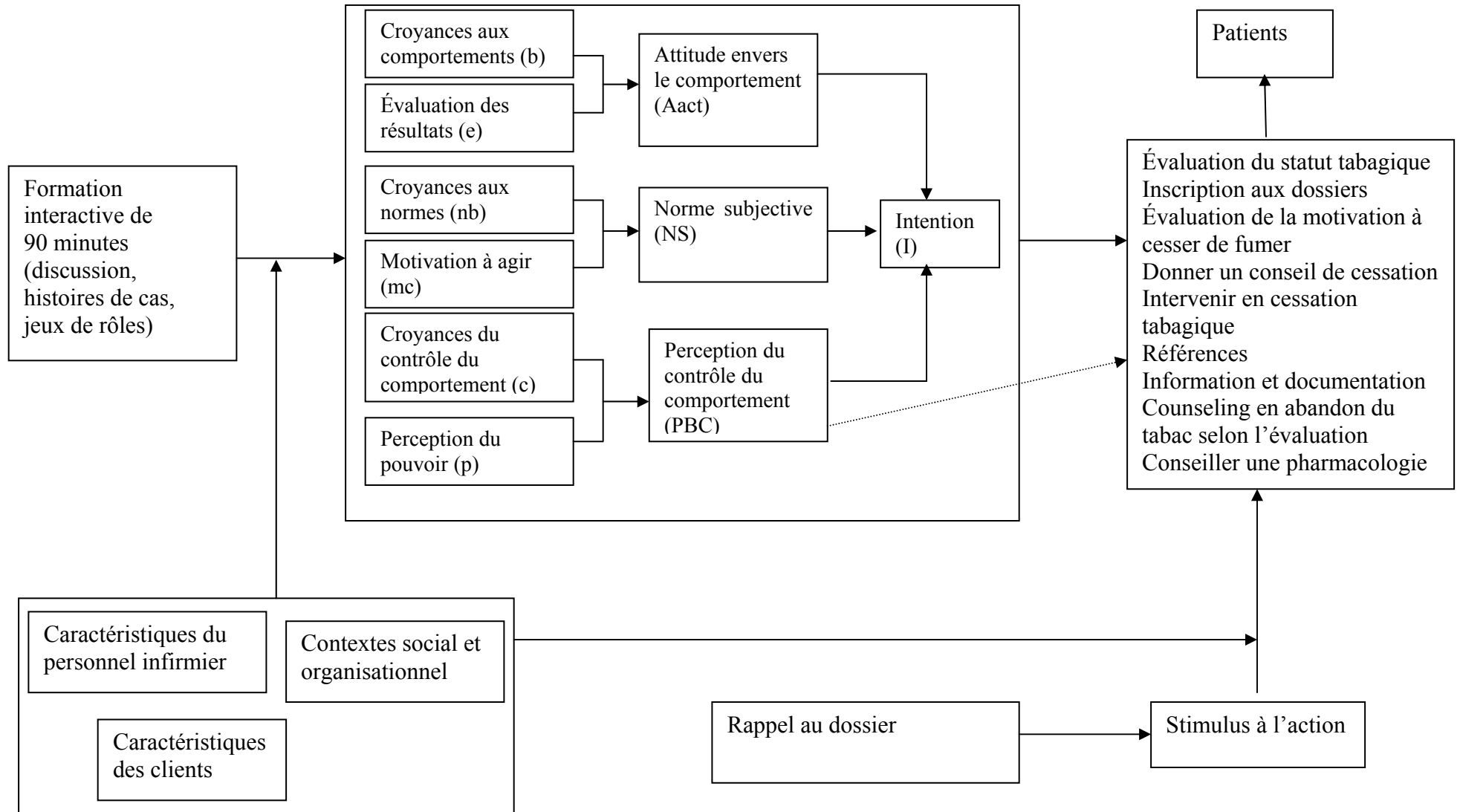
organisationnel. À notre avis, les caractéristiques du personnel infirmier œuvrant auprès d'adultes hospitalisés ont été peu étudiées en regard de l'adoption d'interventions en cessation tabagique. Cependant, plusieurs auteurs ont démontré des liens entre des attributs personnels du professionnel et l'intervention de nature préventive auprès des patients. Par exemple : le sexe (Arber *et al.*, 2004; Ellerbeck *et al.*, 2001; Heywood *et al.*, 1996; Houston *et al.*, 2005; Maguire *et al.*, 2000; Maheux *et al.*, 1989); le niveau de scolarité (Good *et al.*, 2004; Wetta-Hall *et al.*, 2005); le statut tabagique individuel ou familial (Chalmers *et al.*, 2002; Cornuz *et al.*, 2000; Delnevo *et al.*, 1996; Easton *et al.*, 2001; Polyzos *et al.*, 1995; Underner *et al.*, 2004; Varona *et al.*, 2005). L'âge (Daniel, 2003; Hensrud, 2000; Heywood *et al.*, 1996; Reeve *et al.*, 2004; Wetta-Hall *et al.*, 2005) et le nombre d'années depuis la diplomation (Ellerbeck *et al.*, 2001; Haley *et al.*, 2002; Heywood *et al.*, 1996; Reeve *et al.*, 2004) n'affichent pas de façon constante de liens avec les interventions réalisées en pratique. La valorisation par le professionnel de son rôle d'éducation à la santé est en lien avec ses comportements de prévention (Maheux *et al.*, 1989). La formation du professionnel est un élément à souligner puisqu'il existe différents niveaux de formation chez le personnel infirmier (infirmière, infirmière clinicienne, infirmière clinicienne spécialisée et infirmière auxiliaire) (Good *et al.*, 2004; Wetta-Hall *et al.*, 2005). Chez les médecins, il y a une différence entre les différentes spécialités (Bremberg et Nilstun, 2005; Easton *et al.*, 2001; Hensrud, 2000; Maheux *et al.*, 1999). Des données concernant le statut d'emploi (Pineault *et al.*, 1989) et le titre de l'emploi (Haley *et al.*, 2002) pourraient venir jouer un rôle dans le comportement du personnel infirmier. De plus, il est important de vérifier si les professionnels ont suivi une formation sur la cessation tabagique en cours d'emploi qui influencerait leurs comportements en cessation tabagique.

Les caractéristiques des patients influenceraient aussi la perception des professionnels. Par exemple, les interventions préventives sont réalisées plus souvent avec les patients de moins de 65 ans que chez les patients plus âgés (Arber *et al.*, 2004; Buckland et Connelly, 2005; Ellerbeck *et al.*, 2001; Heywood *et al.*, 1996; Houston *et al.*, 2005; Maguire *et al.*, 2000; Reeve *et al.*, 2004). D'autres études (Korhonen *et al.*, 1999; Pineault

et al., 1989; Pollak *et al.*, 2002) mentionnent le contraire, soit que les personnes âgées sont plus sollicitées. Le sexe du patient influence les interventions; les hommes sont plus ciblés que les femmes (Arber *et al.*, 2004; Ellerbeck *et al.*, 2001; Hensrud, 2000; Korhonen *et al.*, 1999). Le groupe ethnique influence de façon constante les interventions de nature préventive (Arber *et al.*, 2004; Houston *et al.*, 2005; Pollak *et al.*, 2002). Les auteurs notent de façon constante que les interventions en cessation tabagique augmentent en présence de symptômes avoués et d'antécédents (Helgason et Lund, 2002; Korhonen *et al.*, 1999; Maguire *et al.*, 2000). Le diagnostic médical joue cependant un rôle prépondérant, entre autres dans l'étude de Maguire *et al.* (2000) où plus d'interventions sont réalisées avec des patients cardiaques qu'avec des personnes en soins palliatifs (Bremberg *et al.*, 2003; Coleman *et al.*, 2000; Maguire *et al.*, 2000). Le temps d'hospitalisation est relevé comme un facteur déterminant du comportement (Pineault *et al.*, 1989); plus l'hospitalisation est longue, plus le nombre d'interventions préventives augmente. Aujourd'hui, les hospitalisations sont de moins en moins longues, les patients quittent rapidement l'hôpital, ce qui peut expliquer le manque de temps mentionné par les intervenants (Good *et al.*, 2004; Helgason et Lund, 2002; Tremblay, Cournoyer, Jukic *et al.*, 2006).

Pour les déterminants du contexte social et organisationnel, le soutien des collègues et des administrateurs pour les interventions en cessation tabagique est important, car il peut agir positivement sur ces interventions (Rosal, Ockene, Luckmann, Zapka, Goins, Saperia *et al.*, 2004). Le type d'unité de soins influence aussi le comportement, puisque des différences sont observées entre les unités de soins dans un même hôpital (McCarty, Henrikus *et al.*, 2001; Pineault *et al.*, 1989; Wetta-Hall *et al.*, 2005).

Figure 4 : Cadre de référence de la présente étude



3.3 Fondements théoriques du rappel

Contrairement à la stratégie de formation interactive qui agit sur le processus interne de la personne, le rappel est une approche comportementale qui agit sur le processus externe de la personne (Koutsavlis *et al.*, 2001). Selon cette approche, on contrôle la performance du professionnel par l'introduction d'un stimulus externe (Koutsavlis *et al.*, 2001; Smith, 2000). Donc, le rappel joue sur la motivation immédiate « prêt à agir », sur la compliance de la personne.

Dans le cadre de notre étude, il s'agit d'interventions en cessation tabagique qui ne sont pas « inconnues » du personnel infirmier. En effet, ce dernier connaît les effets néfastes du tabac sur la santé. De plus, les interventions en cessation tabagique font partie de la formation initiale des infirmières comme interventions pour prévenir plusieurs formes de maladies.

Le rappel agit donc comme un aide-mémoire, une aide à l'action (Smith, 2000) en attirant l'attention du personnel infirmier sur une procédure ou sur un acte à réaliser (Rosser *et al.*, 1991). Dans le contexte de notre étude, il s'agit d'augmenter des interventions qui devraient déjà faire partie de la pratique clinique du personnel infirmier. Les caractéristiques du personnel infirmier, des patients et du contexte social et organisationnel (décrites dans la précédente section) peuvent interagir et influencer les interventions courtes en cessation tabagique.

3.4 Fondements théoriques de la stratégie multiple

La stratégie multiple qui combine la formation interactive et le rappel permet de modifier le comportement des professionnels en agissant à la fois sur le processus interne et sur le processus externe du personnel infirmier. En effet, une formation interactive centrée sur des histoires de cas terrain et basée sur des résolutions de problèmes permet aux professionnels de modifier leurs connaissances et leurs intentions (attitudes, normes subjectives et perceptions du contrôle du comportement). Par la suite, le rappel joue comme

un stimulus externe en remettant en mémoire les interventions à réaliser dans le but d'intégrer ces interventions dans le quotidien des professionnels. Il peut exister plusieurs obstacles à l'intervention. La stratégie multiple permet de contrer davantage d'obstacles (Koutsavlis *et al.*, 2001). De plus, l'effet synergique d'une intervention multiple ne peut qu'être bénéfique pour les interventions réalisées. Les caractéristiques du personnel infirmier, des patients et du contexte social et organisationnel (décrites auparavant) peuvent interagir sur les interventions courtes en cessation tabagique.

3.5 Hypothèses de recherche

La question générale de recherche demeure donc : Quelles sont les stratégies efficaces pour influencer les interventions de courte durée en cessation tabagique chez le personnel infirmier en milieu hospitalier auprès de clientèles adultes? Celle-ci se traduit en hypothèses opérationnelles :

Chez le personnel infirmier œuvrant en centre hospitalier dans des unités de soins aigus aux adultes :

1. La formation interactive augmente à trois mois, de façon significative, les interventions de cessation tabagique de courte durée.
2. Les rappels augmentent à trois mois, de façon significative, les interventions de cessation tabagique de courte durée.
3. La stratégie multiple augmente à trois mois, de façon significative, les interventions de cessation tabagique de courte durée.
4. La stratégie multiple permet, après trois mois, d'augmenter davantage que la stratégie de formation interactive et que la stratégie de rappel le nombre d'interventions de cessation tabagique de courte durée.

Chapitre 4

Méthodologie

Le but de notre étude est de comparer l'efficacité de trois stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique réalisées par les infirmières en milieu hospitalier : une stratégie de formation interactive, une stratégie de rappel et une stratégie multiple (formation interactive couplée de rappel). Nous avons choisi une méthodologie quantitative complétée par une analyse qualitative afin de mieux comprendre le contexte dans lequel s'est déroulée l'étude. L'analyse qualitative a été réalisée seulement pour documenter les résultats quantitatifs.

Dans le présent chapitre, nous décrivons la méthodologie proposée afin de répondre aux hypothèses de notre recherche, soit le devis retenu et la méthode d'observation qualitative. Nous précisons d'abord le choix des milieux de même que les instruments de mesure et l'opérationnalisation des variables. Nous décrivons la population à l'étude, les méthodes d'échantillonnage et le déroulement de l'étude. Enfin, le plan des analyses, les considérations éthiques et la validité de l'étude termineront le chapitre. Afin de limiter la taille du chapitre, la validation des outils et la validation des stratégies choisies feront l'objet de chapitres distincts.

4.1 Devis de recherche quantitatif

« La recherche expérimentale repose sur une approche analytique, cartésienne, positiviste de la science... » (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis et Boyle, 2005, p. 37). Dans la recherche expérimentale, l'investigation est contrôlée, objective et systématique (Burns et Grove, 2005). Son but est d'examiner la causalité. Dans cette approche, le chercheur agit intentionnellement sur la variable indépendante afin de connaître les effets sur la variable dépendante. Le chercheur contrôle le quoi (l'intervention), le comment (les modalités d'application), le quand (le moment) et le qui (les participants soumis à l'intervention) (Contandriopoulos *et al.*, 2005). Trois propriétés sont propres à la recherche expérimentale (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit et Beck, 2007;

Polit et Beck, 2004) : la manipulation de la variable indépendante, le contrôle (groupe témoin) et la répartition aléatoire des participants.

Dans notre étude, nous avons utilisé un devis expérimental avec randomisation. Ce devis se rapproche d'une randomisation par groupe (*group* ou *cluster randomization*). Dans un tel devis de randomisation, le choix de l'unité de randomisation pourrait être le personnel infirmier, les unités de soins ou les hôpitaux. Pour avoir une puissance statistique acceptable, en considérant les unités de soins, nous devrions randomiser de 15 à 20 groupes : cela veut dire que nous devrions randomiser au niveau des unités de soins. Cependant, le niveau de randomisation doit s'effectuer selon l'hôpital pour limiter les biais de contamination entre les participants (Sikkema, 2005), puisqu'il y a une grande mobilité des ressources humaines entre les unités de soins, alors que la mobilité des ressources entre hôpitaux est rare. Pour des raisons de faisabilité de l'étude, nous avons décidé de nous limiter à quatre hôpitaux. Par conséquent, notre devis ressemble plutôt à un devis randomisé simple (*completely randomized design*) sauf qu'une certaine corrélation intrahôpital existe, mais la force de celle-ci est inconnue pour le moment. Le calcul de puissance est réalisé sur cette base en l'ajustant à la baisse pour tenir compte de cette corrélation intrahôpital.

Étant donné que l'expérimentation se réalise par la manipulation de deux variables indépendantes (formation interactive et rappel), nous avons choisi le modèle factoriel (Burns et Grove, 2005; Loiselle *et al.*, 2007; Polit et Beck, 2004). Le Tableau X présente le modèle factoriel utilisé pour notre étude. Ce modèle permet d'évaluer l'effet de chacun des groupes expérimentaux en le comparant avec le groupe contrôle, mais aussi l'interaction des effets, soit les effets qui résultent de la combinaison des interventions (Burns et Grove, 2005; Loiselle *et al.*, 2007; Polit et Beck, 2004; Shadish, Cook et Campbell, 2002). Un autre avantage du modèle factoriel est qu'il requiert peu de participants (Shadish *et al.*, 2002). Cependant, selon ces mêmes auteurs, son principal désavantage est qu'il est plus difficile à appliquer dans un milieu réel qu'en laboratoire. Nous avons privilégié les mesures préintervention et postintervention. Au total, trois mesures ont été réalisées : avant

l'implantation des stratégies, en préintervention, puis un mois et trois mois après l'implantation des stratégies.

Tableau X : Modèle factoriel pour notre étude

		Rappel	
		Présence	Absence
Formation interactive	Présence	A	B
	Absence	C	D

Groupe A : stratégie multiple (formation interactive et rappel)

Groupe B : stratégie de formation interactive

Groupe C : stratégie de rappel

Groupe D : contrôle

Dans un devis expérimental, les groupes n'ont pas à être systématiquement différents (Boruch, 2005). Rien ne laisse supposer que les unités de soins de médecine et de chirurgie des hôpitaux québécois sont différentes pas plus que le personnel infirmier qui y œuvre. Les caractéristiques des infirmières et des infirmières auxiliaires ne diffèrent pas d'une région administrative à l'autre (Lévesque, 2007; Marleau, 2008). Notre devis tient compte du type d'unités de soins médicaux chirurgicaux généraux (par exemple, orthopédie, cardiologie, pneumologie, etc.) puisque la littérature semble leur accorder des comportements professionnels différents en cessation tabagique.

4.2 Méthode d'observation qualitative

Comme nous l'avons expliqué auparavant, la méthodologie principale choisie pour notre étude est quantitative. Par contre, deux méthodes d'observation qualitative ont été retenues pour évaluer le déroulement de la recherche et de la formation. La première, l'enregistrement audionumérique de toutes les formations données, aide à mieux juger le contexte du personnel infirmier et de variables étrangères qui ne peuvent être prévues. De plus, elle éclaire le contexte des résultats de l'analyse quantitative. Le Tableau XI présente

les éléments couverts par notre analyse qualitative. La méthodologie qualitative permet de documenter les pratiques cliniques réalisées par le personnel infirmier à la lumière du contexte actuel vécu dans les établissements de santé. Ces résultats ne seront pas présentés dans le chapitre sept, mais ils servent essentiellement à moduler les explications des résultats quantitatifs obtenus.

Tableau XI : Informations obtenues du personnel infirmier lors des formations

Informations obtenues
Attentes et craintes face à la formation
Quels sont les symptômes de sevrage du tabagisme ?
Quels sont vos comportements face aux symptômes de sevrage ?
Quelles sont les méthodes pour cesser de fumer ?
Quelles sont les interventions infirmières face à un patient fumeur ?
Pourquoi aurais-je un rôle à jouer ?
Quelles sont les aides pharmacologiques qui existent ?
Connaissance actuelle du modèle de Prochaska
Réaction face aux modèles, conclusion

La deuxième méthode est le groupe de discussion avec les gestionnaires d'unités de soins que nous avons effectué à la fin de l'étude. Cette méthode nous permet également de situer le contexte de tout le déroulement de notre recherche. Les résultats de l'analyse qualitative éclairent les résultats de l'analyse quantitative. Le guide d'entrevue pour le groupe de discussion se trouve à l'Annexe II.

4.3 Choix des milieux

Nous avons choisi des hôpitaux à randomiser en fonction de leur intérêt à participer à notre étude ainsi que de l'intérêt de leur DSP respective. L'implication des DSP des régions administratives a été sollicitée afin de donner un soutien aux milieux après l'étude

pour poursuivre le travail demandé. Les DSP sont également sollicitées par l'INSPQ afin d'implanter des stratégies pour augmenter les interventions tabagiques auprès des professionnels de la santé. Le Tableau XII présente l'intérêt des DSP des régions et des CSSS à participer ou non à la recherche ainsi que les raisons invoquées pour leur refus, une fois l'intérêt suscité. Au total, 10 DSP et 38 établissements de santé ont été sollicités par lettre et par contact téléphonique (auprès des DSI ou RSI) entre les mois d'août et de décembre 2007. Il est important de rappeler que notre projet de recherche est appuyé par l'OIIQ et l'INSPQ.

Tableau XII : Intérêt des milieux à participer et raisons invoquées pour ne pas participer à notre étude

Milieux	Intérêt à participer					Non intéressé	Aucune réponse	Total
	Accepte	Refuse						
		Contexte actuel	Problèmes administratifs	Aucune raison				
DSP	9	0	0	0	1	0	10	
CSSS	4	6	3	3	6	16	38	

Une seule DSP n'était pas intéressée à participer au projet car les personnes en place ont préféré prendre en charge elles-mêmes l'implantation des pratiques cliniques en cessation tabagique de courte durée dans les CSSS de son territoire. Nous avons visité six régions administratives, dont huit CSSS, afin de présenter le projet de recherche. Il s'agit des régions de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas Saint-Laurent, de Chaudières-Appalaches, de la Mauricie-Centre du Québec, de la Montérégie et de l'Outaouais. Lors de la présentation, les hôpitaux intéressés étaient préoccupés des coûts de la formation. Certains d'entre eux ont mentionné que leur acceptation définitive était conditionnelle à l'obtention d'un financement de la part du chercheur pour couvrir les coûts liés au remplacement du personnel s'ils étaient choisis pour implanter la stratégie de formation. Pendant la

présentation, nous avons rappelé que la randomisation des hôpitaux se ferait seulement lorsque les quatre hôpitaux auraient accepté de participer à l'étude. Pendant le recrutement des milieux, nous étions en recherche active de financement, ce qui s'est concrétisé en novembre 2007.

Parmi les hôpitaux intéressés, 4 CSSS ont accepté de participer à notre étude, mais 12 ont refusé. Certains refus demeurent sans explication, mais pour les autres, les raisons concernent le contexte actuel (une réorganisation en cours ou une planification importante d'autres formations pour la population visée) ou des problèmes administratifs (coûts trop importants, absence d'un comité d'éthique à la recherche et absence d'appui de la DSP de la région). Vous trouverez à l'Annexe III, une lettre type de l'intention de participer à notre étude. Les lettres signées ne sont pas incluses, car les signatures permettraient d'identifier les hôpitaux participants. Le Bas Saint-Laurent, la Montérégie et l'Outaouais sont les régions dont les CSSS ont accepté de participer. Il est important de mentionner qu'un CSSS d'une de ces régions avait deux hôpitaux distincts. La randomisation s'est effectuée par une pige au hasard (au chapeau) devant un témoin n'ayant aucun intérêt ni lien avec cette recherche, le 12 décembre 2007, afin de déterminer les groupes expérimentaux et le groupe contrôle.

Un des CSSS s'est désisté une semaine avant le début de la première collecte des données, soit la première semaine de février 2008. Cet établissement n'avait pas de comité d'éthique de la recherche et les modifications apportées à l'attribution des certificats d'éthique pour les projets multisites (avril 2008) rendaient la tâche administrative trop lourde pour participer au projet. Cependant, un des CSSS participants comprenait deux hôpitaux et il a décidé de faire participer les deux sites. La contamination des données ne peut avoir lieu entre eux puisque le personnel infirmier et les gestionnaires des unités sont non mobiles, les deux hôpitaux ont des procédures différentes et ils sont situés physiquement loin l'un de l'autre. Ils pouvaient donc être considérés comme deux centres indépendants pour notre projet de recherche.

4.4 Instruments de mesure et opérationnalisation des variables

Nous avons choisi d'utiliser la triangulation des données et des méthodes pour obtenir des données valides et fiables sur les interventions réalisées en cessation tabagique. La triangulation des données suppose la collecte de données de multiples sources (Burns et Grove, 2005; Loiselle *et al.*, 2007; Polit et Beck, 2004). La triangulation des méthodes vise l'utilisation de plusieurs instruments de mesure en vue de saisir les données requises sous différents angles. La triangulation des données et des méthodes entraîne le choix de plusieurs types d'instruments et de sources de données. Au total, quatre sources de données ont permis de valider les conclusions de notre étude par rapport aux interventions en cessation tabagique réalisées par le personnel infirmier. Il s'agit du PIPECT (questionnaire du personnel infirmier sur les pratiques cliniques en cessation tabagique), du PAPP ICT (questionnaire-entrevue des patients et données sur les dossiers des patients), du GUSP ICT (questionnaire du gestionnaire d'unité de soins sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique) et du CATP ICT (questionnaire du responsable du centre d'abandon du tabac sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique).

Nous avons soumis nos quatre questionnaires à une validation de contenu auprès de quatre personnes. Nous présenterons en détail cette étape dans le chapitre suivant. Dans cette section, nous expliquons brièvement chacun des instruments de mesure ainsi que les variables mesurées.

4.4.1 PIPECT : Questionnaire du personnel infirmier sur les pratiques cliniques en cessation tabagique

Le questionnaire du personnel infirmier est la principale source de données de notre étude. Une recherche dans la littérature n'a pas permis de trouver un questionnaire fidèle et valide pour mesurer les interventions réalisées en cessation tabagique en lien avec les éléments du modèle du comportement planifié, soit les attitudes, les normes subjectives, le

contrôle du comportement et l'intention. Aucun outil de ce genre n'existe pour recueillir des données auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie en milieu hospitalier de courte durée. Cependant, quelques études ont exploré certains de ces concepts.

Muramoto, Connolly, Strayer, Ranger-Moore, Blatt, Leischow *et al.* (2000) ont effectué une étude d'implantation d'un programme en cessation tabagique. Au total, 1 075 personnes y ont participé. L'étude a permis d'évaluer les concepts reliés aux connaissances, à l'efficacité personnelle et aux habiletés face aux interventions en cessation tabagique réalisées par des intervenants qui travaillent dans un autre contexte que la cessation tabagique et par ceux spécialisés en cessation tabagique. Nous ne pouvons toutefois utiliser ce questionnaire puisque le cadre de référence est axé sur une intervention communautaire. De plus, les auteurs ont utilisé uniquement le concept de perception de contrôle du comportement. Nous avons tout de même demandé la permission de ces auteurs pour utiliser des parties de leur questionnaire; celle-ci se trouve à l'Annexe I.

À l'aide d'une étude corrélationnelle menée dans quatre hôpitaux, McCarty, Henrikus *et al.* (2001) ont recueilli, auprès de 397 infirmières, des données relatives aux interventions tabagiques réalisées et aux facteurs influençant les interventions. Quatre questionnaires basés sur la théorie du comportement planifié ont été validés au niveau du contenu. Le questionnaire touche quatre concepts du modèle du comportement planifié. Les croyances des intervenants par rapport aux résultats possibles (positifs et négatifs) d'un conseil de cessation tabagique sont évaluées par cinq items. La perception de contrôle du comportement comprend huit items pour évaluer les croyances des intervenants par rapport aux interventions de cessation tabagique et par rapport aux ressources pour les prodiguer. Sept items mesurent les attitudes des intervenants par rapport au fait de prodiguer des interventions en cessation tabagique ainsi que la croyance en leur rôle professionnel à cet égard. Enfin, la norme subjective comprend six items qui mesurent les croyances de l'individu par rapport à l'opinion des autres en regard de la cessation tabagique et l'intention d'agir dans le sens de ce qui est demandé. Nous aurions aimé

utiliser ce questionnaire, le traduire et le valider en français, mais nos demandes aux auteurs sont demeurées sans réponse.

Une étude québécoise menée avec 500 infirmières de champs de pratiques variés a mesuré les interventions en cessation tabagique réalisées, de même que les croyances et les attitudes par rapport à l'intervention (Tremblay, Cournoyer, Jukic *et al.*, 2006). Elle a permis d'identifier les barrières perçues par les infirmières dans une intervention de cessation tabagique. Le questionnaire n'est pas basé sur un modèle en particulier. Les échelles de mesure ne respectent pas les critères pour construire un questionnaire selon le modèle du comportement planifié. Nous avons obtenu des auteurs la permission d'utiliser certaines des questions pour notre questionnaire (voir l'Annexe I).

De façon générale, les études mentionnées ont servi à mesurer les interventions de cessation tabagique réalisées par des intervenants de santé, dont les infirmières. De plus, elles comprenaient des mesures liées aux croyances, aux attitudes et aux habiletés, et, pour certaines, quelques concepts du modèle du comportement planifié. Cependant, elles n'ont pas mesuré tous les concepts du modèle. Or, Gagné et Godin (1999) mentionnent que si l'on veut prédire un comportement, on ne peut s'en tenir qu'à mesurer l'intention et la perception de contrôle du comportement, on doit plutôt évaluer tous les concepts du modèle. Dans ces circonstances, nous avons décidé de construire notre questionnaire de manière à inclure tous les concepts du modèle du comportement planifié pour évaluer le comportement du personnel infirmier en milieu hospitalier.

Le PIPECT est le questionnaire créé pour la présente étude. Il comprend l'évaluation du comportement, des concepts directs et indirects du modèle du comportement planifié de même que des caractéristiques du personnel infirmier et du contexte de l'intervention. Le tableau XIII présente la répartition des items dans les divers outils de collecte de données et selon les concepts évalués.

Tableau XIII : Répartition des sources des données selon les dimensions, les concepts et les variables à l'étude

Dimensions	Concepts	Variables	Sources des données				Remarques
			PIPECT ⁶	PAPPICT ⁷	GUSPPICT ⁸	CATPPICT ⁹	
Intervention en cessation tabagique	Information et documentation	Répondre aux questions et aux préoccupations de la clientèle	Q. 4.1; 4.2; 5.2	Q. 6; 7			
		Informers des services offerts localement	Q. 4.5	Q. 8; 11.2			
	Intervention minimale	Définir le statut tabagique	Q. 1.1	Q. 1; 3; 10.1; 10.2			
		Déterminer l'étape de changement	Q. 2	Q. 10.3			
		Donner un conseil en cessation	Q. 5.1	Q. 4; 11.1			
	Intervention brève	Informers et conseillers en	Q. 4.3; 4.4; 5.3 à 5.6; 6	Q. 5; 10.4; 11.3			

⁶ Questionnaire du personnel infirmier sur les pratiques cliniques en cessation tabagique

⁷ Questionnaire – entrevue des patients et données dans les dossiers des patients

⁸ Questionnaire du gestionnaire d'unité de soins sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique

⁹ Questionnaire du responsable du centre d'abandon du tabac sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique

Dimensions	Concepts	Variables	Sources des données				Remarques
			PIPECT ⁶	PAPPICT ⁷	GUSPPICT ⁸	CATPPICT ⁹	
		fonction de l'étape de changement actuelle					
		Présence	Q. 4.6 à 4.8	Q. 9; 11.4		Q. 1	
		Nombre				Q. 1	
	Référence	Provenance		Q. 11.5		Q. 1	
		Catégorie d'emploi du référant		Q. 11.5		Q. 1	
	Durée de l'intervention	Durée	Q. 9				
	Inscription des données au dossier		Q. 1.2; 7				
		Attitudes (Aact) (6 items)	Q. 28 à 33				Mesure Aact \sum Q. 28 à 33
		Norme subjective (SN) (4 items)	Q. 34 à 37				Mesure SN \sum Q. 34 à 37
Modèle du comportement planifié	Concepts directs	Perception de contrôle du comportement (PBC)	Q. 38 à 44				Mesure PBC \sum Q. 38 à 44

Dimensions	Concepts	Variables	Sources des données				Remarques
			PIPECT ⁶	PAPPICT ⁷	GUSPPICT ⁸	CATPPICT ⁹	
		(7 items)					
		Intention (I) (5 items)	Q. 45.1 à 45.5				Mesure I \sum Q. 45.1 à 45.5
		Croyances individuelles en ce comportement (b) (5 items)	Q. 9.1 à 9.5				Croyances comportementales
		Perception des conséquences de ce comportement (e) (5 items)	Q. 10.1 à 10.5				\sum (b X e)
	Concepts indirects	Perception au sujet des opinions des autres (nb) (6 items)	Q. 11 à 16				Croyances normatives
		Motivation à se conformer aux normes (mc) (6 items)	Q. 17.1 à 17.6				\sum (nb X mc)
		Perception des facteurs qui	Q. 18 à 22				Croyances de contrôle \sum (c X p)

Dimensions	Concepts	Variables	Sources des données				Remarques
			PIPECT ⁶	PAPPICT ⁷	GUSPPICT ⁸	CATPPICT ⁹	
		facilitent ou empêchent ce comportement (c) (5 items)					
		Perception du contrôle sur ces facteurs (p) (5 items)	Q. 23 à 27				
Caractéristiques	Données sociodémographiques	Âge	Q. 46	Q. 12	Q. 6		
		Sexe	Q. 47	Q. 13			
		Scolarité	Q. 48 à 51		Q. 7 à 10		
		Profession	Q. 52		Q. 11		
		Année de diplomation	Q. 53				
	Caractéristiques reliées à l'emploi	Statut d'emploi	Q. 56				
		Titre de l'emploi	Q. 54		Q. 12		
		Nombre d'année à ce poste			Q. 13		
	Formation en cours d'emploi	Formation en cessation tabagique reçue en cours	Q. 57		Q. 15		

Dimensions	Concepts	Variables	Sources des données				Remarques
			PIPECT ⁶	PAPPICT ⁷	GUSPPICT ⁸	CATPICT ⁹	
		d'emploi					
		Moment de la formation	Q. 57		Q. 15		
		Statut tabagique	Q. 58; 61	Q. 2	Q. 16; 19		
		Nombre de cigarettes fumées	Q. 59		Q. 17		
	Comportement tabagique	Nombre d'années comme fumeur	Q. 60		Q. 18		
		Présence de fumeurs à la maison	Q. 62; 63		Q. 20; 21		
		Diagnostic médical		Q. 14			
		Antécédents médicaux		Q. 15			
	Données reliées à l'hospitalisation	Symptômes respiratoires		Q. 16			
		Durée de l'hospitalisation		Q. 17			
		Unité de soins	Q. 55		Q. 14		
Contexte	Organisationnel	Orientations locales			Q. 2 à 4		

Dimensions	Concepts	Variables	Sources des données				Remarques
			PIPECT ⁶	PAPPICT ⁷	GUSPPICT ⁸	CATPPICT ⁹	
		Soutien offert aux intervenants			Q. 1		
		Équipe de travail en place			Q. 5		
Questions filtres			Q. 3	Q. 2			

4.4.1.1 Comportement

Six concepts mesurent la dimension du comportement à adopter, soit les pratiques cliniques en cessation tabagique. Il s'agit de l'information et de la documentation (quatre items), de l'intervention minimale (trois items), de l'intervention brève (sept items), de la référence (trois items), de la durée de l'intervention (un item) et de l'inscription aux dossiers (deux items).

Les variables liées à l'information et à la documentation permettent de savoir si le personnel infirmier répond aux questions des patients et s'il informe les patients des services offerts dans la région. Les variables liées à l'intervention minimale permettent de définir le statut tabagique, de déterminer l'étape de changement selon le modèle de Prochaska et de donner un conseil de cessation tabagique. Les variables liées à l'intervention brève mesurent les interventions de counseling effectuées selon l'étape de changement identifiée plus tôt. Les variables liées à la référence mesurent le nombre et le niveau de référence effectuée par le personnel infirmier, selon que le patient est prêt ou non à cesser de fumer, vers les CAT ou un professionnel de la santé. La variable liée à la durée de l'intervention permet de quantifier, en minutes, le temps consacré à ces interventions. Enfin, la variable liée à l'inscription aux dossiers permet d'évaluer la fréquence de notation du statut tabagique et des interventions effectuées dans les dossiers des patients. Avec tous ces éléments, nous désirons savoir si les comportements sont effectués et dans quelle mesure.

4.4.1.2 Concepts directs

Au total, quatre variables mesurent les concepts directs. Il s'agit de l'intention (I), de l'attitude (Aact), de la norme subjective (NS) et de la perception de contrôle sur le comportement (PBC).

Selon l'Office de la langue française du Québec (2009), l'intention se définit ainsi : « tendance consciente vers une fin dans l'action ». Dans notre étude, l'intention se

caractérisé par la volonté des participants de réaliser des interventions courtes en cessation tabagique. On trouve cinq items pour évaluer l'intention : 1) évaluer du statut tabagique : 2) réaliser des interventions courtes en cessation tabagique : 3) référer vers un centre d'abandon du tabac : 4) informer les patients sur les ressources et les services en cessation tabagique; et 5) inscrire les interventions en cessation tabagique. L'intention de réaliser des interventions en cessation tabagique est mesurée par la somme des cinq items.

L'attitude est définie comme la « disposition interne, déterminée par l'expérience, qui pousse l'individu à constamment réagir de la même manière (positivement ou négativement) à l'égard d'une personne, d'un objet ou d'une situation » (Office de la langue française du Québec, 2009). Dans notre étude, six items servent à mesurer les attitudes du personnel infirmier par rapport à l'intervention courte en cessation tabagique : 1) l'importance d'intervenir en cessation tabagique; 2) l'obligation professionnelle d'intervenir; 3) l'importance du milieu pour cesser de fumer; 4) l'impact des interventions courtes en cessation tabagique sur la motivation des fumeurs; 5) la perception du bris de confiance avec le patient; et 6) l'impact des interventions courtes en cessation tabagique sur la cessation tabagique. L'attitude face aux comportements est mesurée par la somme des six items.

La norme subjective représente la perception du personnel infirmier par rapport à l'opinion des personnes qu'il côtoie sur l'intervention en cessation tabagique. Au total, quatre items évaluent ce concept. Ce sont 1) les médecins, 2) les infirmières de l'équipe de soins, 3) les autres membres de l'équipe et 4) les supérieurs hiérarchiques. La norme subjective est mesurée par la somme des quatre items.

Enfin, la perception de contrôle sur le comportement est la perception du personnel infirmier face aux facteurs individuels et contextuels facilitant ou empêchant les interventions. Au total, sept items évaluent ce concept : 1) les occasions dans une journée de travail d'intervenir en cessation tabagique; 2) les limites de temps pour les soins des autres patients; 3) le manque de ressources; 4) les outils nécessaires; 5) les habiletés pour

intervenir; 6) les compétences; et 7) la perception de l'influence sur les patients. La perception de contrôle sur le comportement est mesurée par la somme des sept items.

4.4.1.3 Concepts indirects

Au total, trois variables mesurent ces concepts : 1) les croyances comportementales (incluant les croyances en ce comportement [b] et la perception des conséquences de ce comportement [e]); 2) les croyances normatives (incluant la perception des opinions des autres [np] et la motivation à se conformer aux normes [mc]); et 3) les croyances de contrôle (incluant la croyances liées au contrôle du comportement [c] et la perception des facteurs qui facilitent ou empêchent ce comportement [p]). Une croyance se définit par l'« assentiment à un jugement, bien qu'il soit fondé sur de simples motifs individuels ou sur un principe dont la valeur logique n'est pas universellement reconnue » (Office de la langue française du Québec, 2009). Tous ces concepts sont formés des croyances relevées d'une étude pilote réalisée avec la population cible; cette pré-étude sera décrite dans le chapitre suivant.

Les croyances comportementales sont des jugements personnels face à l'intervention en cessation tabagique, tant en termes d'efficacité du comportement lui-même que la valeur subjective accordée aux conséquences du comportement. Au total, cinq croyances du personnel infirmier sont mesurées : 1) l'importance de sensibiliser la population aux conséquences du tabagisme; 2) l'importance d'aider ses patients à cesser de fumer; 3) l'importance d'améliorer l'état de santé de ses patients fumeurs en faisant des interventions en cessation tabagique; 4) l'importance d'effectuer le suivi de ses interventions en cessation tabagique; et 5) l'importance de jouer un rôle en promotion de la santé. Pour chacune des croyances mentionnées, les participants évaluaient leur croyance et la valeur accordée à cette croyance. Les croyances comportementales sont mesurées par $\sum (bXe)$.

Les croyances normatives sont des perceptions personnelles de l'opinion des personnes que le personnel infirmier juge importantes dans son environnement et la

motivation à se conformer aux normes. Au total, six types de personnes ont été choisis : 1) les médecins côtoyés; 2) les infirmières de son équipe de soins; 3) les autres membres du personnel de son équipe de soins; 4) les supérieurs hiérarchiques; 5) les patients; et 6) la famille des patients. Pour chacune des personnes mentionnées, les participants évaluaient leur perception personnelle de l'opinion de ces personnes et la motivation de se conformer à ces personnes. Les croyances normatives sont mesurées par $\sum (npXmc)$.

Les croyances de contrôle sont des perceptions subjectives en son pouvoir de réaliser le comportement demandé, de performer en le faisant et d'identifier des facteurs qui facilitent ou empêchent ce comportement. Au total, cinq croyances de contrôle sont mesurées : 1) la perception du soutien des membres de l'équipe; 2) la perception du soutien du supérieur immédiat; 3) l'accessibilité au matériel; 4) l'accessibilité aux directives ou protocole; et 5) la possibilité d'intégrer les pratiques cliniques dans le travail quotidien.

4.4.1.4 Caractéristiques et contexte

Quatre items mesurent des caractéristiques du personnel infirmier et une seule mesure le contexte organisationnel, selon les éléments jugés importants dans la revue de littérature. Toutes ces variables sont mesurées à l'aide de questions dichotomiques, ouvertes ou à choix multiples. De plus, des questions filtres ont été utilisées pour guider les participants vers des regroupements de questions (par exemple, la consommation tabagique). Les caractéristiques du personnel infirmier concernent les facteurs sociodémographiques (âge, sexe, scolarité), l'emploi (profession, année de diplomation, statut d'emploi, titre de l'emploi, nombre d'années à ce poste), la formation en cessation tabagique en cours d'emploi (formation reçue, moment de la formation), le contexte organisationnel (unité de soins) et le comportement tabagique (statut tabagique, nombre de cigarettes fumées, nombre d'années comme fumeur, présence de fumeurs à la maison).

4.4.2 PAPICT : Questionnaire – entrevue des patients et données dans les dossiers des patients

Les patients des unités de soins de médecine chirurgie représentent une source de données pour les valider les propos du personnel infirmier afin de corroborer les interventions réalisées par le personnel infirmier. Nous avons choisi la méthode par entrevue puisque la clientèle peut être incapable de répondre par écrit (littératie peu élevée ou incapacité physique). Les entrevues des patients ont été confiées à des assistantes de recherche. Ces assistantes ont visité les patients à chacun des moments de la recherche (soit avant l'implantation des stratégies, un mois et trois mois après l'intervention) afin de leur poser des questions liées aux interventions en cessation tabagique. Tous les patients ont été rencontrés et ont pu décider librement de participer ou non à l'étude en répondant verbalement aux questions posées.

Dans le questionnaire destiné aux patients, les quatre variables suivantes sont évaluées : l'intervention minimale, l'intervention brève, l'information et la documentation de même que la référence. Pour la variable de l'intervention minimale, le statut tabagique du patient est évalué et on demande aussi aux patients fumeurs s'ils ont reçu un conseil en cessation tabagique. Pour la variable de l'intervention brève, on évalue si le patient fumeur a reçu un bref counseling de la part du personnel infirmier. Pour la variable de l'information et de la documentation, il s'agit de savoir si le personnel infirmier a répondu aux questionnements des patients à ce sujet et s'ils ont été informés des ressources locales en cessation tabagique. Enfin, la variable de la référence permet de mesurer si le patient a été référé ou non à un CAT.

Le relevé d'informations écrites au dossier comporte des éléments liés au patient lui-même et aux interventions en cessation tabagique réalisées par le personnel infirmier. Quatre variables mesurent les pratiques cliniques du personnel. Ce sont les mêmes que celles que l'on vérifie lors de l'entrevue avec les patients. Ces informations permettent de valider à nouveau les interventions consignées au dossier en identifiant uniquement la

présence ou l'absence des données au dossier. Il faut signaler cependant que certaines questions ne s'adressent qu'aux patients. Par exemple, pour tous les patients, on mesure la variable de l'intervention minimale (statut tabagique) et toutes les variables des pratiques cliniques du personnel infirmier, seulement pour les patients fumeurs.

Trois variables mesurent les caractéristiques personnelles des patients : les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe), les caractéristiques liées au comportement tabagique (statut tabagique) et les caractéristiques reliées à l'hospitalisation (diagnostic médical, antécédents médicaux, symptômes respiratoires, durée de l'hospitalisation). Ces variables sont mesurées à l'aide de questions dichotomiques, ouvertes ou à choix multiples et elles sont recueillies dans les dossiers.

4.4.3 GUSPPICT : Questionnaire du gestionnaire d'unité de soins sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique

Nous étions conscients que peu d'analyses pouvaient être réalisées puisque le nombre de questionnaires était très minime. C'est pourquoi les dimensions mesurées servent à décrire le contexte de notre recherche. Ce sont le contexte organisationnel (quatre variables) et les caractéristiques des gestionnaires (les données sociodémographiques, les caractéristiques reliées à l'emploi, la formation en cours d'emploi et le comportement tabagique).

Pour le contexte organisationnel, il s'agit de mesurer : le type d'unité de soins, les priorités que l'établissement accorde à la cessation tabagique, le soutien donné au personnel infirmier pour qu'il intervienne en cessation tabagique et le portrait des équipes de soins en place pour une période de deux semaines.

Quatre items mesurent les caractéristiques des gestionnaires. Toutes ces variables sont mesurées à l'aide de questions dichotomiques, ouvertes ou à choix multiples. De plus, des questions filtres sont utilisées pour guider les participants vers des regroupements de questions (par exemple la consommation tabagique). Les caractéristiques des gestionnaires

concernent : les facteurs sociodémographiques (âge, scolarité), l'emploi (profession, titre de l'emploi, nombre d'années à ce poste), la formation en cessation tabagique en cours d'emploi (formation reçue, moment de la formation) et le comportement tabagique (statut tabagique, nombre de cigarettes fumées, nombre d'années comme fumeur, présence de fumeurs à la maison).

4.4.4 CATPPICT : Questionnaire du responsable du centre d'abandon du tabac sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique

Il s'agit d'un court questionnaire rempli par téléphone avec des intervenants des CAT, à trois reprises durant notre étude, soit avant l'implantation des stratégies, un mois et trois mois après l'intervention. Ce questionnaire permet de recueillir le nombre de références effectuées durant le dernier mois de chaque période, la provenance de la référence et la catégorie d'emploi du référent. Nous l'avons élaboré nous-mêmes.

4.5 Population à l'étude et méthode d'échantillonnage

Quatre populations sont à l'étude à l'aide de quatre sources de données différentes : le personnel infirmier, les patients hospitalisés et leurs dossiers, les gestionnaires des unités de soins concernées et les responsables des CAT des CSSS respectifs. Le tableau XIV présente la population cible du personnel infirmier, des patients, des gestionnaires et des responsables des CAT pour notre étude.

Tableau XIV : Population cible du personnel infirmier, des patients, des gestionnaires et des responsables des CAT

Sources de données	Formation multiple	Formation	Rappel	Contrôle	Total
Personnel infirmier*	149	58	76	48	331
Patients**	154	70	96	37	357
Gestionnaires	5	3	3	2	13
Responsables des CAT	1	1	1	1	4

* Il s'agit du nombre total de postes selon les unités de soins choisies. Ce nombre peut varier quelque peu au moment de la collecte des données à cause de la mobilité du personnel.

** Ce nombre est le nombre de lits maximal pour chacun des sites; il peut cependant varier selon la condition des patients, les fermetures de lits ou les congés.

4.5.1 Population 1 : Personnel infirmier

Les infirmières sont responsables de l'évaluation des besoins de santé des patients et les infirmières auxiliaires participent à cette évaluation. Ces deux types de professionnelles peuvent faire des interventions courtes en cessation tabagique. Les infirmières auxiliaires peuvent être nombreuses dans les unités d'adultes puisque des soins généraux et non spécialisés y sont offerts. Notre étude a donc ciblé les infirmières et les infirmières auxiliaires (personnel infirmier). La formation interactive a été donnée à toutes les infirmières et les infirmières auxiliaires sur place, durant leur quart de travail. Cependant, la participation à la recherche demeurerait facultative afin de respecter le droit de tout individu à faire partie ou non d'une recherche. La population à l'étude comprend tout le personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires) travaillant en médecine ou en chirurgie sur les unités retenues à partir duquel nous avons constitué l'échantillon de notre recherche.

4.5.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion de notre étude étaient : 1) être infirmière ou infirmière auxiliaire occupant un poste ou effectuant un remplacement à long terme dans une unité de soins de médecine ou de chirurgie; 2) travailler de jour ou de soir au moment de la recherche; et 3) être présente lors d'une collecte des données. Le personnel infirmier de l'équipe volante et de la liste de rappel n'ayant pas de remplacement à long terme a été exclu de l'étude vu la difficulté administrative pour rejoindre ces personnes (pas d'infirmières-chefs attirées). De plus, leur nombre est très minime, car la plupart des remplacements sont effectués par le personnel infirmier des unités de soins occupant un poste à temps partiel. Le personnel de nuit a aussi été exclu de l'étude à cause du nombre réduit des effectifs de nuit et de l'organisation du travail qui laisse peu la place aux pratiques cliniques en cessation tabagique.

4.5.1.2 Méthode d'échantillonnage

Comme nous l'avons mentionné auparavant, le n peut être calculé selon le devis de randomisation par groupe. Nous avons donc effectué le calcul comme s'il s'agissait d'un devis à randomisation simple. À cause de la corrélation intrahôpital, nous étions conscients que la puissance statistique serait surestimée et que nous devrions compenser cet effet, même si nous pensions qu'il serait faible. Le calcul de la puissance statistique est effectué avec un n qui doit être au moins de 40 participants par groupe pour un α de 0,05 dans une Anova à un critère de classification (groupe) (Cohen, 1988). La taille de l'effet, c'est-à-dire un $f = 0,23$, permet de postuler que l'étendue des quatre moyennes populationnelles sera égale à $0,648 \times$ l'écart-type intrapopulation. Nous avons postulé également que 5 % de la variance totale serait expliquée par la variable groupe. La variable dépendante est le pourcentage de patients ayant reçu une pratique clinique du personnel infirmier; en considérant un écart-type intra-groupe de 11 %, nous avons obtenu une étendue de 7,1 % (pour les écarts entre la moyenne la plus grande et la moyenne la plus petite). Le Tableau XV présente la puissance statistique en considérant un α de 0,05, un n qui

varie de 15 à 50 participants par groupe et une taille de l'effet de 0,15 à 0,25. Pour leur part, Fitzmaurice, Laird et Ware (2004) suggèrent 50 participants par groupe pour une puissance statistique de 70 % en considérant une analyse de variance mixte avec trois mesures répétées.

Tableau XV : Puissance statistique selon le n (par groupe) et la taille de l'effet avec un alpha de 0,05

		Effet de grandeur						
		.10	0.15	0.20	0.25	.30	.35	.40
N par groupe	15	.09	.14	.23	.36	.50	.65	.78
	20	.10	.18	.31	.47	.65	.79	.90
	25	.12	.23	.39	.58	.76	.89	.96
	30	.13	.27	.46	.67	.84	.94	.98
	35	.15	.31	.54	.75	.90	.97	.99
	40	.17	.36	.60	.81	.94	.99	>.99
	50	.21	.44	.71	.90	.98	>.99	>.99

Source : Cohen (1988, pp. 317-318)

Pour remplir l'une des conditions éthiques de la recherche, soit de respecter le droit de tout individu à participer ou non, tout le personnel infirmier qui répondait aux critères d'inclusion a été invité à participer à l'étude. Deux rappels ont été faits afin d'augmenter le nombre de participants. Dillman (2007) rapporte des taux de réponse variant de 58 % à 78 % lorsqu'on ajoute deux rappels à deux semaines d'intervalle avec le renvoi d'un questionnaire de remplacement à chaque envoi. Un seul rappel écrit était prévu à cause du temps limité (deux semaines) laissé au personnel infirmier pour remplir le questionnaire. Le second rappel était fait verbalement par l'infirmière-chef lors des rapports interservices. Avec deux rappels, on peut espérer un retour des questionnaires de l'ordre de 50 % à 60 %.

Ce que nous attendions des participants à l'étude était : 1) de répondre au questionnaire avant l'implantation des stratégies; 2) de recevoir une stratégie d'intervention

(formation interactive ou rappel ou stratégie multiple selon le groupe assigné lors de la randomisation; le groupe contrôle ne recevait aucune stratégie); 3) de répondre à un questionnaire un mois après l'implantation des stratégies; et 4) de répondre à un questionnaire trois mois après l'implantation des stratégies.

4.5.2 Population 2 : Patients hospitalisés et dossiers

Les patients hospitalisés et leur dossier constituaient notre deuxième source de données permettant de valider les interventions réalisées par le personnel infirmier. Cette population à l'étude comprend tous les patients hospitalisés dans les unités retenues de médecine ou de chirurgie au moment des collectes des données.

L'utilisation des dossiers des patients ayant consenti à participer à l'étude est une autre forme de validation des interventions réalisées par le personnel infirmier. La recherche des informations dans les dossiers a été confiée aux assistantes de recherche.

4.5.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient : 1) être hospitalisé dans une unité retenue de médecine ou de chirurgie au moment de la collecte des données; 2) comprendre le français; 3) ne pas être hospitalisé en chambre d'isolement; et 4) être en mesure de comprendre les questions et y répondre. La compréhension du français était un critère important puisque certains hôpitaux n'admettent que des patients de langue française. Les patients ne comprenant pas le français sont exclus de notre recherche à cause de l'impossibilité de comparer cette variable entre les hôpitaux. Les patients en chambre d'isolement ont également été exclus pour des raisons de prévention des infections. Les patients confus, en phase terminale ou sous l'effet de substances narcotiques ont été exclus puisqu'ils ne pouvaient consentir de façon éclairée à la recherche, ce qui mettait en péril le droit éthique au consentement éclairé. Tous les patients approchés sont des adultes.

4.5.2.2 Méthode d'échantillonnage

Au moment de la collecte des données, tous les patients qui répondaient aux critères d'inclusion ont été invités à participer à l'étude par les assistantes de recherche. La liste des patients potentiels selon les critères d'inclusion a été dressée avec l'aide de l'assistante infirmière-chef des unités concernées. En approchant tous les participants possibles pour notre étude, nous pouvions espérer un taux de réponse de 50 % à 60 %.

4.5.3 Population 3 : Gestionnaires des unités de soins

Les gestionnaires des unités de soins retenues constituaient notre troisième source de données. Le seul critère d'inclusion était d'être gestionnaire dans l'une des unités de soins de médecine ou de chirurgie retenues. Une rencontre a eu lieu à la fin de l'étude afin d'évaluer le processus de notre recherche au niveau de son application in situ.

4.5.3.1 Méthode d'échantillonnage

Tous les gestionnaires qui répondaient au critère d'inclusion (13 gestionnaires) ont été invités à participer à la recherche. Le taux de réponse prévu se situait entre 90 % et 100 %. Ce taux est élevé puisque les gestionnaires ont déjà démontré un intérêt pour la recherche lors de la consultation au moment du recrutement des hôpitaux.

4.5.4 Population 4 : Responsables des CAT

Les responsables des CAT constituaient notre quatrième source des données. Le seul critère d'inclusion était de desservir l'hôpital participant à la recherche.

4.5.4.1 Méthode d'échantillonnage

Tous les responsables des CAT (4 responsables) ont été invités à participer à la recherche. Le taux de réponse a été de 100 % puisqu'ils travaillaient en étroite collaboration avec la responsable du dossier-tabac de la DSP et qu'ils appuyaient notre projet de recherche

4.6 Dérroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée de janvier à juillet 2008 inclusivement. Pour la réaliser, nous avons sollicité la participation des infirmières-chefs afin de rejoindre le personnel infirmier et des assistantes de recherche afin de faire les collectes des données auprès des patients. Dans cette section, nous décrivons le recrutement des participants. Par la suite, nous expliquerons la formation des assistantes de recherche et le déroulement de l'étude (collecte des données et implantation des stratégies, bilan de l'étude).

4.6.1 Recrutement des participants à l'étude

Dès janvier 2008, nous avons prévu une rencontre avec la directrice des soins infirmiers (DSI) ou la responsable des soins infirmiers (RSI) et les infirmières-chefs des unités de soins de chacun des hôpitaux afin de planifier le déroulement de l'étude. Durant cette rencontre, nous avons donné des informations sur le processus des comités d'éthique de la recherche, la validation des questionnaires, le déroulement des activités, le choix des dates des collectes de données et des stratégies, les assistantes de recherche et le choix des personnes contacts. À ce moment, le chercheur ou la DSI/RSI a informé la présidente du comité des infirmières et infirmiers (CII) de la recherche.

Nous avons sollicité la collaboration des infirmières-chefs pour préparer la liste du personnel infirmier répondant aux critères d'inclusion, informer le personnel infirmier, distribuer les questionnaires aux membres du personnel infirmier, effectuer le rappel au personnel infirmier et recueillir les questionnaires remplis. Pour les hôpitaux où la formation était une stratégie d'intervention, les infirmières-chefs ont également été sollicitées pour planifier avec nous les dates des formations et inscrire leur personnel infirmier à l'une des formations. Un seul milieu a choisi de nommer une personne (conseillère en soins infirmiers) afin d'effectuer ces tâches et de servir de contact avec le milieu pour nous. Dans tous les autres milieux, nous avons dû travailler avec chacune des infirmières-chefs.

Nous avons préparé une communication écrite adaptée pour chacune des stratégies afin d'aider les infirmières-chefs à informer le personnel infirmier. Les infirmières-chefs ont également rencontré leur personnel lors d'une réunion d'équipe afin d'expliquer la recherche et l'implication demandée de leur part ainsi que de répondre à leurs questions. Certaines infirmières-chefs nous ont invités à cette rencontre afin de répondre aux questions du personnel infirmier.

Les horaires de travail spécifiques de chacune des unités ont été analysés pour déterminer la liste des participants potentiels; ces listes ont été validées et corrigées par les infirmières-chefs de l'unité environ deux semaines avant la collecte des données. Malgré cette vérification, des erreurs étaient inévitables à cause d'impondérables tels la maladie, un congé non prévu et un remplacement à long terme. Il est important de mentionner que la liste envoyée à l'infirmière-chef ne contenait pas le code que nous avons attribué à chaque participant. Nous sommes les seuls à le connaître.

Le recrutement des patients hospitalisés s'est fait durant les collectes des données avec l'aide de l'assistante infirmière-chef de chaque unité afin de valider les critères d'inclusion.

4.6.2 Formation des assistantes de recherche

Au total, nous avons engagé huit assistantes de recherche afin de nous aider à effectuer les collectes des données auprès des patients hospitalisés et dans leurs dossiers. Trois assistantes de recherche ont été engagées pour la Montérégie-Centre du Québec et cinq assistantes pour la région de l'Outaouais; chacune d'elles avait une ou deux unités à couvrir en termes de collecte des données. N'ayant trouvé personne pour la région du Bas Saint-Laurent, nous avons effectué nous-mêmes les collectes des données auprès des patients et dans leurs dossiers. Une assistante de recherche avait la responsabilité de s'assurer du bon déroulement des collectes des données prises en charge par les autres assistantes de recherche.

Afin d'assurer une uniformité lors de la collecte des données et de diminuer le biais relié à la présence de plusieurs intervieweurs, une formation de trois heures a été effectuée dans chaque milieu. Nous avons discuté du projet de recherche, du rôle des assistantes de recherche et des modalités de fonctionnement. De plus, un essai était prévu pour s'assurer de l'uniformité.

Après la collecte des données au temps 0, trois assistantes de recherche ont abandonné le projet. Cela nous a obligé à effectuer nous-mêmes la collecte des données au temps 1, la collecte des données auprès des patients hospitalisés et dans leurs dossiers en Montérégie-Centre du Québec. Après la collecte des données au temps 1, trois autres assistantes ont quitté le projet, ce qui nous obligé à effectuer nous-mêmes la collecte des données au temps 2 dans les trois régions sélectionnées.

4.6.3 Déroulement de la collecte des données au temps 0

La collecte des données au temps 0 a eu lieu avant l'implantation des stratégies, en février 2008, pour les trois régions administratives choisies. Comme le recrutement d'un hôpital s'est effectué plus tard à cause du désistement d'un CSSS une semaine avant le début de notre étude, la collecte des données a eu lieu en mars. Pour cet hôpital, il y a eu seulement deux collectes des données, l'une au début et l'autre à la fin de la recherche. Puisqu'il s'agissait de l'hôpital contrôle, ces deux collectes étaient suffisantes.

Les infirmières-chefs ont reçu des enveloppes adressées au nom de chacun des participants à l'étude de l'unité de soins et elles s'assuraient de les distribuer à toutes les infirmières et les infirmières auxiliaires. Les enveloppes contenaient une lettre d'introduction (voir l'Annexe IV), deux formulaires de consentement (l'un à garder par le participant et l'autre à retourner signé au chercheur), un questionnaire et une enveloppe de retour non identifiée. Les participants à l'étude avaient trois semaines pour répondre au questionnaire. Après une semaine, l'infirmière-chef remettait à chacun des participants une lettre de rappel (voir l'Annexe IV). Après deux semaines, l'infirmière-chef effectuait un

rappel verbal lors des rencontres d'équipe ou elle inscrivait une note sur le tableau de communication de l'unité.

Les participants à l'étude déposaient le questionnaire rempli et le formulaire de consentement signé dans l'enveloppe jointe, et ils la laissaient à l'endroit déterminé par l'infirmière-chef. À ce moment, cette dernière ne pouvait pas savoir qui avait remis le questionnaire puisque les enveloppes ne portaient aucune identification et qu'elles étaient scellées.

Les infirmières-chefs disposaient de questionnaires vierges supplémentaires afin de les distribuer aux participants ayant perdu leur questionnaire ou aux nouveaux employés. Pour faciliter notre tâche de codage, on demandait à ces personnes d'inscrire leur nom sur leur enveloppe de retour. Ce nom était changé immédiatement à la réception du questionnaire; il était remplacé par le code de recherche connu uniquement du chercheur.

Pour les patients hospitalisés et leurs dossiers, les assistantes de recherche ont visité les participants à l'étude après avoir validé avec l'assistante infirmière-chef que les patients remplissaient les critères d'inclusion. L'assistante de recherche rencontrait les patients, procédait à leur identification et sollicitait leur participation à la recherche. Lorsque les patients acceptaient, ils recevaient le formulaire de consentement avec des explications verbales. Une fois les signatures obtenues, une copie était conservée pour le chercheur et le participant en gardait une copie. L'assistante de recherche procédait alors à une entrevue de moins de cinq minutes avec le patient. Elle devait s'assurer de poser les questions telles qu'elles sont écrites dans le questionnaire. À la fin de l'entrevue, elle remerciait le patient de sa participation. Par la suite, l'assistante de recherche allait consulter le dossier du patient afin de colliger les informations demandées dans le questionnaire. Si le patient refusait de participer, l'assistante de recherche le remerciait et quittait la chambre. L'assistante de recherche inscrivait le numéro de chambre sur une feuille où l'on colligeait les refus et l'on indiquait un code pour identifier s'il y avait une raison de refus, par

exemple : refus de regarder dans le dossier; refus de signer le consentement; non intéressé par la recherche; aucune raison donnée.

Les infirmières-chefs ont été rejointes de la même façon que le personnel infirmier. Nous avons rencontré ou appelé les responsables des CAT afin de colliger les informations du questionnaire.

4.6.4 Implantation des stratégies

L'implantation des stratégies (formation interactive, rappel et stratégie multiple) a été réalisée dans les trois centres pigés au sort après la collecte des données au temps 0. Les stratégies de recherche dans les trois hôpitaux ont été effectuées en parallèle.

La formation a été donnée en mars et en avril 2008 (sur une période de trois semaines), selon les modalités retenues par chaque infirmière-chef (durant les heures de repas, avant ou après les quarts de travail, durant les horaires de travail). Au total, 30 formations ont été planifiées et enregistrées de façon audionumérique. Puisqu'il s'agissait d'une formation interactive, les échanges entre les participants et le formateur constituent une source de données importantes pour mieux comprendre et expliquer le contexte de l'intervention en cessation tabagique. Après l'obtention d'une subvention, nous avons pris l'engagement de payer les remplacements requis du personnel infirmier et une collation ou un dîner selon l'heure des formations.

L'implantation de la stratégie de rappel s'est effectuée de la mi-avril jusqu'à la mi-juillet 2008. Après l'approbation des services des archives de chaque hôpital, nous avons préparé un nombre suffisant de feuilles de rappel et nous les avons distribuées dans chacune des unités de soins des deux centres hospitaliers ciblés. Le rappel a été mis au dossier par le commis de l'unité de soins lors de l'admission et il a été retiré du dossier par le service des archives lors du congé du patient.

Des rappels aux infirmières-chefs ont dû être faits à trois reprises à la suite d'une visite du chercheur dans les unités lorsqu'il a constaté l'absence de rappel écrit dans

plusieurs dossiers. À ce moment, l'infirmière-chef a effectué des ajustements afin de s'assurer que le rappel soit introduit dans les dossiers des patients comme convenu.

4.6.5 Collecte des données aux temps 1 et 2

La collecte des données au temps 1 a été effectuée du 17 avril au 10 mai 2008 et celle au temps 2, du 15 juin au 10 juillet 2008, selon la même procédure établie au temps 0. Le personnel infirmier ayant déjà répondu au questionnaire du temps 0 n'avait pas à signer de formulaire de consentement puisqu'il l'avait déjà fait. Pour les autres participants n'ayant pas répondu au questionnaire du temps 0, deux formulaires de consentement étaient joints à l'envoi. Pour les patients, la même procédure établie au temps 0 était réalisée puisqu'il s'agissait de patients hospitalisés différents.

4.6.6 Bilan de l'étude

Comme nous l'avions planifié, une rencontre a eu lieu à la fin de la collecte des données avec toutes les infirmières-chefs afin de faire un bilan du déroulement de notre étude. Toutes les rencontres ont été enregistrées de façon audionumérique afin d'effectuer des analyses qualitatives pour expliquer les taux de réponse et le contexte dans lequel se sont déroulées les collectes des données.

4.7 Plan des analyses

Les analyses quantitatives permettent de répondre aux hypothèses de recherche tout en profitant d'éléments qualitatifs pour expliquer le contexte dans lequel l'étude s'est déroulée dans chaque hôpital.

4.7.1 Analyses quantitatives

Les analyses quantitatives ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS version 17. Des analyses descriptives servent à caractériser l'échantillon selon les variables étudiées et à dresser le profil des participants selon toutes les sources de données. Ces analyses sont

rapportées selon les mesures de tendance centrale; les moyennes et les écarts-types sont générés pour les variables continues et pour les échelles de Likert alors que les fréquences et les pourcentages sont utilisés pour les variables en catégories.

Les analyses inférentielles permettent de répondre aux hypothèses de notre recherche. Les groupes sont d'abord comparés entre eux selon les mesures obtenues au temps 0. Pour cette comparaison, des tests d'analyse de variance (Anova) sont utilisés pour les données en continu puisque ce test nécessite que les variances soient homogènes. Lorsque les variances sont hétérogènes, le test non paramétrique de Kruskal-Wallis donne de meilleurs résultats (Howell, Rogier, Yzerbyt et Bestgen, 2008). Pour les données en catégories, le test du khi-carré de Pearson est utilisé.

Pour le personnel infirmier, comme il s'agit de mesures répétées, un modèle linéaire mixte a été réalisé pour les données continues afin de tenir compte des données répétées et non répétées (Fitzmaurice *et al.*, 2004). Afin de répondre aux hypothèses de notre recherche, tous les groupes (incluant le groupe contrôle) sont comparés entre eux aux trois moments de la collecte des données. Des analyses supplémentaires ont été réalisées afin de vérifier l'efficacité des stratégies à court terme. Des tests t de Student ont été réalisés pour les résultats non significatifs en essayant de voir les tendances malgré le nombre restreint de participants. Il faut cependant être prudent lors l'interprétation des résultats puisque l'utilisation de tests t augmente les erreurs de première espèce. Pour les données en catégories, nous avons réalisé le test de Cochran pour mesures répétées (trois mesures et plus) et le test de McNemar pour mesures répétées

Pour les patients, comme il s'agit de mesures indépendantes, nous avons effectué des tests de comparaison de moyennes (Anova) et des tests de khi-carré de Pearson. Pour les questionnaires et les responsables des centres d'abandon du tabac, aucune statistique n'a pu être réalisée puisque le nombre de participants ne le permettait pas.

Dans le chapitre suivant, nous traiterons de la validation des questionnaires à l'aide d'analyses de corrélation et de vérification de la fidélité par consistance interne (α). Ces

analyses ont été effectuées à partir des résultats des études pilotes préalables et de ceux de notre étude.

4.7.2 Analyses qualitatives

Puisqu'il s'agit d'une étude expérimentale randomisée, l'analyse qualitative ne s'avère pas nécessaire. Cependant, nous en avons effectué une à partir des enregistrements réalisés lors des formations et lors des bilans avec les infirmières-chefs. Ces analyses de premier niveau ont permis de mieux comprendre les résultats de l'analyse quantitative tout en documentant les différents contextes des quatre hôpitaux. Toutes les analyses qualitatives ont été faites à l'aide du logiciel N'Vivo après retranscription des enregistrements en format Word.

4.8 Considérations éthiques

La protection éthique des participants à l'étude (personnel infirmier, patients hospitalisés et leurs dossiers, gestionnaires et responsables du CAT) est assurée par l'obtention de certificats éthiques provenant de l'Université de Montréal, de l'Université du Québec en Outaouais et des CSSS participants. Au total, cinq certificats éthiques ont été obtenus pour la réalisation de notre étude (voir l'Annexe V). Ils nous ont été accordés en décembre 2007 ou en janvier 2008 pour une période d'une année. Les certificats éthiques de l'Université de Montréal (lieu d'étude du chercheur) et de l'UQO (lieu de travail du chercheur) étaient nécessaires.

Le consentement écrit était nécessaire pour tous les participants de l'étude (le personnel infirmier, les gestionnaires, les patients et les intervenants du CAT). Celui-ci comprend : le but de l'étude, le déroulement, le caractère confidentiel et anonyme des informations recueillies, et le recours possible. Nous avons remplacé le nom de la personne par un numéro sur les questionnaires (voir l'Annexe VI). Les formulaires de consentement sont semblables sauf pour quelques éléments (tels que le recours ou la formulation des phrases) à cause des exigences de chacun des comités d'éthique de la recherche des

différents milieux. Si l'un de ces comités suggérait un changement qui pouvait être utile aux autres comités, le chercheur proposait ce changement pour tous les autres comités éthiques; sinon, les consentements respectaient les exigences particulières des différents hôpitaux.

Au préalable, les responsables des hôpitaux et des unités de soins devaient accepter de collaborer à l'étude puisque celle-ci comprend du temps de formation pour le personnel infirmier. Les participants (personnel infirmier et patients) étaient libres d'accepter ou de refuser de participer à l'étude sauf que la formation était obligatoire. De plus, même si les participants acceptaient, ils demeuraient libres de se retirer à tout moment sans aucun préjudice; ceci veut dire qu'ils étaient libres de ne pas répondre aux questionnaires. Les résultats de notre recherche seront publiés de façon agglomérée. Nous conserverons les données brutes sous clé et nous sommes seul à y avoir accès.

4.9 Validité et limites de l'étude

Le type de recherche que nous avons planifiée comporte un certain nombre de biais et de limites. Selon Contandriopoulos *et al.* (2005), dans une étude expérimentale provoquée avec mesure avant et après, un seul biais peut affecter la validité interne et neuf biais, la validité externe de l'étude.

La mortalité expérimentale est un biais affectant la validité interne de l'étude. Contandriopoulos *et al.* (2005) définissent ce biais par les taux d'abandon différents entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. Dans notre étude, ce biais est présent puisque l'on trouve trois groupes expérimentaux et un groupe contrôle. Nous avons tenté de diminuer ce biais en établissant des rappels écrits et verbaux après la remise des questionnaires.

Parmi les biais de la validité externe évités, nous trouvons : 1) le biais de contagion; 2) le biais d'attente de l'expérimentateur; et 3) le biais de l'interaction entre les différentes composantes d'une intervention.

Le biais de contagion a été évité dans la présente étude. En effet, le choix d'une randomisation par hôpital plutôt que par unité de soins ou par individu diminue de beaucoup la contagion (Contandriopoulos *et al.*, 2005). Ici, les participants n'ont pas de liens entre eux, ils ne se connaissent pas et ils ne peuvent donc s'influencer mutuellement. Le biais d'attente de l'expérimentateur peut se produire à la suite des espérances du chercheur. Dans le contexte de notre étude, nous n'avons pas été en contact continu avec les participants, nous n'avons donc pas pu influencer leurs réponses dans un sens ou dans l'autre. Enfin, le biais de l'interaction entre les composantes d'une intervention rend difficile la séparation des effets des composantes d'une intervention. La nature même de notre méthodologie permet d'éviter ce biais.

Parmi les biais de la validité externe présents, nous trouvons : 1) le biais des réactions compensatoires; 2) le biais du désir de plaire à l'évaluateur; 3) le biais des interventions compensatoires; 4) le biais de l'interaction entre l'intervention et la situation expérimentale; 5) le biais de l'interaction entre les observations et l'intervention; et 6) le biais de l'interaction entre la sélection des participants et l'intervention.

Le biais des réactions compensatoires désigne les efforts des participants du groupe contrôle de vouloir faire mieux ou moins que le groupe expérimental (Contandriopoulos *et al.*, 2005). Le biais du désir de plaire à l'évaluateur est occasionné par le désir de bien paraître, donc de surestimer le nombre d'interventions réalisées. Le biais des interventions compensatoires peut être relié aux infirmières-chefs du groupe contrôle qui offriraient une plus grande attention au personnel infirmier qui n'a pas eu la formation, le rappel ou la stratégie multiple. Le biais de l'interaction entre l'intervention et la situation expérimentale se produit à la suite de l'enthousiasme élevé des personnes qui implantent l'intervention ou du momentum inadéquat pour l'expérimentation. Ce biais est très possible dans notre recherche puisque le contexte des hôpitaux est extrêmement difficile à cause des nombreuses restructurations subies au cours des dernières années et celles encore en cours. Le biais de l'interaction entre les observations et l'intervention est aussi possible. En effet, le questionnaire étant distribué avant l'intervention, les participants deviennent plus

sensibilisés au contenu de l'intervention; l'effet positif de la cessation tabagique sur la santé peut inciter à répondre favorablement au questionnaire en adhérant aux affirmations du questionnaire, car les comportements rapportés sont évidents pour la santé des populations. Ceci ne peut être évité par le chercheur. Enfin, le biais de l'interaction entre la sélection des participants et l'intervention concerne le caractère non représentatif des participants à l'étude : les personnes qui retournent le questionnaire peuvent être plus favorables ou moins favorables au sujet traité dans l'étude. Ici aussi, nous ne pouvons contrer ce biais.

Chapitre 5

Élaboration et validation des questionnaires

Lors d'une étude expérimentale, il est primordial que les outils de mesure soient valides et fidèles (Shadish *et al.*, 2002). Il n'existe pas de règles absolues qui garantissent le succès d'instruments de qualité (Gagné et Godin, 1999). Plusieurs auteurs proposent une méthodologie pour construire et valider des outils (Ajzen, 2006; Francis, Eccles, Johnston, Walker, Grimshaw, Foy *et al.*, 2004; Gagné et Godin, 1999). Ajzen (2006) présente des éléments importants pour faciliter la construction d'un outil selon le modèle du comportement planifié sans pour autant proposer des étapes claires. Pour leur part, Gagné et Godin (1999) proposent 11 rubriques alors que Francis *et al.* (2004) en soumettent 9. Ces méthodes comportent beaucoup d'éléments communs.

L'objectif de notre étude est de comparer l'efficacité de trois stratégies (formation interactive, rappel et stratégie multiple) pour influencer les interventions de courte durée en cessation tabagique chez le personnel infirmier en milieu hospitalier qui interviennent auprès de clientèles adultes. Nous avons sélectionné plusieurs sources pour recueillir les données : le personnel infirmier, les patients, les dossiers des patients, les gestionnaires et les responsables des centres d'abandon du tabac. Dans le présent chapitre, nous décrivons l'élaboration et la validation des questionnaires pour chacune des sources de données. Nous présenterons chacun des questionnaires en trois grandes sections qui incluent tous les éléments suggérés par Ajzen (2006), Gagné et Godin (1999) et Francis *et al.* (2004). Les sections retenues sont la préparation des concepts-clés, l'élaboration du questionnaire et la validation du questionnaire.

5.1 PIPECT : Questionnaire du personnel infirmier sur les pratiques cliniques en cessation tabagique

Le questionnaire du personnel infirmier sur les pratiques cliniques en cessation tabagique a été distribué à trois moments durant notre recherche : avant l'implantation des stratégies, un mois et trois mois après l'implantation des stratégies. Il permet d'évaluer les pratiques cliniques réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier. Il est basé

sur les concepts du modèle du comportement planifié afin d'expliquer les facteurs qui influenceront les pratiques cliniques. Ce questionnaire est la principale source de données pour répondre aux hypothèses de notre recherche. Dans cette section, nous décrirons la préparation des concepts-clés, l'élaboration du questionnaire, la validation du questionnaire et le questionnaire final.

5.1.1 Préparation des concepts-clés du PIPECT

Avant d'élaborer un questionnaire, il est nécessaire de bien cerner ce qui doit être mesuré et, surtout, à quelle fin (Gagné et Godin, 1999). Ce sont les objectifs de la recherche qui guideront le choix des variables à mesurer. Si l'on cherche à prédire un comportement, les concepts de l'intention et de la perception de contrôle sur le comportement sont suffisants. Par contre, si l'on cherche à mieux comprendre pourquoi certains participants agissent comme ils le font, on mesurera l'intention, l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle du comportement. Enfin, si l'on veut une connaissance plus approfondie des facteurs qui influencent le comportement, tous les concepts du modèle du comportement planifié deviennent importants à mesurer. Dans notre recherche, nous voulons comparer trois stratégies afin de voir lesquelles sont les plus efficaces pour augmenter les interventions réalisées par le personnel infirmier en cessation tabagique. Il devient donc essentiel de mesurer le comportement comme tel, mais aussi tous les concepts du modèle du comportement planifié afin d'expliquer les influences qui modulent le comportement. On se souvient que la stratégie de formation interactive agit sur les croyances et sur les attitudes. Ces mesures permettent de mieux comprendre les modifications comportementales chez le personnel infirmier en milieu hospitalier.

Le comportement à l'étude doit être cerné très spécifiquement (Ajzen, 2006; Francis *et al.*, 2004; Gagné et Godin, 1999). Il faut en préciser quatre éléments et ce, pour chacun des concepts liés au comportement : l'action, l'objet, le contexte et le temps afin d'augmenter la valeur prédictive de ce comportement (Ajzen, 2006). Le comportement est défini par un verbe d'action dirigé vers un objet (comportement individuel) dans un

contexte particulier et à un moment précis. Chacun des concepts du modèle du comportement planifié doit être relié aux comportements ainsi décrits (Gagné et Godin, 1999) en vue d'assurer la compatibilité (Ajzen, 2006). Pour notre étude, nous avons défini ces éléments au plan théorique dans notre revue de la littérature, puis de façon opérationnelle dans notre chapitre sur la méthodologie.

La population cible doit être définie clairement (Francis *et al.*, 2004; Gagné et Godin, 1999) afin de bien adapter le questionnaire aux caractéristiques des individus visés. Il s'agit ici du personnel infirmier (infirmières et infirmières-auxiliaires) travaillant dans des unités de médecine-chirurgie dans un centre hospitalier de courte durée. Le chapitre sur la méthodologie présentait une description de la population.

Enfin, le chercheur doit décider d'inclure ou non des items étrangers visant à vérifier la présence de certains biais de réponse tels que la désirabilité sociale (Gagné et Godin, 1999). Selon ces auteurs, l'utilisation de ces items doit être justifiée et planifiée. Il faut toutefois être prudent, car l'ajout de ces items peut augmenter la durée du questionnaire, donc la fatigue et la motivation du participant en influençant sa capacité ou sa volonté de fournir les efforts attendus (Gagné et Godin, 1999). Notre questionnaire ne renferme aucune de ces mesures.

5.1.2 Élaboration du questionnaire PIPECT

Dans cette section, nous décrivons le processus de détermination du format de l'échelle de mesure et de l'échelle d'appréciation, les items développés pour chaque concept et le questionnaire pour être validé.

5.1.2.1 Détermination de l'échelle de mesure

Lors de l'élaboration du questionnaire, le choix du format de l'échelle de mesure se fait entre des échelles additives (méthode de Likert et l'échelle sémantique différentielle) et des échelles différentielles (techniques de Thurstone et de Guttman). Ces dernières échelles sont peu utilisées, car elles sont exigeantes à construire sans pour autant augmenter la

qualité de l'instrument (Gagné et Godin, 1999). La méthode de Likert est formée de choix de réponses sur une échelle graduée alors que le différenciateur sémantique est formé de paires opposées d'adjectifs qualifiant un même concept.

Ajzen (2006) suggère d'utiliser une échelle de Likert, la technique de Thurstone ou l'échelle sémantique différentielle. Comme il n'y a pas de meilleure échelle pour mesurer un concept ou l'autre, nous avons choisi les échelles de Likert. Les infirmières sont habituées à répondre à des questionnaires comportant ce type d'échelle à trois, cinq ou sept choix. De plus, l'échelle de Likert est le plus souvent citée dans la littérature reliée à la conception de questionnaires.

5.1.2.2 Détermination de l'échelle d'appréciation

La détermination de l'échelle d'appréciation tient compte du nombre de choix de réponses et de l'utilisation d'une échelle unipolaire versus une échelle bipolaire. Selon Gagné et Godin (1999), il n'y a pas un nombre de réponses qui soit optimal; la plupart des instruments font appel à cinq ou à sept options de réponses. Une argumentation persiste dans la littérature quant à la pertinence de choisir un nombre impair ou pair. L'échelle impaire laisse la possibilité d'exprimer l'ambivalence; un nombre pair de réponses possibles force le participant à ne pas rester neutre (en faveur ou en défaveur). Azjen (2006), Gagné et Godin (1999), et Francis *et al.* (2004) suggèrent des échelles de Likert à sept niveaux.

L'échelle unipolaire permet d'exprimer une opinion à des degrés divers, alors que l'échelle bipolaire est formée de deux pôles exprimant des idées opposées (Gagné et Godin, 1999). Ajzen (2006) soutient qu'aucune des deux options ne fait l'unanimité chez les auteurs. Le Tableau XVI présente les échelles unipolaires et bipolaires retenues pour notre étude selon les concepts du modèle du comportement planifié et selon les recommandations des auteurs. Les questionnaires créés pour la présente recherche comprennent des échelles bipolaires pour les items reliés à des croyances, car elles peuvent exprimer des idées opposées. Des échelles unipolaires sont préférables lorsque les items évaluent des attitudes

ou des comportements. Cela se veut pertinent selon la logique des objets à évaluer et dans le sens de Gagné et Godin (1999).

Tableau XVI : Utilisation des échelles unipolaires et bipolaires selon les auteurs

Concepts	Ajzen (2006)	Gagné et Godin (1999)	Francis <i>et al.</i> (2004)	Notre étude
Aact	U ou B	-	Unipolaire	Unipolaire
b	U ou B	Bipolaire	Unipolaire	Bipolaire
e	U ou B	Bipolaire	Bipolaire	Bipolaire
NS	U ou B	-	Unipolaire	Unipolaire
nb	U ou B	Bipolaire	Bipolaire	Bipolaire
mc	U ou B	Unipolaire	Unipolaire	Unipolaire
PBC	U ou B	-	Unipolaire	Unipolaire
c	U ou B	Unipolaire	Unipolaire	Unipolaire
p	U ou B	Unipolaire	Bipolaire	Unipolaire
I	U ou B	-	Unipolaire	Unipolaire

5.1.2.3 Formulation des items

Gagné et Godin (1999) suggèrent de formuler des items clairs (phrases courtes, mots simples, une seule idée par item, éviter les mots à plusieurs sens) et d'utiliser avec parcimonie les formulations négatives. La formulation des items doit favoriser la justesse des réponses selon une expérience immédiate ou récente. Le nombre d'items par concept doit au moins être égal ou supérieur à trois. Les mêmes auteurs mentionnent que plusieurs items permettent de compenser les limites inhérentes aux items pris séparément. Les items doivent être créés en tenant compte de l'action, de l'objet, du contexte et du temps.

Il n'y a pas de recommandation précise concernant l'ordre des questions (Ajzen, 2006; Gagné et Godin, 1999) malgré l'influence potentielle de l'ordre des questions sur les

réponses dans certains instruments. Dans notre étude, notre questionnaire débute par l'identification des pratiques cliniques réalisées suivie des items liés aux concepts indirects et directs, et des caractéristiques qui influencent l'intervention.

Pratiques cliniques

Nous avons formulé toutes les questions selon les pratiques cliniques attendues dans le Plan québécois d'abandon du tabac. Nous avons décidé de qualifier l'échelle de Likert selon un pourcentage de 0 % à 100 % illustrant l'intensité de la réalisation du comportement. Le choix d'inscrire un pourcentage variant entre 0 % et 100 % offre l'avantage d'être plus précis. La durée de l'intervention devient la seule question à mesure ordinale de l'outil.

Concepts indirects

Les concepts indirects sont des mesures sous-jacentes des concepts directs. Ajzen (2006), Gagné et Godin (1999), et Francis *et al.* (2004) suggèrent de faire une étude pilote pour déterminer les mesures indirectes du modèle (b, e, nb, mc, c et p). En effet, une étude pilote est souhaitable pour identifier les items reliés aux concepts du modèle en vue de donner une mesure instantanée à un moment précis chez un groupe donné de participants (Ajzen, 2006; Gagné et Godin, 1999). Selon Gagné et Godin (1999), 30 participants sont suffisants pour réaliser une étude pilote, alors que Francis *et al.* (2004) suggèrent plutôt 25 participants.

On peut utiliser un questionnaire avec des questions ouvertes, une entrevue, un groupe de discussion ou la méthode Delphi pour identifier les croyances sous-jacentes (Ajzen, 2006; Francis *et al.*, 2004; Gagné et Godin, 1999). Une fois les données recueillies, l'analyse de contenu des réponses doit être effectuée par deux individus. Deux méthodes sont recommandées, soit le choix des 10 à 12 croyances les plus exprimées ou la rétention des croyances jusqu'à 75 % des croyances les plus mentionnées. Nous avons retenu la seconde méthode.

Nous avons mené une étude pilote en septembre 2007 afin d'identifier les items liés aux concepts indirects du modèle (b, e, nb, mc, c et p). Nous avons formé un échantillonnage de convenance de 118 infirmières provenant des régions de l'Outaouais et des Laurentides. Elles ont répondu à un questionnaire de six questions ouvertes selon les critères établis par Azjen (2006), Gagné et Godin (1999), et Francis *et al.* (2004). Les questions représentaient chacun des concepts indirects du modèle et elles étaient liées aux interventions de courte durée en cessation tabagique.

L'analyse de contenu a permis de faire ressortir plusieurs items et de créer une banque d'items, tous en lien avec la revue de littérature, ce qui s'avère intéressant. L'Annexe VII présente les résultats après regroupement des réponses. Seuls les items les plus mentionnés ont été retenus jusqu'à concurrence de 75 % des items identifiés (Gagné et Godin, 1999).

Selon les études de Godin et Gagné (1999), une échelle de Likert bipolaire à sept niveaux accompagne chacun des items pour les concepts b, e et np, alors qu'il faut une échelle unipolaire à sept niveaux pour les items des concepts mc, c et p. Un seul item est créé selon une codification inversée, soit b4. Comme il faut éviter les formes négatives, un item ayant une cote élevée peut, contrairement aux autres, indiquer qu'elle est pauvre ou fausse. C'est pourquoi dans le calcul final du concept, ces items doivent être inversés au niveau de la cote. De plus, nous avons ajouté trois variables afin de mesurer les concepts indirects de l'Aact, de la NS et du PBC. Il s'agit des croyances comportementales (bXe), des croyances normatives (nbXmc) et des croyances de contrôle (cXp).

Godin et Gagné (1999) mentionnent que les variables manquantes ne doivent pas être supérieures à 25 % des items des concepts (donc répondre à 75 % des items du même concept). Cela signifie qu'un seul item manquant par concept est toléré. Il existe deux méthodes de remplacement, soit la moyenne obtenue par l'individu pour les autres items du même concept ou la moyenne obtenue par les autres participants pour cet item. Nous avons choisi la moyenne de l'individu pour les autres items du même concept.

Concepts directs et intention

Les mesures directes du modèle (Aact, NS, PBC et I) peuvent être obtenues en faisant une étude pilote (Ajzen, 2006; Gagné et Godin, 1999) ou en adaptant les items ressortis d'autres questionnaires. Nous avons retenu et adapté avec permission quelques items des études de Tremblay, Cournoyer *et al.* (2006) et de Muramoto *et al.* (2000) puisqu'ils répondaient à ce que nous cherchions. Une échelle de Likert unipolaire à sept niveaux accompagne chacun des items. On trouve aussi quelques items à codification inversée, soit Aact5, PBC2, PBC3 et PBC4. Un score total pour l'Aact, la NS, le PBC et le I est obtenu en additionnant les scores de chacun des items de chaque concept direct (des items de l'Aact, \sum des items de la NS, \sum des items du PBC et \sum des items du I).

Caractéristiques et contexte

Nous avons élaboré les items correspondant aux données sociodémographiques, à l'emploi, à la formation en cours d'emploi, aux comportements tabagiques et au contexte organisationnel à la lumière de notre revue de littérature.

5.1.3 Validité et fidélité du questionnaire PIPECT

Selon Gagné et Godin (1999), il est nécessaire d'inclure des experts ou des juges dès le début du processus afin d'assurer la validité de l'instrument. Comme il s'agit d'un nouveau questionnaire, nous avons vérifié la validité du contenu en consultant des experts et en faisant des analyses de consistance interne afin d'évaluer le caractère unidimensionnel des concepts mesurés. Le questionnaire original soumis aux experts contient 92 items, soit 32 items pour mesurer les concepts indirects du comportement planifié, 21 items pour les concepts directs, 17 items pour les pratiques cliniques, 20 items pour les caractéristiques de l'échantillon et 1 item pour le contexte organisationnel.

5.1.3.1 Résultat de la validité de contenu

Lynn (1986) suggère de procéder à la validation de contenu avec 6 à 10 experts tout en mentionnant la difficulté fréquente de recruter un nombre suffisant d'experts. Selon les différents auteurs, la validation exige un minimum de trois experts. Au départ, nous avons approché neuf experts afin de procéder à la validation de contenu. La lettre de recrutement envoyée aux experts se trouve à l'Annexe VIII. Cinq experts ont accepté notre demande. Au moment où les experts ont été recrutés, l'un d'eux avait donné son avis sur la construction du questionnaire et les points importants à respecter pour la création d'un outil utilisant le modèle du comportement planifié. Par la suite, il n'était plus disponible pour poursuivre la validation. La validation de contenu a donc été réalisée en décembre 2007 par quatre experts : deux spécialistes en cessation tabagique et deux spécialistes pour le modèle du comportement planifié (voir bilan des experts à l'Annexe IX).

À la suite de la validation de contenu, le questionnaire obtient un IVC moyen de 0,94. Pour évaluer le questionnaire, on doit également évaluer chacun des items. Une acceptation de 80 % est recherchée pour retenir chacun des items (Lynn, 1986). Comme quatre experts ont évalué notre questionnaire, nous devons obtenir l'accord de tous les juges, sinon l'item devait être éliminé ou revu à la lumière des commentaires reçus. L'indice de validité de contenu (IVC) est calculé afin d'obtenir le score d'accord interjuges.

Au total, 21 items ont reçu une cote inférieure à 80 %. Quatorze de ces 21 items ont été jugés pertinents, mais ils devaient être revus selon les commentaires des juges. Au total, 4 items ont été retouchés à la lumière des commentaires reçus et 18 items ont été maintenus à la suite de la recommandation du comité doctoral. Voici les modifications que nous avons apportées aux quatre items :

- « Référence vers une autre professionnelle ou autre ressource » : Mis en deux choix distinctifs.
- « Cela me permettrait de jouer un rôle en promotion et prévention du tabagisme » : le terme « prévention du tabagisme » a été enlevé et remplacé par « promotion de la santé ».

- « Valeur accordée à jouer un rôle en promotion et prévention du tabagisme » : le terme « prévention du tabagisme » a été enlevé et remplacé par « promotion de la santé ».
- « Situation matrimoniale » : a été enlevée, car il n'y a aucun indice dans la littérature de l'influence de cette variable sur le counseling.

Voici les items que nous avons maintenus :

- « Évaluation du statut tabagique, inscription du statut tabagique au dossier et inscription aux dossiers de vos interventions » : demandait que ces informations puissent être prises dans le dossier du patient. Or, il s'agit d'obtenir la perception des infirmières. Les données recueillies dans le dossier font l'objet de questions dans la source des données du patient et dans leur dossier.
- « Répondu à leurs questions et leurs préoccupations particulières » : C'est une intervention proposée par le PQAT.
- « Exprimé votre inquiétude par rapport à leur consommation du tabac » : C'est une intervention proposée par le PQAT.
- « Combien de minutes en moyenne accordez-vous à l'intervention en cessation tabagique ? » : Cette question a été conservée, car le PQAT précise le temps que l'on accorde aux interventions en cessation tabagique.
- « Questions concernant le concept p » : L'un des juges ne comprenait pas ce que ces questions apportaient de plus après l'évaluation du concept c; Ajzen (2006) spécifie que l'un mesure le contrôle interne et l'autre, le contrôle externe.
- « Quelle est votre profession ? » : L'un des juges croyait que seules les infirmières constituaient la population à l'étude; or, on retrouve deux types d'emploi : les infirmières et les infirmières auxiliaires.
- « Questions sur le tabagisme des infirmières » : L'un des experts suggérait de prendre la formulation de ces items dans son propre questionnaire.

Même si les autres items ont obtenu un IVC de 1,0, des juges ont émis des commentaires généraux et suggéré des questions. Parmi les commentaires reçus dont nous avons tenu compte, il y avait le changement du titre de tous les questionnaires afin de mettre le destinataire du questionnaire avant. Nous avons aussi augmenté la période de référence pour le comportement à un mois, plutôt que deux semaines. À la suite des analyses d'un juge sur les pratiques de counseling, nous avons séparé les interventions en deux catégories, soit les patients qui se préparaient à cesser et les patients qui n'étaient pas prêts à cesser de fumer. Une question filtre a été ajoutée afin de guider le participant dans le

questionnaire. On demandait également de définir le terme « intervention courte » : nous avons donc ajouté un encadré expliquant les interventions courtes.

Notre choix de ne pas inclure des suggestions est motivé par le fait que les réponses à ces questions n'apportent rien de plus à nos hypothèses de recherche. Pour évaluer les croyances normatives, nous avons ajouté deux items (patient et famille du patient). Enfin, lors de l'obtention des certificats d'éthique dans les établissements, ceux-ci ont demandé d'enlever le texte explicatif de la recherche au début du questionnaire puisqu'il figurait déjà dans le formulaire de consentement, ce qui a été fait.

5.1.3.2 Résultat des évaluations de fidélité de l'outil

Ajzen (2006) et Gagné et Godin (1999) proposent comme mesure de fidélité d'effectuer des alpha de Cronbach pour évaluer la consistance interne des concepts. La consistance interne permet de s'assurer de l'unidimensionnalité des concepts. Selon Gagné et Godin (1999), les alpha de Cronbach doivent obtenir au moins 0,60 pour déterminer le caractère unidimensionnel des concepts. Ces auteurs suggèrent aussi d'effectuer des corrélations entre les items afin d'obtenir un examen visuel des résultats. Chacun des items d'un même concept devrait avoir une corrélation de 0,30 avec les autres items de ce concept et obtenir de plus faibles corrélations avec les items des autres concepts. Les auteurs ne suggèrent pas de rejeter systématiquement les items qui obtiennent des corrélations moins élevées, mais plutôt de les étudier attentivement. Des corrélations ont été effectuées et elles sont généralement élevées (voir le Tableau A-1 à l'Annexe X).

Nous avons réalisé deux préétudes en janvier 2008 afin d'établir la fidélité de l'outil. La première préétude a été menée avec un échantillon de convenance de 38 infirmières, ce qui a entraîné des modifications à l'Aact et au bXe. En effet, un item sur une croyance était davantage le reflet d'une attitude et il a été déplacé. Afin de vérifier de nouveau la fidélité après ces quelques changements, nous avons fait une seconde préétude avec un échantillon de convenance de 29 infirmières. Aucun changement n'a été nécessaire après cette seconde analyse.

Tableau XVII : Mesure de fidélité des concepts de la théorie du comportement planifié

Dimensions	Concepts	alpha de Cronbach (validation 1 : 7 janvier 2008) n=38	alpha de Cronbach (validation 2 : 21 janvier 2008) n=29	alpha de Cronbach (étude, temps 0) n=157	alpha de Cronbach (étude, temps 0) sans b4 et e4 n=157
Attitude	Aact	0,628	0,609	0,807	0,807
	b	0,467	0,705	0,543	0,842
	e	0,622	0,707	0,859	0,824
Norme subjective	SN	0,961	0,916	0,888	0,888
	nb	0,732	0,841	0,842	0,842
	mc	0,801	0,883	0,876	0,876
Perception du contrôle du comportement	PBC	0,813	0,611	0,697	0,697
	c	0,798	0,851	0,736	0,736
	p	0,918	0,874	0,931	0,931
Intention	I	0,919	0,834	0,916	0,916

L'établissement de la fidélité de l'instrument a aussi été réalisé dans notre étude en vue d'apprécier la fidélité de l'instrument avec un grand échantillon. Le Tableau XVII présente les résultats obtenus lors des préétudes et de l'étude. Au temps 0 de l'étude, la fidélité se situe au-dessus de 0,7, sauf pour l'item lié aux croyances individuelles du comportement (b) qui est de 0,543. Après évaluation de tous les items liés à ce concept, l'item b4 a été retiré. L'item e4 a aussi été retiré puisque la mesure des croyances aux comportements est obtenue par la somme des produits de chacun des items ($\sum bXe$). Une nouvelle appréciation de la fidélité du questionnaire ainsi modifié a entraîné un indice à 0,842.

5.1.4 Corrélations

Enfin, nous avons réalisé des mesures de corrélation sur les données obtenues avec le questionnaire en préintervention (temps 0). Selon le modèle du comportement planifié, chacun des concepts indirects doit être corrélé avec son concept direct et chacun des concepts directs doit être corrélé avec l'intention. Le Tableau XVIII présente la matrice de corrélations obtenues avec les concepts du modèle du comportement planifié. Les corrélations des concepts sont toutes fortement corrélées entre elles. Lors de la validation, Gagné et Godin (1999) suggèrent de faire des corrélations entre chacun des sous-concepts et le concept principal auquel ils sont reliés. Dans notre étude, nous avons obtenu des corrélations moyennement élevées, soit entre 0,406 et 0,569. Gagné et Godin (1999) mentionnent que l'on peut accepter des corrélations modérées, mais celles-ci doivent atteindre plus de 0,300.

Tableau XVIII : Matrice de corrélation entre les concepts de la théorie du comportement planifié (n=157)

	bXe	npXmc	cXp	Aact	N.S	PBC	I
bxe	1						
npXmc	0,407**	1					
cXp	0,365**	0,565**	1				
Aact	0,569**	0,470**	0,496**	1			
NS	0,262**	0,439**	0,510**	0,432**	1		
PBC	0,335**	0,174*	0,406**	0,470**	0,385**	1	
I	0,352**	0,445**	0,495**	0,500**	0,443**	0,461**	1

* : p<0,05; ** : p<0,01

Tableau XIX : Nombre d'items du questionnaire PIPECT dans le processus de sa validation

Dimensions	Concepts	Études			
		Validation de contenu par les experts	Étude pilote 1 (validation 1) n=38	Étude pilote 2 (validation 2) n= 29	Étude au temps 0 (n=157)
Concepts indirects Azjen	b	6	6	5	4
	e	6	6	5	4
	nb	5	6	6	6
	mc	5	6	6	6
	c	5	5	5	5
	p	5	5	5	5
Concepts directs Azjen	Aact	5	5	6	6
	NS	4	4	4	4
	PBC	7	7	7	7
	I	5	5	5	5
Comportement	Information et documentation	3	4	4	4
	Intervention	3	3	3	3

Dimensions	Concepts	Études			
		Validation de contenu par les experts	Étude pilote 1 (validation 1) n=38	Étude pilote 2 (validation 2) n= 29	Étude au temps 0 (n=157)
	minimale				
	Intervention brève	6	7	7	7
	Référence	2	3	3	3
	Durée de l'intervention	1	1	1	1
	Inscription au dossier	2	2	2	2
	Données sociodémographiques	7	6	6	6
Caractéristiques	Caractéristiques reliées à l'emploi	4	4	4	4
	Formation en cours d'emploi	2	2	2	2
	Comportement tabagique	5	6	6	6
Contexte	Contexte	1	1	1	1

Dimensions	Concepts	Études			
		Validation de contenu par les experts	Étude pilote 1 (validation 1) n=38	Étude pilote 2 (validation 2) n= 29	Étude au temps 0 (n=157)
organisationnel	organisationnel				

5.1.5 Questionnaire final PIPECT

Notre questionnaire final comprend 91 items, soit 30 items pour mesurer les concepts indirects du modèle du comportement planifié, 22 items pour les concepts directs, 20 items pour les pratiques cliniques en cessation tabagique, 18 items pour les caractéristiques des participants et 1 item pour le contexte organisationnel. Le Tableau XIX présente le nombre d'items du PIPECT, selon les dimensions, qui a été validé par les experts, les deux préétudes et l'étude pour établir la fidélité de l'instrument (voir le questionnaire PIPECT à l'Annexe XI).

5.2 PAPICT : Questionnaire-entrevue des patients et données dans les dossiers des patients

Les données du questionnaire d'entrevue des patients et les données extraites des dossiers des patients sont recueillies à trois moments durant la recherche : avant l'implantation des stratégies, un mois et trois mois après l'implantation des stratégies. Ces deux moyens permettent d'évaluer les pratiques cliniques réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier. Dans cette section, nous décrivons la préparation des concepts-clés, l'élaboration du questionnaire, la validation du questionnaire et le questionnaire final.

5.2.1 Préparation des concepts-clés du PAPICT

Seules les pratiques cliniques du personnel infirmier (perceptions des patients) et les caractéristiques des patients sont mesurées afin de répondre à certaines des hypothèses de notre recherche. Ces deux aspects doivent être clairement définis en vue de mesurer réellement ce qui doit être mesuré (Gagné et Godin, 1999).

5.2.2 Élaboration du questionnaire PAPICT

Nous avons élaboré le questionnaire en considérant seulement la présence ou l'absence de pratiques cliniques en cessation tabagique. Ces choix sont basés sur les

questions liées au concept des pratiques cliniques du PIPECT. Pour des raisons logistiques, nous avons ajouté une question filtre sur le statut tabagique du patient en vue de vérifier s'il était fumeur ou non-fumeur. Si le patient était non-fumeur, il devait répondre à deux questions concernant l'intervention minimale (évaluation du statut tabagique par le personnel infirmier); s'il était fumeur, il devait répondre à huit questions concernant l'intervention minimale, l'intervention brève, l'information et la documentation de même que la référence. Les assistantes de recherche ont été formées pour reconnaître les éléments-clés aux dossiers des patients quant à l'intervention minimale, à l'intervention brève, à l'information et à la documentation de même qu'à la référence. Les caractéristiques des patients étaient recueillies dans les dossiers seulement et elles concernaient les données sociodémographiques, le comportement tabagique et les données reliées à l'hospitalisation.

5.2.3 Résultats de la validation du questionnaire PAPICT

Une validité de contenu a été obtenue auprès de quatre experts, comme nous l'avons décrit auparavant dans la section sur le PIPECT. Seule la validation de contenu a été effectuée pour ce questionnaire. Le questionnaire original soumis aux experts contenait 26 items, soit 17 items pour les comportements et 9 items pour les caractéristiques des participants. Le questionnaire affiche un indice de validation de contenu de 0,96.

Vous trouverez à l'Annexe IX, un tableau synthèse de la validation du questionnaire PAPICT. Au total, quatre items ont reçu une cote inférieure à 80 %. De ces quatre items, trois sont jugés pertinents, mais ils devaient être revus selon les commentaires des évaluateurs. Voici les modifications que nous avons apportées aux quatre items :

- « Vérification aux dossiers de l'information donnée, motivation à cesser de fumer et counseling en abandon du tabac » : Ces éléments ont été légèrement reformulés, mais surtout précisés lors de la formation donnée aux assistantes de recherche qui devaient retrouver ces items dans les dossiers.
- « Groupe ethnique » : Cette question a été supprimée, car il aurait été très difficile de retrouver cette information dans le dossier.

Même si les autres items ont obtenu un IVC de 1,0, des juges ont suggéré d'autres questions. Aucune de ces suggestions n'a été retenue, car les réponses ne permettaient de répondre aux hypothèses de notre recherche. Cependant, nous avons ajouté une question sur la référence vers les centres d'abandon du tabac afin de répondre au PQAT.

5.2.4 Questionnaire final PAPP ICT

Le questionnaire final contient 26 items, soit 18 items pour mesurer le comportement et 8 items pour mesurer les caractéristiques des patients. Le Tableau XX présente le nombre d'items du PAPP ICT selon les dimensions, validé par les experts (le questionnaire PAPP ICT se trouve à l'Annexe XI).

Tableau XX : Nombre d'items du questionnaire PAPP ICT avant et après validation de contenu

Dimensions	Concepts	Nombre d'items	
		Avant validation	Après validation
Comportement	Information et documentation	4	4
	Intervention minimale	7	7
	Intervention brève	3	3
	Référence	3	4
Caractéristiques	Données sociodémographiques	3	2
	Comportement tabagique	1	1
	Données reliées à l'hospitalisation	5	5

5.3 GUSPPICT : Questionnaire du gestionnaire d'unité de soins sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique

Nous avons distribué le questionnaire GUSPPICT à trois moments durant la recherche : avant l'implantation des stratégies, un mois et trois mois après l'implantation des stratégies. Seuls les contextes dans lesquels s'est déroulée l'étude et les caractéristiques des gestionnaires sont mesurés.

5.3.1 Élaboration du questionnaire GUSPPICT

Le nombre de gestionnaires étant très restreint, seule une description peut être faite. C'est pourquoi le questionnaire GUSPPICT comprend des questions à choix multiples ou en catégories. Nous avons construit les questions du GUSPPICT en favorisant des questions claires et précises.

5.3.2 Résultats de la validation du questionnaire GUSPPICT

Une validité de contenu a été obtenue auprès de quatre experts, comme nous l'avons décrit auparavant dans la section sur le PIPECT. Seule la validation de contenu a été effectuée pour ce questionnaire. Le questionnaire original soumis aux experts contient 23 items, soit 9 items pour le contexte et 14 items pour les caractéristiques des gestionnaires. Il obtient un indice de validation de contenu de 0,98.

Vous trouverez à l'Annexe IX, un tableau synthèse de la validation du questionnaire GUSPPICT. Au total, un seul item a reçu une cote inférieure à 80 % et il a été jugé non pertinent. Il s'agit de la question concernant le nombre d'interventions réalisées par semaine pour aider le personnel à intervenir. Cette question a été supprimée. Après une rencontre avec le comité doctoral, nous avons reformulé les deux questions sur les priorités d'action des gestionnaires selon une échelle de Likert plutôt qu'un choix de réponses.

L'échelle de Likert permet de nuancer davantage la perception de la priorité accordée aux pratiques cliniques en cessation tabagique. De plus, les deux questions sur le nombre de membres du personnel de chaque catégorie (infirmières et infirmières auxiliaires) ont été mises sous la forme d'un seul tableau afin de faciliter la rédaction de la réponse. Pour les caractéristiques de l'échantillon, la même logique a été appliquée que dans le questionnaire du personnel infirmier.

Même si les autres items ont obtenu un IVC de 1,0, des juges ont suggéré d'autres questions. Nous n'en avons retenu aucune, car les réponses ne permettaient pas de répondre aux hypothèses de recherche. Cependant, nous avons ajouté une question sur l'expérience du gestionnaire à ce titre (nombre d'années) puisque selon l'expérience du gestionnaire, le soutien aux équipes peut être différent.

5.3.3 Questionnaire final GUSPPICT

Le questionnaire final contient 22 items, soit 6 items pour mesurer le contexte où s'est déroulée l'étude et 16 items pour mesurer les caractéristiques des gestionnaires. Le Tableau XXI présente le nombre d'items du GUSPPICT, selon les dimensions, qui a été validé par les experts (le questionnaire GUSPPICT se trouve à l'Annexe XI).

Tableau XXI : Nombre d'items du questionnaire GUSPPICT avant et après validation de contenu

Dimensions	Concepts	Nombre d'items	
		Avant validation	Après validation
Contexte	Organisationnel	9	6
Caractéristiques	Données sociodémographiques	5	5
	Caractéristiques reliées à l'emploi	2	3

Dimensions	Concepts	Nombre d'items	
		Avant validation	Après validation
	Formation en cessation tabagique	2	2
	Comportement tabagique	5	6

5.4 CATPPICT : Questionnaire du responsable du centre d'abandon du tabac sur les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique

Nous avons distribué le questionnaire CATPPICT à trois moments durant la recherche : avant l'implantation des stratégies, un mois et trois mois après l'implantation des stratégies. Il permet d'évaluer le nombre de références reçues au CAT et leur provenance.

5.4.1 Élaboration du questionnaire CATPPICT

Comme ce questionnaire a été distribué seulement à quatre personnes, seule une description des résultats peut être faite. Nous avons élaboré les trois questions du CATPPICT pour connaître le nombre de références, leur provenance et le titre d'emploi du référant.

5.4.2 Résultats de la validation du questionnaire CATPPICT

Une validité de contenu a été obtenue auprès de quatre experts, comme nous l'avons décrit auparavant dans la section sur le PIPECT. Seule la validation de contenu a été effectuée pour ce questionnaire. Le questionnaire original soumis aux experts contient trois items pour mesurer les références effectuées au CAT. Il a obtenu un indice de validation de contenu de 1,0.

Vous trouverez à l'Annexe IX, un tableau synthèse de la validation du questionnaire GUSPPICT. Tous les items ont reçu une cote de 1,0 à la validation de contenu et aucun commentaire ni aucune suggestion n'ont été formulés.

5.4.3 Questionnaire final CATPPICT

Le questionnaire final n'a subi aucun changement. Le Tableau XXII présente le nombre d'items du CATPPICT, selon les dimensions, qui a été validé par les experts. (Vous trouverez également ce questionnaire à l'Annexe X).

Tableau XXII : Nombre d'items du questionnaire CATPPICT avant et après validation de contenu

Dimensions	Concepts	Nombre d'items	
		Avant validation	Après validation
Référence	Références	3	3

Chapitre 6

Description des stratégies proposées

Parmi les stratégies proposées pour notre recherche, on trouve la formation interactive, le rappel et la stratégie multiple. Comme la stratégie multiple est la combinaison de la formation interactive et du rappel, seules ces deux stratégies seront décrites dans le présent chapitre.

6.1 Stratégie de formation interactive

L'intervention de formation interactive proposée a une visée éducative auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires) en médecine-chirurgie des centres hospitaliers. Le but de la formation est d'amener le personnel infirmier à réaliser des interventions en cessation tabagique. Les objectifs de la formation sont : 1) de discuter du rôle et des responsabilités du personnel infirmier face à la cessation tabagique; 2) d'habiliter le personnel infirmier à intervenir auprès des fumeurs dans des interventions de courte durée en centre hospitalier; et 3) d'expérimenter une intervention individuelle en cessation tabagique.

La formation a été construite en fonction du programme déjà offert dans les centres d'abandon du tabac et en fonction du contenu offert par l'OIIQ. La durée idéale pour la formation serait de trois heures. Cependant, elle a été de 90 minutes à la suite des demandes des milieux à cause des difficultés de remplacement du personnel infirmier. Le nombre d'apprenants par groupe n'est pas défini, mais celui-ci ne devrait pas excéder 20, étant donné la difficulté à libérer un grand nombre de personnes pour une formation et la nécessité de respecter les critères d'une stratégie éducative interactive. Les méthodes interactives choisies tiennent compte du temps restreint de formation et font suite à la recension des écrits réalisée au chapitre 2; il s'agit de la discussion, des histoires de cas et des jeux de rôles.

6.1.1 Validation de la formation interactive

Une validation du contenu de la formation a été obtenue à la suite du consensus des sept experts consultés, au début de février 2008. Onze experts avaient été approchés, sept pour le contenu de la formation et quatre pour la méthode interactive (voir à l'Annexe VIII, la lettre de recrutement envoyée aux experts). Sept experts ont accepté de procéder à la validation, soit quatre pour évaluer le contenu de la formation et trois pour évaluer la méthode interactive. Les experts recevaient les documents associés à la formation, soit les acétates PowerPoint et le cahier du formateur. Les experts qui évaluaient la méthode interactive recevaient également un questionnaire à remplir.

6.1.1.1 Validation du contenu de la formation

Quatre experts ont évalué le contenu de la formation afin de s'assurer de l'adéquation des concepts avec les orientations du PQAT. Il s'agit de trois responsables du dossier sur le tabac dans des directions de santé publique et d'un intervenant spécialisé en cessation tabagique reconnu par l'OIIQ.

Un des experts a envoyé ses commentaires par courriel, alors que les autres ont choisi le téléphone pour transmettre leurs commentaires. Les experts ont jugé que la formation était conforme aux visées des programmes actuels. Ils ont suggéré quelques améliorations, soit d'ajouter la pastille de nicotine et le Tartrate de Varénicline (Champix) à l'acétate sur la pharmacothérapie et de présenter les taux d'efficacité des différents types d'interventions. L'auteur a tenu compte de tous les commentaires reçus et il a adapté la formation en conséquence.

6.1.1.2 Validation de la méthode interactive de la formation

Trois expertes infirmières diplômées d'études supérieures en éducation ont évalué la formation afin de s'assurer qu'elle respectait les critères d'une formation interactive

destinée à des adultes. Vous trouverez à l'Annexe XII le questionnaire utilisé pour la validation de contenu ainsi que la compilation des résultats de la consultation.

Les expertes devaient d'abord juger le contenu de chacune des cinq sections sur une échelle de Likert de 1 à 6 (1 = didactique à 6 = interactive). Le Tableau XXIII présente les résultats de la consultation. Une experte, qui avait coté deux éléments à 2, mentionnait qu'il était pertinent que ces sections soient davantage didactiques. Seuls les éléments de l'introduction et de la conclusion ont reçu des cotes inférieures aux autres (3,7 et 4,3). Tous les autres éléments ont été jugés à 5 et plus.

Tableau XXIII : Évaluation des sections de la formation selon une échelle de Likert de 1 à 6

Selon vous,	Échelle de 1 à 6 1 = Didactique (traditionnelle) à 6 = Interactive
1. La section <i>Introduction</i> est davantage une formation...	3,7 (2 à 6) n=3
2. La section <i>Interventions en cessation tabagique</i> , partie 1, est davantage une formation...	5 (4 à 6) n=3
3. La section <i>Interventions en cessation tabagique</i> , partie 2, est davantage une formation...	5,3 (5 à 6) n=3
4. La section <i>Interventions en cessation tabagique</i> , partie 3, est davantage une formation...	5,3 (5 à 6) n=3
5. La section <i>Conclusion</i> , est davantage une formation...	4,3 (2 à 6) n=3

Toutes les expertes ont répondu à toutes les questions du questionnaire et elles ont ajouté des commentaires sur les éléments pouvant nuire au déroulement de la formation; le

temps a été jugé un élément important. En effet, les expertes s'inquiètent de la durée de la formation trop courte pour un contenu si chargé et des formules pédagogiques exigeantes en fait de temps. Certaines formules peuvent en effet prendre plus de temps que prévu, par exemple la discussion, surtout si certains participants monopolisent la discussion. Une experte mentionne au formateur de surveiller son attitude et son langage non verbal, car ce sont deux éléments qui peuvent nuire à la formation.

Une question demandait aux expertes des suggestions afin de maintenir l'interactivité durant la formation. Les expertes ont jugé que les formules pédagogiques et l'humour utilisé dans la présentation PowerPoint favorisaient cette interactivité. Une des expertes mentionne au formateur de ne pas juger les participants et de demeurer à l'écoute du groupe.

Les expertes suggèrent d'aller chercher les expériences personnelles et professionnelles des participantes dès le départ, d'éviter de dire « vous savez déjà », mais plutôt de les questionner sur leurs connaissances, de demander les attentes de chacune avant de parler des buts de la formation, à cause du temps. Enfin, les expertes recommandent, à cause du temps, de couper la partie du modèle de Prochaska.

Plusieurs des éléments mentionnés par les expertes concernent le déroulement de la formation. L'auteur a tenu compte de la majorité des commentaires pour améliorer la formation interactive. Cependant, la section sur le modèle de Prochaska a été maintenue puisqu'il s'agit d'un élément-clé du contenu recommandé par le PQAT. L'auteur demeure toutefois conscient que le facteur temps peut nuire au bon déroulement de la formation.

6.1.2 Contenu de la formation interactive validée

Le Tableau XXIV présente le contenu validé de la formation. Vous trouverez également à l'Annexe XIII, le cahier du formateur et la présentation PowerPoint utilisés lors des formations. Au début de la formation, chaque participant recevait une pochette contenant :

6.2 Stratégie de rappel

Le rappel est une feuille qui comprend des questions à remplir (cases à cocher) selon un arbre de décision basé sur l'évaluation du statut tabagique et sur l'identification des étapes de changement selon le modèle de Prochaska. Ce rappel est présent dans le dossier du patient pendant toute la durée de l'épisode de soins. Ce type de rappel (cases à cocher) a été choisi vu le nombre important d'intervenants qui agissent auprès du patient. Le personnel infirmier, dans sa gestion quotidienne des soins, peut intervenir selon que le rappel est rempli ou non (car il indique si l'intervention a été réalisée). De plus, ce type de rappel permet au personnel infirmier de mieux cibler, avec le patient, des interventions en cessation tabagique selon l'étape de changement. Enfin, le rappel peut également faciliter la référence du patient vers des ressources plus appropriées.

Le contenu de la feuille de rappel a été validé par les quatre personnes qui ont évalué le contenu de la formation. Elles devaient s'assurer que le rappel renfermait toutes les informations pertinentes. Tous les experts ont été unanimes à dire que la feuille de rappel était conforme. Par la suite, la feuille de rappel au dossier a été formatée selon les critères des CSSS qui allaient utiliser cette stratégie, car chaque service des archives d'établissement devait l'approuver même si c'était un document temporaire. Comme il s'agit effectivement d'un projet temporaire, les deux centres hospitaliers ont accepté la feuille de rappel après un accord verbal de la responsable des archives. Vous trouverez à l'annexe XIV la feuille de rappel sans l'identification de l'hôpital afin de respecter l'anonymat.

Après avoir obtenu l'approbation des services des archives, le chercheur a préparé un nombre suffisant de feuilles de rappel et il les a distribuées dans chacune des unités ciblées dans les deux centres. Il est prévu que le commis de l'unité de soins verse le rappel dans le dossier lors de l'admission du patient et que le service des archives le retire du dossier lors du congé du patient.

6.3 Résultats de l'implantation des stratégies

La stratégie de formation interactive a été implantée durant les deux dernières semaines de mars 2008 et la première semaine d'avril 2009. L'implantation de la stratégie de rappel s'est effectuée à la mi-avril 2009 jusqu'à la fin de l'étude en juillet 2009. La section suivante présente les résultats de l'implantation de la formation interactive et du rappel dans les centres hospitaliers participants.

6.3.1 Résultats de l'implantation de la formation interactive

La formation interactive a été réalisée dans deux hôpitaux, soit celui qui avait seulement cette stratégie et l'autre qui la combinait à la stratégie de rappel. Au total, 207 participants étaient visés par la formation, mais seulement 136 d'entre eux en ont bénéficié, soit 65,7 % du personnel visé.

Au départ, 30 sessions de formation ont été planifiées sur des plages horaires différentes afin de permettre au personnel de se libérer plus facilement pour y assister. L'horaire des formations a été soigneusement planifié avec les gestionnaires des unités selon les préférences du personnel infirmier (avant le quart de travail, après le quart de travail, durant la journée ou lors des repas). Au total, 25 sessions ont été données. L'annulation de cinq formations est due à la difficulté de libérer le personnel infirmier des unités de soins. Le nombre de participants présents aux formations a été en moyenne de $5,4 \pm 2,3$ personnes (2 à 10).

Tous les participants ont été invités à évaluer la formation reçue sur un formulaire conçu pour la présente formation (voir à l'Annexe XV). Sur les 136 participants, 132 ont rempli le formulaire, soit un taux de réponse de 97,1 %. Le formulaire contenait des items pour évaluer l'enseignement donné (structure, intérêt suscité, durée, déroulement), le formateur (maîtrise du sujet, réponses données aux participants), le matériel remis (documentation), l'environnement (physique et humain) et l'utilité de la formation pour la pratique quotidienne. Ces items étaient évalués sur une échelle de Likert de 4 à 1 (4 = Très

satisfaisant à 1 = non satisfaisant). Les participants pouvaient également ajouter des commentaires.

Le Tableau XXV présente les 10 items évalués sur l'échelle de Likert, les fréquences observées dans l'échelle ainsi que la moyenne et le nombre de participants pour chacun des items. Tous les items ont bien été évalués (>3,3 sur 4). Parmi les items qui ont reçu une cote moins élevée (3,5 et moins), on trouve la durée de la formation (3,3) et l'environnement physique (3,5). Plusieurs participants ont trouvé la formation beaucoup trop courte et auraient aimé qu'elle dure plus longtemps. Certains locaux étaient inappropriés pour la formation (coin de la cafétéria ou local très chaud).

Tableau XXV : Évaluation des items reliés à la formation interactive

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant	Sans objet
	4	3	2	1	S.O.
La structure du cours	99	32	1	0	0
	3,7 (n = 132)				
La maîtrise du formateur pour la matière	115	17	0	0	0
	3,9 (n = 132)				
L'intérêt des participants suscité par le formateur	79	50	2	1	0
	3,6 (n = 132)				
Les réponses aux questions des participants par le formateur	87	45	0	0	0
	3,7 (n = 132)				
La durée de la formation	47	75	8	2	0
	3,3 (n = 132)				
Le déroulement de la formation	89	40	1	1	0
	3,7 (n = 131)				

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Non satisfaisant	Sans objet
	4	3	2	1	S.O.
La documentation remise	116	16	0	0	0
	3,9 (n = 132)				
L'environnement physique (locaux, etc.)	64	62	6	0	0
	3,5 (n = 132)				
L'environnement humain (composition du groupe, etc.)	87	44	1	0	0
	3,7 (n = 132)				
L'utilité de cette formation pour ma pratique quotidienne	76	51	4	0	0
	3,6 (n = 131)				

Près de la moitié des participants ont émis des commentaires, soit 59 participants (44,7 %). Leurs commentaires concernaient la satisfaction au sujet de la formation, les apprentissages réalisés, l'environnement physique, la documentation remise et des remarques personnelles destinées au formateur.

Beaucoup de commentaires avaient trait à la satisfaction au sujet de la formation. La grande majorité des participants l'a beaucoup appréciée : « La formation est très utile car elle nous permet de démystifier les mythes et croyances concernant la cessation du tabagisme... »; « ...malgré une journée de travail chargé, il a su attirer notre attention et l'a soutenue »; « ... Il est intéressant de varier les méthodes d'apprentissage... »; « ... Je suis arrivée sceptique et je repars convaincue!! Bravo!... »; « J'étais un peu réticente à venir pour la formation, une fois venue je suis très satisfaite... »; « Je vois l'enseignement sur la cessation de fumer d'un autre point de vue... ». Parmi les aspects négatifs notés, plusieurs participants ont indiqué que la formation était trop courte : « Malheureusement c'était trop court! Formation aurait pu durer ½ journée. » Un seul commentaire a signalé que le nombre de participants était insuffisant (deux personnes), mais cette situation ne s'est produite qu'une seule fois.

Plusieurs apprentissages ont été réalisés pendant la formation. En effet, la majorité des participants ne connaissaient pas le modèle de Prochaska. Ils intervenaient de façon identique avec tous les patients alors que le modèle enseigné suggère des interventions différentes selon l'étape de changement où se situe le fumeur. Plusieurs participants ont grandement apprécié l'échange des outils pour intervenir : « Ça me donne + le goût d'intervenir auprès des patients... »; « Merci pour les outils fonctionnels et réalistes dans l'application au quotidien... »; « ... Je me sens mieux outillé face à l'arrêt tabagique. » Seulement deux participants pensent qu'il ne sera pas possible d'intégrer ces connaissances dans la pratique, à cause du temps : « Avec nos tâches de travail et le manque fréquent de personnel, il nous est difficile d'accorder du temps aux patients pour intervenir en cessation de tabac. Non réaliste pour l'instant. » Deux autres participants ont signalé le manque de soutien des infirmières-chefs d'unité comme un obstacle à l'application de ces apprentissages.

Un participant a mentionné que le local était trop chaud. Enfin, les participants ont grandement apprécié les documents remis lors de la formation : « Très bons outils nous sont donnés. » D'autres participants ont mentionné le besoin d'avoir davantage d'outils disponibles dans les unités de soins : « Nous n'avons pas de documentation sur les étages. »

6.3.2 Résultats de l'implantation du rappel

Le rappel a été réalisé dans deux hôpitaux, soit celui qui avait seulement cette stratégie et celui qui avait la stratégie multiple. Après avoir fait des visites dans les unités et constaté l'absence de feuilles de rappel dans plusieurs dossiers, nous avons relancé les infirmières-chefs à trois reprises. À ce moment, les infirmières-chefs ont effectué des ajustements afin de s'assurer que le rappel soit introduit dans les dossiers des patients.

Malgré nos relances aux infirmières-chefs, la feuille de rappel n'a pas été mise au dossier tel qu'elle aurait dû l'être durant l'étude. Au temps 1, la mesure a été respectée dans 20 % (12/60) des dossiers; au temps 2, elle a été respectée dans 17 % (10/60). Le chercheur

a tenté de comprendre les raisons de ces résultats lors des bilans effectués avec les infirmières-chefs des unités de soins.

Les feuilles de rappel étaient insérées dans le dossier par le commis au poste de chaque unité de soins. Malgré l'importance accordée à l'étude, les commis oubliaient souvent de les mettre dans les dossiers des admissions à l'unité. On trouve chez les commis des détenteurs de poste régulier durant la semaine, mais beaucoup de personnel de remplacement lors des maladies ou des congés durant la semaine. De plus, au niveau des commis, c'est souvent le personnel de remplacement qui effectue les quarts de travail durant les fins de semaine et durant ces absences. Plusieurs commis provenant de la liste de rappel ne connaissaient pas l'exigence liée à la recherche ou n'en tenaient pas compte (pas intéressés à participer à l'étude). Pour les commis réguliers, cette mesure était nouvelle et temporaire; il était facile d'oublier. De plus, les dossiers des admissions sont souvent préparés à l'avance (par le personnel de fin de semaine), car lors d'une admission, les commis sont souvent très occupés.

Chapitre 7

Résultats

Dans le présent chapitre, nous passerons en revue les résultats des sources de données provenant du personnel infirmier, des patients et de leurs dossiers afin de répondre aux hypothèses de notre recherche. Le but de notre étude était de comparer l'efficacité de trois stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique réalisées par les infirmières et les infirmières auxiliaires en milieu hospitalier : une stratégie de formation interactive, une stratégie de rappel et une stratégie multiple (formation interactive couplée de rappel).

Le chapitre est divisé en deux parties. Dans la première, nous décrivons les échantillons de notre recherche pour le personnel infirmier, les patients et leurs dossiers. Pour la source de données du personnel infirmier, nous présenterons les caractéristiques des échantillons au temps 0, sauf pour les patients où la description des données couvre les trois moments de la collecte des données. La raison en est simple : pour le personnel infirmier, nous avons fait des mesures répétées, alors que pour les patients et leurs dossiers, nous avons utilisé des mesures provenant d'échantillons indépendants. Dans le but de faciliter la lecture du chapitre, les résultats des questionnaires sont présentés à l'annexe XVI et ceux des responsables des centres d'abandon du tabac, à l'annexe XVII.

La seconde partie du chapitre décrira les interventions réalisées selon les sources de données du personnel infirmier, des patients et de leurs dossiers. Nous évaluerons l'efficacité des stratégies utilisées. Seules quelques pratiques cliniques seront analysées (évaluation du statut tabagique, inscription du statut tabagique au dossier, évaluation de la motivation à cesser de fumer et réalisation d'interventions en cessation tabagique) à cause du nombre restreint de participants pour les autres pratiques cliniques évaluées. Enfin, nous tenterons d'expliquer les résultats à l'aide d'analyses supplémentaires et de certains éléments du cadre de référence proposé pour notre recherche.

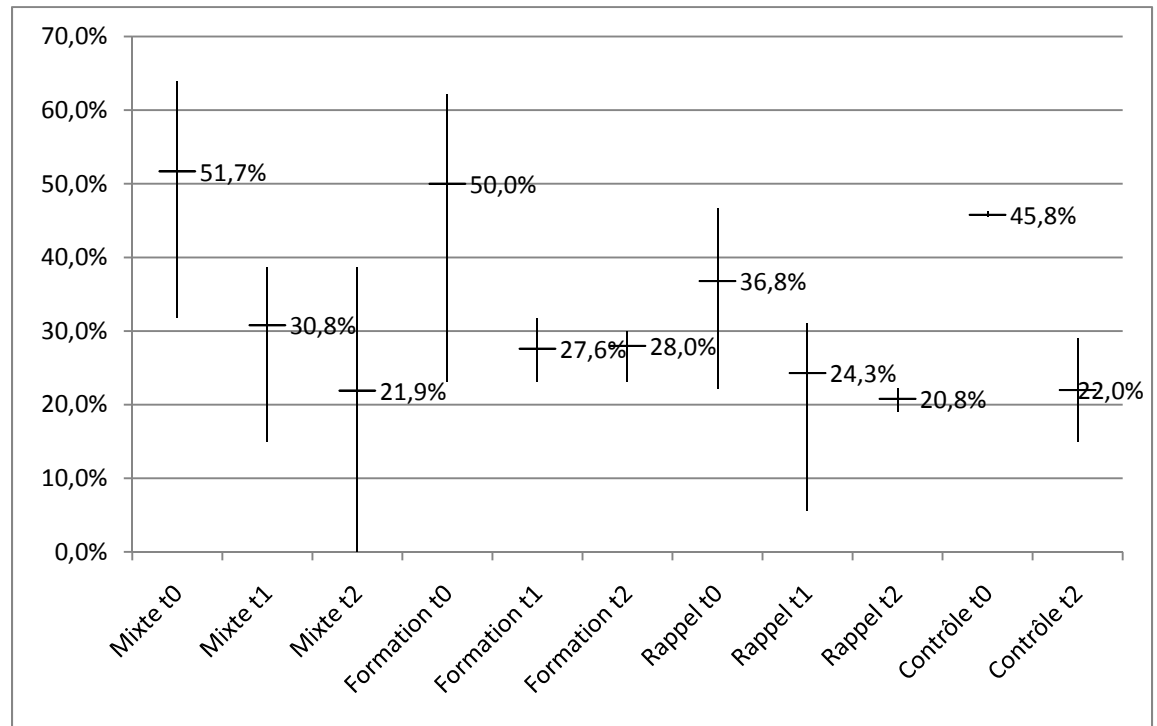
7.1 Description de l'échantillon

La description de l'échantillon permet, pour chacune des sources de données, d'établir le profil de l'échantillon et certaines analyses sont réalisées afin d'établir si les groupes se comparent entre eux. Cette section est divisée selon les sources de données. Chacune débute par la présentation des taux de réponse. Les données provenant du personnel infirmier sont des mesures répétées, c'est pourquoi nous présenterons seulement les données obtenues au temps 0. Pour le personnel infirmier, nous ferons une description et une comparaison des groupes au temps 0 selon les données sociodémographiques, les données reliées à l'emploi et les données reliées au comportement tabagique. Pour les données provenant des patients et de leurs dossiers, nous ferons une description et une comparaison aux trois temps puisqu'il s'agit de groupes indépendants pour chaque collecte. Nous décrirons les données sociodémographiques des patients et les données reliées à l'hospitalisation, puis nous ferons une comparaison des groupes pour les trois collectes des données.

7.1.1 Personnel infirmier

Les taux de réponse du personnel infirmier varient beaucoup d'un temps de mesure à l'autre et ils sont relativement faibles. Au temps 0, c'est 157 participants sur 331 qui ont répondu au premier questionnaire, soit un taux de réponse de 47,4 %. Au temps 1, le nombre a diminué à 78 participants sur 275, soit un taux de réponse de 28,4 %. Au temps 2, on observe aussi une diminution malgré les efforts des infirmières-chefs à faire des suivis auprès du personnel infirmier : 69 participants sur 304, soit un taux de réponse de 22,7 %. La Figure 5 présente les taux de réponse selon les hôpitaux aux trois moments de la collecte des données. Chacune des barres verticales présente l'étendue des données (minimum et maximum), alors que la barre horizontale présente la moyenne obtenue pour toutes les unités de soins pour chacun des hôpitaux à chaque collecte des données.

Figure 5 : Taux de réponse du personnel infirmier selon les stratégies et les collectes des données



On remarque que les taux de réponse au temps 0 sont sensiblement semblables d'un groupe à l'autre, sauf pour la stratégie de rappel dont le taux est le plus faible. Voici la variation des taux de réponse pour chacune des stratégies par unité de soins : pour la stratégie multiple, de 31,7 % à 63,9 % (51,7 %); pour la stratégie de formation, de 23,1 % à 62,2 % (50 %); pour la stratégie de rappel, de 22,2 % à 46,7 % (36,8 %); et pour le groupe contrôle, de 45,5 % à 46,2 % (45,8 %). Au temps 1, les taux de réponse se ressemblent d'un groupe à l'autre. Voici la variation des taux de réponse par stratégie par unité de soins : pour la stratégie multiple, de 15 % à 38,7 % (30,8 %); pour la stratégie de formation, de 23,1 % à 31,8 % (27,6 %); et pour la stratégie de rappel, de 5,6 % à 31 % (24,3 %). Pour le groupe contrôle, il n'y a pas eu de collecte des données. Enfin, au temps 2, les taux de réponse se ressemblent d'un groupe à l'autre. Voici la variation des taux de réponse par stratégie par unité de soins : pour la stratégie multiple, de 0 % à 38,7 % (21,9 %); pour la

stratégie de formation, de 23,1 % à 30 % (28 %); pour la stratégie de rappel, de 19 % à 22,2 % (20,8 %); et pour le groupe contrôle, de 15 % à 29 % (22 %).

7.1.1.1 Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques des participants de notre étude ont été recueillies aux temps 0, 1 et 2. Nous présentons seulement les données du temps 0 puisque ce sont des mesures répétées. Le Tableau XXVI présente les principales variables sociodémographiques, celles reliées à l'emploi et celles reliées au comportement tabagique.

L'âge moyen du personnel infirmier est de 37,5 ans \pm 11,2 ans ($n=153$), soit un peu moins élevé que la moyenne provinciale. L'âge moyen des infirmières du Québec en 2007-2008 était de 43,6 ans (Marleau, 2008), alors que celui des infirmières auxiliaires en 2006-2007 était de 42,5 ans (Lévesque, 2007). On remarque que l'âge est plus élevé à l'hôpital où a eu lieu la stratégie de formation et il se rapproche davantage des moyennes provinciales que les autres. Nous avons fait une comparaison des groupes à partir d'une analyse de variance (Anova). L'âge moyen du personnel infirmier n'est pas comparable selon les groupes ($F : 3,825; p < 0,05$).

Notre échantillon du personnel infirmier comprend 8,2 % (7) d'hommes et 91,8 % (145) de femmes. Les femmes sont largement représentées. On trouve le même constat lorsque le sexe est examiné au niveau provincial. En effet, le groupe des infirmières se compose de 90,7 % de femmes (Marleau, 2008), alors que pour les infirmières auxiliaires, le pourcentage est de 91,6 % (Lévesque, 2007). On remarque que les hommes sont plus représentés dans le groupe contrôle. Cependant, il n'y a pas de différence significative entre les groupes (khi-carré de Pearson : 6,832; N.S.).

Tableau XXVI : Variables sociodémographiques, variables reliées à l'emploi et comportement tabagique du personnel infirmier par stratégie (hôpitaux)

Variables	Stratégies			Groupe contrôle	Test de signification
	Formation	Rappel	Multiple		
Âge	43,6 ±11,1 (28)	37,5 ±10,4 (28)	35,5 ±11,1 (74)	36,7 ±10,1 (23)	3,825 ¹ (p<0,05)
Sexe	Hommes 3,4 % Femmes 96,6 % (29)	7,1 % 92,9 % (28)	6,4 % 93,6 % (78)	21,7 % 78,3 % (23)	6,823 ² (N.S.)
Nombre d'années de scolarité	15,7 ±2,4 (26)	14,9 ±2,5 (28)	15,5 ±2,1 (75)	16,1 ±2,0 (23)	1,372 ¹ (N.S.)
Dernier diplôme	Professionnel 24,1 % Collégial 51,7 % Universitaire 24,1 % (29)	35,7 % 46,4 % 17,9 % (28)	12,8 % 52,6 % 34,6 % (78)	17,4 % 60,9 % 21,7 % (23)	9,139 ² (N.S.)
Nombre d'années écoulées depuis la diplomation	19,6 ±13,4 (27)	14,3 ±9,9 (27)	12,2 ±11,1 (75)	14,6 ±10,7 (22)	6,789 ³ (p<0,05)
Aux études	17,2 %	3,6 %	14,3 %	13 %	2,813 ² (N.S.)

Variables	Stratégies			Groupe contrôle	Test de signification
	Formation	Rappel	Multiple		
	(29)	(28)	(77)	(20)	
Profession	Infirmières	72,4 %	60,7 %	87 %	9,556 ² (p<0,05)
	Infirmières auxiliaires	27,6 %	39,3 %	13 %	
		(29)	(28)	(77)	
Titre d'emploi	Infirmières auxiliaires	31 %	39,3 %	12,8 %	38,485 ² (p<0,01)
	Infirmières de chevet	51,7 %	17,9 %	80,8 %	
	Assistantes infirmières-chefs	17,2 %	42,9 %	6,4 %	
		(29)	(28)	(78)	(23)
Statut d'emploi	Temps plein	34,5 %	67,9 %	64,1 %	8,924 (p<0,05)
	Temps partiel	65,5 %	32,1 %	35,9 %	
		(29)	(28)	(78)	(23)
Unité de soins	Médecine	41,4 %	10,7 %	44,9 %	87,277 ² (p<0,01)
	Chirurgie	48,3 %	3,6 %	51,3 %	
	Médecine et	10,3 %	85,7 %	3,8 %	

Variables	Stratégies			Groupe contrôle	Test de signification
	Formation	Rappel	Multiple		
chirurgie	(29)	(28)	(78)	(23)	
Fumeur	24,1 % (29)	10,7 % (28)	17,9 % (78)	13 % (33)	2,126 ² (N.S.)
Antécédent de tabagisme	47,6 % (21)	44,4 % (27)	38,5 % (65)	45 % (20)	0,745 ² (N.S.)
Vit avec un fumeur	17,9 % (28)	21,4 % (28)	15,4 % (78)	26,1 % (23)	1,549 ² (N.S.)

¹ Anova pour les échantillons indépendants

² khi-carré de Pearson

³ Kruskal-Wallis

Le nombre moyen d'années de scolarité du personnel infirmier participant est de 15,5 ans \pm 2,2 ans (n=152). Cependant, le nombre d'années de scolarité se compare d'un groupe à l'autre (F : 1,372; N.S.). D'après le dernier diplôme obtenu, 19,6 % (31) ont fait des études professionnelles (secondaire V), 52,5 % (83), des études collégiales et 27,8 % (44), des études universitaires. Parmi les infirmières de notre étude, 65,4 % ont un niveau collégial, ce qui ressemble au taux provincial qui se situe à 57,7 % (Marleau, 2008). Pour les infirmières auxiliaires, il s'agit d'un niveau secondaire (études professionnelles). Le test du khi-carré de Pearson démontre que les groupes sont comparables (9,139; N.S.). Au total, 12,7 % des participants sont présentement aux études alors que le portrait provincial des infirmières est de 14,4 %. De ces 12,7 %, 90 % étudient au premier cycle universitaire et 5 % au deuxième cycle (Marleau, 2008). Les groupes se comparent entre eux (khi-carré de Pearson : 2,813; N.S.).

7.1.1.2 Caractéristiques reliées à l'emploi

Les caractéristiques reliées à l'emploi que nous avons mesurées sont l'année de diplomation, la profession, le titre de l'emploi, le statut d'emploi et l'unité de soins. Le personnel infirmier a 14,26 \pm 11,5 années (n=151) depuis la diplomation. Comme il y a une différence significative des variances (test de Levene de 3,425; $p < 0,05$), nous avons fait le test non paramétrique de Kruskal-Wallis. Il existe une différence significative entre les groupes (Kruskal-Wallis 6,789; $p < 0,05$). La stratégie de formation compte le personnel infirmier qui a reçu son diplôme depuis plus d'années que les autres, ce qui s'avère conforme à l'âge plus élevé de ce groupe (formation).

Parmi les professions, 79 % sont des infirmières et 21 % des infirmières auxiliaires (n=157). On remarque que le nombre d'infirmières auxiliaires est beaucoup plus élevé dans l'hôpital où la stratégie de rappel a été utilisée. Il existe une différence significative entre les groupes (khi-carré de Pearson : 9,556; $p < 0,05$). C'est 21,5 % qui occupent un poste d'infirmière auxiliaire, 61,4 %, un poste d'infirmière de chevet et 17,1 %, un poste d'assistante infirmière-chef (n=158). À la stratégie de rappel, plus d'assistantes ont répondu

à nos questionnaires. Il existe une différence significative entre les groupes (khi-carré de Pearson : 38,485; $p < 0,01$). Au total, 58,2 % du personnel infirmier occupent un poste à temps plein et 41,8 %, un poste à temps partiel ou occasionnel. Ces données ressemblent à celles de la province pour les infirmières où 56,5 % occupent un poste à temps plein (Marleau, 2008). Cependant, c'est beaucoup moins pour les infirmières auxiliaires où 34,4 % occupent un poste à temps plein (Lévesque, 2007). C'est la stratégie de formation qui compte le plus de personnel infirmier à temps partiel. Il existe une différence significative entre les groupes (khi-carré de Pearson : 8,924; $p < 0,05$). Enfin, 39,2 % occupent un poste dans une unité de médecine, 39,2 % dans une unité de chirurgie et 21,5 % dans une unité mixte de médecine et de chirurgie. On note une différence significative entre les groupes (khi-carré de Pearson : 87,277; $p < 0,01$).

7.1.1.3 Comportement tabagique

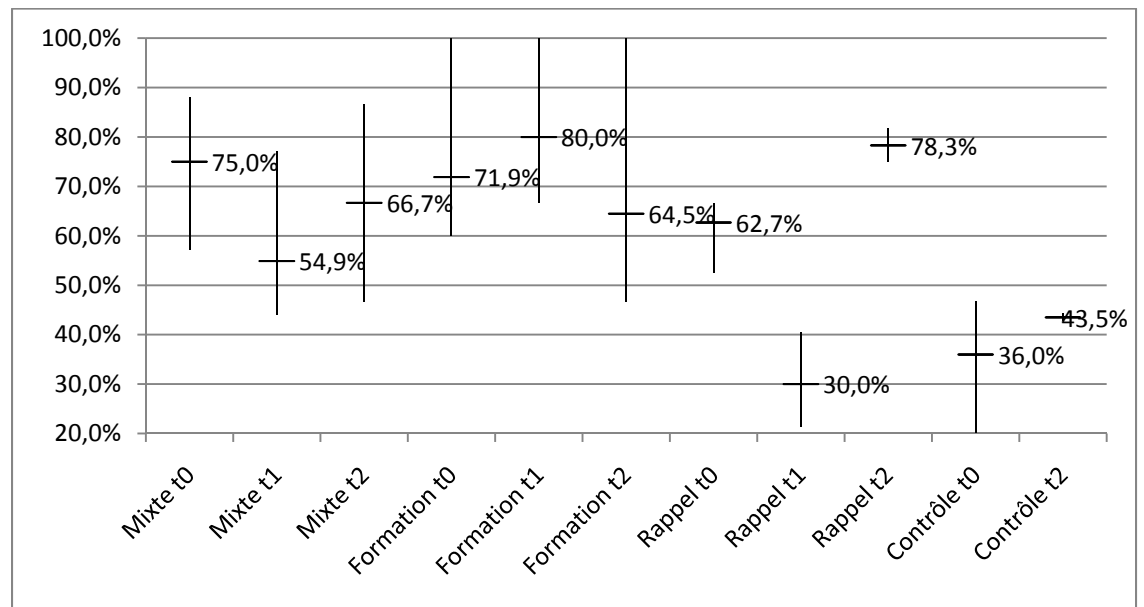
Le comportement tabagique mesure les habitudes tabagiques du personnel infirmier. Dans notre échantillon, 17,1 % sont des fumeurs et fument en moyenne $9,5 \pm 7,5$ cigarettes par jour depuis $16,2 \pm 8$ ans en moyenne. Nous avons comparé les différents groupes selon le statut tabagique sans observer de différence significative. Chez les participants qui ont déclaré ne pas fumer, 42,1 % ont déjà fumé et ont cessé depuis $12 \pm 10,4$ ans en moyenne. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes pour le statut antérieur du tabagisme. Enfin, 18,5 % des participants disent vivre avec au moins une personne fumeuse et de ceux-là, 65,5 % les laissent fumer dans la maison. Encore une fois, il n'y a pas de différence significative : les groupes se comparent donc en termes de comportements tabagiques.

7.1.2 Patients

Les taux de réponse des patients varient d'une stratégie à l'autre. Il est important de rappeler que la collecte des données des patients a été réalisée par des assistantes de recherche. C'est 352 patients qui pouvaient être approchés selon les critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés auparavant dans le chapitre sur la méthodologie (chapitre 4). Au

temps 0, 150 participants sur 224 ont répondu au premier questionnaire, soit un taux de réponse de 67 %. Au temps 1, le nombre a diminué à 86 participants sur 166, soit un taux de réponse de 51,8 %. Au temps 2, il a augmenté à 90 participants sur 140, soit un taux de réponse de 64,3 %.

Figure 6 : Taux de réponse des patients selon les stratégies et les collectes des données



La Figure 6 présente les taux de réponse des patients selon les stratégies et les moments de la collecte des données. Le taux est beaucoup plus faible au temps 0 pour le groupe contrôle. Voici la variation des taux de réponse par stratégie par unité : pour la stratégie multiple, de 57,1 % à 88 % (75 %); pour la stratégie de formation, de 60 % à 100 % (71,9 %); pour la stratégie de rappel, de 52,6 % à 66,7 % (62,7 %); et pour le groupe contrôle, de 20 % à 46,7 % (36 %). Au temps 1, on observe une baisse importante pour la stratégie de rappel. Voici la variation des taux de réponse par stratégie par unité : pour la stratégie multiple, de 44 % à 77 % (54,9 %); pour la stratégie de formation, de 66,7 % à 100 % (80 %); et pour la stratégie de rappel, de 21,4 % à 40,6 % (30 %). Au temps 2, on observe des taux de réponse plus faibles pour le groupe contrôle. Voici la variation des taux de réponse : pour la stratégie multiple, de 46,7 % à 86,7 % (66,7 %); pour la stratégie de

formation, de 46,7 % à 100 % (64,5 %); pour la stratégie de rappel, de 75 % à 81,8 % (78,3 %); et pour le groupe contrôle, de 42,9 % à 44,4 % (43,5 %).

7.1.2.1 Données sociodémographiques et comportement tabagique

Contrairement aux autres sources de données aux temps 0, 1 et 2, les données obtenues avec les patients sont des mesures indépendantes. L'âge moyen des patients est de 65 ans \pm 15,6 (n=328), peu importe les stratégies et les moments de la collecte des données. Il y a 51,1 % d'hommes et 48,9 % de femmes (n=325). L'échantillon total compte 20,1 % de fumeurs, soit 23,5 % chez les hommes et 16,4 % chez les femmes.

L'âge moyen des patients varie d'un groupe à l'autre. Le Tableau XXVII présente les variables sociodémographiques ainsi que celles reliées au comportement tabagique et à l'hospitalisation des patients, par stratégie, peu importe le moment de la collecte des données. C'est pour la stratégie de formation que l'on trouve la moyenne d'âge la plus élevée (70,3 \pm 15,8) suivie du groupe contrôle (65,1 \pm 15,6), de la stratégie multiple (64,2 \pm 15,8) et de la stratégie de rappel (62,5 \pm 15,6). Il existe une différence significative entre les groupes (F : 3,958, $p < 0,01$). Pour chacun des moments de la collecte des données, on observe une différence significative au temps 0 (F : 6,208; $p < 0,01$) qui n'est plus significative au temps 1 (F : 3,068; N.S.) et 2 (F : 1,501; N.S.).

Pour le sexe, on remarque que les hommes et les femmes se distribuent de façon égale. Il n'y a pas de différence entre les sexes selon les lieux d'hospitalisation. Pour le statut tabagique, on observe des différences significatives de prévalence du tabagisme selon les différents groupes au temps 0 (khi-carré de Pearson : 8,488; $p < 0,05$). En effet, il y a une plus grande proportion de fumeurs dans le groupe contrôle et dans l'hôpital où la stratégie de rappel a été utilisée. Nous ne pouvons pas effectuer les calculs selon les moments de la collecte des données, puisqu'au temps 0, la stratégie de formation ne comptait aucun fumeur, ce qui limite les analyses. Cependant, pour le temps 1 et le temps 2, le résultat du khi-carré de Pearson n'est pas significatif (temps 1 : 5,336 N.S; temps 2 : 1,055 NS).

Tableau XXVII : Variables sociodémographiques, comportement tabagique et variables liées à l'hospitalisation des patients par stratégie, peu importe le moment de la collecte des données

Variables		Stratégies			Groupe contrôle	Signification
		Formation	Rappel	Multiple		
Âge		70,3 ±15,8 (71)	62,5 ±15,6 (65)	64,2 ±15,8 (173)	65,1 ±15,6 (19)	3,958 ¹ (p<0,01)
Sexe	Hommes	50,7 %	43,1 %	54,1 %	52,6 %	2,316 ² (N.S)
	Femmes	49,9 % (71)	56,9 % (65)	45,9 % (170)	47,4 % (19)	
Statut tabagique		11,3 % (71)	29,2 % (65)	19,1 % (170)	31,6 % (19)	8,488 ² (p<0,05)
Diagnostic à l'admission	Pulmonaire / cardiaque	31 %	33,8 %	32 %	57,9 %	15,138 ² (p<0,05)

Variables	Stratégies			Groupe contrôle	Signification
	Formation	Rappel	Multiple		
Digestif / métabolique	15,5 %	23,1 %	24,4 %	36,8 %	
Autres	53,5 %	43,1 %	43,6 %	5,3 %	
	(71)	(65)	(172)	(19)	
Pulmonaire / cardiaque	8,6 %	3,1 %	8,3 %	10,5 %	19,791 ² (N.S.)
Autres	2,9 %	16,9 %	6,5 %	21,1 %	
Antécédents médicaux Multiple incluant cardiaque / pulmonaire	70 %	60 %	57,7 %	52,6 %	
Multiple sans cardiaque / pulmonaire	5,7 %	10,8 %	13,1 %	5,3 %	

Variables	Stratégies			Groupe contrôle	Signification
	Formation	Rappel	Multiple		
Aucun	12,9 % (70)	9,2 % (65)	14,3 % (168)	10,5 % (19)	
Symptômes respiratoires	36,6 % (71)	49,2 % (63)	30,8 % (172)	36,8 % (19)	6,794 ² (N.S.)
Durée d'hospitalisation (jours)	13,7 ±26,4 (71)	9,4 ±14 (64)	7,4 ±7,8 (171)	6,2 ±3,4 (18)	3,017 ³ (N.S.)

¹ Anova pour échantillons indépendants

² khi-carré de Pearson

³ Kruskal-Wallis

7.1.2.2 Données reliées à l'hospitalisation

Les données reliées à l'hospitalisation comprennent le diagnostic à l'admission, les antécédents médicaux, la présence de symptômes respiratoires et la durée de l'hospitalisation. Nous avons dû faire des regroupements par catégories pour le diagnostic à l'admission et les antécédents médicaux puisque plusieurs catégories n'affichaient aucune fréquence. Au total, 33,5 % des patients ont été admis pour un diagnostic relié à une maladie cardiaque ou pulmonaire, 22,9 % pour un diagnostic relié à un problème digestif ou métabolique et 43,4 % pour des diagnostics variés. Il existe une différence significative entre les diagnostics et les groupes (khi-carré de Pearson 15,138; $p < 0,05$). En effet, on remarque une plus grande proportion de maladies cardiaques ou pulmonaires dans le groupe contrôle. Il faut toutefois rappeler que nous avons seulement deux unités pour ce groupe, dont une unité de cardiologie.

Les antécédents médicaux rapportés sont similaires d'un groupe à l'autre (khi-carré de Pearson : 19,791; N.S.). On remarque une plus grande proportion de maladies multiples, incluant des maladies cardiaques et pulmonaires, pour une moyenne de 60,6 %. La présence de symptômes respiratoires est également comparable entre les groupes (khi-carré de Pearson : 6,794; N.S.). En moyenne, 36 % des symptômes respiratoires étaient notés au dossier.

La durée moyenne de l'hospitalisation était de $9,1 \pm 15,1$ jours. La durée varie d'une unité à l'autre : $7,4 \pm 7,8$ jours (stratégie multiple), $13,7 \pm 26,4$ jours (stratégie de formation interactive), $9,4 \pm 14$ jours (stratégie de rappel), et $6,2 \pm 3,4$ jours (groupe contrôle). Comme les variances sont hétérogènes, nous avons fait le test de Kruskal-Wallis. Les groupes sont comparables en termes de jours d'hospitalisation (Kruskal-Wallis : 3,017, N.S.).

En résumé, pour le personnel infirmier, les taux de réponse sont très faibles. Pour la présentation des données, nous n'avons considéré que le temps 0 puisqu'il s'agit de données continues, auprès de 157 participants.

L'âge moyen du personnel infirmier est de $37,5 \pm 11,2$ ans. Il s'agit en grande majorité de femmes ayant une scolarité de niveau collégial ou universitaire et ayant reçu leur diplôme en moyenne depuis $14,3 \pm 11,5$ années. Au total, 12,7 % du personnel infirmier est présentement aux études même, si 58,4 % occupe un poste à temps plein. Les infirmières sont majoritairement représentées (79 %) pour 21 % d'infirmières auxiliaires. Au total, 82,9 % des infirmières auxiliaires occupent un poste de chevet (auprès des patients) et 17,1 %, un poste d'assistantes. Quant au milieu de travail, 39,2 % du personnel infirmier travaille dans une unité de médecine, 39,2 % dans une unité de chirurgie et 21,5 % dans une unité mixte de médecine et de chirurgie. On note 17,1 % de fumeuses pour une consommation moyenne de $9,5 \pm 7,5$ cigarettes par jour, depuis $16,2 \pm 8$ ans. Chez celles ayant indiqué ne pas fumer, 42,1 % ont déjà fumé et ont cessé depuis $12 \pm 10,4$ années. Au total, 18,5 % disent vivre avec un fumeur et de ceux-là, 65,5 % les laissent fumer dans la maison.

Lorsque l'on compare les groupes, on remarque la similarité des variables sexe, années de scolarité, diplôme obtenu, aux études, statut tabagique, nombre de cigarettes fumées par jour, nombre d'années comme fumeur, ancien fumeur, nombre d'années sans fumer, vit avec des personnes fumant dans la maison. Il y a toutefois des différences pour l'âge, l'année de diplomation, la profession, le poste occupé, le statut d'emploi et l'unité de soins. En effet, pour les deux premières variables, les moyennes sont plus élevées pour la stratégie de formation. Pour les autres variables, les différences sont souvent le résultat d'un choix administratif différent, soit une méthode de prestation de soins qui diffère.

Pour les patients, les taux de réponse sont plus élevés et les données sont présentées de façon agglomérée pour les 328 patients.

L'âge moyen des patients est de $65 \pm 15,6$ ans et il y a autant d'hommes que de femmes. Un patient sur cinq est fumeur. Parmi les patients, 33,5 % sont hospitalisés pour un problème cardiaque ou pulmonaire, 22,9 %, pour un problème digestif ou métabolique et 43,4 %, pour divers diagnostics. Pour les antécédents médicaux, 60,6 % des participants ont

des maladies multiples incluant une maladie cardiaque ou pulmonaire. La durée de séjour moyenne est de $9,1 \pm 15,1$ jours. Enfin, 36 % présentent au moins un symptôme respiratoire consigné au dossier.

Les données des patients sont comparables en ce qui concerne le sexe, les antécédents médicaux, le nombre de jours d'hospitalisation et la présence de symptômes respiratoires. Il existe des différences significatives pour l'âge (au temps 0 seulement), le statut tabagique et le diagnostic d'admission. Pour l'âge, on observe une moyenne plus élevée dans l'hôpital où la stratégie de formation interactive a été utilisée. Comme l'âge est relié au statut tabagique, on trouve moins de fumeurs dans l'hôpital où la stratégie de formation interactive a été utilisée, mais davantage dans le groupe contrôle. Pour le diagnostic d'admission, comme les unités de soins ne sont pas comparables (pour le personnel infirmier), il est normal de noter des diagnostics différents puisque ces derniers sont souvent orientés selon la vocation de l'unité de soins.

7.2 Évaluation des stratégies

Dans cette seconde partie, nous comparons les différentes stratégies en présentant les données provenant du personnel infirmier, des patients et de leurs dossiers. Cependant, nous ne pourrions examiner toutes les interventions à cause du nombre restreint de participants pour certaines d'entre elles. Par la suite, nous exposerons des analyses complémentaires effectuées en vue de lier certains résultats obtenus aux variables du modèle du comportement planifié. Nous terminerons par un résumé de l'évaluation des stratégies.

7.2.1 Interventions courtes en cessation tabagique

Les interventions courtes en cessation tabagique que réalise le personnel infirmier comprennent les interventions minimales et les interventions brèves. Dans notre étude, nous ne pouvons pas effectuer des tests statistiques sur toutes les interventions courtes en cessation tabagique à cause du nombre restreint de participants ayant répondu aux questions

individuelles. Tous les participants ont répondu aux questions de l'intervention minimale (évaluation du statut tabagique, inscription au dossier du statut tabagique, évaluation de la motivation à cesser de fumer) et une variable de l'intervention brève (la réalisation d'interventions en cessation tabagique). Pour les patients, nous pouvons effectuer des tests statistiques seulement pour l'évaluation du statut tabagique et l'inscription au dossier du statut tabagique.

Le Tableau XXVIII présente les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique selon les trois moments de la collecte des données. Les données dans ce tableau sont des données pour l'ensemble des participants. Afin d'aller plus loin dans l'explication des résultats, nous utilisons d'autres tests pour expliquer les différences intragroupes. Cependant, ces tests ne sont réalisés qu'avec les données des participants ayant répondu aux trois moments de la collecte des données (données absentes du tableau mais fournies plus loin dans le texte).

7.2.1.1 Évaluation du statut tabagique

Au temps 0, les infirmières et les infirmières auxiliaires déclarent évaluer le statut tabagique avec 35,7 % \pm 33 % (n=158) de leurs patients. Une plus grande proportion de personnel infirmier du groupe contrôle évalue le statut tabagique. En comparant ces données avec celles des temps 1 et 2, nous remarquons une augmentation de l'évaluation du statut tabagique chez les groupes ayant reçu la formation interactive et la stratégie multiple et chez le groupe contrôle. Selon une analyse de variance mixte (mesures répétées et tenant compte de tous les participants), il n'y a pas de différence significative entre les groupes (F : 1,245; N.S.).

Tableau XXVIII : Pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique selon les trois collectes des données

Pratiques cliniques	Sources des données	Moment de la collecte	Stratégies			Groupe contrôle
			Formation	Rappel	Multiple	
Évaluation du statut tabagique	Personnel infirmier	Temps 0	15,3 %	34,7 %	36,6 %	59,2 %
			±21,2 % (29)	±29,7 % (28)	±33,8 % (78)	±31,5 % (23)
		Temps 1	27,2 %	33,9 %	39,3 %	
			±29,3 % (16)	±31,1 % (18)	±31,9 % (43)	
		Temps 2	29,3 %	27,0 %	36,9 %	82,2 %
			±34,5 % (15)	±27,7 % (15)	±30,9 % (30)	±17,6 % (9)
		Signification	Analyse de variance mixte : 1,245 (N.S.)			
	Patients	Temps 0	43,5 % (23)	55,6 % (36)	44,3 % (70)	77,8 % (9)
			60,9 % (23)	62,5 % (8)	68,1 % (47)	
			76,5 % (17)	50 % (14)	73,2 % (41)	77,8 % (9)
khi-carré de Pearson (p)		4,458 (N.S.)	0,327 (N.S.)	11,260 (<0,01)	0 (N.S.)	
Inscription du statut tabagique au dossier	Personnel infirmier	Temps 0	13,2 %	23,6 %	22,9 %	47,8 %
			±20,4 % (29)	±28,9 % (28)	±31,6 % (78)	±34,2 % (23)

Pratiques cliniques	Sources des données	Moment de la collecte	Stratégies			Groupe contrôle
			Formation	Rappel	Multiple	
		Temps 1	13,0 % ±23,8 % (16)	28,3 % ±32,2 % (18)	25,1 % ±28,0 % (43)	
		Temps 2	22,8 % ±31,1 % (15)	18,7 % ±25,2 % (15)	24,2 % ±29,4 % (29)	80,6 % ±17,0 % (9)
		Signification	Analyse de variance mixte : 1,686 (N.S.)			
		Temps 0	30,4 % (23)	50 % (36)	31,2 % (77)	33,3 % (9)
Dossiers		Temps 1	57,1 % (28)	80 % (10)	53,1 % (49)	
		Temps 2	20 % (20)	61,1 % (18)	59,5 % (42)	60 % (9)
		khi-carré de Pearson (p)	7,662 (p<0,05)	3,000 (N.S.)	10,825 (<0,01)	1,351 (N.S.)
		Temps 0	7,9 % ±20,1 % (29)	9,4 % ±14,1 % (28)	17,9 % ±27,8 % (78)	38,9 % ±37,9 % (23)
Évaluation de la motivation à cesser de fumer	Personnel infirmier	Temps 1	15,0 % ±36,7 % (16)	2,5 % ±4,6 % (15)	26,9 % ±34,3 % (21)	
		Temps 2	26,7 %	22,7 %	29,3 %	45,6 %

Pratiques cliniques	Sources des données	Moment de la collecte	Stratégies			Groupe contrôle
			Formation	Rappel	Multiple	
			±32,0 % (15)	±30,6 % (15)	±35,8 % (29)	±28,3 % (9)
		Signification	Analyse de variance mixte : 0,287 (N.S.)			
Réalisation d'interventions en cessation tabagique	Personnel infirmier	Temps 0	10,3 % (29)	14,3 % (28)	35,9 % (78)	52,2 % (23)
		Temps 1	37,5 % (16)	44,4 % (18)	48,8 % (43)	
		Temps 2	62,5 % (15)	20 % (15)	30 % (30)	55,6 % (9)
		Signification	Test de Cochran : 2,333 (N.S.)			

En utilisant seulement les données pour les participants qui ont répondu à tous les questionnaires, nous observons une augmentation de l'évaluation du statut tabagique uniquement pour le groupe de la stratégie de formation (24,5 %, 29 % et 37,5 %) qui n'est pas non plus significative. Pour le groupe contrôle, nous observons des moyennes plus près l'une de l'autre (79,3 % et 81,4 %) d'un temps à l'autre. Si nous comparons les données du groupe contrôle d'un temps à l'autre à l'aide d'un test t de Student pour échantillons appariés, nous obtenons un résultat non significatif (test t de Student : -0,348; N.S.). Cela signifie, que pour le groupe contrôle, il n'y a pas de différence entre le temps 0 et le temps 2 par rapport à l'évaluation du statut tabagique.

Il est intéressant de comparer les résultats avec ceux obtenus chez les patients. Lors des entrevues avec les patients, on leur demandait si une infirmière ou une infirmière auxiliaire s'était informée s'ils étaient fumeurs. Les patients pouvaient répondre « oui », « non »! ou « je ne m'en souviens pas ». À noter que pour fins d'analyse, nous avons considéré comme des « non » tous ceux qui ont répondu « je ne m'en souviens pas ». Au temps 0, 49,3 % des patients disent avoir été évalués pour le statut tabagique, 65,4 % au temps 1 et 70,4 % au temps 2. Nous observons une augmentation de l'évaluation du statut tabagique chez les patients des centres hospitaliers où la stratégie de formation et la stratégie multiple ont eu lieu. En effectuant des analyses de comparaison de groupes sans égard aux temps de collecte, nous notons que seule la stratégie multiple indique une augmentation de l'évaluation du statut tabagique selon la perception des clients (khi-carré de Pearson : 11,260 $p < 0,01$). Pour la stratégie de formation, malgré des résultats statistiquement non significatifs (khi-carré de Pearson : 4,458; N.S.), nous observons une tendance à l'augmentation de l'évaluation du statut tabagique rapportée par les patients. Il est intéressant de constater que les réponses affirmatives des patients sont plus élevées que celles autorapportées par le personnel infirmier.

7.2.1.2 Inscription du statut tabagique au dossier

L'inscription au dossier du patient était vérifiée selon deux sources de données : avec le personnel infirmier (autorapportée) et dans le dossier du patient où la vérification du statut tabagique était notée par le personnel infirmier. Le personnel infirmier déclare inscrire l'évaluation du statut tabagique au dossier à 35,7 % \pm 33 % (n=158) au temps 0, à 23,4 % \pm 28,4 % (n=77) au temps 1 et à 30,1 % \pm 33,6 % (n=68) au temps 2. Nous remarquons que le personnel infirmier inscrit moins le statut tabagique au dossier que ce qu'il rapporte faire à la suite d'une analyse de variance mixte, il n'y a pas de différence significative pour les trois moments de la collecte des données (F : 1,686; N.S.).

En utilisant seulement les participants qui ont répondu aux trois questionnaires, nous remarquons également des moyennes plus près l'une de l'autre pour tous les groupes. Si nous comparons les moyennes obtenues avec les sept participants du groupe contrôle (76,4 % et 81,4 %) à l'aide d'un test t de Student pour échantillons appariés, nous obtenons un test t de Student à -0,753 (N.S.). Cela signifie, que pour le groupe contrôle, il n'y a pas de différence entre le temps 0 et le temps 2 par rapport à l'inscription de l'évaluation du statut tabagique au dossier.

L'inscription du statut tabagique a été vérifiée par les assistantes de recherche dans les dossiers de tous les patients participants. Nous trouvons une trace de l'inscription du statut tabagique dans 35,9 % des dossiers au temps 0, dans 57,5 % au temps 1 et dans 51,1 % au temps 2. Il est intéressant de constater que nous retrouvons la trace de l'inscription du statut tabagique dans les dossiers davantage que celle déclarée par le personnel infirmier, sauf pour le groupe contrôle. Nous observons une augmentation de l'inscription du statut tabagique dans tous les hôpitaux après l'implantation des stratégies. C'est seulement pour la stratégie de formation que l'on observe une diminution aux temps 2 par rapport au temps 0 et 1. Une analyse de comparaison de groupes démontre une augmentation significative seulement pour la stratégie de formation (khi-carré de Pearson : 7,662; $p < 0,05$) et la stratégie multiple (khi-carré de Pearson : 10,825; $p < 0,01$). Il est

intéressant de constater également que les taux rapportés sont supérieurs à ceux autodéclarés par le personnel infirmier et qu'en général, ils sont inférieurs à ceux autodéclarés par les patients.

7.2.1.3 Évaluation de la motivation à cesser de fumer

L'évaluation de la motivation à cesser de fumer est une activité professionnelle peu connue du personnel infirmier. C'est pourtant une question essentielle afin d'identifier l'étape de changement du fumeur et, ainsi, d'orienter les interventions d'une façon plus individualisée. En effet, lors des formations, la plupart des participants ne savaient pas qu'il fallait évaluer la motivation afin d'individualiser les interventions selon les étapes de changement de Prochaska.

Le personnel infirmier déclare réaliser l'évaluation de la motivation à cesser de fumer à 17,6 % \pm 27,9 % (n=158) au temps 0, à 27,2 % \pm 31,8 % (n=77) au temps 1 et à 29,4 % \pm 33 % (n=68) au temps 2. L'analyse par hôpital démontre aussi une augmentation aux temps 1 et 2 pour les groupes où ont eu lieu les stratégies (formation interactive, rappel et multiple). Cependant, une analyse de variance mixte avec tous les participants n'a pas permis de constater des différences significatives entre les moments de la collecte des données (F : 0,287, N.S.).

Il est intéressant d'effectuer d'autres analyses avec un test t de Student pour échantillons dépendants. Il faut cependant interpréter ce test avec prudence puisque l'erreur de première espèce augmente à cause du nombre de tests t effectués (trois collectes de données pour la stratégie de formation interactive, la stratégie de rappel et la stratégie multiple). En effectuant ces tests, nous observons une augmentation entre les temps 0 et 2 pour la formation (test t de Student : -2,508, $p < 0,05$). Pour la stratégie multiple, nous observons également une augmentation entre les temps 0 et 1 (test t de Student : -2,558, $p < 0,05$).

7.2.1.4 Interventions brèves

Les interventions brèves sont des interventions d'une durée de moins de 10 minutes. Une question était posée à toutes les infirmières et infirmières auxiliaires à savoir si elles réalisaient des interventions en cessation tabagique. Seules les participantes ayant répondu « oui » poursuivaient en précisant leurs différentes interventions. Au temps 0, 29,7 % des participantes déclarent réaliser des interventions en cessation tabagique. Au temps 1, c'est 45,5 % et au temps 2, c'est 31,9 %. En observant les groupes séparément, on constate une augmentation de la fréquence des interventions réalisées au temps 1 pour les groupes où ont eu lieu les stratégies, qui diminue par la suite au temps 2. L'implantation des stratégies a probablement eu un effet à court terme. On observe que seule la stratégie de formation interactive obtient une fréquence élevée autant au temps 1 que 2.

Nous remarquons une tendance à l'augmentation des interventions dans les trois groupes où ont eu lieu les stratégies au temps 1. Nous notons aussi une diminution au temps 2 par rapport au temps 1. Le test de Cochran pour données quantitatives dépendantes démontre qu'il n'existe pas de différence entre les trois moments de la collecte des données et les quatre hôpitaux (Test de Cochran : 2,333; N.S.). Cependant, si nous comparons seulement le temps 0 et le temps 1, avec le test de McNemar pour données dépendantes, nous constatons une différence significative entre la mesure préintervention et celle obtenue un mois après l'implantation de la stratégie de formation interactive, la stratégie de rappel et la stratégie multiple ($p < 0,05$). Cela signifie que le nombre d'interventions en cessation tabagique déclarées par le personnel infirmier a augmenté après l'implantation des stratégies dans les trois groupes. Nous devons tout de même interpréter ces résultats avec prudence puisque nous ne comparons que deux temps de la collecte des données.

7.2.2 Théorie du comportement planifié

La théorie du comportement planifié permet d'expliquer et de comprendre certains changements de pratiques cliniques chez le personnel infirmier. Selon le cadre de référence

présenté au chapitre 3, seules la stratégie de formation et la stratégie multiple peuvent modifier les croyances et les attitudes des participants. Les concepts décrits sont : l'intention (I); les attitudes (Aact); les croyances comportementales (bXe); la norme subjective (NS); les croyances normatives (nbXmc); les perceptions de contrôle du comportement (PBC); et les croyances de contrôle (cXp). Le tableau XXIX présente les concepts du comportement planifié selon les trois temps de mesure.

Le concept de l'intention évalue l'intention du personnel infirmier à réaliser, à l'avenir, des interventions en cessation tabagique. Les valeurs de l'intention varient de 5 à 35. En effectuant une analyse de variance mixte, nous n'obtenons aucune différence significative entre les groupes et les moments de la collecte des données (F : 1,029, N.S.). Cela veut dire qu'il n'y a pas eu d'augmentation de l'intention après l'implantation des stratégies.

L'attitude détermine l'intention d'intervenir en cessation tabagique. Les valeurs possibles avec l'attitude varient de 6 à 42. L'analyse de variance mixte de tous les participants ne démontre pas de différence significative entre les moments de la collecte des données (F : 2,171, N.S.). Nous pouvons donc croire que les stratégies n'ont pas modifié les attitudes.

Les croyances comportementales (bXe) sont les croyances individuelles face au comportement (b) et l'évaluation des conséquences du comportement (e). Les valeurs possibles des croyances comportementales vont de -45 à 45. À la suite d'une analyse de variance mixte, nous n'observons aucune différence significative (F=0,965; N.S.). Les stratégies n'ont donc pas modifié les croyances comportementales.

La norme subjective est la pression sociale perçue à réaliser ou non le comportement. Les valeurs possibles pour la norme subjective varient de 4 à 28. En effectuant une analyse de variance mixte, nous ne notons cependant aucune différence significative de la norme subjective selon les stratégies (F=1,296, N.S.). Cela signifie que les stratégies n'ont pas eu d'effet sur la norme subjective.

Tableau XXIX : Concepts du comportement planifié selon les trois collectes des données

Concepts	Moment de la collecte	Stratégies			Groupe contrôle
		Formation	Rappel	Multiple	
Intention (5 à 35)	Temps 0	21,6 ±7,2 (29)	20,8 ±6,6 (28)	25,6 ±5,9 (77)	24,0 ±7,1 (23)
	Temps 1	24,9 ±7,5 (16)	19,2 ±9,0 (18)	26,0 ±5,6 (41)	
	Temps 2	25,0 ±7,1 (15)	20,5 ±7,2 (15)	25,6 ±4,6 (30)	26,9 ±6,4 (9)
	Signification	Analyse de variance mixte : 1,029 (N.S.)			
Attitude (6 à 42)	Temps 0	29,7 ±6,8 (29)	29,1 ±6,7 (28)	32,2 ±6,1 (76)	34,1 ±3,2 (23)
	Temps 1	31,4 ±6,1 (16)	28,2 ±7,4 (17)	30,7 ±6,0 (43)	
	Temps 2	30,2 ±7,2 (15)	28,9 ±5,9 (15)	30,2 ±5,5 (30)	33,8 ±2,9 (9)
	Signification	Analyse de variance mixte : 2,177 (N.S.)			
Norme subjective (4 à 28)	Temps 0	16,7 ±4,8 (29)	16,6 ±4,9 (28)	18,4 ±5,1 (75)	20,3 ±5,1 (23)
	Temps 1	17,7 ±5,6	19,0 ±4,5	18,9 ±4,3	

Concepts	Moment de la collecte	Stratégies			Groupe contrôle
		Formation	Rappel	Multiple	
		(16)	(17)	(43)	
	Temps 2	20,7 ±4,1 (15)	17,2 ±2,2 (15)	18,7 ±4,6 (30)	20,9 ±4,6 (9)
	Signification	Analyse de variance mixte : 1,296 (N.S.)			
Perception de contrôle du comportement (7 à 49)	Temps 0	22,6 ±5,7 (29)	23,9 ±5,5 (28)	25,3 ±6,2 (75)	28,1 ±6,3 (23)
	Temps 1	26,6 ±6,5 (16)	23,6 ±6,6 (18)	27,3 ±7,6 (43)	
	Temps 2	26,7 ±6,9 (15)	23,6 ±6,4 (15)	27,9 ±6,6 (30)	26,8 ±2,2 (9)
	Signification	Analyse de variance mixte : 2,521 (p<0,05)			
Croyances comportementales (bXe) (-45 à 45)	Temps 0	12,5 ±9,0 (29)	10,9 ±9,1 (28)	15,9 ±11,2 (77)	14,1 ±13,6 (23)
	Temps 1	16,4 ±11,1 (16)	10,6 ±11,4 (18)	17,1 ±11,8 (43)	
	Temps 2	14,9 ±10,3 (15)	13,9 ±9,2 (15)	14,6 ±12,6 (30)	11,3 ±14,4 (9)
	Signification	Analyse de variance mixte : 0,965 (N.S.)			

Concepts	Moment de la collecte	Stratégies			Groupe contrôle
		Formation	Rappel	Multiple	
Croyances normatives (npXmc) (-126 à 126)	Temps 0	37,7 ±27,5 (29)	42,1 ±33,9 (28)	52,4 ±30,9 (75)	60,2 ±28,1 (23)
	Temps 1	50,9 ±30,0 (16)	45,1 ±31,3 (18)	49,5 ±28,7 (42)	
	Temps 2	43,7 ±19,8 (15)	35,8 ±27,9 (15)	43,2 ±27,0 (30)	62,8 ±28,9 (9)
	Signification	Analyse de variance mixte : 1,278 (N.S.)			
Croyances de contrôle (cXp) (5 à 245)	Temps 0	114,5 ±43,4 (29)	103 ±41,0 (28)	117,0 ±46,3 (76)	142,1 ±39,1 (23)
	Temps 1	137,6 ±40,7 (16)	99,2 ±42,1 (18)	126,8 ±49,1 (43)	
	Temps 2	127,7 ±45,0 (15)	98,7 ±38,2 (15)	116,1 ±51,0 (30)	131,6 ±45,3 (8)
	Signification	Analyse de variance mixte : 1,155 (N.S.)			

Les croyances normatives (npXmc) sont les croyances aux opinions des autres (np) et la motivation à se conformer à ces normes (mc). Les valeurs possibles des croyances normatives vont de -126 à 126. Une analyse de variance mixte démontre qu'il n'y a pas de différence significative ($F=1,278$, N.S.) entre les groupes.

La perception de contrôle du comportement détermine l'intention et les pratiques cliniques. Les valeurs possibles vont de 7 à 49. Nous observons une augmentation de la perception de contrôle du comportement dans les milieux où ont eu lieu la stratégie de formation interactive et la stratégie multiple. Une analyse de variance mixte démontre une différence significative selon les groupes ($F= 2,251, p<0,05$). Cela signifie que le personnel infirmier des milieux qui ont bénéficié de la stratégie de formation interactive et la stratégie multiple se sent plus en contrôle pour intervenir en cessation tabagique après la formation interactive. En effectuant des tests t de Student pour échantillons appariés pour chacun des milieux, nous constatons que la stratégie de formation et la stratégie multiple présentent des résultats significatifs. Pour la stratégie multiple, nous observons une relation statistiquement significative entre les temps 0 et 1 ($t= -2,111, p<0,05$) et entre les temps 0 et 2 ($t= -2,733, p<0,05$). Pour la stratégie de formation interactive, nous notons des résultats statistiquement significatifs entre les temps 0 et 1 ($t= -2,577, p<0,05$).

Les croyances de contrôle (pXc) sont les croyances face aux facteurs facilitant ou empêchant la performance (p) et la perception de contrôle sur ces facteurs (c). Les valeurs possibles des croyances de contrôle vont de 5 à 245. Une analyse de variance mixte démontre qu'il n'existe pas de différence significative entre les croyances de contrôle selon les groupes ($F= 1,155, N.S.$).

En résumé, quelques interventions qui ont été mises en place ou non par le personnel infirmier après à l'implantation des stratégies et d'autre part, nous résumons quelques variables qui expliqueraient l'utilisation de ces interventions par le personnel infirmier. Il est intéressant de mentionner que l'hôpital contrôle n'a pas démontré de modification entre le temps 0 et le temps 2 et ce, pour toutes les interventions mesurées.

Pour l'évaluation du statut tabagique, le test d'analyse de variance pour modèle mixte n'a démontré aucun effet des stratégies, même si nous pouvons observer une tendance à la hausse pour le groupe ayant bénéficié de la stratégie de formation interactive.

Chez les patients, nous observons une augmentation significative de l'évaluation du statut tabagique dans le groupe où le personnel infirmier a bénéficié de la stratégie multiple.

Pour l'inscription des données, nous n'observons aucune différence significative chez le personnel infirmier même si les données des dossiers montrent une différence significative pour les groupes de stratégie de formation interactive et de stratégie multiple. Cela signifie que l'on trouve dans les dossiers des patients une augmentation de l'inscription du statut tabagique après l'implantation des stratégies.

Le personnel infirmier n'évalue pas davantage la motivation à cesser de fumer après l'implantation des stratégies. Des analyses intragroupes (test t de Student) ont démontré des différences significatives pour le groupe de stratégie multiple au temps 0-1 et pour le groupe de stratégie de formation au temps 0-2.

Les interventions en cessation tabagique n'augmentent pas après l'implantation des stratégies. Cependant, à court terme, nous observons une augmentation des interventions en cessation tabagique entre les temps 0 et 1, qui n'est plus maintenue au temps 2, soit trois mois plus tard.

Parmi les concepts de la théorie du comportement planifié, seule la perception de contrôle du comportement (PBC) a démontré une différence significative après l'implantation des stratégies. La stratégie de formation interactive et la stratégie multiple ont eu un impact positif sur la perception de contrôle du comportement du personnel infirmier.

Chapitre 8

Discussion et recommandations

Dans le présent chapitre, nous discuterons des résultats de l'étude en lien avec la littérature recensée et nous formulerons des recommandations au regard des hypothèses formulées. Tout d'abord, rappelons nos quatre hypothèses : 1) La formation interactive augmente à trois mois, de façon significative, les interventions de cessation tabagique de courte durée. 2) Les rappels augmentent à trois mois, de façon significative, les interventions de cessation tabagique de courte durée. 3) La stratégie multiple augmente à trois mois, de façon significative, les interventions de cessation tabagique de courte durée. 4) La stratégie multiple permet, après trois mois, d'augmenter le nombre d'interventions de cessation tabagique de courte durée davantage que la stratégie de formation interactive et la stratégie de rappel.

Dans notre étude, nous avons utilisé quatre sources de données. Le personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), notre principale source de données, a répondu à des questions sur ses comportements en cessation tabagique, son intention d'agir, ses attitudes, ses croyances comportementales, sa norme subjective, ses croyances normatives, sa perception de contrôle du comportement et ses croyances de contrôle à trois moments : avant l'implantation des stratégies, puis un mois et trois mois après l'implantation des stratégies. Les patients et leurs dossiers constituent la deuxième source de données qui nous a permis d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier aux trois moments de la collecte des données. Les questionnaires, notre troisième source de données, ont précisé la situation organisationnelle (soutien, remplacement, etc.). Dans leur cas, nous n'avons présenté qu'une brève description des variables utilisées à cause du petit nombre de questionnaires. La dernière source de données est constituée des responsables des centres d'abandon du tabac; ceux-ci ont permis de valider le nombre de références reçues de la part du personnel infirmier. Nous mettrons ici l'accent sur l'explication des résultats obtenus du personnel infirmier de même que des patients et de leurs dossiers, nos deux principales sources de données.

Le présent chapitre est divisé en six parties. Dans la première partie, nous tentons d'expliquer les taux de réponse obtenus des différentes sources de données. Par la suite, nous comparons les groupes selon les caractéristiques des échantillons. Dans la troisième partie, nous décrivons les interventions réalisées par le personnel infirmier de même que les résultats de notre recherche en lien avec les concepts du modèle du changement planifié. Dans la quatrième partie, nous reprenons chacune de nos hypothèses afin d'expliquer l'efficacité des stratégies utilisées en portant une attention particulière aux résultats du groupe contrôle. Ensuite, nous discutons de la validité des résultats dans le contexte de la présente étude pour poursuivre en formulant des recommandations à la lumière de ces résultats.

8.1 Taux de réponse

Tout d'abord, nous tenterons d'expliquer les taux de réponses du personnel infirmier et des patients.

8.1.1 Personnel infirmier

Chez le personnel infirmier, le taux de réponse est très faible et il varie également d'une unité de soins à l'autre. Dans chaque hôpital, le personnel infirmier d'au moins une unité de soins a peu répondu aux questionnaires. Toutefois, cinq auteurs ayant évalué des pratiques cliniques d'infirmières ont obtenu des taux de réponse semblables aux nôtres. Par exemple, Houghthon *et al.* (2008) ont obtenu un taux de réponse de 44 % dans une évaluation des pratiques cliniques d'infirmières anesthésistes. Hutchinson et Johnston (2004) ont pour leur part obtenu un taux de réponse de 45 %; Tremblay, Cournoyer, Jukic *et al.* (2006) un taux de réponse de 52 % en évaluant des pratiques cliniques d'infirmières. Segaar *et al.* (2007) ont obtenu un taux de réponse de 38 %, malgré la compensation financière versée, ce qui se compare au taux de 36 % obtenu par Svavardsdottir et Hallgrimsdottir (2008). Certaines études d'évaluation des pratiques cliniques obtiennent des taux de réponse plus élevés, variant de 62 % à 77,6 % (Braun *et al.*, 2004; Gomm *et al.*,

2002; Hall et Marteau, 2007; Johnston, Chan, Chan, Lam, Chi et Leung, 2005; Kotz *et al.*, 2008; McCarty, Hennrikus *et al.*, 2001; Segaar, Bolman, Willemsen et de Vries, 2006; Yan *et al.*, 2008). Cependant, rien dans ces études ne permet d'expliquer les écarts des taux de réponse. Cependant, les méthodologies différentes d'une étude à l'autre pourraient influencer les taux de réponse.

À la suite des bilans faits avec les infirmières-chefs, nous avons regroupé les explications possibles en trois grandes catégories selon les facteurs liés à l'organisation, aux participants à l'étude et aux gestionnaires.

Facteurs organisationnels

Nous avons retenu cinq éléments explicatifs touchant des facteurs liés à l'organisation des soins. 1) Durant la recherche, plusieurs activités ont eu lieu en même temps que l'étude. Dans l'un des hôpitaux, le processus d'agrément était en cours. Or, ce processus exige que le personnel infirmier remplisse plusieurs questionnaires. Rappelons en outre que ce processus est obligatoire, alors que la recherche ne l'était pas. Dans plusieurs hôpitaux, des activités de formation étaient en cours pour l'implantation du plan thérapeutique infirmier (nouvelle loi) et pour l'implantation de politiques de gestion des accidents/incidents. Certains hôpitaux participaient aussi à d'autres projets de recherche en parallèle au nôtre, qui incluaient aussi le personnel infirmier. Entre autres, dans un hôpital, six projets ont été mis en place simultanément durant notre étude. 2) Certaines unités de soins étaient en réorganisation majeure des activités de soins. Par exemple, pour la collecte au temps 2, deux unités dans deux hôpitaux ont été fermées et d'autres ont fermé des lits pour la réorganisation des activités à la suite des vacances estivales. 3) Il y a actuellement une mobilité sans précédent du personnel infirmier. Comme l'ont mentionné des infirmières-chefs : « Tu as un mouvement de personnel épouvantable. Moi, j'ai probablement la moitié des filles qui ont répondu au premier questionnaire qui ne sont plus là au deuxième. Elles sont enceintes, elles ont été mutées, elles sont déménagées. » Dans un tel contexte de roulement de personnel, la durée de l'étude a pu poser un problème. Comme

l'a dit une infirmière-chef : « Trois mois, c'est relativement long. » 4) La charge de travail du personnel infirmier et le climat actuel qui règne dans les milieux de santé posent problème pour toute étude ou toute addition au travail déjà très lourd. 5) Le dernier élément organisationnel est lié à la clientèle hospitalisée qui est très âgée et lourdement hypothéquée au point de vue médical.

Participants à l'étude

Pour les facteurs reliés aux participants à l'étude, nous avons retenu trois éléments qui peuvent expliquer le faible taux de réponse. Le premier élément est sans doute l'incompréhension de notre étude. En effet, le personnel infirmier ne comprenait pas pourquoi il fallait remplir trois questionnaires et pourquoi les mêmes questions étaient posées à trois moments différents. Des infirmières-chefs ont mentionné que le personnel infirmier ne percevait pas les avantages de remplir trois fois le même questionnaire. Plusieurs participants ont refusé de répondre aux temps 1 et 2 en mentionnant qu'elles avaient déjà répondu et que, pour elles, rien n'avait changé. Comme deuxième élément, le surcroît de travail a été également mentionné par les gestionnaires afin d'expliquer le faible taux de réponse. Plusieurs infirmières ont perçu notre étude comme une surcharge de travail. Dans le brouhaha des unités, elles avaient tendance à remettre à plus tard le questionnaire. Le dernier élément concerne l'expérience du personnel infirmier. Selon les infirmières-chefs, plusieurs infirmières se plaisent dans un rôle plus centré sur les techniques, comme le démontre les commentaires suivants : « Je ne veux pas généraliser mais je pense que quand on regarde la profession aujourd'hui, les générations ont évolué aussi, j'entends et j'entendais beaucoup les plus jeunes moins expérimentées avoir de la difficulté à entrer dans les volets confidentiels... Elles sont bonnes dans les techniques. »; « C'est pas grave si moi je n'en parle pas, l'autre va en parler. Elles restent superficielles... »; « ...beaucoup sont formées comme techniciennes... »; « T'es valorisé par l'acte que tu poses... ». Il faut rappeler que la majorité des infirmières québécoises, de même que celles de notre échantillon, sont formées au niveau collégial, donc à un niveau

plus technique. Toutes les autres provinces canadiennes exigent le baccalauréat en sciences infirmières comme minimum pour obtenir le droit de pratique, ce qui relève le niveau professionnel et donc probablement le nombre d'interventions de promotion de la santé. Les études canadiennes montreraient peut-être des résultats différents à cause de la formation initiale exigée.

Gestionnaires

Les facteurs reliés aux gestionnaires se rapportent à quatre éléments. Le premier facteur touche leur compréhension de notre étude. Comme le personnel infirmier, certaines gestionnaires ont peu compris la raison de remplir le même questionnaire à trois moments de la recherche, ce qui les empêchait de bien répondre aux questions de leur personnel. « Il y avait une redondance des questionnaires et j'ai eu de la difficulté à répondre à ça et je ne voyais pas le bénéfice, où ça m'amenait. » Le deuxième élément lié aux gestionnaires concerne leur intérêt à l'égard de notre recherche. Certaines ont montré un grand intérêt, alors que d'autres n'en voyaient pas l'utilité et ne démontraient donc aucune motivation. Lors du bilan que nous avons fait avec les infirmières-chefs, celles-ci ont reconnu avoir des croyances différentes par rapport au projet, ce qui a influencé beaucoup les suivis à réaliser dans les unités de soins. Dans l'une des unités, une gestionnaire n'a pas distribué le dernier questionnaire au personnel infirmier en mentionnant qu'elle avait d'autres priorités plus importantes : « J'ai bien d'autres affaires à faire. » Une autre a mentionné : « Cela m'a tombé sur les nerfs personnellement. » Le troisième élément est relié à l'expérience de la gestionnaire. Nous avons noté en effet que plusieurs gestionnaires occupaient leur poste depuis peu de temps et devaient donc apprendre à gérer dans un environnement très perturbé. « Au départ, comme chef de services, on est déjà des mobilisateurs puis, dépendamment, je pense, du contact, de la confiance, de la proximité qu'on a avec nos équipes,... »; « Le projet arrive comme j'entre en poste... j'avais une équipe de soirée qui était en crise...j'ai trouvé cela très très difficile. Je n'ai pas pu m'impliquer. »; « ...j'ai des chefs nouveaux qui sont préoccupés par les coupures de postes, par le budget, par toutes

sortes d'affaires... » Ces éléments ont joué sur le soutien qu'apportaient les gestionnaires aux équipes. Certaines remettaient les questionnaires en main propre, alors que d'autres laissaient les questionnaires dans la salle du personnel. Enfin, le dernier élément concerne la charge de travail des gestionnaires. En effet, les gestionnaires ont beaucoup de tâches à accomplir. « ...j'aurais aimé faire plus, mais je butine à gauche et droite. »; « J'ai tellement de réunions que je suis peu sur le département. » Plusieurs études ont eu lieu au cours des dernières années au Québec et au Canada qu'aux États-Unis démontrant que les gestionnaires n'ont pas l'énergie ou le soutien pour réaliser tout ce qu'elles doivent faire aux niveaux administratif et clinique. Ces études révèlent l'essoufflement des gestionnaires de premier niveau (Desjardins, 2007; Mayrand Leclerc, 2006; Mayrand Leclerc et Lacroix, sous presse; Mayrand Leclerc, Lavoie-Tremblay et Viens, 2006)

8.1.2 Patients

Chez les patients, nous avons obtenu des taux de réponse beaucoup plus acceptables, soit 67 % au temps 0, 51,8 % au temps 1 et 64,3 % au temps 2. Tout comme pour les infirmières, les taux de réponse varient d'une unité de soins à l'autre. Deux facteurs peuvent expliquer ces taux de réponse. Le premier est relié aux assistantes de recherche. En effet, nous remarquons une différence dans le nombre de patients ayant accepté de participer ou non à la recherche. Il est clair que la façon de se présenter et de présenter la recherche de même que les attentes en regard de leur participation ont pu jouer dans la décision de participer ou non à l'étude. Nous avons atteint les taux de réponse les plus élevés avec les entrevues que nous avons réalisées nous-mêmes. Des difficultés avec des assistantes de recherche (abandon en cours de route, méconnaissance du milieu hospitalier, difficulté de communication avec des patients plus âgés, etc.) ont également influé sur le nombre de patients approchés pour l'étude. Le taux le plus faible a été observé pour la stratégie de rappel au temps 1 où nous avons eu le plus de cas d'abandon des assistantes de recherche durant la collecte des données. Le deuxième facteur est relié aux formulaires de consentement et à la recherche dans les dossiers. Plusieurs patients voulaient

répondre aux questions oralement, mais ne voulaient pas signer le formulaire de consentement (trop long et trop complexe pour certains). À notre avis, ceci survient de plus en plus souvent lorsque les formulaires de consentement s'allongent (le nôtre avait quatre pages ou cinq pages selon les milieux). Malgré les explications fournies verbalement aux patients, plusieurs adultes ou personnes âgées se méfient des « papiers à signer ». D'autres voulaient répondre aux questions, mais ne voulaient pas que l'on consulte leur dossier médical. En éliminant ces patients, les taux de réponse ont diminué. Nous avons toutefois noté des taux similaires dans la littérature recensée qui varient de 50 % à 79 % (Duaso et Cheung, 2002; Kairouz *et al.*, 2007; Shourie, Conigrave, Proude et Haber, 2007; Smith *et al.*, 2002; Young, Girgis, Bruce, Hobbs et Ward, 2008). Rien dans ces études n'explique les difficultés rencontrées lors de la signature des formulaires de consentement. Pourtant, dans les discussions avec des collègues chercheurs, il semble que cela se produit fréquemment. Ces derniers croient que la longueur et la complexité des consentements à signer rebutent plusieurs patients, surtout ceux en situation de vulnérabilité (par exemple l'hospitalisation ou la sous-scolarisation).

8.2 Comparaison des groupes de l'étude

Avant de décrire les pratiques cliniques réalisées en matière de cessation tabagique et de répondre aux hypothèses de notre recherche, il est important de comparer les caractéristiques des différents groupes constituant l'échantillon, par hôpital. Nous n'examinerons que les sources de données du personnel infirmier et des patients puisque le nombre de participants pour les questionnaires et les responsables des centres d'abandon du tabac est minime.

8.2.1 Personnel infirmier

Les 157 membres du personnel infirmier de notre étude sont comparables en ce qui concerne le sexe, le nombre d'années de scolarité, le dernier diplôme obtenu ainsi que le nombre d'entre eux aux études, leur statut tabagique, le nombre de cigarettes fumées, le

nombre d'années comme fumeur, le nombre d'anciens fumeurs, le nombre d'années écoulées depuis la cessation tabagique, le nombre d'entre eux vivant avec un fumeur et de ceux-ci, le nombre permettant le tabagisme dans la maison.

Le statut tabagique est comparable pour les divers groupes (17,1 %), mais il est moindre que la moyenne provinciale. Rappelons que le personnel infirmier fait partie d'un groupe socioéconomique où le nombre de fumeurs est également moindre. Nous n'avons toutefois pas de données québécoises sur le nombre de fumeurs parmi le personnel infirmier. Il est cependant à espérer que la consommation tabagique soit faible ou même absente chez tous les professionnels de la santé, y compris le personnel infirmier. En effet, leurs connaissances des méfaits devraient les aider à ne pas initier ou à cesser la consommation tabagique. Ceci deviendrait clairement un incitatif social pour plusieurs personnes, dont les patients hospitalisés. Les études sur la prévalence du tabagisme chez le personnel infirmier avancent des taux fort variables. Par exemple, aux États-Unis, deux études notent des taux de prévalence plus élevés que notre étude, soit 31 % chez les infirmières anesthésistes (Houghton et al., 2008) et 36 % chez les infirmières toutes pratiques confondues (Daniel, 2003). Trois autres études américaines ont obtenu des taux plus faibles que notre étude, soit 5 % (Hall et Marteau, 2007) et 9,5 % (Braun et al., 2004) chez les infirmières toutes pratiques confondues. En ce qui concerne les infirmières dans les hôpitaux américains, Gomm *et al.* (2002) ont trouvé une prévalence de 13,4 %. Dans les autres pays, six études ont obtenu des prévalences variant de 2,9 % à 41,5 % (Chan *et al.*, 2007; Kotz *et al.*, 2008; McCann, Clark et Rowe, 2005; Pelkonen et Kankkunen, 2001; Shishani *et al.*, 2008; Svavarsdóttir et Hallgrímsdóttir, 2008).

Les groupes de notre échantillon ne se comparent pas en termes d'âge, de nombre d'années depuis la diplomation, de la profession, de titre d'emploi, de statut d'emploi et d'unité de soins. L'âge moyen du personnel infirmier de notre échantillon est inférieur à la moyenne provinciale. En effet, selon Marleau (2008), l'âge moyen des infirmières québécoises était en progression depuis quelques années, mais il est devenu stable en 2007-2008. Cet auteur explique ce phénomène par l'entrée massive de jeunes infirmières dans la

profession au cours des dernières années. Dans les hôpitaux faisant partie de notre échantillon, l'entrée des jeunes infirmières a été plus élevée dans les régions de l'Outaouais et de la Mauricie, mais plus faible dans la région du Bas Saint-Laurent. De plus, les jeunes infirmières trouvent davantage un emploi dans un centre hospitalier quand elles débutent leur carrière en médecine-chirurgie avant d'aller occuper des postes dans des spécialités. La situation diffère pour les infirmières auxiliaires qui travaillent majoritairement en médecine ou en chirurgie (Lévesque, 2007) puisqu'elles n'ont pas les compétences requises pour œuvrer dans des soins plus critiques. Nous avons observé le même phénomène avec le nombre d'années écoulées depuis la diplomation. Ces deux variables sont étroitement liées et les mêmes explications peuvent s'appliquer.

Pour la profession, le titre d'emploi, le statut d'emploi et l'unité de soins, nous avons noté des différences significatives entre les groupes. Le nombre de membres du personnel à temps complet se compare avec les données provinciales. Cependant, si nous comparons les régions, nous obtenons une plus grande proportion de personnel à temps complet dans les groupes où ont eu lieu la stratégie multiple et la stratégie de rappel que dans les groupes où ont eu lieu la stratégie de formation et dans le groupe contrôle. Toutes ces variables étant reliées à l'emploi, elles sont fortement influencées par l'organisation des soins qu'adoptent les hôpitaux. Comme les hôpitaux ont des modèles organisationnels différents, il est normal de trouver des différences pour ces variables.

8.2.2 Patients

D'après les données des patients, les groupes de notre échantillon se comparent en termes de sexe, d'antécédents médicaux, de symptômes respiratoires et de temps d'hospitalisation. Ils ne sont pas comparables pour l'âge, le statut tabagique et le diagnostic à l'admission. Nous avons observé une différence significative entre les groupes pour l'âge. Cette différence s'explique par la composition même de la population, car on trouve une population plus âgée dans la région où a eu lieu la formation interactive (Institut national de

santé publique du Québec en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut de la statistique du Québec, 2006).

L'échantillon total compte moins de fumeurs que la moyenne provinciale de 25,1 % (Statistique Canada, 2008) et, comme dans les données provinciales, il y a plus d'hommes fumeurs. Il est important de rappeler que la prévalence du tabac varie selon les groupes d'âge et le sexe. En effet, dans la recension des écrits, on observe une diminution de la prévalence selon l'âge. Pour les personnes de 65 ans et plus, la prévalence du tabagisme au Québec se situe à 12,5 %, soit 15,1 % chez les hommes et 10,6 % chez les femmes (Statistique Canada, 2008). Nous avons observé également une différence significative pour le statut tabagique des patients selon les régions et selon les collectes des données. Ces différences s'expliquent par deux facteurs. 1) La prévalence du tabagisme enregistrée varie d'une région à l'autre. En effet, l'une des régions (deux hôpitaux) a une prévalence plus élevée que la moyenne provinciale, alors que les deux autres régions ont des prévalences inférieures à celle-ci. 2) Le deuxième facteur peut être relié à l'âge. En effet, on trouve une proportion de personnes plus âgées à l'hôpital où a eu lieu la formation et donc, par le fait même, une prévalence moins élevée du tabagisme. Ces données sont en effet conformes aux données de Statistique Canada (2008) selon l'âge qui montrent que les personnes plus âgées fument moins.

Les diagnostics à l'admission diffèrent d'un hôpital à l'autre. Cette différence peut s'expliquer par les caractéristiques des unités de soins de notre étude. En effet, les catégories d'unité diffèrent d'un hôpital à l'autre. Par exemple, on trouve une unité de cardiologie pour le groupe contrôle et pour celui de la stratégie multiple, alors que dans les autres hôpitaux, les personnes souffrant de problèmes cardiaques ou coronariens sont réparties dans plusieurs unités de soins. Un autre facteur est le nombre d'unités par hôpital; le groupe contrôle compte deux unités participantes, alors que la stratégie multiple en compte quatre. Les personnes cardiaques de l'hôpital où a eu lieu la stratégie multiple se retrouvent avec les participants des autres unités, alors que, pour le groupe contrôle, elles se

retrouvent en plus grande proportion parce que seulement deux unités ont participé à notre étude.

8.3 Pratiques cliniques en cessation tabagique

Dans la présente section, nous fournirons une explication des interventions réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier (source de données : personnel infirmier et patients). Les interventions en cessation tabagique comprennent l'évaluation du statut tabagique, l'inscription au dossier, l'évaluation de la motivation à cesser de fumer et les interventions réalisées en cessation tabagique. Nous comparerons les données que nous avons obtenues avec les résultats rapportés dans la littérature.

Les patients rapportent avoir été évalués plus souvent que ne le rapporte le personnel infirmier. L'explication de cette différence réside probablement dans le souvenir des patients où l'évaluation du statut tabagique aurait pu être faite par d'autres types de personnel ou à leur arrivée à l'urgence. L'étude de Tremblay, Cournoyer, Jukic *et al.* (2006) a démontré que 62 % des infirmières faisaient l'évaluation du statut tabagique. Les études américaines obtiennent également des données semblables, soit à 52 % (Good *et al.*, 2004), 58 % (Daniel, 2003) et 69 % (Braun *et al.*, 2004). Braun *et al.* (2004) ont établi que les infirmières auxiliaires évaluaient peu le statut tabagique (29 %). Cependant, ces études décrivaient le comportement des infirmières de toutes pratiques confondues, alors que notre étude ne s'intéressait qu'au personnel infirmier travaillant en milieu curatif, ce qui nous laisse croire qu'il est moins élevé. Peu d'études nord-américaines ont recueilli des données chez le personnel en milieu hospitalier de soins aigus; la plupart l'ont fait en milieu communautaires où les pratiques préventives ou de promotion de la santé sont généralement acceptées comme faisant partie du rôle professionnel. McCarty, Hennrikus *et al.* (2001), dans une étude avec des infirmières d'hôpitaux américains, ont trouvé des taux similaires aux nôtres : 30 % des infirmières font régulièrement des évaluations du statut tabagique. Seule l'étude de Houghton *et al.* (2008) a démontré un taux très élevé d'évaluation tabagique chez les infirmières anesthésistes, soit 92 % qui disent le faire. C'est

un peu paradoxal de trouver un taux si élevé chez ces infirmières puisque Heath et Crowell (2007) mentionnent que les infirmières anesthésistes croient moins à ce type de pratique préventive. Cela tient peut-être au fait que c'est dans ce groupe d'infirmières qu'on retrouve l'un des taux les plus élevés de tabagisme. Des études menées dans d'autres pays ont rapporté des taux très variables. Par exemple, en Chine, les infirmières d'hôpitaux évaluent le statut tabagique de 12 % à 26,3 % du temps dans les études de Sekijima *et al.* (2005) et Chan *et al.* (2007), alors que Yan *et al.* (2008) situe ce taux à 45 %. C'est aux Pays-Bas, dans les unités de cardiologie, que l'on trouve les taux les plus élevés d'évaluation du statut tabagique, soit 80 % des infirmières qui réalisent ces évaluations (Segaar *et al.*, 2007).

Le personnel infirmier de notre étude déclare inscrire l'évaluation du statut tabagique au dossier environ une fois sur cinq aux temps 0 et 1, mais environ une fois sur trois au temps 2. Or, en consultant les dossiers des patients, nous observons une disparité importante entre les deux sources de données. Les taux de réponse moins élevés chez le personnel infirmier pourraient peut-être expliquer les différences observées.

Tout comme pour l'évaluation du statut tabagique, c'est le personnel infirmier du groupe contrôle qui évalue le plus la motivation à cesser de fumer (38,9 %); les résultats sont plus faibles dans les autres groupes. Comme pour l'évaluation du statut tabagique, nous avons démontré que les interventions en cessation tabagique sont plus nombreuses avec des patients présentant des problèmes cardiaques (Ferketich *et al.*, 2006; Hall et Marteau, 2007; McCarty, Henrikus *et al.*, 2001). Or, le groupe contrôle se trouve dans des unités qui accueillent davantage de patients ayant des pathologies d'origine cardio-respiratoire.

Lors de la formation interactive donnée dans deux hôpitaux, le personnel infirmier a dit être familier avec l'évaluation du statut tabagique, mais il ne savait pas qu'il fallait évaluer la motivation à cesser de fumer. En effet, il intervenait de la même façon avec tous les patients sans tenir compte de leur motivation. Pourtant, on sait que les interventions

doivent s'adapter à la motivation du patient à cesser de fumer. En effet, on n'intervient pas de la même façon lorsqu'un patient admet vouloir cesser de fumer ou lorsqu'il ne veut pas cesser de fumer. La littérature rapporte également des faibles taux d'évaluation de la motivation à cesser de fumer par le personnel infirmier. Tremblay, Cournoyer, Jukic *et al.* (2006) notent que 20 % des infirmières québécoises de toutes pratiques confondues évaluent cette motivation. De même, Braun *et al.* (2004) ont trouvé des taux moindres d'évaluation de la motivation à cesser de fumer (12 %) dans les interventions des infirmières et des infirmières auxiliaires américaines. Des taux de 18,3 % à 20,6 % ont été rapportés pour des infirmières chinoises (Chan *et al.*, 2007). Daniel (2003) et Good *et al.* (2004) ont démontré des taux plus élevés d'évaluation de la motivation à cesser de fumer chez les patients par des infirmières américaines, soit respectivement 36 % et 38 %. Seule l'étude de Segaar *et al.* (2007) a rapporté un taux très élevé d'évaluation infirmière de la motivation des patients cardiaques à cesser de fumer, soit 76 %. Cependant, ces données ont été obtenues après l'implantation d'un programme en cessation tabagique dans ces unités de soins spécialisées en cardiologie. Il semble donc que la formation peut au moins apporter des changements dans les connaissances sur cet aspect de la cessation tabagique.

Le personnel infirmier de notre étude déclare réaliser des interventions en cessation tabagique à 29,7 % (n=158) au temps 0, à 45,5 % (n=77) au temps 1 et à 31,9 % (n=69) au temps 2. Les études de Daniel (2003) et de Good *et al.* (2004) démontrent des taux équivalents aux nôtres avec respectivement 36 % et 32 % des infirmières qui le font.

Nous pouvons croire que le personnel infirmier a acquis peu de connaissances dans sa formation professionnelle sur l'intervention préventive en milieu hospitalier, parce que c'est généralement considéré comme du ressort des infirmières en milieux communautaires. Or, cette situation est en train de changer, mais elle n'est pas clairement établie malgré la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, qui renforce le leadership des établissements face à une responsabilité populationnelle et favorise l'intégration et la responsabilité professionnelle (Mercier et Labarre, 2004; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006a).

En résumé, le personnel infirmier déclare réaliser peu d'interventions en cessation tabagique (l'évaluation du statut tabagique, l'inscription du statut tabagique au dossier, l'évaluation de la motivation à cesser de fumer et le nombre d'interventions réalisées en cessation tabagique). Chez les patients, les taux déclarés sont légèrement plus élevés. Nos taux sont plus faibles que ceux retrouvés dans les études menées avec les infirmières de toutes pratiques confondues, mais ils sont semblables à ceux obtenus lors d'études effectuées en milieu hospitalier. Une différence est cependant observée dans la littérature sur les infirmières travaillant en cardiologie où les taux sont plus élevés. On remarque la même tendance dans notre étude, puisque le groupe contrôle (nombre plus élevé de cas ayant des problèmes cardiaques) affiche des taux plus élevés que les autres groupes.

8.4 Vérification des hypothèses

Les trois stratégies que nous avons implantées sont la formation interactive, le rappel dans les dossiers des patients et la stratégie multiple (formation interactive et le rappel). Notre choix reposait sur l'efficacité de ces méthodes démontrée dans la littérature et sur la faisabilité de leur réalisation en milieu hospitalier. Ces stratégies sont faciles à implanter et elles ont le potentiel d'exercer une action sur un grand nombre d'intervenants.

La formation interactive dure une heure trente avec de petits groupes et elle comprend de la discussion, des histoires de cas et des jeux de rôles. Elle agit sur le processus interne des personnes et sur leur motivation à s'améliorer (Koutsavlis *et al.*, 2001). Le rappel est une approche comportementale qui agit sur le processus externe de la personne et qui permet de contrôler la performance du professionnel par l'introduction de stimulus externes (Koutsavlis *et al.*, 2001; Smith, 2000).

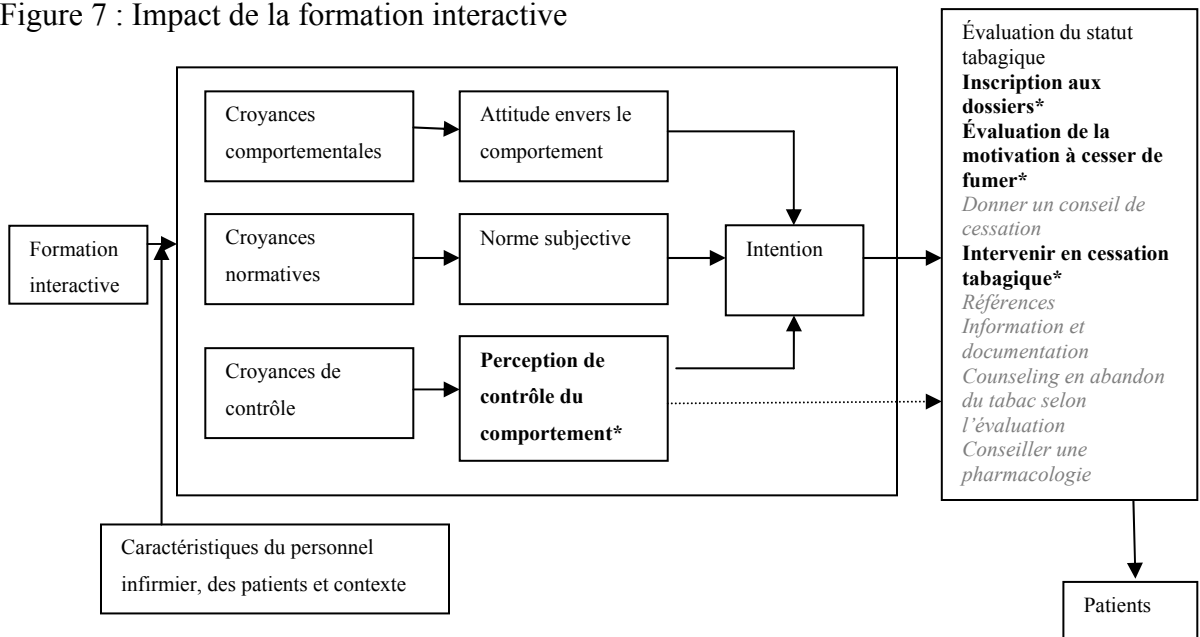
Les résultats obtenus dans notre étude sont peu concluants puisque nous avons obtenu un taux de réponse faible et que la stratégie de rappel a été peu réalisée dans les milieux. Cependant, nous avons tout de même constaté un effet de l'implantation des trois stratégies sur les interventions réalisées. Dans cette section, nous présenterons chacune de

nos hypothèses pour expliquer nos résultats à la lumière de la littérature. Le personnel infirmier du groupe contrôle réalise plus d'interventions en cessation tabagique que les autres groupes. Il est cependant important de mentionner qu'il n'y a pas de différence significative dans ce groupe entre le temps 0 et le temps 2. À partir de cette constatation, nous pourrions attribuer aux trois stratégies les différences notées dans les autres groupes. Cependant, nous tenterons d'expliquer pourquoi l'on trouve des taux plus élevés dans le groupe contrôle.

8.4.1 Hypothèse 1

Notre première hypothèse stipulait que la formation interactive d'une heure trente augmenterait à trois mois, de façon significative, les interventions de cessation tabagique de courte durée. Au total, c'est 63,8 %, soit 37 participants sur 58 qui ont suivi cette formation. La figure 7 présente l'impact de la stratégie de la formation interactive.

Figure 7 : Impact de la formation interactive



* Différence significative entre les moments de la collecte

Les tests d'analyse de variance mixte sur les données recueillies auprès du personnel infirmier n'ont pas démontré de différence significative dans le temps pour

l'évaluation du statut tabagique, pour l'inscription du statut tabagique au dossier ni pour l'évaluation de la motivation à cesser de fumer. Dans les dossiers des patients, on note une augmentation significative de l'inscription du statut tabagique. Par contre, pour l'évaluation du statut tabagique déclarée par les patients, on n'observe aucune différence significative dans le temps. Des analyses intragroupes (test t de Student) chez le personnel infirmier ont cependant démontré une augmentation significative de l'évaluation de la motivation à cesser de fumer (test t_{0-2} de Student = -2,508; $p < 0,05$). Cela signifie qu'entre le temps 0 et le temps 2, le personnel infirmier évalue davantage la motivation des patients à cesser de fumer. Évaluer la motivation à cesser de fumer afin de classer les patients fumeurs selon les étapes de changement est un concept relativement nouveau pour les infirmières, surtout pour celles œuvrant en milieu de soins aigus. En effet, lors des formations données, la majorité des infirmières a dit ne pas connaître le modèle de Prochaska; ce modèle est plus connu au Québec parmi les professionnels de la santé et des services sociaux en milieux communautaires. De plus, lors de la formation, elles ont avoué leur satisfaction à adapter les interventions à la motivation des patients. Peut-être sentaient-elles alors une plus grande influence de leur intervention sur le patient, qui devenait ainsi une source de satisfaction professionnelle.

Plusieurs études ont démontré l'efficacité de l'intervention en cessation tabagique. Swallow et Dykes (2004) rapportent une augmentation de l'évaluation du statut tabagique de 85 % à 100 % après une formation d'une heure donnée à 115 infirmières dans les hôpitaux. Borrelli, Lee et Novak (2008), après une formation d'une journée donnée à 98 infirmières de soins à domicile, ont démontré une augmentation significative de l'évaluation du statut tabagique après six mois (34 % à 75 %) et que de l'évaluation de la motivation à cesser de fumer (13,7 % à 66,7 %). Il est intéressant également d'observer de bons résultats chez d'autres types de professionnels, par exemple chez les médecins. Selon Kottke *et al.* (1989), une formation (didactique et interactive) de trois heures donnée à des médecins n'a pas augmenté l'évaluation du statut tabagique, mais elle a eu un effet sur la quantité de counseling réalisé auprès de la clientèle. Pour Ward et Sanson-Fisher (1996),

une formation de 3 jours étalée sur 13 semaines a démontré que les 34 médecins suivis évaluaient davantage le statut tabagique et réalisaient 8 % plus d'interventions en cessation tabagique. Enfin, Ulbricht *et al.* (2006), dans une étude avec 34 médecins, ont démontré qu'une formation de deux heures a permis aux médecins d'évaluer davantage le statut tabagique après une semaine (45,9 % à 96 %). Cependant, cette étude n'évaluait qu'à très court terme l'effet de la formation. En fait, à court terme, nos résultats indiquent aussi un effet.

Le personnel infirmier dit réaliser davantage d'interventions en cessation tabagique aux temps 1 et 2, mais cette situation ne se produit qu'à court terme (Cochran= N.S.; McNemar entre les temps 0 et 1, $p < 0,05$). Borrelli *et al.* (2008) ont démontré une augmentation des interventions en cessation tabagique qui se maintenait toujours après six mois, entre autres le conseil de cessation tabagique (de 46,2 % à 85,7 %), le soutien (de 34 % à 83,3 %) et le suivi (de 0 % à 16,7 %). Dans notre étude, nous n'avons pu faire aucune autre analyse à cause du trop petit échantillon. Rothermich *et al.* (2008), dans une étude de six mois avec 1 149 infirmières et assistants médicaux, ont démontré qu'une formation d'une heure modifiait les interventions réalisées par ces intervenants. En effet, ils ont fait davantage de counseling (61,9 % contre 53,4 %) et donné davantage de conseils en cessation tabagique (59,9 % contre 51,5 %). Boldman *et al.* (2002) dans une étude d'une durée de trois mois avec 789 infirmières, ont démontré qu'après une formation de deux heures, les interventions en cessation tabagique augmentaient à trois mois. Gordon *et al.* (2005) ont démontré que 287 hygiénistes dentaires réalisaient plus d'interventions en cessation tabagique après une formation de trois heures, après 3 et 12 mois.

La formation interactive augmente de la perception de contrôle du comportement chez le personnel infirmier. En effet, au départ, le personnel infirmier de notre étude voyait davantage d'obstacles à l'intervention en cessation tabagique. Le test d'analyse de variance mixte a permis de constater que la formation interactive augmentait la perception de contrôle ($F = 2,521$; $p < 0,05$) à court terme chez le personnel, ce qu'illustre également les résultats du test t de Student ($t_{0-1} = -2577$; $p < 0,05$). Le personnel infirmier a augmenté sa

perception d'efficacité personnelle et il croyait davantage être en mesure d'intégrer les pratiques cliniques en cessation tabagique dans son travail sans limiter le temps pour les autres patients. Les infirmières et les infirmières auxiliaires se sentent plus compétentes pour intervenir et elles croient également que leurs interventions auront plus d'influence sur leurs patients. Les croyances en regard du contrôle ont augmenté légèrement aux temps 1 et 2, mais elles n'ont pas démontré de différence significative. Gordon *et al.* (2005) ont également constaté qu'après une formation destinée aux hygiénistes dentaires, ces dernières ne percevaient plus autant d'obstacles à l'intervention. De leur côté, Marcus *et al.* (1999) ont démontré qu'une formation (didactique et interactive) d'une durée de quatre heures par semaine durant 18 mois augmentait les habiletés des participants à intervenir face aux drogues.

En résumé, la formation interactive offerte dans le cadre de notre étude n'a pas eu impact significatif sur le nombre d'interventions en cessation tabagique à trois mois. Les résultats actuels n'appuient pas notre première hypothèse. Cependant, en effectuant d'autres analyses, on peut observer une augmentation significative de l'évaluation de la motivation à cesser de fumer à trois mois et une augmentation à court terme du nombre d'interventions réalisées en cessation tabagique. Dans les dossiers des patients, on observe une augmentation à trois mois de l'inscription de l'évaluation du statut tabagique. Il est intéressant de constater que le personnel infirmier perçoit moins d'obstacle à intervenir en cessation tabagique après la formation interactive. La formation interactive a donc eu un certain effet.

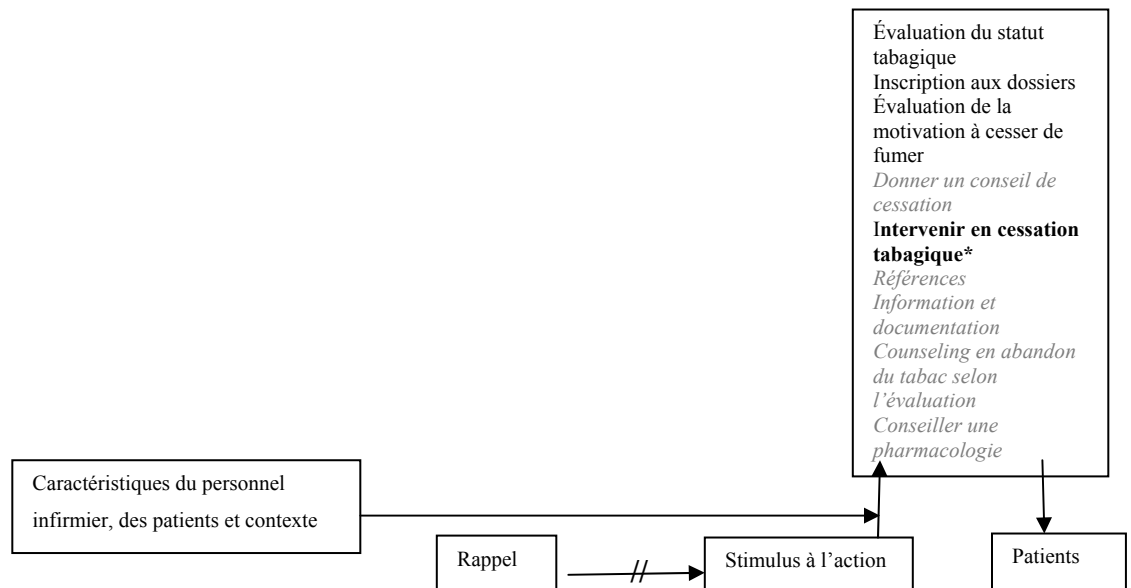
8.4.2 Hypothèse 2

Notre deuxième hypothèse stipulait que les rappels augmentent à trois mois, de façon significative, les interventions en cessation tabagique de courte durée. La figure 8 présente l'impact de cette stratégie. Le rappel a été versé au dossier à 50 % au temps 1 et à 22,2 % au temps 2. Lors de notre bilan avec les infirmières-chefs, l'une d'elles a déclaré : « Je me suis assurée de faire le rappel avec X et X. J'ai apporté un paquet de feuilles. Je les

ai mis dans son visage. Je veux ça dans les dossiers. Oui, oui, oui. Ils l'ont oublié. Pis, comme je te dis, je pense qu'après le deuxième sondage, ça s'est comme estompé cette histoire là. Je n'ai peut-être pas été assez présente. »

Les pratiques cliniques en cessation tabagique (évaluation du statut tabagique, inscription aux dossiers des patients et évaluation de la motivation à cesser de fumer) n'ont pas démontré de différences significatives. Cependant, le nombre d'interventions en cessation tabagique est statistiquement plus élevé à court terme seulement (temps 1). La non signification à trois mois concorde également avec la diminution du nombre de feuilles de rappel mise aux dossiers. Les données des patients n'ont également pas donné des résultats significatifs.

Figure 8 : Impact du rappel



* Différence significative entre les moments de la collecte

McDaniel *et al.* (1999), dans une étude avec 36 infirmières en cardiologie, ont évalué les rappels affichés à l'unité de soins et versés dans les dossiers des patients. Le nombre de références est passé de 3,4 % à 36,4 % lorsque les rappels étaient au dossier et il a diminué à 2,1 % après leur retrait du dossier. Pour leur part, Kelly *et al.* (2003) ont

analysé l'efficacité d'un rappel dans 6 000 dossiers sur deux ans. Leurs résultats ne démontrent pas d'augmentation de l'évaluation du statut tabagique, mais une augmentation des conseils en cessation tabagique.

En résumé, le rappel effectué dans notre étude a démontré son efficacité seulement pour le nombre d'interventions réalisées par le personnel infirmier au temps 1. Aucune modification n'est démontrée pour toutes les autres interventions, y compris les données recueillies auprès des patients. Cependant, il faut être prudent dans l'interprétation de ces résultats puisque le rappel a été peu appliqué dans les milieux, même après nos discussions avec les infirmières-chefs. Ceci indiquerait donc un échec d'implantation. Notre étude n'a pas permis d'évaluer correctement cette stratégie. Nos résultats n'appuient pas notre deuxième hypothèse.

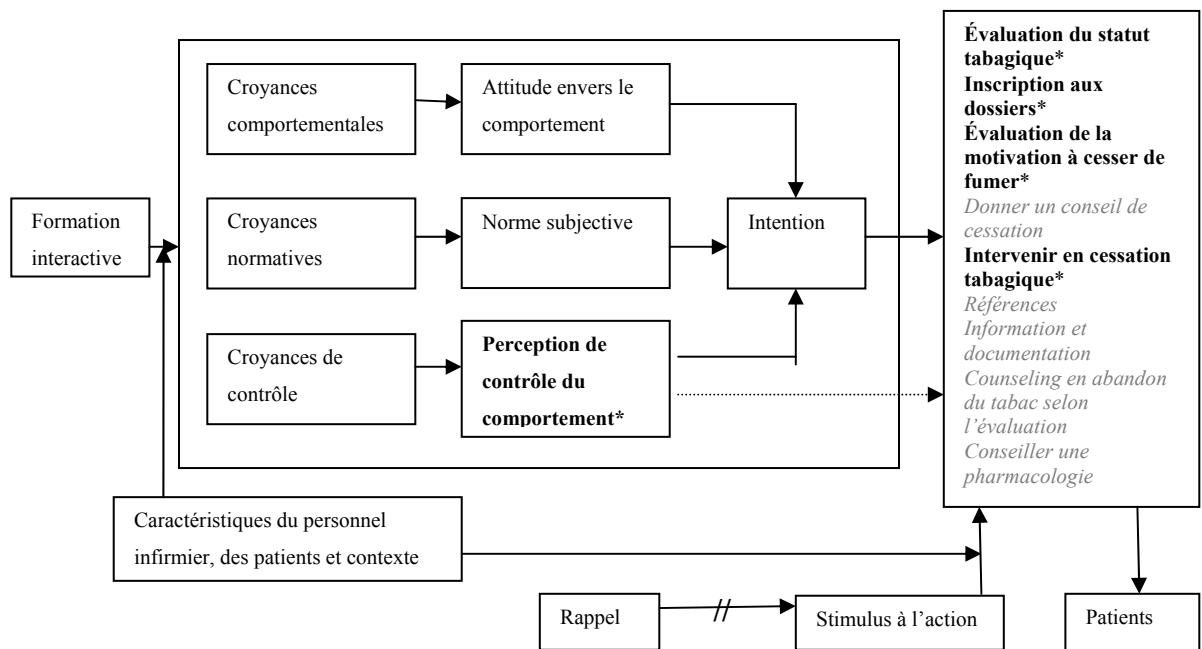
8.4.3 Hypothèse 3

Notre troisième hypothèse stipulait que la stratégie multiple (formation interactive et rappel) augmenterait à trois mois, de façon significative, les interventions en cessation tabagique de courte durée. La Figure 9 présente l'impact de cette stratégie. Au total, 66,4 % des participants (99 sur 149) ont suivi la formation interactive mais la stratégie de rappel s'est retrouvée dans les dossiers à 14 % au temps 1 et à 14,3 % au temps 2. Une gestionnaire précisait qu'avec le « roulement de commis, c'est compliqué pour les messages ». Lors du bilan, les gestionnaires ont mentionné qu'il aurait été préférable d'insérer nous-mêmes les rappels dans les dossiers, ce que nous ne voulions pas faire puisque nous désirions influencer le personnel vers des actions positives autonomes en cessation tabagique.

Tout comme pour la première hypothèse, les tests d'analyse de variance mixte sur les données n'ont pas démontré de différence significative dans le temps pour l'évaluation du statut tabagique, pour l'inscription du statut tabagique au dossier ni pour l'évaluation de la motivation à cesser de fumer. Enfin, le personnel infirmier a dit réaliser davantage d'interventions en cessation tabagique, mais cela n'est démontré qu'à court terme (test de

McNemar significatif entre les temps 0 et 1). Des analyses intragroupes (tests t de Student) ont cependant démontré, à court terme seulement, une augmentation significative de l'évaluation de la motivation à cesser de fumer (test t_{0-1} de student = -2,558; $p < 0,05$). Ce résultat est encourageant puisque le personnel disait, au moment de la formation, ne pas connaître ce type d'intervention.

Figure 9 : Impact de la stratégie multiple



* Différence significative entre les moments de la collecte

En effectuant des analyses les données obtenues des patients, nous observons une augmentation statistiquement significative pour l'évaluation du statut tabagique (khi-carré de Pearson = 11,260; $p < 0,01$) et pour l'inscription de l'évaluation du statut tabagique au dossier (khi-carré de Pearson = 10,825; $p < 0,01$).

Trop peu d'études menées avec des infirmières ont utilisé la stratégie multiple, soit la formation interactive et le rappel. Cummings *et al.* (1989), dans une étude avec 44 médecins, ont offert une formation de 3 heures sur 14 semaines (par tranche d'une heure) avec une stratégie de rappel aux dossiers. Les résultats ont démontré qu'après neuf

mois, les médecins faisaient davantage d'interventions en cessation tabagique et discutaient davantage de la cessation avec leurs patients (64,4 % contre 44,4 %).

Le personnel infirmier a une meilleure perception de contrôle du comportement après la stratégie multiple, ce que révèle un test d'analyse de variance mixte significatif ($F= 2,521$; $p<0,05$). Ces résultats sont également confirmés par les tests t de Student ($t_{0-1}= -2,111$; $p<0,05$ et $t_{0-2}= -2,733$; $p<0,05$). Cela signifie que le personnel infirmier perçoit moins d'obstacles face aux pratiques cliniques en cessation tabagique. En effet, il a une meilleure perception de son efficacité personnelle pour intervenir en cessation tabagique; certaines participantes croient qu'elles pourront inclure ces pratiques cliniques dans leur quotidien. Durant les formations, le facteur temps était un obstacle majeur mentionné par le personnel infirmier. Les croyances de contrôle n'ont cependant pas changé.

En résumé, les résultats de notre étude n'appuient pas notre troisième hypothèse. En effet, l'augmentation des pratiques cliniques en cessation tabagique à court terme pourrait être attribuée surtout à la formation puisque le rappel a été négligé. Enfin, la stratégie multiple a diminué la perception des obstacles aux pratiques cliniques en cessation tabagique; le personnel infirmier se sentait plus confiant dans l'intervention.

8.4.4 Hypothèse 4

Notre dernière hypothèse stipulait que la stratégie multiple permettrait, à trois mois, d'augmenter davantage que la stratégie de formation interactive et que la stratégie de rappel le nombre d'interventions de cessation tabagique de courte durée. L'efficacité des stratégies par rapport aux pratiques cliniques en cessation tabagique semble plus importante pour la stratégie multiple; vient la stratégie de formation interactive, la stratégie de rappel. Cependant, nous n'avons pu tester la quatrième hypothèse à cause de l'échec d'implantation du rappel. Le rappel faisait partie de deux des trois stratégies. Voilà pourquoi, à ce stade, nous ne pouvons déterminer laquelle des trois stratégies a été la plus efficace.

Stretcher *et al.* (1991) ont effectué une recherche avec 261 médecins selon la même méthodologie que la nôtre, à savoir une formation de deux heures, des rappels aux dossiers, la combinaison des deux stratégies et un groupe contrôle. Les auteurs ont démontré que les médecins réalisaient davantage d'interventions dans tous les groupes expérimentaux, mais, comme nous, ils n'ont pas pu démontrer de différence entre les groupes expérimentaux. Pour leur part, Lancaster et Fowler (2000), dans une revue d'essais avec des mesures à six mois, ont constaté que la formation permettait d'augmenter le nombre d'interventions réalisées en cessation tabagique et de les augmenter encore plus si la stratégie était couplée de rappels. Notre quatrième hypothèse n'a cependant pu permettre de justifier cette prise de position dans la présente étude.

8.4.5 Groupe contrôle

Le groupe contrôle a obtenu les moyennes les plus élevées pour l'évaluation du statut tabagique, l'évaluation de la motivation à cesser de fumer, l'inscription du statut tabagique aux dossiers et le nombre d'interventions réalisées en cessation tabagique. Sur les deux unités qui ont participé à notre étude, l'une est une unité de cardiologie. Au total, 23 participants ont répondu aux questionnaires au temps 0 et seulement 9 participants au temps 2 (principalement de l'unité de cardiologie). Des tests t ont cependant donné des résultats non significatifs entre le temps 0 et le temps 2, ce qui n'indique aucune évolution entre les deux collectes des données.

Il est intéressant de constater que l'unité de cardiologie contribue à augmenter les moyennes notées. En regardant les données par unité, nous remarquons que le personnel infirmier de cette unité de cardiologie évalue davantage le statut tabagique que l'autre unité au temps 0. Le personnel infirmier de l'unité de cardiologie déclare inscrire le statut tabagique plus fréquemment que celui de l'autre unité. La différence entre les unités est encore plus nette pour l'évaluation de la motivation à cesser de fumer. En effet, 76,9 % du personnel infirmier de l'unité de cardiologie réalise des interventions en cessation tabagique contre 20 % pour celui de l'autre unité. Ces données indiquent clairement que le

personnel de l'unité de cardiologie joue un rôle important dans la réalisation d'interventions en cessation tabagique. Les résultats de l'autre unité ressemblent davantage aux données des autres hôpitaux où les patients souffrent de diverses pathologies.

Nos données se comparent avec celles retrouvées dans la littérature. Segaar *et al.* (2007), dans une étude menée en cardiologie, ont observé des taux aussi élevés pour les interventions en cessation tabagique. C'est 80 % des infirmières qui évaluent le statut tabagique, 76 % qui évaluent la motivation à cesser de fumer et 70 % qui discutent avec les patients des raisons pour cesser de fumer. Ferketich *et al.* (2006), Hall et Marteau (2007), et McCarty, Hennrikus *et al.* (2001) ont démontré que l'on intervient davantage en cessation tabagique si on travaille avec des patients cardiaques. Ce constat n'est pas surprenant puisque la cigarette est directement reliée aux maladies cardio-respiratoires. Seuls Ong *et al.* (2005) n'ont pas trouvé de différence selon le diagnostic du patient. Ils expliquent leurs résultats en disant que la motivation du personnel infirmier peut jouer un rôle non négligeable, ce que nous croyons aussi puisque la variable de la perception de contrôle semble importante.

Dans l'unité de cardiologie du groupe contrôle, l'infirmière-chef accorde une grande importance à la cessation tabagique. Lors du bilan effectué, elle nous a souligné souvent l'importance d'intervenir dans ce domaine, entre autres en mentionnant qu'en cardiologie, l'enseignement et la modification des habitudes de vie sont au centre des pratiques cliniques du personnel infirmier. « Je peux dire, pour ma part, que c'est plus qu'important. Je m'attends à ce que le personnel intervienne par rapport à la cessation tabagique. Ça fait partie de la collecte de données. Ça fait partie du plan de traitement constant avec l'usager en cardiologie. » En effet, elle rappelle régulièrement aux intervenants l'importance d'intervenir en cessation tabagique lors des rencontres d'équipe. De plus, dans cette unité, il existe un programme de réadaptation cardiaque où tous les facteurs de risque sont abordés, dont la cigarette. La promotion du programme est régulièrement faite dans l'unité par les infirmières qui y travaillent. Certains membres du personnel de l'unité ont déjà travaillé en réadaptation cardiaque, d'où de plus grandes connaissances de leur part. Les professionnels

œuvrant dans ce programme de réadaptation cardiaque effectuent le suivi des patients pendant un an. Les infirmières de l'unité de cardiologie qui y ont déjà travaillé peuvent donc discuter de la réussite ou des difficultés des patients en regard de la cessation tabagique. Les cardiologues s'impliquent beaucoup dans les pratiques cliniques en cessation tabagique et prescrivent, au besoin, le Champix ou le Zyban aux patients fumeurs. Ils offrent également au personnel infirmier des conférences midi où la cessation tabagique est souvent abordée. Dans cette unité, les professionnels de la santé reconnaissent donc l'importance de la cessation tabagique pour les cardiaques. La gestionnaire de l'autre unité a mentionné : « Parce qu'ils n'ont pas la même implication que toi. Toi c'est des cas de cœur. Tes patients y tiennent tandis que moi c'est... ». Une gestionnaire a ajouté : « Je me demande si ce n'est pas circonstanciel. Le fait qu'une forte proportion des infirmières est déjà non-fumeuse, une catégorie de clientèle pour qui on sait très bien que la cigarette est un facteur de risque important. » Une étude basée sur un modèle de changement organisationnel pourrait s'avérer intéressante puisqu'ici, l'organisation des soins prodigués aux patients cardiaques démontre déjà qu'il est possible et facilement réalisable d'inclure des interventions courtes en cessation tabagique en milieux de soins aigus.

8.5 Validation des résultats

Dans cette section, nous tenterons d'expliquer l'implantation des stratégies, puis nous aborderons la validation des résultats et nous préciserons l'impact de notre recherche. La présente étude n'a pas permis de valider nos quatre hypothèses. Cependant, des analyses intragroupes nous ont permis de constater une certaine efficacité à court terme des stratégies implantées.

8.5.1 Implantation des stratégies

La formation interactive a démontré une efficacité au niveau théorique (Bero *et al.*, 1998; Bolman *et al.*, 2002; Clark et Becker, 1998; Clark *et al.*, 1998; Davis *et al.*, 1999; Gira *et al.*, 2004; Gordon *et al.*, 2005; Grol, 2001; Grol et Grimshaw, 2003; Jeffries *et al.*,

2003; Mazmanian et Davis, 2002; O'Brien *et al.*, 2001; Ockene *et al.*, 1996; Robertson *et al.*, 2003; Santoso, 1996). La formation interactive a aussi fait la preuve d'une efficacité à court terme dans notre recherche. D'ailleurs, lors du bilan avec les infirmières-chefs, celles-ci ont surtout souligné la réussite de la formation et la motivation du personnel infirmier. Elles croyaient, pour la plupart, que la formation aurait eu un impact sur les comportements de leur personnel. « J'espère que ça un impact positif en tous cas, il y en a plusieurs qui sont plus à l'aise, même les fumeuses. Au début, il y avait comme un conflit d'intérêt, mais moi je pense que ça les a comme sécurisées... elles se sentent plus à l'aise avec ces gens-là. » « Je suis contente, que peu importe les messages, il y a toujours un pourcentage qui passe, que tu vas retenir, que tu vas être capable de mettre dans ta pratique. » « Ça les outillait. Ça leur permettait d'avoir une approche par rapport à quelqu'un effectivement qui veut arrêter de fumer. À ce moment là, elles se sentaient moins impuissantes par rapport à ça étant donné qu'elles avaient l'information. Elles ont beaucoup apprécié la formation. Elles ont dit que la formation avait été bien faite. »

La stratégie du rappel a subi un échec d'implantation, malgré son efficacité au niveau théorique (Barnett, Winickoff, Morgan et Zielstorff, 1983; Becker *et al.*, 1989; Bero *et al.*, 1998; Chambers *et al.*, 1989; Cheney et Ramsdell, 1987; Cohen, Stookey, Katz, Drook et Smith, 1989; Davidson *et al.*, 1984; Frame, Zimmer, Werth, Hall et Eberly, 1994; Grimshaw *et al.*, 2001; Grol, 2001; Grol et Grimshaw, 2003; Halbert *et al.*, 1999; Headrick, Speroff, Pelecanos et Cebul, 1992; Hogg *et al.*, 1998; Kelley *et al.*, 2003; Landry et Sibbald, 2002; Litzelman *et al.*, 1993; Mazmanian et Davis, 2002; McDonald *et al.*, 1992; McDowell *et al.*, 1986, 1989; McPhee *et al.*, 1991; McPhee *et al.*, 1989; Ornstein *et al.*, 1991; Oxman *et al.*, 1995; Pierce, Lundy, Palanisamy, Winning et King, 1989; Puech *et al.*, 1998; Rogers, Haring, Wortman, Watson et Goetz, 1982; Rosser, Hutchison *et al.*, 1992; Rosser *et al.*, 1991; Rosser, McDowell *et al.*, 1992; Shea *et al.*, 1996; Smith, 2000; Szilagyi *et al.*, 2000; Tu et Davis, 2002; Turner *et al.*, 1989; Turner *et al.*, 1994; Turner *et al.*, 1990). Le bilan effectué avec les infirmières-chefs a permis de comprendre en partie cet échec. Le rappel devait être intégré dans les dossiers. Or, toutes les infirmières-chefs ont compté sur

les commis au poste pour réaliser ce travail. Plusieurs ont mentionné que les commis oubliaient régulièrement d'insérer la feuille de rappel puisque celle-ci était temporaire. Comme il s'agit d'une recherche avec une possibilité d'adopter cette stratégie, celle-ci a peut-être subi le boycott des commis. Contrairement à la stratégie de formation sur laquelle nous avons le contrôle, la stratégie de rappel était davantage sous le contrôle de la gestion de l'unité de soins. Il n'y a pas eu suffisamment de mesures organisationnelles pour s'assurer de la mise en place et du respect de cette stratégie.

8.5.2 Validation des résultats

Il faut interpréter les résultats de notre recherche avec prudence, car ils ne permettent pas de généralisation. En effet, le taux de réponse du personnel infirmier est beaucoup trop faible pour généraliser les résultats. Comme l'effet de grandeur est petit, le nombre de participants devait être élevé (Cohen, 1988; Shadish *et al.*, 2002). C'est pourquoi nous avons opté pour une analyse de variance mixte afin d'avoir le maximum de participants. L'erreur de deuxième espèce est présente (test non significatif car l'effet est trop petit pour détecter les différences). En effectuant des tests t pour trois mesures, cela augmente également l'erreur de première espèce (test significatif alors qu'il ne devrait pas l'être).

Le type d'étude que nous avons effectuée renferme un certain nombre de biais et comporte certaines limites. Tout d'abord, la mortalité expérimentale est un biais qui a affecté la validité interne de notre étude. Le taux de réponse a été très faible et il a beaucoup diminué aux temps 1 et 2. Bien que les infirmières-chefs se soient assurées de rappeler au personnel infirmier de remplir les questionnaires, elles ont eu peu d'impact sur les taux de réponse.

Parmi les biais qui ont affecté la validité externe de notre étude se trouve le biais de l'interaction entre l'intervention et la situation expérimentale puisque l'expérimentation s'est produite à un moment peu propice. Le contexte des hôpitaux est extrêmement difficile et plusieurs changements, formations ou autres projets se déroulaient en même temps que

notre projet de recherche. Le biais de l'interaction entre les observations et l'intervention vient du fait que les participants deviennent plus sensibilisés au contenu de l'intervention. L'effet positif de la cessation tabagique sur la santé aurait pu inciter les personnes à répondre favorablement à notre questionnaire. Les participants reprennent les affirmations du questionnaire puisque les comportements rapportés sont évidents pour la santé des patients. Le personnel infirmier pourrait être tenté de répondre favorablement afin de plaire au chercheur ou à leur supérieur hiérarchique (biais de désir de plaire à l'évaluateur). Le biais de l'interaction entre la sélection des participants et l'intervention touche le caractère non représentatif des participants à l'étude. Les personnes qui ont retourné notre questionnaire sont probablement plus favorables au sujet traité dans notre étude. Enfin, le biais de réactions compensatoires vise les efforts réalisés par le groupe contrôle afin de faire mieux. Or, l'infirmière-chef de l'unité de cardiologie du groupe contrôle croit beaucoup à l'intervention en cessation tabagique. Dans les échanges avec le personnel infirmier, celui-ci a pu être davantage sollicité à intervenir en cessation tabagique.

8.5.3 Impact de notre étude

Malgré des résultats mitigés, notre recherche a eu plusieurs impacts positifs. Au niveau de la pratique, la formation interactive a eu un effet à court terme sur les interventions en cessation tabagique du personnel infirmier des unités de médecine chirurgie en milieu hospitalier. En effet, le personnel infirmier a été sensibilisé aux interventions courtes en cessation tabagique. Cette sensibilisation a permis d'augmenter, à court terme, leur perception de contrôle sur l'intervention, ce qui a augmenté le nombre d'interventions en cessation tabagique. Au niveau de la gestion, notre recherche a permis de faire mieux comprendre l'importance d'implanter ces changements avec l'aide des gestionnaires. Les résultats positifs dépendent fortement de la participation des gestionnaires au projet. Or, on ne peut pas implanter des changements de pratiques cliniques comme ceux apportés dans notre recherche sans que les gestionnaires croient et participent activement au projet. Enfin, au niveau de la recherche, notre étude a permis de

démontrer à court terme de l'efficacité de la formation interactive pour susciter des changements de comportements du personnel infirmier.

8.6 Recommandations

Nous formulerons nos recommandations à la lumière des résultats de notre recherche. Nos recommandations concernent tant la formation interactive, la gestion, la recherche que la clinique.

Formation

La formation interactive d'une heure trente est efficace à court terme pour modifier des pratiques cliniques en cessation tabagique. Tout le personnel infirmier devrait recevoir une formation interactive d'au moins une heure trente dans les milieux de travail. Notre choix de cette stratégie reposait sur sa faisabilité dans des milieux hospitaliers; comme celle-ci s'est avérée courte, pratique et appréciée du personnel infirmier, elle pourrait aussi être offerte dans les autres unités de soins (par exemple en soins critiques), mais aussi en milieu communautaire où le personnel est en contact avec des fumeurs non hospitalisés. Dans tous les milieux québécois de soins, une partie du budget est obligatoirement réservée à la formation continue du personnel. Or, pour faire en sorte que tout le personnel infirmier reçoive une formation en cessation tabagique, une priorité doit être accordée à cette formation. Il faut donc prévoir un mécanisme de financement et de remplacement du personnel pour la concrétiser.

L'OIIQ offre une formation en cessation tabagique d'une durée de 8 heures. Or, lors de nos formations, plusieurs infirmières et infirmières auxiliaires ont indiqué qu'elles auraient aimé avoir une formation plus longue afin d'expérimenter les pratiques cliniques en cessation tabagique. Même si nous avons démontré qu'une formation d'une heure trente s'est avérée efficace pour modifier quelques pratiques cliniques, nous n'avons évalué la présence de ces pratiques que sur une courte durée. Il serait intéressant de réaliser cette étude avec un soutien clinique offert aux infirmières et aux infirmières auxiliaires sur une

plus longue période de temps. Ceci nous permettrait de voir si une courte formation interactive suivie d'un soutien concret et de rappels au personnel entraîne des résultats plus significatifs. Certains auteurs rapportent des résultats intéressants avec une formation courte mais étalée sur plusieurs périodes dans le temps, ce qu'il serait intéressant d'étudier en profondeur. Nous pourrions également explorer d'autres types de formation, par exemple une formation en ligne afin de rejoindre un plus grand nombre de personnes, sachant que les plus jeunes utilisent davantage ce type d'outil électronique.

Le tabagisme étant responsable de plusieurs problèmes de santé, il est essentiel d'inclure les pratiques cliniques en cessation tabagique dans la formation infirmière initiale (au Québec : collège et université pour les infirmières et formation au niveau secondaire pour les infirmières auxiliaires). Par des sondages préalables sur les pratiques actuelles, ce type de programme de formation pourrait être instauré ou bonifié, selon le cas, pour ensuite permettre d'évaluer de l'impact de la formation initiale sur les pratiques cliniques à court et à long terme. Un programme innovateur pourrait ainsi rejoindre les intervenantes plus jeunes, avant le début du tabagisme, en vue de les sensibiliser aux effets nocifs du tabagisme sur la santé mais aussi aux interventions professionnelles d'influence auprès des patients.

Gestion

Les gestionnaires doivent être mobilisés afin de prioriser les pratiques cliniques du personnel infirmier en cessation tabagique. Nous pouvons nous inspirer de la gestionnaire du groupe contrôle pour inciter les intervenants des milieux à adopter ces pratiques, elle qui sollicite constamment son personnel en vue de l'intervention en cessation tabagique. Cette gestionnaire, avec l'aide des cardiologues et des infirmières du programme de réadaptation tabagique, place la cessation du tabagisme au premier plan, et ceci se reflète dans le nombre d'interventions réalisées dans cette unité.

Pour que les responsables des unités de soins soient aptes à gérer des changements des pratiques cliniques dans leurs unités, les gestionnaires de plus haut niveau doivent être

sensibilisés à l'importante influence du personnel infirmier sur la décision de leurs patients en regard du tabac. Si, par exemple, les personnes formant le conseil d'administration et la gestion supérieure d'un établissement mettaient la priorité de la cessation tabagique au cœur de leur philosophie de soins et de gestion, ceci aurait une influence non seulement sur les gestionnaires de premier niveau et sur le personnel, mais aussi sur la population desservie. Nous sommes aujourd'hui en mesure d'intervenir concrètement pour influencer la cessation tabagique et ce, à peu de frais. La volonté politique est cependant un prérequis pour engendrer des changements professionnels importants. Le chercheur pourrait demander à rencontrer les membres du conseil d'administration et de la gestion supérieure d'un établissement en vue de leur présenter la situation du tabagisme, l'influence des professionnels de la santé, particulièrement les infirmières en poste 24 heures, de même que l'intérêt à instaurer une politique de lutte antitabac dans leur établissement. Ceci deviendrait la base de l'intervention auprès des divers personnels d'un établissement, entre autres les professionnels de la santé et les gestionnaires.

Recherche

Il s'avère important de reprendre cette recherche en milieu hospitalier en utilisant la même méthodologie, mais aussi en rejoignant davantage d'infirmières et de gestionnaires. En effet, aucune recherche connue n'a été réalisée dans un milieu québécois auprès du personnel infirmier pour comparer trois stratégies. On pourrait également s'adresser uniquement aux infirmières puisque, selon la loi, elles sont responsables de l'évaluation et de l'intervention auprès de la clientèle. Chercher à savoir si la formation initiale comme infirmière fait une différence serait aussi un apport important à la littérature existante, de même que la différence entre le personnel permanent de l'unité par rapport au personnel de remplacement. Il serait utile de vérifier si la conscientisation du conseil d'administration et de la gestion supérieure fait une différence significative quant au nombre d'interventions tabagiques réalisées par le personnel infirmier de cet établissement, autrement dit si cela change la norme subjective. Il serait aussi opportun d'aller vérifier si le type de clientèle

dans les unités de soins fait réellement une différence, par exemple en comparant des unités de soins cardio-respiratoires avec des unités d'orthopédie.

Le rappel a démontré une efficacité mitigée dans notre recherche à la suite de l'échec d'implantation. Cette stratégie a néanmoins un excellent potentiel d'action pour augmenter les pratiques cliniques en cessation tabagique puisqu'elle est peu coûteuse pour les milieux. L'opérationnalisation doit être mieux préparée afin de faciliter l'implantation dans les milieux. Glanz, Rimer et Viswanath (2008) suggèrent d'utiliser une théorie de changement organisationnel lorsque l'on veut utiliser la stratégie de rappel pour changer des pratiques cliniques. Nous recommandons de refaire notre recherche en tenant compte d'un modèle organisationnel afin de bien implanter cette stratégie dans les milieux ciblés et d'en évaluer l'efficacité dans un contexte québécois.

Afin d'augmenter les taux de réponse, il devient important de revoir l'opérationnalisation de la recherche afin d'implanter une stratégie ou les trois stratégies (formation interactive, rappel et multiple) dans le contexte actuel. Des rencontres préalables à l'implantation de la recherche dans les milieux devraient aussi être réalisées avec les participants potentiels à l'étude pour expliquer ce que l'on attend d'eux et ainsi réduire les irritants face à la méthodologie choisie. Pour les patients, la principale raison invoquée pour refuser de participer à notre étude était reliée au formulaire de consentement qu'ils jugeaient trop long et trop compliqué. Il faut donc envisager la possibilité de simplifier le processus de consentement vu la nature des recherches cliniques infirmières qui n'entraînent généralement pas autant d'impacts négatif potentiels pour les patients.

Clinique

Les interventions de courte durée en cessation tabagique doivent être intensifiées puisque la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* renforce le leadership des établissements en matière de responsabilité populationnelle (maintenir la santé de la population) et favorise la responsabilité professionnelle (Mercier et Labarre, 2004; Ministère de la Santé et des Services sociaux,

2006a). L'évaluation de la clientèle doit se réaliser de façon holiste, donc inclure les diverses habitudes de vie. Il serait important que les outils de collecte de données ou les Kardex (abrégé des données d'un patient utile pour le travail quotidien de l'équipe infirmière) prévoient des cases à cocher concernant le tabagisme.

Il faut souhaiter que si la formation initiale ou en cours d'emploi accorde une importance aux interventions en cessation tabagique en milieu de soins aigus, les exigences de performance seront clairement établies lors des évaluations de rendement. Ceci contribuerait à augmenter le nombre d'interventions au niveau clinique.

Conclusion

Notre étude expérimentale avait comme objectif de comparer l'efficacité d'une stratégie de formation interactive, d'une stratégie de rappel et d'une stratégie multiple pour les interventions courtes en cessation tabagique réalisées par le personnel infirmier de médecine-chirurgie en milieu hospitalier. Comme aucun questionnaire ne répondait aux besoins de notre étude, nous avons créé tous les questionnaires en nous inspirant de la littérature et en effectuant une étude préliminaire pour identifier les croyances du personnel infirmier en la matière. Par la suite, nous les avons soumis à une validation de contenu par des experts. Après avoir apporté les corrections demandées, nous avons soumis un seul questionnaire (personnel infirmier) à des mesures de fidélité, soit une évaluation de la consistance interne. Les alpha de Cronbach se situaient entre 0,697 et 0,916, ce qui démontre une bonne fidélité de l'instrument.

Le personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires) de trois des quatre hôpitaux participants (12 unités de soins) ont reçu aléatoirement l'une ou l'autre des stratégies et le groupe contrôle a été rencontré uniquement pour faire remplir les questionnaires. Les patients ont été vus par des assistantes de recherche qui leur ont expliqué le déroulement de la recherche et la participation attendue de leur part. Après avoir obtenu leur consentement, elles ont recueilli des données factuelles avec eux et dans leurs dossiers. Nous avons rencontré les gestionnaires des unités de soins et les responsables des centres d'abandon du tabac en vue de déterminer des éléments contextuels importants avant, durant et après la recherche.

Les taux de réponse aux questionnaires du personnel infirmier sont décevants, malgré une certaine similitude avec d'autres études. Nous attribuons nos faibles taux de réponse à trois facteurs : des facteurs organisationnels, des facteurs liés aux participants à l'étude et des facteurs liés au soutien des infirmières-chefs.

Au temps 0, le personnel infirmier évalue le statut tabagique dans 35,7 % des cas, un taux comparable aux résultats des études effectuées en milieu hospitalier seulement. Le personnel infirmier évalue la motivation à cesser de fumer chez 17,6 % de ses patients. Ces constats démontrent clairement qu'il sait peu que l'on doit évaluer la motivation du client

fumeur à cesser de fumer afin de guider le choix des interventions auprès de lui. Au total, 29,7 % du personnel infirmier déclare réaliser des interventions en cessation tabagique. Les participants du groupe contrôle réalisent davantage d'interventions en cessation tabagique que ceux des autres hôpitaux sans toutefois qu'une modification des pratiques cliniques soit observée entre les deux moments de la collecte des données. Le groupe contrôle consistait en deux unités de soins dont une de cardiologie; lorsque nous les avons comparées, l'unité de cardiologie avait les taux les plus élevés. Nous avons trouvé le même constat dans la littérature : le personnel infirmier des unités de cardiologie intervient davantage en cessation tabagique que celui des autres unités. Cela s'explique du fait que l'enseignement des facteurs de risques est au centre des interventions du personnel infirmier des unités de cardiologie et que ces interventions sont très encouragées par les gestionnaires de ces unités. Souvent, les personnes choisissent cette unité pour le travail qui s'y fait et le plus grand soutien qui s'y donne pour réaliser ce type d'intervention.

Les résultats de notre recherche ne nous permettent pas d'appuyer nos hypothèses ni de les généraliser à la population de l'étude. Cependant, des analyses intragroupes ont démontré que la stratégie de formation interactive a permis d'augmenter trois pratiques cliniques (l'inscription du statut tabagique aux dossiers, l'évaluation de la motivation à cesser de fumer et le nombre d'interventions réalisées en cessation tabagique). Le personnel infirmier perçoit aussi moins d'obstacles à l'intervention. Pour la stratégie de rappel, nous avons observé une augmentation du nombre d'interventions réalisées à court terme par le personnel infirmier mais cette stratégie a subi un échec d'implantation. Pour la stratégie multiple, nous avons observé une augmentation à court terme de quatre pratiques cliniques (l'évaluation du statut tabagique, l'inscription du statut tabagique aux dossiers, l'évaluation de la motivation à cesser de fumer et le nombre d'interventions réalisées en cessation tabagique) malgré l'échec d'implantation du rappel. Il faut toutefois être prudent dans l'interprétation des résultats puisque le nombre de participants est faible.

La formation interactive d'une heure et demie a démontré une efficacité à court terme pour augmenter les interventions courtes en cessation tabagique réalisées par le

personnel infirmier en centre hospitalier. Il faudra toutefois évaluer les effets de cette stratégie à long terme et prévoir des suivis réguliers sur une plus longue période. Cependant, le rappel a subi un échec d'implantation, ce qui ne permet pas d'évaluer efficacement cette stratégie. L'implication de la gestion de première ligne et de l'administration supérieure constitue un atout qu'il ne faudrait pas négliger dans des recherches futures, surtout que la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* préconise la mise en œuvre d'interventions préventives et de promotion de la santé dans les hôpitaux. L'utilisation du modèle du comportement planifié a permis d'asseoir notre étude sur des bases conceptuelles solides. Les recherches subséquentes bénéficieraient de l'utilisation de ce modèle dans ses concepts détaillés comme dans la présente étude.

Notre étude contribue de façon substantielle à l'avancement des connaissances en ce qui concerne les stratégies de cessation tabagique applicables en milieux de soins aigus par le personnel infirmier. Les résultats sont décevants, mais ils peuvent s'expliquer entre autres par des facteurs circonstanciels. Par ailleurs, 1) l'état de la question concernant les stratégies d'intervention en cessation tabagique est complet et rigoureux; 2) les instruments élaborés et validés ont démontré leur utilité, et ils pourront servir à des recherches ultérieures; 3) les difficultés rencontrées lors de l'implantation des stratégies en milieux cliniques ont été bien expliquées, ce qui permettra à des chercheurs et à des gestionnaires de faire une planification plus éclairée.

Bibliographie

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavior control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-683.
- Ajzen, I. (2006). *Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations*, 13 pages. Récupéré le 18 septembre 2007 de <http://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>
- Ajzen, I., et Côté, G. (2008). Attitudes and the prediction of behavior. Dans W. D. Crano et R. Prislin (Éds.), *Attitudes and Attitude Change* (pp. 289-311). New-York: Psychology Press.
- Ajzen, I., et Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. Dans D. Albarracin, B. T. Johnson et M. P. Zanna (Éds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Ajzen, I., et Manstead, A. S. R. (2007). Changing health-related behaviours. An approach based on the theory of planned behaviour. Dans T. Van den Bos, M. Hewstone, J. d. Wit, H. Schut et M. Stroebe (Éds.), *The scope of social psychology : Theory and Applications* (pp. 43-63). New York: Psychology Press.
- Albert, D. A., Ahluwalia, K. P., Ward, A., et Sadowsky, D. (2004). The use of "academic detailing" to promote tobacco-use cessation counseling in dental office. *Journal of The American Dental Association*, 135 (12), 1700-1706.
- An, L. C., Foldes, S. S., Alesci, N. L., Bluhm, J. H., Bland, P. C., Davern, M. E., *et al.* (2008). The impact of smoking-cessation intervention by multiple health professionals. *American Journal of Preventive Medicine*, 34 (1), 54-60.
- Anderson, J. E., Jorenby, D. E., Scott, W. J., et Fiore, M. C. (2002). Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest*, 121 (3), 932-941.

- Anderson, P., et Jané-Llopis, E. (2004). How can we increase the involvement of primary health care in the treatment of tobacco dependence? A meta-analysis. *Addiction*, 99 (3), 299-312.
- Andrews, J. O., Tinggen, M. S., Waller, J. L., et Harper, R. J. (2001). Provider feedback improves adherence with AHCPR Smoking Cessation Guideline. *Preventive Medicine*, 33 (5), 415-421.
- Arber, S., McKinlay, J., Adams, A., Marceau, L., Link, C., et O'Donnell, A. (2004). Influence of patient characteristics on doctors' questioning and lifestyle advice for coronary heart disease: a UK/US video experiment. *British Journal of General Practice*, 54 (506), 673-678.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2006). *Integrating smoking cessation into daily nursing practice*. Toronto: Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Balfour, D., Benowitz, N., Fagerström, K., Kunze, M., et Keil, U. (2000). Diagnosis and treatment of nicotine dependence with emphasis on nicotine replacement therapy. A status report. *European Heart Journal*, 21 (6), 438-445.
- Bao, Y., Duan, N., et Fox, S. A. (2006). Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *HSR: Health Services Research*, 41 (6), 2114-2135.
- Barnett, G. O., Winickoff, R. N., Morgan, M. M., et Zielstorff, R. D. (1983). A computer-based monitoring system for follow-up of elevated blood pressure. *Medical Care*, 21 (4), 400-409.
- Beau, D. (1976). *100 Fiches de pédagogie des adultes à l'usage des formateurs*. Paris: Les éditions d'organisation.
- Becker, D. M., Gomez, E. B., Kaiser, D. L., Yoshihara, A., et Hodge, R. H., Jr. (1989). Improving preventive care at a medical clinic: how can the patient help? *American Journal of Preventive Medicine*, 5 (6), 353-359.
- Benowitz, N. L. (1999). Nicotine addiction. *Primary Care*, 26 (3), 611-631.
- Benowitz, N. L. (2008). Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *The American Journal of Medicine*, 121 (4A), S3-S10.

- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., et Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317 (7156), 465-468.
- Boldemann, C., Gilljam, H., Lund, K. E., et Helgason, A. R. (2006). Smoking cessation in general practice: the effects of a quitline. *Nicotine & Tobacco Research*, 8 (6), 785-790.
- Bolman, C., de Vries, H., et van Breukelen, G. (2002). Evaluation of a nurse-managed minimal-contact smoking cessation intervention for cardiac inpatients. *Health Education Research*, 17 (1), 99-116.
- Borrelli, B., Lee, C., et Novak, S. (2008). Is provider training effective? Changes in attitudes towards smoking cessation counseling and counseling behaviors of home health care nurses. *Preventive Medicine*, 46 (4), 358-363.
- Boruch, R. (2005). Place randomized trials : experimental tests of public policy. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 599, 272-291.
- Braun, B. L., Fowles, J. B., Solberg, L. I., Kind, E. A., Lando, H., et Pine, D. (2004). Smoking-related attitudes and clinical practices of medical personnel in Minnesota. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(4), 316-322.
- Bremberg, S., et Nilstun, T. (2005). Justifications of physicians' choice of action. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23 (2), 102-108.
- Bremberg, S., Nilstun, T., Kovac, V., et Zwitter, M. (2003). GPs facing reluctant and demanding patients: analysing ethical justifications. *Family Practice*, 20 (3), 254-261.
- Browning, K. K., Ferketich, A. K., Salsberry, P. J., et Wewers, M. E. (2008). Socioeconomic disparity in provider-delivered assistance to quit smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 10 (1), 55-61.
- Buckland, A., et Connelly, M. J. (2005). Age-related differences in smoking cessation advice and support given to patients hospitalised with smoking-related illness. *Age and Ageing*, 34 (6), 639-642.

- Burack, R. C., et Gimotty, P. A. (1997). Promoting screening mammography in inner-city settings. The sustained effectiveness of computerized reminders in a randomized controlled trial. *Medical Care*, 35 (9), 921-931.
- Burack, R. C., Gimotty, P. A., George, J., Stengle, W., Warbasse, L., et Moncrease, A. (1994). Promoting screening mammography in inner-city settings: a randomized controlled trial of computerized reminders as a component of a program to facilitate mammography. *Medical Care*, 32 (6), 609-624.
- Burns, N., et Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research : conduct, critique, and utilization*. (5^e éd.). St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders.
- Cahall, E. J. (2004). Assisting with tobacco cessation. *Journal of Vascular Nursing*, 22 (4), 117-123.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Cigarette smoking among adults - United States, 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57 (45), 1221-1248.
- Chalmers, K., Seguire, M., et Brown, J. (2002). Tobacco use and baccalaureate nursing students: a study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (1), 17-24.
- Chamberland, G., Lavoie, L., et Marquis, D. (1995). *20 formules pédagogiques*. Sainte-Foy (Québec): Presses de l'Université du Québec.
- Chambers, C. V., Balaban, D. J., Carlson, B. L., Ungemack, J. A., et Grasberger, D. M. (1989). Microcomputer-generated reminders: improving the compliance of primary care physicians with mammography screening guidelines. *The Journal of Family Practice*, 29 (3), 273-280.
- Champion, V. L., et Sugg Skinner, C. (2008). The health belief model. Dans K. Glanz, B. K. Rimer et K. Viswanath (Éds.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (4^e éd.) (pp. 45-65). San-Francisco: Jossey-Bass.
- Chan, S. S. C., Sarna, L., Wong, D. C. N., et Lam, T.-H. (2007). Nurses' tobacco-related knowledge, attitudes, and practice in four major cities in China. *Journal of Nursing Scholarship*, 39 (1), 46-53.

- Cheney, C., et Ramsdell, J. W. (1987). Effect of medical records' checklists on implementation of periodic health measures. *The American Journal of Medicine*, 83 (1), 129-136.
- Chouinard, M. C., et Robichaud-Ekstrand, S. (2005). The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research*, 54 (4), 243-254.
- Clark, N. M., et Becker, M. H. (1998). Theoretical models and strategies for improving adherence and disease management. Dans S. A. Shumaker, E. B. Schron, J. K. Ockene et W. L. McBee (Éds.), *The handbook of health behavior change* (2^e éd.) (pp. 1-32). New-York: Springer Publishing Company, Inc.
- Clark, N. M., Gong, M., Schork, M. A., Evans, D., Roloff, D., Hurwitz, M., *et al.* (1998). Impact of education for physicians on patient outcomes. *Pediatrics*, 101 (5), 831-839.
- Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. (2004a). *Aperçu des effets néfastes sur la santé La fumée de tabac secondaire (FTS)*. Montréal: Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. .
- Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. (2004b). *Mémoire sur les finances publiques du Québec. La lutte contre le tabac au Québec: Revenus supplémentaires. Économies pour le système de santé. Amélioration de la santé des Québécois*. Montréal: Coalition québécoise pour le contrôle du tabac.
- Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. (2004c). *Mise à jour des coûts du tabagisme pour la société*. Montréal: Coalition québécoise pour le contrôle du tabac.
- Cohen, D. I., Littenberg, B., Wetzell, C., et Neuhauser, D. (1982). Improving physician compliance with preventive medicine guidelines. *Medical Care*, 20 (10), 1040-1045.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2^e éd.). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

- Cohen, S. J., Stookey, G. K., Katz, B. P., Drook, C. A., et Smith, D. M. (1989). Encouraging primary care physicians to help smokers quit. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 110 (8), 648-652.
- Coleman, T. (2004). ABC of smoking cessation: Cessation interventions in routine health care. *British Medical Journal*, 328 (7440), 631-633.
- Coleman, T., Murphy, E., et Cheater, F. (2000). Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 50 (452), 207-210.
- Coleman, T., Wynn, A. T., Stevenson, K., et Cheater, F. (2001). Qualitative study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' antismoking advice to smokers. *British Medical Journal*, 323 (7310), 432-435.
- Collège des médecins du Québec, et Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (1999). *La prévention et l'abandon du tabagisme*. Montréal: Collège des médecins du Québec et Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., et Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Gaëtan Morin/Chenelière éducation.
- Cornuz, J., Ghali, W. A., Di Carlantonio, D., Pecoud, A., et Paccaud, F. (2000). Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice*, 17 (6), 535-540.
- Cowan, J. A., Heckerling, P. S., et Parker, J. B. (1992). Effect of a fact sheet reminder on performance of the periodic health examination: a randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 8 (2), 104-109.
- Crawford, M. A., Woodby, L. L., Russell, T. V., Turner, T. J., Hardin, J. M., et Harrington, T. M. (2005). Tobacco use assessment and counselling practices among Alabama primary care physicians. *Quality in Primary Care*, 13 (3), 163-170.

- Cummings, S. R., Richard, R. J., Duncan, C. L., Hansen, B., Vander Martin, R., Gerbert, B., *et al.* (1989). Training physicians about smoking cessation: a controlled trial in private practice. *Journal of General Internal Medicine*, 4 (6), 482-489.
- Daneault, S., Beaudry, M., et Godin, G. (2004). Psychosocial determinants of the intention of nurses and dietitians to recommend breastfeeding. *Canadian Journal of Public Health*, 95 (2), 151-154.
- Daniel, S. D. (2003). *The relationship among predisposing and enabling factors or barriers in nurses' provision of tobacco control interventions*. Ph. D. Thesis, Faculty of the School of Graduate Studies: Medical College of Georgia.
- Davidson, R. A., Fletcher, S. W., Retchin, S., et Duh, S. (1984). A nurse-initiated reminder system for the periodic health examination: implementation and evaluation. *Archives of Internal Medicine*, 144 (11), 2167-2170.
- Davis, D., O'Brien, M. A. T., Freemantle, N., Wolf, F. M., Mazmanian, P., et Taylor-Vaisey, A. (1999). Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshop, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 282 (9), 867-874.
- Dedobbeleer, N., Béland, F., Contandriopoulos, A.-P., et Adrian, M. (2004). Gender and the social context of smoking behaviour. *Social Science & Medicine*, 58, 1-12.
- Delnevo, C. D., Abatemarco, D. J., et Gotsch, A. R. (1996). Health behaviors and health promotion/disease prevention perceptions of medical students. *American Journal of Preventive Medicine*, 12 (1), 38-43.
- Desjardins, M. (2007). La maladie du gestionnaire. *Le Point en administration de la santé*, 3 (1), 6-9.
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and Change. How addictions develop and addicted people recover*. New York: The Guilford Press.
- Dillman, D. A. (2007). *Mail and Internet surveys : the tailored design method*. (2^e éd.). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.

- Doumit, G., Gattellarie, M., Grimshaw, J., et O'Brien, M. A. (2007). Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD000125.
- Duaso, M. J., et Cheung, P. (2002). Health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patients think? *Journal of Advanced Nursing*, 39 (5), 472-479.
- Dumas, L. (1995). *Élaboration et validation d'un instrument d'évaluation formative de la démarche du savoir apprendre expérientiel de l'infirmière étudiante en stage clinique*. Thèse de doctorat du programme interdisciplinaire réseau en sciences de l'éducation. Montréal: UQAM.
- Easton, A., Husten, C., Malarcher, A., Elon, L., Caraballo, R., Ahluwalia, I., et al. (2001). Smoking cessation counseling by primary care woman physicians: Women physicians' health study. *Women & Health*, 32 (4), 77-91.
- Eccles, M., Grimshaw, J., Walker, A., Johnston, M., et Pitts, N. (2005). Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58 (2), 107-112.
- Edwards, R. (2004). ABC of smoking cessation: The problem of tobacco smoking. *British Medical Journal*, 328 (7433), 217-219.
- Ellerbeck, E. F., Ahluwalia, J. S., Jolicoeur, D. G., Gladden, J., et Mosier, M. C. (2001). Direct observation of smoking cessation activities in primary care practice. *The Journal of Family Practice*, 50 (8), 688-693.
- Fagerstrom, K. (2002). The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs*, 62 (Suppl 2), 1-9.
- Farmer, A. P., Légaré, F., Turcot, L., Grimshaw, J., Harvey, E., McGowan, J. L., et al. (2008). Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD004398.
- Ferguson, J. A., Patten, C. A., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Eberman, K. M., et Hurt, R. D. (2003). Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1,224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 28, 1203-1218.

- Ferketich, A. K., Khan, Y., et Wewers, M. E. (2006). Are physicians asking about tobacco use and assisting with cessation? Results from the 2001-2004 national ambulatory medical care survey (NAMCS). *Preventive Medicine, 43* (6), 472-476.
- Fiore, M. C. (2000). US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respiratory Care, 45* (10), 1200-1262.
- Fitzgerald, K. (2008). Instructional methods and settings. Dans S. B. Bastable (Éd.), *Nurse as educator: principles of teaching and learning in nursing practice* (3^e éd.) (pp. 429-472). Toronto: Jones & Bartlett.
- Fitzmaurice, G. M., Laird, N. M., et Ware, J. H. (2004). *Applied longitudinal analysis*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Forsetlund, L., Bjorndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., et al. (2009). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD003030.
- Frame, P. S., Zimmer, J. G., Werth, P. L., Hall, W. J., et Eberly, S. W. (1994). Computer-based vs manual health maintenance tracking: a controlled trial. *Archives of Family Medicine, 3* (7), 581-588.
- Francis, J. J., Eccles, M. P., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., et al. (2004). *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour. A manual for health services researchers*. Newcastle upon Tyne: Quality of Life and Management of Living Resources.
- Gagné, C., et Godin, G. (1999). *Les théories sociales cognitives: guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire*. Québec: Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé École des sciences infirmières, Université Laval.
- Gies, C. E., Buchman, D., Robinson, J., et Smolen, D. (2008). Effect of an inpatient nurse-directed smoking cessation program. *Western Journal of Nursing Research, 30* (1), 6-19.

- Gira, E. C., Kessler, M. L., et Poertner, J. (2004). Influencing social workers to use research evidence in practice: lessons from medicine and the allied health professions. *Research on Social Work Practice, 14* (2), 68-79.
- Glanz, K., Rimer, B. K., et Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education : theory, research, and practice*. (4^e éd.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Glover, E. D., Glover, P. N., et Payne, T. J. (2003). Treating nicotine dependence. *The American Journal of the Medical Sciences, 326* (4), 183-186.
- Godin, G., et Côté, F. (2006). Le changement planifié des comportements liés à la santé. Dans G. Carroll (Éd.), *Pratiques en santé communautaire* (pp. 129-140). Montréal: Chenelière Éducation.
- Godin, G., et Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion, 11* (2), 87-98.
- Gomm, M., Lincoln, P., Egeland, P., et Rosenberg, M. (2002). Helping hospitalised clients quit smoking: a study of rural nursing practice and barriers. *The Australian Journal of Rural Health, 10* (1), 26-32.
- Good, M. J., Frazier, L. M., Wetta-Hall, R., Ablah, E., et Molgaard, C. A. (2004). Kansas office-based nurses' evaluation of patient tobacco cessation activities. *Journal of Community Health Nursing, 21* (2), 77-85.
- Gordon, J. S., Andrews, J. A., Lichtenstein, E., Severson, H. H., et Akers, L. (2005). Disseminating a smokeless tobacco cessation intervention model to dental hygienists: a randomized comparison of personalized instruction and self-study methods. *Health Psychology, 24* (5), 447-455.
- Graham, H., et Der, G. (1999). Patterns and predictors of smoking cessation among British women. *Health Promotion International, 14* (3), 231-239.
- Grimshaw, J. M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., et al. (2001). Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care, 39* (8 Suppl 2), II2-II45.
- Grol, R. (2001). Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA: Journal of the American Medical Association, 286* (20), 2578-2585.

- Grol, R., et Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362 (9391), 1225-1230.
- Groupe d'analyse conseils en économie finance et stratégie. (2002). *Mise à jour des coûts du tabagisme pour la société*. Montréal.
- Hagan, L. (2006). L'éducation pour la santé: notions théoriques et guide d'intervention. Dans G. Carroll (Éd.), *Pratiques en santé communautaire* (pp. 75-90). Montréal: Chenelière Éducation.
- Hainsworth, D. S. (2008). Instructional materials. Dans S. B. Bastable (Éd.), *Nurse as educator. Principles of teaching and learning in nursing practice* (3^e éd.) (pp. 473-514). Toronto: Jones & Bartlett.
- Halbert, R. J., Leung, K.-M., Nichol, J. M., et Legorreta, A. P. (1999). Effect of multiple patient reminders in improving diabetic retinopathy screening. A randomized trial. *Diabetes Care*, 22 (5), 752-755.
- Haley, N., Maheux, B., Rivard, M., et Gervais, A. (2000). Lifestyle health risk assessment: do recently trained family physicians do it better? *Canadian Family Physician*, 46 1609-1616.
- Haley, N., Maheux, B., Rivard, M., et Gervais, A. (2002). Unsafe sex, substance abuse, and domestic violence: how do recently trained obstetricians-gynecologists fare at lifestyle risk assessment and counseling on STD prevention? *Preventive Medicine*, 34 (6), 632-637.
- Hall, S., et Marteau, T. M. (2007). Practice nurses' self-reported opportunistic smoking cessation advice in three contexts. *Nicotine & Tobacco Research*, 9 (9), 941-945.
- Hall, S., Vogt, F., et Marteau, T. M. (2005). A short report: survey of practice nurses' attitudes towards giving smoking cessation advice. *Family Practice*, 22 (6), 614-616.
- Hamelin, J. (2003). *Québec accroît les services offerts aux fumeurs, Info-Tabac.ca: Revue pour un Canada sans fumée*, no 47 <http://www.info-tabac.ca/bull47/PQAT.htm>
- Hatsukami, D. K., Stead, L. F., et Gupta, P. C. (2008). Tobacco addiction. *The Lancet*, 371 (9629), 2027-2038.

- Headrick, L. A., Speroff, T., Pelecanos, H. I., et Cebul, R. D. (1992). Efforts to improve compliance with the National Cholesterol Education Program guidelines: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 152 (12), 2490-2496.
- Heath, J., et Crowell, N. A. (2007). Factors influencing intentions to integrate tobacco education among advanced practice nursing faculty. *Journal of Professional Nursing*, 23 (4), 189-200.
- Helgason, A. R., et Lund, K. E. (2002). General practitioners' perceived barriers to smoking cessation - results from nordic countries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 141-147.
- Hensrud, D. D. (2000). Clinical preventive medicine in primary care: background and practice: 1. Rationale and current preventive practices. *Mayo Clinic Proceedings*, 75 (2), 165-172.
- Heywood, A., Firman, D., Sanson-Fisher, R., Mudge, P., et Ring, I. (1996). Correlates of physician counseling associated with obesity and smoking. *Preventive Medicine*, 25 (3), 268-276.
- Hogg, W. E., Bass, M., Calonge, N., Crouch, H., et Satenstein, G. (1998). Randomized controlled study of customized preventive medicine reminder letters in a community practice. *Canadian Family Physician*, 44, 81-88.
- Houghton, C. S., Marcukaitis, A. W., Shirk Marienau, M. E., Hooten, M., Stevens, S. R., et Warner, D. O. (2008). Tobacco intervention attitudes and practices among certified registered nurse anesthetists. *Nursing Research*, 57 (2), 123-129.
- Houston, T. K., Scarinci, I. C., Person, S. D., et Greene, P. G. (2005). Patient smoking cessation advice by health care providers: the role of ethnicity, socioeconomic status, and health. *American Journal of Public Health*, 95 (6), 1056-1061.
- Howell, D. C., Rogier, M., Yzerbyt, V., et Bestgen, Y. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines. Traduction de la 6e édition de Statistical methods for psychology*. (2^e éd.). Bruxelles: De Boeck.
- Hutchinson, A. M., et Johnston, L. (2004). Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (3), 304-315.

- Institut national de santé publique du Québec. (2009). Récupéré le 2 juillet 2009 de <http://www.inspq.qc.ca/>
- Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut de la statistique du Québec. (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A., et Oxman, A. D. (2006). Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD000259.
- Jeffries, P. R., Woolf, S., et Linde, B. (2003). Technology-based vs. traditional instruction. A comparison of two methods for teaching the skill of performing a 12-lead ECG. *Nursing Education Perspectives*, 24 (2), 70-74.
- Joel, L. A. (2008). Instructional methods. Dans B. M. Moyer et R. A. Wittmann-Price (Éds.), *Nursing Education. Foundations for practice excellence* (pp. 183-212). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Johnston, J. M., Chan, S. S. C., Chan, S. K. K., Lam, T. H., Chi, I., et Leung, G. M. (2005). Training nurses and social workers in smoking cessation counseling: a population needs assessment in Hong Kong. *Preventive Medicine*, 40 (4), 389-406.
- Kairouz, S., Montreuil, A., Poulin, I., Payette, Y., Hamel, D., et Tremblay, M. (2007). *Connaissance, utilisation et perception des interventions en arrêt tabagique chez les fumeurs québécois*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Kayser, J. W., et Thibault, C. (2006). *Counseling en abandon du tabac. Orientations pour la pratique infirmière : pour le bien-être et la santé des populations*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Kelley, F. J., Thomas, S. A., et Friedmann, E. (2003). Use of a vital signs smoking status and stages of change stamp to increase tobacco use identification and smoking cessation advice. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 7 (4), 106-111.
- Khuder, S. A., Dayal, H. H., et Mutgi, A. B. (1999). Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 24 (5), 673-677.

- Khurana, S., Batra, V., Patkar, A. A., et Leone, F. T. (2003). Twenty-first century tobacco use: it is not just a risk factor anymore. *Respiratory Medicine*, 97 (4), 295-301.
- Knowles, M. S. (1978). *The adult learner: A neglected species*. Houston: Gulf.
- Korhonen, T., Uutela, A., Korhonen, H. J., Urjanheimo, E. L., et Puska, P. (1999). Smoking cessation advice from health professionals: process evaluation of a community-based program. *Patient Education & Counseling*, 36 (1), 13-21.
- Kottke, T. E., Brekke, M. L., Solberg, L. I., et Hughes, J. R. (1989). A randomized trial to increase smoking intervention by physician: doctor helping smokers, round 1. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 261 (14), 2101-2106.
- Kotz, D., van Litsenburg, W., van Duurling, R., van Schayck, C. P., et Wesseling, G. J. (2008). Smoking cessation treatment by Dutch respiratory nurses: Reported practice, attitudes and perceived effectiveness. *Patient Education & Counseling*, 70 (1), 40-49.
- Koutsavlis, A. T., Paradis, G., Renaud, L., et Bergeron, P. (2001). *Dissémination des guides de pratiques chez les médecins*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Kreuter, M. W., Chheda, S. G., et Bull, F. C. (2000). How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Archives of Family Medicine*, 9 (5), 426-433.
- Kviz, F. J., Clark, M. A., Hope, H., et Davis, A. M. (1997). Patients' perceptions of their physician's role in smoking cessation by age and readiness to stop smoking. *Preventive Medicine*, 26 (3), 340-349.
- Lancaster, T., et Fowler, G. (2000). Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD000214.
- Lancaster, T., et Stead, L. F. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD001292.
- Landry, M. D., et Sibbald, W. J. (2002). Changing physician behavior: a review of patient safety in critical care medicine. *Journal of Critical Care*, 17 (2), 138-145.

- Lebargy, F. (2000). La dépendance nicotinique. *Revue de Pneumologie Clinique*, 56 (3), 177-183.
- Lévesque, G. (2007). *Caractéristiques de l'effectif de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.
- Levinson, W., et Roter, D. (1993). The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 8 (6), 318-324.
- Levy, D. T., Chaloupka, F., et Gitchell, J. (2004). The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard. *Journal of Public Health Management and Practice*, 10 (4), 338-353.
- Litaker, D., Flocke, S. A., Frolkis, J. P., et Stange, K. C. (2005). Physicians' attitudes and preventive care delivery: insights from the DOPC study. *Preventive Medicine*, 40 (5), 556-563.
- Litzelman, D. K., Dittus, R. S., Miller, M. E., et Tierney, W. M. (1993). Requiring physicians to respond to computerized reminders improves their compliance with preventive care protocols. *Journal of General Internal Medicine*, 8 (6), 311-317.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., et Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent: ERPI.
- Lorman, T. (2004). *Bilan annuel 2003-2004 du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT)*. Gatineau: Direction de la Santé publique en Outaouais.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35 (6), 382-385.
- Maguire, C. P., Ryan, J., Kelly, A., O'Neill, D., Coakley, D., et Walsh, J. B. (2000). Do patient age and medical condition influence medical advice to stop smoking? *Age and Ageing*, 29 (3), 264-266.
- Maheux, B., Haley, N., Rivard, M., et Gervais, A. (1999). Do physicians assess lifestyle health risks during general medical examinations? A survey of general practitioners

- and obstetrician-gynecologists in Quebec. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 160 (13), 1830-1834.
- Maheux, B., Pineault, R., Lambert, J., Béland, F., et Berthiaume, M. (1989). Factors influencing physicians' preventive practices. *American Journal of Preventive Medicine*, 5 (4), 201-206.
- Maiman, L. A., Becker, M. H., Liptak, G. S., Nazarian, L. F., et Rounds, K. A. (1988). Improving pediatricians' compliance-enhancing practices: a randomized trial. *American Journal of Diseases of Children*, 142 (7), 773-779.
- Malone, R. E. (2005). New practical book helps nurses to help patients stop smoking using the five A's: ask, advise, assess, assist, arrange. *Journal of Emergency Nursing*, 31 (5), 497-499.
- Manske, S., Miller, S., Moyer, C., Phaneuf, M. R., et Cameron, R. (2004). Best practice in group-based smoking cessation: results of a literature review applying effectiveness, plausibility, and practicality criteria. *American Journal of Health Promotion*, 18 (6), 409-423.
- Marcus, M. T., Rickman, K. A., et Sobhan, T. (1999). Substance abuse education liaisons: a collaborative continuing education program for nurses in acute care settings. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 30 (5), 229-234.
- Markey, P., et Schattner, P. (2001). Promoting evidence-based medicine in general practice-the impact of academic detailing. *Family Practice*, 18 (4), 364-366.
- Marleau, D. (2008). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier : le Québec et ses régions*. Westmount, Québec: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Mayrand Leclerc, M. (2006). *Descriptions et stratégies optimisant l'environnement psychosocial du travail des chefs d'unité(s) de soins infirmiers de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Montréal*. Thèse de doctorat, Université Laval.
- Mayrand Leclerc, M., et Lacroix, L. (sous presse). Optimisation des conditions d'exercice des gestionnaires du réseau de la santé : projet REVERBÈRE. *Le Point en administration de la santé*.

- Mayrand Leclerc, M., Lavoie-Tremblay, M., et Viens, C. (2006). L'environnement psychosocial des cadres gestionnaires infirmiers. Dans P. Delmas et M. Mayrand Leclerc (Éds.), *Sortir du management panique Tome 1: Préserver la santé des cadres et promouvoir celle de leur équipe* (pp. 106-118). Paris: Lamarre.
- Mazmanian, P. E., et Davis, D. A. (2002). Continuing medical education and the physician as a learner: Guide to the evidence. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 288 (9), 1057-1060.
- McAlister, A. L., Perry, C. L., et Parcel, G. S. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact: social cognitive theory. Dans K. Glanz, B. K. Rimer et K. Viswanath (Éds.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (4^e éd.) (pp. 169-188). San-Francisco: Jossey-Bass.
- McCann, T. V., Clark, E., et Rowe, K. (2005). Undergraduate nursing students' attitudes towards smoking health promotion. *Nursing & Health Sciences*, 7 (3), 164-174.
- McCarty, M. C., Henrikus, D. J., Lando, H. A., et Vessey, J. T. (2001). Nurses' attitudes concerning the delivery of brief cessation advice to hospitalized smokers. *Preventive Medicine*, 33 (6), 674-681.
- McCarty, M. C., Sander, k. M., Henrikus, D. J., et Lando, H. A. (2001). Barriers among nurses to providing smoking cessation advice to hospitalized smokers. *American Journal of Health Promotion*, 16 (2), 85-87.
- McDaniel, A. M., Kristeller, J. L., et Hudson, D. M. (1999). Chart reminders increase referrals for inpatient smoking cessation intervention. *Nicotine & Tobacco Research*, 1 (2), 175-180.
- McDonald, C. J., Hui, S. L., Smith, D. M., Tierney, W. M., Cohen, S. J., Weinberger, M., et al. (1984). Reminders to physicians from an introspective computer medical record: a two-year randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 100 (1), 130-138.
- McDonald, C. J., Hui, S. L., et Tierney, W. M. (1992). Effects of computer reminders for influenza vaccination on morbidity during influenza epidemics. *Computers in Medical Practice*, 9 (5), 304-312.

- McDowell, I., Newell, C., et Rosser, W. (1986). Comparison of three methods of recalling patients for influenza vaccination. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 135 (9), 991-997.
- McDowell, I., Newell, C., et Rosser, W. (1989). Computerized reminders to encourage cervical screening in family practice. *The Journal of Family Practice*, 28 (4), 420-424.
- McKenzie, J. F., Neiger, B. L., et Thackeray, R. (2009). *Planning, implementing, & evaluating health promotion programs*. (5^e éd.). San Francisco: Pearson Benjamin Cummings.
- McPhee, S. J., Bird, J. A., Fordham, D., Rodnick, J. E., et Osborn, E. H. (1991). Promoting cancer prevention activities by primary care physicians. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 266 (4), 538.
- McPhee, S. J., Bird, J. A., Jenkins, C. N. H., et Fordham, D. (1989). Promoting cancer screening: a randomized, controlled trial of three interventions. *Archives of Internal Medicine*, 149 (8), 1866-1872.
- Mercier, C., et Labarre, K. (2004). *La gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés. Une contribution essentielle à la réussite du projet clinique*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). Pour notre progrès vers un avenir sans tabac. Développement de la législation québécoise contre le tabagisme (pp. 1-38). Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Pour notre progrès vers un avenir sans tabac. Documentation d'information sur la loi du tabac telle qu'elle modifiée depuis le 16 juin 2005*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006a). *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. L.R.Q., Chapitre A-8.1* Québec: Gouvernement du Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006b). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009a). *Code des professions. L.R.Q., chapitre C-26*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009b). *Loi sur le tabac. L.R.Q., chapitre T-0.01*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009c). *Loi sur les infirmières et infirmiers. L.R.Q., chapitre I-8*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009d). *Service de soutien à l'arrêt tabagique*. Récupéré le 2 juillet 2009 de <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?aid=87>
- Monso, E., Campbell, J., Tonnesen, P., Gustavsson, G., et Morera, J. (2001). Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control, 10* (2), 165-169.
- Montano, D. E., et Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. Dans K. Glanz, B. K. Rimer et K. Viswanath (Éds.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (4^e éd.) (pp. 67-96). San-Francisco: Jossey-Bass.
- Montgomery, A. A., Fahey, T., Peters, T. J., MacIntosh, C., et Sharp, D. J. (2000). Evaluation of computer based clinical decision support system and risk chart for management of hypertension in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal, 320* (7236), 686-690.
- Muramoto, M. L., Connolly, T., Strayer, L. J., Ranger-Moore, J., Blatt, W., Leischow, R., et al. (2000). Tobacco cessation skills certification in Arizona: application of a state wide, community based model for diffusion of evidence based practice guidelines. *Tobacco Control, 9* (4), 408-414.
- Narcisse, M.-R., Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P., et Ciampi, A. (2009). Understanding the social patterning of smoking practices: a dynamic typology. *Sociology of Health & Illness, 31* (4), 583-601.

- O'Brien, M. A., Freemantle, N., Oxman, A. D., Wolf, F., Davis, D. A., et Herrin, J. (2001). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD003030.
- O'Brien, M. A., Rogers, S., Jamtvedt, G., Oxman, A. D., Odgaard-Jensen, J., Kristoffersen, D. T., *et al.* (2007). Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), CD000409.
- O'Loughlin, J., Makni, H., Tremblay, M., et Karp, I. (2007). Gender differences among general practitioners in smoking cessation counseling practices. *Preventive Medicine*, 45 (2-3), 208-214.
- Ockene, I. S., Hebert, J. R., Ockene, J. K., Merriam, P. A., Hurley, T. G., et Saperia, G. M. (1996). Effect of training and a structured office practice on physician-delivered nutrition counseling: the Worcester-Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *American Journal of Preventive Medicine*, 12 (4), 252-258.
- Ockene, J. K., et Zapka, J. G. (2000). Provider education to promote implementation of clinical practice guidelines. *Chest*, 118 (Suppl 2), 33S-39S.
- Office de la langue française du Québec. (2009). *Le grand dictionnaire terminologique*. Récupéré le 20 juillet 2009 de http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index800_1.asp
- Ong, K. C., Cheong, G. N., Prabhakaran, L., et Earnest, A. (2005). Predictors of success in smoking cessation among hospitalized patients. *Respirology*, 10 (1), 63-69.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *Page Web de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*. Récupéré le 2 juillet 2009 de <http://www.oiiq.org/>
- Ornstein, S. M., Garr, D. R., Jenkins, R. G., Rust, P. F., et Arnon, A. (1991). Computer-generated physician and patient reminders: tools to improve population adherence to selected preventive services. *The Journal of Family Practice*, 32 (1), 82-90.
- Osler, M., Prescott, E., Godtfredsen, N., Hein, H. O., et Schnohr, P. (1999). Gender and determinants of smoking cessation: a longitudinal study. *Preventive Medicine*, 29 (1), 57-62.

- Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A., et Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 153 (10), 1423-1431.
- Pelkonen, M., et Kankkunen, P. (2001). Nurses' competence in advising and supporting clients to cease smoking: a survey among Finnish nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 437-441.
- Perera, D. R., LoGerfo, J. P., Shulenberger, E., Ylvisaker, J. T., et Kirz, H. L. (1983). Teaching sigmoidoscopy to primary care physicians: a controlled study of continuing medical education. *The Journal of Family Practice*, 16 (4), 785-788.
- Pierce, M., Lundy, S., Palanisamy, A., Winning, S., et King, J. (1989). Prospective randomised controlled trial of methods of call and recall for cervical cytology screening. *British Medical Journal*, 299 (6692), 160-162.
- Pineault, R., Champagne, F., Maheux, B., Legault, C., et Paré, M. (1989). Determinants of health counseling practices in hospitals: the patient's perspective. *American Journal of Preventive Medicine*, 5 (5), 257-265.
- Polit, D. F., et Beck, C. T. (2004). *Nursing research : principles and methods*. (7^e éd.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pollak, K. I., Yarnall, K. S. H., Rimer, B. K., Lipkus, I., et Lyna, P. R. (2002). Factors associated with patient-recalled smoking cessation advice in a low-income clinic. *Journal of the National Medical Association*, 94 (5), 354-363.
- Polyzos, A., Gennatas, C., Veslemes, M., Daskalopoulou, E., Stamatiadis, D., et Katsilambros, N. (1995). The smoking-cessation promotion practices of physician smokers in Greece. *Journal of Cancer Education*, 10 (2), 78-81.
- Puech, M., Ward, J., et Lajoie, V. (1998). Postcard reminders from GPs for influenza vaccine: are they more effective than an ad hoc approach? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22 (2), 254-256.
- Quist-Paulsen, P., et Gallefoss, F. (2003). Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *British Medical Journal*, 327 (7426), 1254-1257.

- Reeve, K., Byrd, T., et Quill, B. E. (2004). Health promotion attitudes and practices of Texas nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16 (3), 125-133.
- Rice, V. H., et Stead, L. F. (2008). Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD001188.
- Richmond, R., Mendelsohn, C., et Kehoe, L. (1998). Family physicians' utilization of a brief smoking cessation program following reinforcement contact after training: a randomized trial. *Preventive Medicine*, 27 (1), 77-83.
- Rigotti, N. (2002). Treatment of tobacco use and dependence. *New England Journal of Medicine*, 346(7), 506-512.
- Robertson, M. K., Umble, K. E., et Cervero, R. M. (2003). Impact studies in continuing education for health professions: update. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 23 (2), 146-156.
- Rogers, J. L., Haring, O. M., Wortman, P. M., Watson, R. A., et Goetz, J. P. (1982). Medical information systems: assessing impact in the areas of hypertension, obesity and renal disease. *Medical Care*, 20 (1), 63-74.
- Rosal, M. C., Ockene, J. K., Luckmann, R., Zapka, J., Goins, K. V., Saperia, G., et al. (2004). Coronary heart disease multiple risk factor reduction. Providers' perspectives. *American Journal of Preventive Medicine*, 27 (2 Suppl), 54-60.
- Rosser, W. W., Hutchison, B. G., McDowell, I., et Newell, C. (1992). Use of reminders to increase compliance with tetanus booster vaccination. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 146 (6), 911-917.
- Rosser, W. W., McDowell, I., et Newell, C. (1991). Use of reminders for preventive procedures in family medicine. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 145 (7), 807-814.
- Rosser, W. W., McDowell, I., et Newell, C. (1992). Documenting smoking status: trial of three strategies. *Canadian Family Physician*, 38 (July), 1623-1628.
- Rothemich, S. F., Woolf, S. H., Johnson, R. E., Burgett, A. E., Flores, S. K., Marsland, D. W., et al. (2008). Effect on cessation counseling of documenting smoking status as a routine vital sign: an ACORN study. *Annals of Family Medicine*, 6 (1), 60-68.

- Rowles, C. J., et Russo, B. L. (2009). Strategies to promote critical thinking and active learning. Dans D. M. Billings et J. A. Halstead (Éds.), *Teaching in Nursing. A guide for faculty* (3^e éd.) (pp. 238-261). St-Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Santoso, B. (1996). Small group intervention vs formal seminar for improving appropriate drug use. *Social Science & Medicine*, 42 (8), 1163-1168.
- Schultz, A. S. H. (2003). Nursing and tobacco reduction: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (6), 571-586.
- Segaar, D., Bolman, C., Willemsen, M. C., et de Vries, H. (2006). Determinants of adoption of cognitive behavioral interventions in a hospital setting: Example of a minimal-contact smoking cessation intervention for cardiology wards. *Patient Education & Counseling*, 61 (2), 262-271.
- Segaar, D., Willemsen, M. C., Bolman, C., et de Vries, H. (2007). Nurse adherence to a minimal-contact smoking cessation intervention on cardiac wards. *Research in Nursing & Health*, 30 (4), 429-444.
- Sekijima, K., Seki, N., et Suzuki, H. (2005). Smoking prevalence and attitudes toward tobacco among student and staff nurses in Niigata, Japan. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 206 (3), 187-194.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., et Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Sharma, M., et Romas, J. A. (2008). *Theoretical foundations of health education and health promotion*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Shea, S., DuMouchel, W., et Bahamonde, L. (1996). A meta-analysis of 16 randomized controlled trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 3 (6), 399-409.
- Shishani, K., Nawafleh, H., et Sivarajan Froelicher, E. (2008). Jordanian nurses' and physicians' learning needs for promoting smoking cessation. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 23 (2), 79-83.

- Shourie, S., Conigrave, K. M., Proude, E. M., et Haber, P. S. (2007). Detection of and intervention for excessive alcohol and tobacco use among adult hospital in-patients. *Drug and Alcohol Review*, 26 (2), 127-133.
- Shumaker, S. A., Schron, E. B., Ockene, J. K., et McBee, W. L. (1998). *The handbook of health behavior change*. (2^e éd.). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Siahpush, M., Borland, R., et Scollo, M. (2003). Factors associated with smoking cessation in a national sample of Australians. *Nicotine & Tobacco Research*, 5 (4), 597-602.
- Siddiqi, K., Newell, J., et Robinson, M. (2005). Getting evidence into practice: what works in developing countries? *International Journal for Quality in Health Care*, 17 (5), 447-454.
- Sikkema, K. J. (2005). HIV prevention among women in low-income housing developments: issues and intervention outcomes in a place-based randomized controlled trial. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 599, 52-70.
- Smith, P. M., Reilly, K. R., Houston Miller, N., DeBusk, R. F., et Taylor, C. B. (2002). Application of a nurse-managed inpatient smoking cessation program. *Nicotine & Tobacco Research*, 4 (2), 211-222.
- Smith, W. R. (2000). Evidence for the effectiveness of techniques to change physician behavior. *Chest*, 118 (2 Suppl), 8S-17S.
- Société canadienne du cancer. (2009). *Arrêt tabagique*. Récupéré le 2 juillet 2009 de http://www.cancer.ca/Quebec/Prevention/Quit%20smoking.aspx?sc_lang=fr-ca&r=1
- Sohn, M., Hartley, C., Froelicher, E. S., et Benowitz, N. L. (2003). Tobacco use and dependence. *Seminars in Oncology Nursing*, 19 (4), 250-260.
- Spencer, L., Pagell, F., Hallion, M. E., et Adams, T. B. (2002). Applying the transtheoretical model to tobacco cessation and prevention: a review of literature. *American Journal of Health Promotion*, 17 (1), 7-71.
- Statistique Canada. (2006). *(Fichier de microdonnées à grande diffusion) Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2005: Cycle 3.1*. Récupéré le 8 juillet 2009 par l'Université du Québec en Outaouais de <http://www.statcan.gc.ca/cgi->

[bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SurvId=3226&SurvVer=0&InstaId=15282&InstaVer=3&SDDS=3226&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2](http://www12.statcan.gc.ca/fr/db/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SurvId=3226&SurvVer=0&InstaId=15282&InstaVer=3&SDDS=3226&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2)

Statistique Canada. (2008). (*Fichier informatique*) *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2007: Cycle 4.1*. Récupéré le 30 juin 2008 par la Direction de santé publique de l'Outaouais de http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SurvId=3226&SurvVer=1&InstaId=15282&InstaVer=4&SDDS=3226&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2

Statistique Canada. (2009a). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada*. Récupéré le 2 juillet 2009 de http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4440&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2

Statistique Canada. (2009b). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Récupéré le 2 juillet 2009 de <http://www12.statcan.gc.ca/francais/census06/reference/consultation/92-135/canadahealth.cfm>

Stead, L. F., Bergeron, G., et Lancaster, T. (2008). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD000165.

Stead, L. F., et Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD001007.

Steinberg, M. B., et Delnevo, C. D. (2007). Physician beliefs regarding effectiveness of tobacco dependence treatments: results from the NJ Health Care Provider Tobacco Survey. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (10), 1459-1462.

Strecher, V. J., O'Malley, M. S., Villagra, V. G., Campbell, E. E., Gonzalez, J. J., Irons, T. G., et al. (1991). Can residents be trained to counsel patients about quitting smoking?: results from a randomized trial. *Journal of General Internal Medicine*, 6 (1), 9-17.

Svavarsdóttir, M. H., et Hallgrímsdóttir, G. (2008). Participation of Icelandic nurses in smoking cessation counselling. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (10), 1335-1341.

- Swallow, A. D., et Dykes, P. C. (2004). Tobacco cessation at Greenwich Hospital: one hospital integrates a cessation program into its daily practice. *The American Journal of Nursing*, 104(12), 61-62.
- Szilagyi, P. G., Bordley, C., Vann, J. C., Chelminski, A., Kraus, R. A., Margolis, P. A., et al. (2000). Effect of patient reminder/recall interventions on immunization rates. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 284 (14), 1820-1827.
- Tonnesen, P., Mikkelsen, K., Markholst, C., Ibsen, A., Bendixen, M., Pedersen, L., et al. (1996). Nurse-conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: a randomized controlled study. *The European Respiratory Journal*, 9 (11), 2351-2355.
- Tremblay, M., Cournoyer, D., Jukic, D., et O'Loughlin, J. (2006). *Le counseling en abandon du tabac: Résultats d'une enquête menée auprès des infirmiers et infirmières du Québec - 2005*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Tremblay, M., Cournoyer, D., et O'Loughlin, J. (2006). *Le counseling en abandon du tabac: Résultats d'une enquête menée auprès des médecins du Québec - 2005*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Tremblay, M., et Gervais, A. (2001). *Interventions en matière de cessation tabagique: description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Tremblay, M., et Thibault, C. (2005). La lutte au tabagisme: comment quelques minutes peuvent sauver des vies. *Perspective Infirmière*, 2 (4), 30-34.
- Tu, K., et Davis, D. (2002). Can we alter physician behavior by educational methods? Lessons learned from studies of the management and follow-up of hypertension. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22 (1), 11-22.
- Turner, B. J., Day, S. C., et Borenstein, B. (1989). A controlled trial to improve delivery of preventive care: physician or patient reminders? *Journal of General Internal Medicine*, 4 (5), 403-409.

- Turner, R. C., Peden, J. G., Jr., et O'Brien, K. (1994). Patient-carried card prompts vs computer-generated prompts to remind private practice physicians to perform health maintenance measures. *Archives of Internal Medicine*, 154 (17), 1957-1960.
- Turner, R. C., Waivers, L. E., et O'Brien, K. (1990). The effect of patient-carried reminder cards on the performance of health maintenance measures. *Archives of Internal Medicine*, 150 (3), 645-647.
- Twardella, D., et Brenner, H. (2005). Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *European Journal of Public Health*, 15 (2), 140-145.
- Ulbricht, S., Meyer, C., Schumann, A., Rumpf, H.-J., Hapke, U., et John, U. (2006). Provision of smoking cessation counseling by general practitioners assisted by training and screening procedure. *Patient Education & Counseling*, 63 (1-2), 232-238.
- Umble, K. E., et Cervero, R. M. (1996). Impact studies in continuing education for health professionals: a critique of the research syntheses. *Evaluation & the Health Professions*, 19 (2), 148-174.
- Underner, M., Laforgue, A.-V., Chabaud, F., et Meurice, J.-C. (2004). Influence du tabagisme des médecins sur la pratique du "conseil minimal": enquête auprès de 369 médecins généralistes de la Vienne. *Presse Médicale*, 33 (14 Pt 1), 927-929.
- Vandal, S., Bradet, R., Viens, C., et Robichaud-Ekstrand, S. (1999). L'adoption et le maintien d'un comportement de santé : le défi de l'assiduité au traitement. *Recherche en soins infirmiers*, 58 (Septembre), 103-113.
- Varona, P., Bonet, M., Fernandez, N., Canizares, M., Roche, R. G., Ibarra, A. M., et al. (2005). Use of medical counseling for the prevention and control of smoking in the municipality of old Havana. *Journal of Urban Health*, 82 (1), 71-75.
- Ward, J., et Sanson-Fisher, R. (1996). Does a 3-day workshop for family medicine trainees improve preventive care? A randomized control trial. *Preventive Medicine*, 25 (6), 741-747.

- Warner, D. O., Sarr, M. G., Offord, K. P., et Dale, L. C. (2004). Anesthesiologists, general surgeons, and tobacco interventions in the perioperative period. *Anesthesia and Analgesia*, 99 (6), 1766-1773.
- Westmaas, J. L., Nath, V., et Brandon, T. H. (2000). Contemporary smoking cessation. *Cancer Control*, 7 (1), 56-62.
- Wetta-Hall, R., Ablah, E., Frazier, L. M., Molgaard, C. A., Berry, M., et Good, M. J. (2005). Factors influencing nurses' smoking cessation assessment and counseling practices. *Journal of Addictions Nursing*, 16, 131-135.
- Whyte, R. E., Watson, H. E., et McIntosh, J. (2006). Nurses' opportunistic interventions with patients in relation to smoking. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (5), 568-577.
- Wilson, D. M. C., Ciliska, D., Singer, J., Williams, K., Alleyne, J., et Lindsay, E. (1992). Family physicians and exercise counseling: can they be influenced to provide more? *Canadian Family Physician* 38 (September), 2003-2010.
- Wolfenden, L., Campbell, E., Wiggers, J., Walsh, R. A., et Bailey, L. J. (2008). Helping hospital patients quit: what the evidence supports and what guidelines recommend. *Preventive Medicine*, 46 (4), 346-357.
- World Health Organization. (2003a). *La convention-cadre pour la lutte antitabac*. Genève: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003b). *Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (2003c). *WHO European strategy for smoking cessation policy*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Guide pour la mise en place de l'action antitabac*. Genève, Suisse: World Health Organization.
- World Health Organization. (2007a). *Gender and tobacco control: a policy brief*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2007b). *The scientific basis of tobacco product regulation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2007c). *Sifting the evidence: gender and tobacco control*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- Yan, J., Xiao, S., Ouyang, D., Jiang, D., He, C., et Yi, S. (2008). Smoking behavior, knowledge, attitudes and practice among health care providers in Changsha city, China. *Nicotine & Tobacco Research*, 10 (4), 737-744.
- Young, J. M., Girgis, S., Bruce, T. A., Hobbs, M., et Ward, J. E. (2008). Acceptability and effectiveness of opportunistic referral of smokers to telephone cessation advice from a nurse: a randomised trial in Australian general practice. *BMC Family Practice*, 9(16), 1-10.

Annexe I

Autorisation

Autorisation pour utiliser le modèle du comportement planifié

Dear Dr. Lepage,

The theory of planned behavior is in the public domain. No permission is needed to use the theory in research, to construct a TpB questionnaire, or to include an original drawing of the model in a thesis, dissertation, presentation, poster, article, or book.

However, if you would like to reproduce a published drawing of the model, you need to get permission from the publisher who holds the copyright. You may use the drawing on my website for non-commercial purposes so long as you retain the copyright notice.

Best regards,

Icek Aizen, Professor and Head
Division of Social Psychology
University of Massachusetts
Amherst, MA 01003

Autorisation du Dr Muramoto

Dear Dr. Lepage,

Thank you for your interest in our work. You may be interested to know that since the Tobacco Control paper was published, we have continued to develop the curriculum we use to teach cessation brief intervention skills as well as the instruments used to assess knowledge attitudes and skills.

Although it still teaches the 5 A's, the curriculum now emphasizes a more motivational approach. The instruments also reflect this shift in content.

The current instruments were developed with a more rigorous iterative approach with input from a national panel of experts, formal user and usability testing and developmental analysis of individual survey items. We have since used these new instruments in a National Cancer Institute sponsored study of community-based brief intervention training involving more than 900 people.

I am giving you this background because the new instruments do reflect the change in the curriculum toward a more motivational approach, and this might not be appropriate to your study. Although I would be happy to send you the first generation instruments used in the tobacco control paper, we think that the current version of the instruments are a significant improvement over the older ones.

We have moved onto a different phase of our study that might also interest you. Based on the results of the current study, we have developed a website to support the brief intervention training and serve as a general source of information and training about helping others quit tobacco. We are looking for researchers and organizations that might be interested in participating in the dissemination testing of the web-site.

Best regards,

Myra

Myra L. Muramoto, M.D., M.P.H.
Associate Professor
Family and Community Medicine, Public Health
Street Address:
Dept. Family and Community Medicine
1450 N. Cherry Ave.
Tucson, AZ
85719

Autorisation du Dr Tremblay

Bonjour M. Lepage,

Je suis désolée du retard à répondre à votre message électronique mais j'étais à l'extérieur de la ville. L'agent de recherche qui travaille à l'analyse des données des six enquêtes menées auprès des professionnels de la santé (incluant les infirmières) est Daniel Cournoyer et il répondra à vos demandes plus spécifiques quand il sera de retour au bureau la semaine prochaine.

1. Je suis tout à fait à l'aise que vous utilisiez une partie des questionnaires en autant que vous en mentionnez l'origine lors de publications.
2. Daniel vous fera parvenir les versions française et anglaise du questionnaire et pourra répondre aux questions que vous pourriez avoir à ce sujet.
3. Nous serions vraiment intéressés de connaître les résultats de vos travaux.

Bonne chance,
Michèle Tremblay
Médecin Conseil
Institut national de santé publique du Québec
190, Crémazie est
Montréal (Qc) H2P 1E2

Annexe II
Guide d'entrevue des gestionnaires
lors du groupe de discussion

Guide d'entrevue pour les gestionnaires :

1. Remercier les gestionnaires de leur implication dans la recherche en entier.
2. Expliquer le but de la rencontre : Faire le bilan de toute la collecte des données et recueillir des informations pour aider à mieux comprendre les résultats.
3. Dire que la rencontre sera enregistrée en mode audionumérique afin de faciliter la collecte des données.
4. Je veux tout d'abord avoir vos impressions sur tout le projet depuis le début, puis je reviendrai avec des questions plus précises sur des éléments en particulier... Selon vous et votre personnel, quel bilan pouvez-vous faire face aux trois collectes des données (autant positif que négatif) :
 - a. chez votre personnel ?
 - b. chez les patients ?
 - c. pour vous ?
5. Quels ont été les facteurs qui ont facilité le déroulement de cette recherche ?
6. Quels ont été les facteurs qui ont nui au déroulement de cette recherche ?
7. Selon vous, percevez-vous des changements chez votre personnel concernant les interventions en cessation tabagique ? Pensez-vous que la majorité de votre personnel croit qu'il peut influencer les patients par des interventions de courte durée comme il est suggéré ? Pensez-vous qu'il le fera à l'avenir ? Je veux juste vos impressions informelles.
8. Si c'était à refaire, que suggèreriez-vous pour assurer le succès de cette recherche ?
9. Avez-vous d'autres commentaires ?
10. Remercier les participants.

Annexe III

Lettres types d'intention de participer à l'étude



Lettre d'intention pour la participation à l'étude

Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée

Mario Lepage, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c)

Merci d'avoir accepté de participer à l'étude en titre, qui vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie de centres hospitaliers de soins de courte durée. Les objectifs de ce projet sont de comparer trois stratégies (formation interactive, rappel et la combinaison des deux stratégies) visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée. Ce projet sera soumis au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, de l'Université de Montréal et des 4 CSSS participants. Votre participation est conditionnelle à l'approbation du comité d'éthique de votre établissement et de votre comité de direction.

Cette recherche se réalise en collaboration avec la Direction de la santé publique de votre région. De plus, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec est fortement intéressé par ce projet puisqu'un engagement a déjà été pris avec l'Institut national de santé publique du Québec afin d'augmenter la pratique clinique préventive en cessation tabagique des infirmières auprès des diverses clientèles de soins.

Parmi les interventions, on retrouve une formation interactive de deux heures sur l'intervention en cessation tabagique, une stratégie de rappel au dossier et une stratégie qui combine les deux interventions. Au total, quatre CSSS seront nécessaires pour réaliser ce projet, trois pour les différentes interventions et un autre pour le groupe contrôle. Comme le devis est à randomisation par groupe, nous ne connaissons pas encore où se feront les interventions. C'est une pige au sort qui le déterminera. Ce procédé apporte une certaine validité aux résultats. La collecte des données se réalise par questionnaire auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), des responsables des unités et du

centre d'abandon du tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient et de son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique.

Votre participation consiste (si vous êtes choisi pour l'intervention de formation) à libérer vos infirmières et infirmières-auxiliaires des unités de médecine-chirurgie pour cette formation de deux heures. Plusieurs formations seront prévues afin de minimiser les libérations dans les unités de soins. Faciliter la collecte des données auprès du personnel infirmier et des patients (à trois moments). Un formulaire de confidentialité de l'établissement peut être complété afin d'assurer la confidentialité des données recueillies. Pour ma part, je m'engage à respecter la confidentialité et à assurer la formation gratuitement. Pour les établissements qui ne recevront pas la formation interactive, d'autres formations pourront être cédulées avec l'établissement (après la recherche) gratuitement par le chercheur pour vous aider à implanter ces stratégies.

Votre participation à ce projet se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux et je m'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou y pallier. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'augmentation des interventions en cessation tabagique par le personnel infirmier est le bénéfice direct anticipé. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Si vous avez des questions concernant ce projet, vous pouvez communiquer avec Mario Lepage au (819) 595-3900 ext. 2293 ou par courriel ou avec un des membres du comité : Lise Renaud, Ph.D., directrice de thèse, professeure-chercheure, Université du Québec à Montréal, (514) 987-3000 ext. 4571 ou par courriel : ou avec Francois Champagne, Ph.D, codirecteur, professeur-chercheur, Université de Montréal, (514) 343-2226 ou par courriel :

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et que vous acceptez d'y participer conditionnellement à l'approbation de votre comité éthique et votre comité de direction. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps de l'étude sans préjudice.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Nom du responsable : _____

Signature du responsable : _____ Date : _____

Nom de l'étudiant : _____

Signature de l'étudiant: _____ Date : _____

Annexe IV
Lettre type pour le personnel infirmier



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7

Téléphone (819) 595-3900

Insérer logo établissement ici

Bonjour,

Nous sollicitons par la présente votre participation à une recherche. Celle-ci a pour but la comparaison de stratégies pour augmenter les interventions infirmières en cessation tabagique dans les centres hospitaliers.

Nous vous invitons à lire avec attention le formulaire de consentement ci-joint, signer les deux formulaires et en conserver une copie. Vous aurez à compléter ultérieurement deux autres questionnaires similaires.

Votre participation à ce projet est importante et très appréciée pour la poursuite des études doctorales.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mario Lepage au (819) 595-3900 poste 2293 ou par courriel .:

Je vous remercie de votre collaboration.

Mario Lepage, M.Sc.N., Ph.D. (c)
Étudiant au doctorat
Programme de santé publique
Université de Montréal

Insérer le logo de l'établissement ici

Université 
de Montréal



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7

Téléphone (819) 595-3900

Rappel

Bonjour,

Il y a quelques jours, vous receviez par courrier interne, un questionnaire pour votre participation à une recherche. Celle-ci vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie de centres hospitaliers de soins de courte durée.

Cette lettre ne se veut qu'un rappel amical afin de vous rappeler de compléter le questionnaire et de le retourner à l'endroit désigné. Veuillez ignorer cette lettre si vous l'avez déjà fait. Nous vous invitons à répondre au questionnaire ci-joint et à signer le formulaire de consentement (si cela n'est pas fait), tel que prévu pour la poursuite du projet. Si vous avez besoin d'un nouveau questionnaire et/ou d'un nouveau formulaire de consentement, votre chef de programme se fera un plaisir de vous en remettre un autre.

Votre participation à ce projet de recherche est importante et très appréciée pour la poursuite des études doctorales. Il s'agit ici de compléter ce questionnaire.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mario Lepage au (819) 595-3900 poste 2293 ou par courriel : .

Merci de votre collaboration.

Mario Lepage, M.Sc.N.,
Étudiant au doctorat
Programme de santé publique
Université de Montréal

Annexe V
Certificats éthiques

**CERTIFICAT D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (CERFM)**

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé :

**Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte
durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de
centres hospitaliers de courte durée**

présenté par : M. Mario Lepage et Dr François Champagne

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.

Isabelle B-Ganache, présidente

Date d'étude : 18 décembre 2007

Date d'approbation : **Modifié et approuvé le 22 janvier 2008**

Numéro de référence : CERFM 89 (07) 4#279

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.

OBLIGATIONS DU CHERCHEUR :

SE CONFORMER À L'ARTICLE 19 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, CONCERNANT LA CONFIDENTIALITÉ DES DOSSIERS DE RECHERCHE ET LA TRANSMISSION DE DONNÉES CONFIDENTIELLES EN LIEN AVEC LA RECHERCHE.

SOLLICITER LE CERFM POUR TOUTES MODIFICATIONS ULTÉRIEURES AU PROTOCOLE OU AU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.

TRANSMETTRE IMMÉDIATEMENT AU CERFM TOUT ÉVÉNEMENT INATTENDU OU EFFET INDÉSIRABLE RENCONTRÉS EN COURS DE PROJET.

COMPLÉTER ANNUELLEMENT UN FORMULAIRE DE SUIVI.



Université du Québec en Outaouais

Campus de la Santé, Centre de la Recherche, 2200, rue J. B. Lussier
 Téléphone : 819 534-1500
 www.uqo.ca

Notre référence : 844

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Projet : *Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée.*

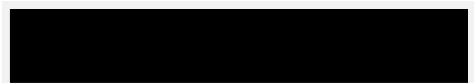
Soumis par : Monsieur Marie Lepage
 Étudiant
 Université du Québec en Outaouais

Financement : Sun Life, MELS, Direction de la santé publique de la Montérégie et de l'Outaouais

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au 30 janvier 2008

Au nom du Comité,



André Dufresne
 Président
 Comité d'éthique de la recherche

Date d'émission : Le 30 janvier 2006



**Comité d'éthique de la recherche
Hôpital Charles LeMoine**

Centre affilié universitaire
et régional de la Montérégie

Le 18 janvier 2008.

Monsieur Mario Lepage
Chercheur principal
25 boulevard Lorrain
Gatineau (Québec) J8P 2C9

OBJET : **Projet 2007-08-64** – Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine d'urgence de centres hospitaliers de courte durée.

Monsieur,

Nous accusons réception des documents suivants relevant du dossier mentionné en rubrique.

- Lettre de M. Mario Lepage datée du 14 janvier 2008.
 - Formulaire A, page Form A-2, page Form A-4
 - Liste des changements au protocole.
 - Formulaire de consentement - Personnel infirmier, français, version 2 - 5 janvier 2008.
 - Formulaire de consentement - Patients, français, version 2 - 5 janvier 2008.
 - Formulaire de consentement - Gestionnaires, français, version 2 - 5 janvier 2008.
 - Formulaire de consentement - Personnel du centre d'abandon du tabac, français, version 2 - 5 janvier 2008.
 - Questionnaire - Entrevue aux patients et données sur les dossiers patients
 - Questionnaire - Gestionnaire d'unités de soins sur les pratiques du personnel infirmier en cessation tabagique
 - Questionnaire - Personnel infirmier sur les pratiques en cessation tabagique
 - Questionnaire - Responsable du centre d'abandon du tabac sur les pratiques du personnel infirmier en cessation tabagique.

Suite à l'étude de ces documents, je confirme que ces derniers sont révisés et approuvés et qu'ils respectent toutes les exigences et conditions d'approbation émises par le comité d'éthique de la recherche, lors de la réunion régulière du 18 décembre 2007.

PE-CEB-Recevoir(Lettre d'Approbation) - F-406-2007-2008 - Éthique 2008-0007-08-64-01

M. Martin Lapierre (2007-08-64)

Le 18 janvier 2008.

Veuillez trouver joint à cet envoi une copie des formulaires de consentement portant le sceau d'approbation du comité. Seul ces formulaires doivent être utilisés pour signature par les sujets.

De plus, nous vous rappelons que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours de l'étude doit être rapportée et approuvée par le comité d'éthique.

Veuillez recevoir, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président du comité
d'éthique de la recherche



Sylvain Binnet, M.D., FRCPC

SB:rcf
01.1(4)

c. c. Jacques Blais, adjoint à la direction de la recherche et secrétaire du CAR

Centre de soins et de soins spécialisés
de Rivière-du-Loup

5000 rue
A. de LaSalle s. r. l.
Rivière-du-Loup, Q. B. P. 244
X3A 0R2 (Québec)

Téléphone : (418) 863-1100
Télécopieur : (418) 863-1101

AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

DESTINATAIRE : Monsieur Mario Lepage

COLLABORATEURS : Madame Chloéine Foucher, D.S.

PROTOCOLE : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les heures de soins offerts, durée en session thérapeutique auprès du personnel infirmier en établissement de soins de soins hospitaliers pour adultes.

OBJET : Demande de certification éthique

PROMOTEUR : Monsieur Mario Lepage, dans le cadre du cours de maîtrise en santé publique, Université de Montréal

APPROUVÉ LE : 3 janvier 2025

MEMBRES : M. Cyrille Dumas
Mme Sarah Bélanger
M. Régent Pérube
M. André Duro
M. Luc Massé
Mme Wéronique Melan
M. Stéphane Michaud

Monsieur Lepage,

Lors d'une séance régulière tenue le 23 janvier 2025, les membres du comité d'éthique ont pris connaissance des caractéristiques de votre protocole de recherche sur le sujet susmentionné. Ils ont été informés des réponses aux questions soulevées lors de la présentation du protocole du 3 janvier dernier.

Merci de votre collaboration active dans la gestion de ce protocole. Nous acceptons que votre recherche se réalise au CHSS de Rivière-du-Loup. Nous vous souhaitons beaucoup de succès dans votre recherche de doctorat.

Nous vous serions reconnaissants de nous aviser régulièrement des suites concernant votre projet dans notre établissement.

Le président du comité d'éthique,



C. P. M. Chloéine Foucher
Présidente

2025-01-25

Centre hospitalier

Région de Gaspé-Péninsule
de Gaspé (RPG)
Téléphone : (418) 869-2344
Site Web : www.chss-rdl.ca
Réception : (418) 869-1100

CHSS Rivière-du-Loup

22, rue de la Paix
Téléphone : (418) 869-4911
Téléfax : (418) 869-4912
Télécopieur : (418) 869-4913

Centre de soins de Rivière-du-Loup

25, rue St-Jacques
Rivière-du-Loup (Q. B. P. 244)
Téléphone : (418) 869-4100
Télécopieur : (418) 869-4101

Centre de soins de Gaspé

286, rue St-Jacques
Rivière-du-Loup (Q. B. P. 244)
Téléphone : (418) 869-2880
Télécopieur : (418) 869-2881

Centre de soins de Gaspé

300, rue de la Paix (à l'ouest) / Corniche du EST
75, rue St-Jacques
Rivière-du-Loup (Q. B. P. 244)
Téléphone : (418) 869-2111
Télécopieur : (418) 869-2112

Centre de santé et de services sociaux
de Gatineau

Le 7 mars 2006

Monsieur Mario Lepage, candidat au doctorat
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais
C.P. 1250, succursale H.C.
Gatineau, Québec
J8X 3X7

Objet : Projet 327-071210

**Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions
de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en
médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée**

Monsieur,

Nous vous confirmons que votre projet de recherche ci-haut mentionné a franchi toutes les étapes et a reçu l'approbation de l'établissement. Ce projet est mené en collaboration avec la gestionnaire et le personnel infirmier du programme de médecine-chirurgie à l'hôpital de Gatineau.

Vous trouverez en annexe une copie de la lettre du directeur général, monsieur André O. Rodier et l'original de la décision du Comité d'éthique de la recherche.

Nous vous souhaitons bonne chance dans la poursuite de vos activités de recherche et nous vous prions de recevoir, monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Laurence Barraud
Chef intérimaire des services UMF - Formation, éthique et recherche,



C.c. Marie-Hélène Gosselin, chef de programme médecine-chirurgie

P.J. (2)

Centre de santé et de services sociaux
225, rue de la Vérité
Gatineau, Québec, J8X 3X7
Téléphone : 819 821-0000

Hôpital de Gatineau
115, boulevard de l'Église
Gatineau (Québec), J8X 3X7
Téléphone : 819 821-0000

Unité de médecine familiale
501, boulevard de l'Église
Gatineau (Québec), J8X 3X7
Téléphone : 819 821-0000

Centre de santé et de services sociaux
de Gatineau

**DÉCISION DU
COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

NUMÉRO DE RÉFÉRENCE : 327-071210 - FA
TITRE DU PROJET : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée
Abbrégé : Interventions courtes en cessation tabagique du personnel infirmier en médecine chirurgie
CHERCHEUR PRINCIPAL : Mario Lepage, étudiant au doctorat en santé publique, Université de Montréal et professeur, Sc. inf., UQO
Co-chercheur : Lise Renaud, directrice de thèse, UQAM
 François Champagne, directeur, U. de Montréal
DATE DE LA RÉUNION DU COMITÉ : Le 10 décembre 2007 et 4 février 2008

Présence :
 M^{me} Chantal Beauvais, PhD, personne versée en éthique présidente
 M. Michel Chevalier, représentant de la collectivité secrétaire
 M^{me} Lucie Lalonde, experte juridique membre
 M. Nimmerl Lapierre, chercheur externe membre
 M^{me} Sylvie Marchand, intervenante membre
 D^r Tang Thong Nguyen, médecin de l'établissement membre
 M^{me} Johanne Paradis, pharmacienne membre
 D^r George Shenuola, chercheur externe membre

RÉSUMÉ :
 Ce projet de recherche vise à vérifier l'adoption de pratiques préventives du personnel infirmier auprès des patients pour les amener à cesser la pratique du tabagisme et ce, selon différentes stratégies (formation, rappels, rituels) menées auprès du personnel infirmier.

DÉCISION :
 Les conditions éthiques d'approbation ayant été respectées, les corrections ont été apportées aux formulaires de consentement (version du 5 février 2008) ainsi que les questionnaires déposés, le comité d'éthique de la recherche approuve la tenue du projet de recherche déposé par M. Mario Lepage, intitulé « *Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée* ».

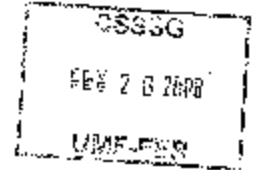
Cette approbation est valide pour un an à partir de la date d'approbation finale du projet et elle pourra être renouvelée par le CER suite à la réception d'un rapport d'étape annuel décrivant l'état d'avancement des travaux (1^{er} février 2009) et d'un rapport final. Toute modification au projet pouvant survenir en cours de réalisation, devra être signalé au CER le plus rapidement possible.



Maria Chevalier, ing. MBA
 Secrétaire du comité d'éthique de la recherche

10/06 fév 2008
 Date

Centre de santé et des services sociaux
de Gatineau



Le 27 février 2008

Monsieur Michel Chevalier
Secrétaire du comité d'éthique de la recherche
CSSS de Gatineau
500, boul. de l'Hôpital
Gatineau (Québec)
J8V 2P5

**Objet : Projet de recherche no 327-071210 : – Interventions courtes en cessation
tabagique du personnel infirmier en médecine chirurgie**

Monsieur,

La présente fait suite à l'analyse du projet cité en rubrique par le comité de direction à sa séance du 12 février 2008.

Considérant la recommandation positive du comité d'éthique de la recherche et en accord avec les conditions émises par ce comité, la direction du CSSS de Gatineau autorise ledit projet.

Espérant le tout à votre satisfaction, nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Le directeur général,



André O. Rodier

c. c. M. Marquis Demers, directeur des ressources financières

Annexe VI
Formulaires de consentement



Centre de recherche
Hôpital Charles LeMoine
Service d'Évaluation de la
Qualité des Soins et de la Sécurité



Université du Québec en Outaouais
Établissement d'enseignement, d'information et de
recherche
4300, rue 1

Université
de Montréal



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PERSONNEL INFIRMIER

N° DE PROJET : 2007-08-64

**TITRE DU PROJET
DE RECHERCHE :** Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les
interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du
personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres
hospitaliers de courte durée

PROTOCOLE : S. O.

COMMANDITAIRE : Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS)
Bourse de: \$39000
Financière Sun Life (\$40000)

CHERCHEUR PRINCIPAL : Mario LePage, inf., M.Sc.N., Ph.D.(c), étudiant chercheur

**DÉPARTEMENT DU
CHERCHEUR PRINCIPAL :** Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières

ADRESSE : C.P. 1250, Succ. Hull
Gatineau, Québec
J8X 3X7

TÉLÉPHONE : (819) 595-3900 poste 2293

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Formulaire de consentement - Version 2 - 5 janvier 2008

Initiales du sujet : _____

Titre du projet de recherche : Évaluation en pratique de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée.

N° de projet : 2007-081-04

Personnel infirmier

Page 2 de 5

Description et but du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en cure, qui vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie de centres hospitaliers de soins de courte durée. Les objectifs de ce projet sont de comparer trois stratégies (formation interactive, rappel et la combinaison des deux stratégies).

La collecte des données se réalisera par des questionnaires auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), les responsables des unités de soins et le centre d'abandon du tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient et de son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier. Les données permettront d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique ainsi que le changement des attitudes et des croyances du personnel infirmier face à l'intervention tabagique.

Procédures

Votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter un questionnaire écrit d'une durée de 15 minutes à trois moments, soit en février, avril et juin 2008. Environ 100 sujets (personnel infirmier) de l'Hôpital Charles LeMoine seront invités à participer à cette étude.

Risques et inconvénients

Les risques associés à votre participation sont minimes et le chercheur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. L'inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ 15 minutes de votre temps, à trois moments.

Bénéfices et avantages

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'augmentation des interventions en cessation tabagique par le personnel infirmier est le bénéfice direct anticipé. Il n'y aura aucun bénéfice direct pour le participant.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à débiter pour participer à cette étude.

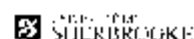
En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

Version de consentement : Vers. en 2 - 5 j. avril 2008

Date des du site : _____

CLINIQUE RECHERCHE

143, boulevard des Capucins - Québec (Qué.) J 1V 3H1 - Téléphone : (418) 406-5111 - Télécopieur : (514) 853-5923



Titre du projet de recherche : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de cessation de consommation tabagique auprès du personnel à l'embauche en médecine d'urgence de centres hospitaliers de soins de jour.

N° de projet : 2007-08-64 _____ Personne infirmière _____ Page 3 de 3

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée puisque votre nom sera substitué à un code numérique. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants. Les résultats seront diffusés sous forme de thèse, de conférences et d'articles scientifiques.

Les données recueillies (interventions réalisées en cessation tabagique, les croyances et les attitudes face aux interventions en cessation tabagique et des données personnelles) seront conservées sous clé dans une filière au bureau du chercheur et les personnes qui y auront accès sont Marie Lepage, sa directrice de thèse et son correcteur. Elles seront détruites dans 7 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine (CFREM) de l'Université de Montréal et du comité d'éthique de la recherche de l'hôpital Charles LeMoine. Tous adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous devez savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales de l'Hôpital Charles LeMoine afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

Participation volontaire / retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte vos relations avec les gestionnaires et vos collègues de travail.

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Formulaire de consentement : Version 2 - 5 janvier 2008

Initiales du sujet : _____

CENTRE DE RECHERCHE

1101, boulevard St-Jacques, Québec, Qc H2W 2H1 Téléphone : (514) 369-3621 Fax : (514) 369-3625

UNIVERSITÉ
STURBRÖCK

Titre du projet de recherche : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier et médecins-chirurgie de certains hôpitaux de courte durée.

N° de projet : 2007-08-64 **Personnel principal :** **Page :** 4 de 5

Personnes à contacter

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mario Lapage au (819) 595-3800 poste 2293 ou par courriel .

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat ou comité d'éthique de la recherche de l'hôpital Charles LeMoine au (450) 466-5000 poste 2364.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Charles LeMoine au (450) 466-5434.

Formulaire de consentement - Version 1 - Janvier 2008

Titres de page : 4

CENTRE DE RECHERCHE

100, av. de la Recherche, Université de Sherbrooke, J1K 2R1 • Téléphone : (819) 821-6100 • Télécopieur : (819) 821-6102

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Centre de santé et de services sociaux
de Rivière-du-Loup

Université 
de Montréal



Université du Québec en Outaouais

Cas postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Formulaire de consentement auprès du personnel infirmier

No de projet : 89 (07) 4#279

Titre du projet : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée

Nom du ou des Chercheurs : Mario Lepage, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c), étudiant chercheur
Lise Renaud, Ph.D., directrice de thèse
François Champagne, Ph.D., codirecteur

Organisme Subventionnaire : Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) (bourse de \$39000)
Financière Sun Life (\$40000)

Adresse du Chercheur : Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières
C.P. 1250, Succ. Hull
Gatineau, Québec
J8X 3X7

Téléphone : (819) 595-3900 poste 2293

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de

Formulaire de consentement : version 2 du 5 janvier 2008

Page 1 sur 4

Interventions courtes en cessation tabagique du personnel infirmier en médecine-chirurgie

Numéro du projet : 89 (07) 4#279

Initiales du sujet _____

l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Description et but du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie de centres hospitaliers de soins de courte durée. Les objectifs de ce projet sont de comparer trois stratégies (formation interactive, rappel et la combinaison des deux stratégies).

La collecte des données se réalisera par des questionnaires auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), les responsables des unités de soins et le centre d'abandon du tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient et de son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier. Les données permettront d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique ainsi que le changement des attitudes et des croyances du personnel infirmier face à l'intervention tabagique.

Procédures

Votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter un questionnaire écrit d'une durée de 15 minutes à trois moments, soit en février, avril et juin 2008.

Bénéfices et avantages

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'augmentation des interventions en cessation tabagique par le personnel infirmier est le bénéfice direct anticipé. Il n'y aura aucun bénéfice direct pour le participant

Risques et inconvénients

Le seul inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ 15 minutes de votre temps, à trois moments.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée puisque votre nom sera substitué à un code numérique. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants. Les résultats seront diffusés sous forme de thèse, de conférences et d'articles scientifiques.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans une filière au bureau du chercheur et la seule personne qui y aura accès est Mario Lepage. Elles seront détruites dans 7 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine (CERFM) de l'Université de Montréal. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Vous devez également savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales du Centre de Santé et des services sociaux de Rivière-du-Loup afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

Participation volontaire / retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte vos relations avec les gestionnaires et vos collègues de travail. Si le participant se retire, les données le concernant seront détruites.

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Personnes à contacter

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mario Lepage au (819) 595-3900 poste 2293 ou par courriel [REDACTED]

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le Président du comité d'éthique de la recherche du Centre de Santé et des Services Sociaux de Rivière-du-Loup au (418) 868-1010 poste 2910.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et

à la qualité des services du Centre de Santé et des Services Sociaux au (418)868-1010 poste 2399

Énoncé du consentement

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec les gestionnaires et mes collègues de travail et sans préjudice d'aucune sorte.

Le formulaire est signé en deux exemplaires. J'en conserve une copie et l'autre sera conservé dans une filière sous clé au bureau du chercheur.

_____	_____	_____
Signature du sujet	Nom (caractères d'imprimerie)	Date
_____	_____	_____
Signature du chercheur	Nom (caractères d'imprimerie)	Date

Centre de santé et de services sociaux
de Gatineau

Université 
de Montréal



Université du Québec en Outaouais

Casa postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Formulaire de consentement du personnel infirmier

No de projet : 327-071210

Titre du projet : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée

Nom du ou des Chercheurs : Mario Lepage, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c), étudiant chercheur
Lise Renaud, Ph.D., directrice de thèse
François Champagne, Ph.D., codirecteur

Organisme Subventionnaire : Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) (bourse de \$39000)
Financière Sun Life (\$40000)

Adresse du Chercheur : Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières
C.P. 1250, Succ. Hull
Gatineau, Québec
J8X 3X7

Téléphone : (819) 595-3900 poste 2293

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Formulaire de consentement : version 2 du 5 janvier 2008

Page 1 sur 4

Interventions courtes en cessation tabagique du personnel infirmier en médecine-chirurgie

Numéro du projet : 327-071210

Initiales du sujet _____

Description et but du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie de centres hospitaliers de soins de courte durée. Les objectifs de ce projet sont de comparer trois stratégies (formation interactive, rappel et la combinaison des deux stratégies).

La collecte des données se réalisera par des questionnaires auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), les responsables des unités de soins et le centre d'abandon du tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient et de son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier. Les données permettront d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique ainsi que le changement des attitudes et des croyances du personnel infirmier face à l'intervention tabagique.

Procédures

Si votre hôpital est choisi pour avoir la formation interactive, vous serez invité par votre gestionnaire à participer à une formation de 1h30 durant vos heures de travail.

Par la suite, votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter un questionnaire écrit d'une durée de 15 minutes à trois moments, soit en février, avril et juin 2008. Environ 100 sujets du Centre de Santé et des Services Sociaux de Gatineau seront invités à participer à cette étude.

Risques et inconvénients

Les risques associés à votre participation sont minimaux et le chercheur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Le seul inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ 15 minutes de votre temps.

Bénéfices et avantages

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'augmentation des interventions en cessation tabagique par le personnel infirmier est le bénéfice direct anticipé. Il n'y aura pas de bénéfice direct pour le participant.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée puisque votre nom sera substitué à un code numérique. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants. Les résultats seront diffusés sous forme de thèse, de conférences et d'articles scientifiques.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans une filière au bureau du chercheur et la seule personne qui y aura accès est Mario Lepage. Elles seront détruites dans 7 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine (CERFM) de l'Université de Montréal et du comité d'éthique de la recherche du Centre de Santé et des Services Sociaux de Gatineau. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous consentez à ce que le chercheur transmette au CER de l'établissement, sur demande, aux seules fins de la constitution du répertoire des participants à des projets de recherche, les informations suivantes :

- Votre nom codé (initiales et date de naissance) ;
- Le numéro du projet de recherche ;
- La date du début et de fin de votre participation à ce projet.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

Participation volontaire / retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte vos relations avec les gestionnaires et vos collègues de travail.

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Personnes à contacter

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mario Lepage au (819) 595-3900 poste 2293 ou par courriel [REDACTED]

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'hôpital (819) 561-8144

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital (819) 561-8179

Énoncé du consentement

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec les gestionnaires et mes collègues de travail et sans préjudice d'aucune sorte.

Le formulaire est signé en deux exemplaires. J'en conserve une copie et l'autre sera conservé dans une filière sous clé au bureau du chercheur.

_____	_____	_____
Signature du sujet	Nom (caractères d'imprimerie)	Date
_____	_____	_____
Signature du chercheur	Nom (caractères d'imprimerie)	Date

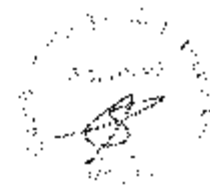


Centre de recherche
Hôpital Charles LeMayne
Centre de recherche
en soins infirmiers
et en soins de santé



Université du Québec en Outaouais
Centre de recherche en soins infirmiers et en soins de santé
Département des sciences infirmières
3100, route 245
Gatineau, Québec
J8N 3A5

Université
de Montréal



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PATIENTS

N° DE PROJET : 2007-08-64

**TITRE DU PROJET
DE RECHERCHE :** Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine chirurgicale de centres hospitaliers de courte durée

PROTOCOLE : S. O.

COMMANDITAIRE : Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS)
Bourse de \$39000
Financière Sun Life (\$40000)

CHERCHEUR PRINCIPAL : Mario Lepage, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c), ét. concl. chercheur

**DÉPARTEMENT DU
CHERCHEUR PRINCIPAL :** Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières

ADRESSE : C.P. 1250, Succ. Hull
Gatineau, Québec
J8X 3X7

TÉLÉPHONE : (819) 595-3900 poste 2293

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Formulaire de consentement : Version 2, 5 janvier 2008

initiales du sujet : _____

Titre du projet de recherche : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée.

N° de projet : 2007-08-64

Patients

Page 2 de 5

Description et but du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie de centres hospitaliers de soins de courte durée. Les objectifs de ce projet sont de comparer trois stratégies (formation interactive, rappel et la combinaison des deux stratégies).

La collecte des données se réalisera par des questionnaires auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmiers auxiliaires), les responsables des unités de soins et le centre d'abandon du tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient et de son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier. Les données permettront d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique ainsi que le changement des attitudes et des croyances du personnel infirmier face à l'intervention tabagique.

Procédures

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à une courte entrevue d'une durée de 5 minutes. Par la suite, des données seront recueillies dans votre dossier. Environ 100 patients de l'Hôpital Charles LeMoine seront invités à participer à cette étude.

Risques et inconvénients

Les risques associés à votre participation sont minimaux et le chercheur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. L'inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ 5 minutes de votre temps. Il n'y aura aucun bénéfice direct pour le participant.

Bénéfices et avantages

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'augmentation des interventions en cessation tabagique par le personnel infirmier est le bénéfice direct anticipé.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

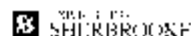
En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits et ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

Formulaire de consentement : Version 2, 5 janvier 2008

Informations sujet :

CENTRE DE RECHERCHE

1100, rue Dufferin, Greenfield Park (Québec) PQ J2L 3B1 | Tél. (514) 441-9125 | Télécopieur (514) 441-9125



Titre du projet de recherche : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interactions de courte durée en soins de longue durée auprès du personnel infirmier en médecine chirurgie et autres hospitaliers de courte durée.

N° de projet : 2007-08-64

Page(s) :

Page 3 de 5

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée puisque votre nom sera substitué à un code numérique. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants. Les résultats seront diffusés sous forme de thèse, de conférences et d'articles scientifiques.

Les données recueillies (vérification des interventions en cessation tabagique notées dans votre dossier par le personnel infirmier, âge, sexe, diagnostic médical, antécédents médicaux, symptômes respiratoires notés et le temps écoulé depuis votre hospitalisation) seront conservés sous clé dans une filière au bureau du chercheur. Les seules personnes qui y auront accès sont Martin LePage, sa directrice de thèses et son codirecteur. Elles seront détruites dans 7 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine (CERTM) de l'Université de Montréal et du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoine. Tous adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous devez savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales de l'Hôpital Charles LeMoine afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'Hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

Participation volontaire / retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte les soins auxquels vous avez droit ni ne nuise aux relations avec votre médecin, le personnel infirmier et les autres intervenants.

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour autres raisons.

Formulaire de consentement Valable à partir du 1^{er} janvier 2009

Initiales du sujet _____

CENTRE DE RECHERCHE

110, rue Desjardins, Québec, Québec H3A 2B4 Téléphone : (514) 496-5001 - Télécopieur : (514) 496-5025

1-877-203-7374
STERBRUCKER

Titre du projet de recherche : Évaluation comparative de stratégies visant à améliorer les interventions de courte durée en assistance linguistique auprès du personnel infirmier et médecin-chirurgien de centres hospitaliers de soins de jour.

N° de projet : 2007-08-64 Patients Page 4 de 5

Personnes à contacter

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mario Lepage au (514) 595-3900 poste 2293 ou par courriel [redacted]

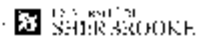
Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoine au (450) 466-5000 poste 2564.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Charles LeMoine au (150) 466-5434.

Formulaire de consentement - Version 3 - 5 janvier 2008

Titres du sujet : _____

CENTRE DE RECHERCHE



Titre du projet de recherche : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de réduction de consommation tabagique auprès du personnel infirmier et en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de soins de jour.

N° de projet : 2007-08-64 _____ Projets _____ Page 3 de 5

Énoncé du consentement.

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon médecin, le personnel infirmier et les autres intervenants et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement et l'original sera conservé dans une filette sous clé au bureau du chercheur.

Signature du sujet

Nom (lettrés et d'imprimerie)

Date

Signature du témoin

Nom (lettrés et d'imprimerie)

Date

Signature du chercheur

Nom (lettrés et d'imprimerie)

Date

Formulaire de consentement : Version 2, 5 janvier 2008

Initiales du sujet : _____

CENTRE DE RECHERCHE

1195, route des Frères, Université Paris-Québec, Québec, Q1R 2H1, Téléphone : (418) 69-5021, Télécopieur : (418) 69-5075



Centre de santé et de services sociaux
de Rivière-du-Loup

Université 
de Montréal



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Formulaire de consentement auprès des patients

No de projet : 89 (07) 4#279

Titre du projet : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée

Nom du ou des Chercheurs : Mario Lepage, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c), étudiant chercheur
Lise Renaud, Ph.D., directrice de thèse
François Champagne, Ph.D., codirecteur

Organisme Subventionnaire : Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) (bourse de \$39000)
Financière Sun Life (\$40000)

Adresse du Chercheur : Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières
C.P. 1250, Succ. Hull
Gatineau, Québec
J8X 3X7

Téléphone : (819) 595-3900 poste 2293

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Formulaire de consentement : version 2 du 5 janvier 2008
Interventions courtes en cessation tabagique du personnel infirmier en médecine-chirurgie

Page 1 sur 4

Numéro du projet : 89 (07) 4#279

Initiales du sujet _____

Description et but du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie de centres hospitaliers de soins de courte durée. Les objectifs de ce projet sont de comparer trois stratégies (formation interactive, rappel et la combinaison des deux stratégies).

La collecte des données se réalisera par des questionnaires auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), les responsables des unités de soins et le centre d'abandon du tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient et de son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier. Les données permettront d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique ainsi que le changement des attitudes et des croyances du personnel infirmier face à l'intervention tabagique.

Procédures

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à une courte entrevue d'une durée de 5 minutes. Par la suite, des données seront recueillies dans votre dossier (vérification des interventions en cessation tabagique notées dans votre dossier par le personnel infirmier, âge, sexe, diagnostic médical, antécédents médicaux, symptômes respiratoires notés et le temps écoulé depuis votre hospitalisation).

Bénéfices et avantages

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'augmentation des interventions en cessation tabagique par le personnel infirmier est le bénéfice direct anticipé. Il n'y aura aucun bénéfice direct pour le participant

Risques et inconvénients

Le seul inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ 5 minutes de votre temps.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée puisque votre nom sera substitué à un code numérique. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants. Les résultats seront diffusés sous forme de thèse, de conférences et d'articles scientifiques.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans une filière au bureau du chercheur et la seule personne qui y aura accès est Mario Lepage. Elles seront détruites dans 7 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine (CERFM) de l'Université de Montréal. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Vous devez également savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales du Centre de Santé et des services sociaux de Rivière-du-Loup afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

Participation volontaire / retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte les soins auxquels vous avez droit ni ne nuise aux relations avec votre médecin, le personnel infirmier et les autres intervenants.

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Personnes à contacter

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mario Lepage au (819) 595-3900 poste 2293 ou par courriel [REDACTED]

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le Président du comité d'éthique de la recherche du Centre de Santé et des Services Sociaux de Rivière-du-Loup au (418) 868-1010 poste 2910.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et

à la qualité des services du Centre de Santé et des Services Sociaux au (418)868-1010 poste 2399

Énoncé du consentement

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon médecin, le personnel infirmier et les autres intervenants et sans préjudice d'aucune sorte.

Le formulaire est signé en deux exemplaires. J'en conserve une copie et l'autre sera conservé dans une filière sous clé au bureau du chercheur.

Signature du sujet	Nom (caractères d'imprimerie)	Date
Signature du chercheur	Nom (caractères d'imprimerie)	Date

Centre de santé et de services sociaux
de Gatineau

Université 
de Montréal



Université du Québec en Outaouais

Cité postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Formulaire de consentement du patient

No de projet : 327-071210

Titre du projet : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée

Nom du ou des Chercheurs : Mario Lepage, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c), étudiant chercheur
Lise Renaud, Ph.D., directrice de thèse
François Champagne, Ph.D., codirecteur

Organisme Subventionnaire : Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) (bourse de \$39000)
Financière Sun Life (\$40000)

Adresse du Chercheur : Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières
C.P. 1250, Succ. Hull
Gatineau, Québec
J8X 3X7

Téléphone : (819) 595-3900 poste 2293

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Formulaire de consentement : version 2 du 5 janvier 2008

Page 1 sur 4

Interventions courtes en cessation tabagique du personnel infirmier en médecine-chirurgie

Numéro du projet : 327-071210

Initiales du sujet _____

Description et but du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie de centres hospitaliers de soins de courte durée. Les objectifs de ce projet sont de comparer trois stratégies (formation interactive, rappel et la combinaison des deux stratégies).

La collecte des données se réalisera par des questionnaires auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), les responsables des unités de soins et le centre d'abandon du tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient et de son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier. Les données permettront d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique ainsi que le changement des attitudes et des croyances du personnel infirmier face à l'intervention tabagique.

Procédures

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à une courte entrevue d'une durée de 5 minutes. Par la suite, des données seront recueillies dans votre dossier (vérification des interventions en cessation tabagique notées dans votre dossier par le personnel infirmier, âge, sexe, diagnostic médical, antécédents médicaux, symptômes respiratoires notés et le temps écoulé depuis votre hospitalisation). Environ 100 patients du Centre de Santé et des Services Sociaux de Gatineau seront invités à participer à cette étude.

Risques et inconvénients

Les risques associés à votre participation sont minimaux et le chercheur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Le seul inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ 5 minutes de votre temps.

Bénéfices et avantages

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'augmentation des interventions en cessation tabagique par le personnel infirmier est le bénéfice direct anticipé. Il n'y aura pas de bénéfice direct pour le participant.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée puisque votre nom sera substitué à un code numérique. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants. Les résultats seront diffusés sous forme de thèse, de conférences et d'articles scientifiques.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans une filière au bureau du chercheur et la seule personne qui y aura accès est Mario Lepage. Elles seront détruites dans 7 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine (CERFM) de l'Université de Montréal et du comité d'éthique de la recherche du Centre de Santé et des Services Sociaux de Gatineau. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous consentez à ce que le chercheur transmette au CER de l'établissement, sur demande, aux seules fins de la constitution du répertoire des participants à des projets de recherche, les informations suivantes :

- Votre nom codé (initiales et date de naissance) ;
- Le numéro du projet de recherche ;
- La date du début et de fin de votre participation à ce projet.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

Participation volontaire / retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte les soins auxquels vous avez droit ni ne nuise aux relations avec votre médecin, le personnel infirmier et les autres intervenants.

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Personnes à contacter

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mario Lepage au (819) 595-3900 poste 2293 ou par courriel ml@chug.ulm.ca

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'hôpital (819) 561-8144

Formulaire de consentement : version 2 du 5 janvier 2008

Page 3 sur 4

Interventions courtes en cessation tabagique du personnel infirmier en médecine-chirurgie

Numéro du projet : 327-071210

Initiales du sujet _____

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital (819) 561-8179

Énoncé du consentement

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon médecin, le personnel infirmier et les autres intervenants et sans préjudice d'aucune sorte.

Le formulaire est signé en deux exemplaires. J'en conserve une copie et l'autre sera conservé dans une filière sous clé au bureau du chercheur.

_____	_____	_____
Signature du sujet	Nom (caractères d'imprimerie)	Date
_____	_____	_____
Signature du chercheur	Nom (caractères d'imprimerie)	Date



Centre de recherche
Hôpital Charles LeMoine
Centre de soins de longue
durée de soins de longue durée



Université de Québec en Outaouais

Campus de l'Université B. H. (Québec) Outaouais (USA 102)
Boulevard de la Université
Outaouais

Université 
de Montréal



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ GESTIONNAIRES

N° DE PROJET : 2007-08-64

**TITRE DU PROJET
DE RECHERCHE :** Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les
interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du
personnel infirmier en médecine chirurgie de centres
hospitaliers de courte durée

PROTOCOLE : S. O.

COMMANDITAIRE : Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS)
(bourse de: \$39000)
Financière Sun Life (\$10000)

CHERCHEUR PRINCIPAL : Mario Lapège, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c), étudiant chercheur

**DÉPARTEMENT DU
CHERCHEUR PRINCIPAL :** Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières

ADRESSE : C. P. 1250, Succ. H111
Gatineau, Québec
J8X 3X7

TÉLÉPHONE : (819) 595-3900 poste 2293

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Formulaire de consentement, Version 1.1, novembre 2008

Articles de la Loi :

Titre du projet de recherche : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine d'urgence de centres hospitaliers de courte durée.

N° de projet : 2007-08-64

Consentement

Page 2 de 5

Description et but du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine d'urgence de centres hospitaliers de soins de courte durée. Les objectifs de ce projet sont de comparer trois stratégies (formation interactive, rappel et la combinaison des deux stratégies).

La collecte des données se réalisera par des questionnaires auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), les responsables des unités de soins et le centre d'abandon au tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient et de son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier. Les données permettront d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique ainsi que le changement des attitudes et des croyances du personnel infirmier face à l'intervention tabagique.

Procédures

Votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter un questionnaire écrit d'une durée de 10 minutes à trois moments, soit en février, avril et juin 2008. Environ 100 sujets de l'Hôpital Charles LeMoine seront invités à participer à cette étude.

Risques et inconvénients

Les risques associés à votre participation sont minimaux et le chercheur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. L'inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ 10 minutes de votre temps, à trois moments.

Bénéfices et avantages

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'augmentation des interventions en cessation tabagique par le personnel infirmier est le bénéfice direct anticipé. Il n'y aura aucun bénéfice direct pour le participant.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à débiter pour participer à cette étude.

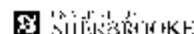
En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

Formulaire de consentement - Version 2.5 Janvier 2008

Indice des sujets : ...

CENTRE DE RECHERCHE

1100 Avenue de l'Échiquet, Green Hall Park (C09H) - L3V 2H1 - Téléphone : (418) 463-3121 - Télécopieur : (418) 463-3225



Titre du projet de recherche : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine d'urgence en cas hospitaliers de courte durée.

N° de projet : 2007-08-64

Confidentialité

Page 3 de 5

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée puisque votre nom sera substitué à un code numérique. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants. Les résultats seront diffusés sous forme de thèse, de conférences et d'articles scientifiques.

Les données recueillies (soutien donné aux équipes en cessation tabagique, données personnelles et des données contextuelles et organisationnelles) seront conservées sous clé dans une filière au bureau du chercheur et les seules personnes qui y auront accès sont Mario Lapage, sa directrice de thèse et son codirecteur. Elles seront détruites dans 7 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine (CERFM) de l'Université de Montréal et du comité d'éthique de la recherche de l'hôpital Charles LeMoigne. Tous adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous devez savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales de l'Hôpital Charles LeMoigne afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

Participation volontaire / retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte vos relations avec les gestionnaires et vos collègues de travail.

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Formulaire de consentement - Version 2.0 (juin 2008)

Titre de la page :

CENTRE DE RECHERCHE

 UNIVERSITÉ
SHERBROOKE

110, boul. Taschereau, Centre-ville Park Québec | IN 2-1-1 | Téléphone : (418) 466-1004 • Télécopieur : (418) 466-5025

Titre du projet de recherche : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en matière tabagique auprès du personnel infirmier en milieu de chirurgie de centres hospitaliers de courte durée.

N° de projet : 2007-08-64

Gestionnaires

Page 4 de 5

Personnes à contacter

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mario LePage au (819) 595-3900 poste 1393 ou par courriel : [REDACTED]

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoine au (450) 466-5000 poste 2564.

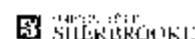
De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Charles LeMoine au (450) 466-5134.

Formulaire de consentement - Version 1.3 (juin 2008)

Titres de sujet : _____

CENTRE DE RECHERCHE

3129, boulevard Guénard, Québec, QC G3A 0G4 • Téléphone : (418) 681-3100 • Télécopieur : (418) 681-3122



Titre du projet de recherche : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en soins dentaires auprès de personnel infirmier en médecine-dentaire de centres hospitaliers de courte durée.

N° de projet : 2007-08-64

Gestionnaires

Page 5 sur 5

Énoncé du consentement

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec les gestionnaires et mes collègues de travail et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement et l'original sera conservé dans une filette sous clé au bureau du chercheur.

Signature du sujet

Nom (sans titres d'imprimé)

Date

Signature du chercheur

Nom (sans titres d'imprimé)

Date

Formulaire de consentement - Version 2 (3 janvier 2008)

Initiales du sujet

CENTRE DE RECHERCHE

125, rue Lasalle, Québec, Q1R 1P9 Québec | Téléphone : (418) 456-0044 | Site Web : www.cri46.com



UNIVERSITÉ
SHELBROOKE

Centre de santé et de services sociaux
de Rivière-du-Loup

Université 
de Montréal



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Formulaire de consentement auprès des gestionnaires

No de projet : 89 (07) 4#279

Titre du projet : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée

Nom du ou des Chercheurs : Mario Lepage, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c), étudiant chercheur
Lise Renaud, Ph.D., directrice de thèse
François Champagne, Ph.D., codirecteur

Organisme Subventionnaire : Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) (bourse de \$39000)
Financière Sun Life (\$40000)

Adresse du Chercheur : Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières
C.P. 1250, Succ. Hull
Gatineau, Québec
J8X 3X7

Téléphone : (819) 595-3900 poste 2293

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Formulaire de consentement : version 2 du 5 janvier 2008

Page 1 sur 4

Interventions courtes en cessation tabagique du personnel infirmier en médecine-chirurgie

Numéro du projet : 89 (07) 4#279

Initiales du sujet _____

Description et but du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie de centres hospitaliers de soins de courte durée. Les objectifs de ce projet sont de comparer trois stratégies (formation interactive, rappel et la combinaison des deux stratégies).

La collecte des données se réalisera par des questionnaires auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), les responsables des unités de soins et le centre d'abandon du tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient et de son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier. Les données permettront d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique ainsi que le changement des attitudes et des croyances du personnel infirmier face à l'intervention tabagique.

Procédures

Votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter un questionnaire écrit d'une durée de 10 minutes à trois moments, soit en février, avril et juin 2008.

Bénéfices et avantages

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'augmentation des interventions en cessation tabagique par le personnel infirmier est le bénéfice direct anticipé. Il n'y aura aucun bénéfice direct pour le participant.

Risques et inconvénients

Le seul inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ 10 minutes de votre temps, à trois moments.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée puisque votre nom sera substitué à un code numérique. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants. Les résultats seront diffusés sous forme de thèse, de conférences et d'articles scientifiques.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans une filière au bureau du chercheur et la seule personne qui y aura accès est Mario Lepage. Elles seront détruites dans 7 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine (CERFM) de l'Université de Montréal. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Vous devez également savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales du Centre de Santé et des services sociaux de Rivière-du-Loup afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

Participation volontaire / retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte vos relations avec les gestionnaires et vos collègues de travail. Si le participant se retire, les données le concernant seront détruites.

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Personnes à contacter

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mario Lepage au (819) 595-3900 poste 2293 ou par courriel [REDACTED]

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le Président du comité d'éthique de la recherche du Centre de Santé et des Services Sociaux de Rivière-du-Loup au (418) 868-1010 poste 2910.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et

à la qualité des services du Centre de Santé et des Services Sociaux au (418)868-1010 poste 2399

Énoncé du consentement

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec les gestionnaires et mes collègues de travail et sans préjudice d'aucune sorte.

Le formulaire est signé en deux exemplaires. J'en conserve une copie et l'autre sera conservé dans une filière sous clé au bureau du chercheur.

_____	_____	_____
Signature du sujet	Nom (caractères d'imprimerie)	Date
_____	_____	_____
Signature du chercheur	Nom (caractères d'imprimerie)	Date

Centre de santé et de services sociaux
de Gatineau

Université 
de Montréal



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Formulaire de consentement du gestionnaire

No de projet : 327-071210

Titre du projet : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée

Nom du ou des Chercheurs : Mario Lepage, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c), étudiant chercheur
Lise Renaud, Ph.D., directrice de thèse
François Champagne, Ph.D., codirecteur

Organisme Subventionnaire : Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) (bourse de \$39000)
Financière Sun Life (\$40000)

Adresse du Chercheur : Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières
C.P. 1250, Succ. Hull
Gatineau, Québec
J8X 3X7

Téléphone : (819) 595-3900 poste 2293

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Description et but du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie de centres hospitaliers de soins de courte durée. Les objectifs de ce projet sont de comparer trois stratégies (formation interactive, rappel et la combinaison des deux stratégies).

La collecte des données se réalisera par des questionnaires auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), les responsables des unités de soins et le centre d'abandon du tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient et de son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier. Les données permettront d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique ainsi que le changement des attitudes et des croyances du personnel infirmier face à l'intervention tabagique.

Procédures

Votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter un questionnaire écrit d'une durée de 10 minutes à trois moments, soit en février, avril et juin 2008. Environ 100 sujets du Centre de Santé et des Services Sociaux de Gatineau seront invités à participer à cette étude.

Risques et inconvénients

Les risques associés à votre participation sont minimaux et le chercheur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Le seul inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ 10 minutes de votre temps.

Bénéfices et avantages

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'augmentation des interventions en cessation tabagique par le personnel infirmier est le bénéfice direct anticipé. Il n'y aura pas de bénéfice direct pour le participant.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée puisque votre nom sera substitué à un code numérique. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants. Les résultats seront diffusés sous forme de thèse, de conférences et d'articles scientifiques.

Formulaire de consentement : version 2 du 5 janvier 2008

Page 2 sur 4

Interventions courtes en cessation tabagique du personnel infirmier en médecine-chirurgie

Numéro du projet : 327-071210

Initiales du sujet _____

Les données recueillies seront conservées sous clé dans une filière au bureau du chercheur et la seule personne qui y aura accès est Mario Lepage. Elles seront détruites dans 7 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine (CERFM) de l'Université de Montréal et du comité d'éthique de la recherche du Centre de Santé et des Services Sociaux de Gatineau. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous consentez à ce que le chercheur transmette au CER de l'établissement, sur demande, aux seules fins de la constitution du répertoire des participants à des projets de recherche, les informations suivantes :

- Votre nom codé (initiales et date de naissance) ;
- Le numéro du projet de recherche ;
- La date du début et de fin de votre participation à ce projet.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

Participation volontaire / retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte vos relations avec les gestionnaires et vos collègues de travail.

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Personnes à contacter

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mario Lepage au (819) 595-3900 poste 2293 ou par courriel ml@chug.ulm.ca

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'hôpital (819) 561-8144

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital (819) 561-8179

Énoncé du consentement

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec les gestionnaires et mes collègues de travail et sans préjudice d'aucune sorte.

Le formulaire est signé en deux exemplaires. J'en conserve une copie et l'autre sera conservé dans une filière sous clé au bureau du chercheur.

_____ Signature du sujet	_____ Nom (caractères d'imprimerie)	_____ Date
-----------------------------	--	---------------

_____ Signature du chercheur	_____ Nom (caractères d'imprimerie)	_____ Date
---------------------------------	--	---------------



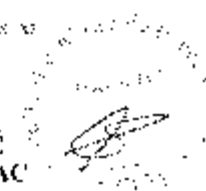
Centre de recherche
Hôpital Charles LeMoine
Centre d'investigation
et d'évaluation de la thérapie



Université du Québec en Outaouais

Cité universitaire 125, rue de l'Université, Outaouais, Qc J2K 0M2
Téléphone : 819-595-2000
www.uqo.ca

Université
de Montréal



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ
PERSONNEL DU CENTRE D'ABANDON DU TABAC**

N° DE PROJET : 2007-08-64

**TITRE DU PROJET
DE RECHERCHE :** Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les
interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du
personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres
hospitaliers de courte durée

PROTOCOLE : S. O.

COMMANDITAIRE : Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS)
(bourse de: \$39000)
Financière Sun Life (\$4000)

CHERCHEUR PRINCIPAL : Mario Lejague, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c), étudiant-chercheur

**DÉPARTEMENT DU
CHERCHEUR PRINCIPAL :** Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières

ADRESSE : C.P. 1250, Succ. Hall
Gatineau, Québec
J8X 3X7

TÉLÉPHONE : (819) 595-3900 poste 2293

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Formulaire de consentement - Version 2 - 5 janvier 2004

Initiales du sujet _____

Titre du projet de recherche : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en soins de chirurgie de centres hospitaliers de courte durée.

N° de projet : 2007-083-64 **Personnel au centre d'abandon du tabac** **Page :** 3 de 3

Description et but du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecins-chirurgie de centres hospitaliers de soins de courte durée. Les objectifs de ce projet sont de comparer trois stratégies (formation interactive, rappel et la combinaison des deux stratégies).

La collecte des données se réalisera par des questionnaires auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), les responsables des unités de soins et le centre d'abandon du tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient, et de son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier. Les données permettront d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique ainsi que le changement des attitudes et des croyances du personnel infirmier face à l'intervention tabagique.

Procédures

Votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter un questionnaire écrit d'une durée de 5 minutes à trois moments, soit en février, avril et juin 2008.

Risques et inconvénients

Les risques associés à votre participation sont minimaux et le chercheur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. L'inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ 5 minutes de votre temps, à trois moments.

Bénéfices et avantages

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'augmentation des interventions en cessation tabagique par le personnel infirmier est le bénéfice direct anticipé. Il n'y aura aucun bénéfice direct pour le participant.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

Formulaire de consentement : Version 2.5 février 2008

Initiales du sujet : _____

CENTRE DE RECHERCHE

1126 South Beaver, au Greenfield Park (Québec) J4V 1H1 Téléphone : (514) 366-5057 Télécopieur : (514) 366-5025

 **RESEARCH
STURBRIDGE**

Titre du projet de recherche : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de contre-attaque en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée.

N° de projet : 2007-08-64

Protocole d'un centre d'abandon du tabac

Page 3 de 5

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne peuvent, en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée puisque votre nom sera substitué à un code numérique. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants. Les résultats seront diffusés sous forme de thèse, de conférences et d'articles scientifiques.

Les données recueillies (nombre de références et sa provenance) seront conservées sous clé dans une filière au bureau du chercheur et les personnes qui y auront accès sont Mario Lepage, sa directeur de thèse et son codirecteur. Elles seront détruites dans 7 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine (CEREM) de l'Université de Montréal et du comité d'éthique de la recherche de l'hôpital Charles LeMoine. Tous adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous devez savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales de l'Hôpital Charles LeMoine afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

Participation volontaire / retrait


Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte vos relations avec les gestionnaires et vos collègues de travail.

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Formulaire de consentement : Version 2 y janvier 2008

Initiales du sujet :

CENTRE DE RECHERCHE

 UNIVERSITÉ
SHERBROOQUE

110, boulevard Université, Case 280, Sherbrooke, Québec, J1K 2R9 • Téléphone : (819) 826-0100 • Télécopieur : (819) 826-0102

Titre du projet de recherche : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en vaccination tuberculeuse auprès du personnel infirmier en médecine-stratégie de centres de soins de courte durée.

N° de projet : 2007-08-64

Présence du centre d'abandon de la recherche

Page 4 de 5

Personnes à contacter

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mario Lepage au (319) 598-3900 poste 2293 ou par courriel mario.lepage@sherrilock.com

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoigne au (450) 466-5000 poste 2561.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Charles LeMoigne au (450) 466-5436.

Formulaire de consentement 1 : Version 2.5 janvier 2008

Titre des études et de la recherche

CENTRE DE RECHERCHE

120, rue LaSalle, Québec, P. Q. G1R 2M1 • Tél. (418) 686-3020 • Fax (418) 686-3020 • Courriel : 418.686.3020

SHERRILOK

Titre du projet de recherche : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée.

N° de projet : 2007-08-64 _____ Personnel de centre d'abandon du tabac

Page 5 de 5

Énoncé du consentement

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices qui comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec les gestionnaires et mes collègues de travail et sans préjudice d'aucune sorte.

Je reçois une copie signée et datée de ce formulaire de consentement et l'original sera conservé dans une filette sous clé au bureau du chercheur.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date

Signature du chercheur

Nom (caractères d'imprimerie)

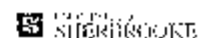
Date

Formulaire de consentement : Version 2.5, janvier 2008

Initiales du sujet :

CENTRE DE RECHERCHE

Centre de recherche en soins infirmiers (CRS) | 450, rue de la Couronne, Québec, QC G1R 5K1 | Téléphone : (418) 466-3134 | Télécopieur : (418) 466-3135



Centre de santé et de services sociaux
de Rivière-du-Loup

Université 
de Montréal



Université du Québec en Outaouais

Casa postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Formulaire de consentement auprès du personnel du centre d'abandon du tabac

No de projet : 89 (07) 4#279

Titre du projet : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée

Nom du ou des Chercheurs : Mario Lepage, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c), étudiant chercheur
Lise Renaud, Ph.D., directrice de thèse
François Champagne, Ph.D., codirecteur

Organisme Subventionnaire : Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) (bourse de \$39000)
Financière Sun Life (\$40000)

Adresse du Chercheur : Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières
C.P. 1250, Succ. Hull
Gatineau, Québec
J8X 3X7

Téléphone : (819) 595-3900 poste 2293

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de

Formulaire de consentement : version 2 du 5 janvier 2008
Interventions courtes en cessation tabagique du personnel infirmier en médecine-chirurgie

Page 1 sur 4

Numéro du projet : 89 (07) 4#279

Initiales du sujet _____

l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Description et but du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie de centres hospitaliers de soins de courte durée. Les objectifs de ce projet sont de comparer trois stratégies (formation interactive, rappel et la combinaison des deux stratégies).

La collecte des données se réalisera par des questionnaires auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), les responsables des unités de soins et le centre d'abandon du tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient et de son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier. Les données permettront d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique ainsi que le changement des attitudes et des croyances du personnel infirmier face à l'intervention tabagique.

Procédures

Votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter un questionnaire écrit d'une durée de 5 minutes à trois moments, soit en février, avril et juin 2008.

Bénéfices et avantages

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'augmentation des interventions en cessation tabagique par le personnel infirmier est le bénéfice direct anticipé. Il n'y aura aucun bénéfice direct pour le participant.

Risques et inconvénients

Le seul inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ 5 minutes de votre temps, à trois moments.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée puisque votre nom sera substitué à un code numérique. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants. Les résultats seront diffusés sous forme de thèse, de conférences et d'articles scientifiques.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans une filière au bureau du chercheur et la seule personne qui y aura accès est Mario Lepage. Elles seront détruites dans 7 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine (CERFM) de l'Université de Montréal. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Vous devez également savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournir vos coordonnées au Service des archives médicales du Centre de Santé et des services sociaux de Rivière-du-Loup afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

Participation volontaire / retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte vos relations avec les gestionnaires et vos collègues de travail. Si le participant se retire, les données le concernant seront détruites.

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Personnes à contacter

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mario Lepage au (819) 595-3900 poste 2293 ou par courriel :

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le Président du comité d'éthique de la recherche du Centre de Santé et des Services Sociaux de Rivière-du-Loup au (418) 868-1010 poste 2910.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et

à la qualité des services du Centre de Santé et des Services Sociaux au (418)868-1010 poste 2399

Énoncé du consentement

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec les gestionnaires et mes collègues de travail et sans préjudice d'aucune sorte.

Le formulaire est signé en deux exemplaires. J'en conserve une copie et l'autre sera conservé dans une filière sous clé au bureau du chercheur.

_____	_____	_____
Signature du sujet	Nom (caractères d'imprimerie)	Date
_____	_____	_____
Signature du chercheur	Nom (caractères d'imprimerie)	Date

Centre de santé et de services sociaux
de Gatineau

Université 
de Montréal



Université du Québec en Outaouais

Casa postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Formulaire de consentement du personnel du centre d'abandon du tabac

No de projet : 327-071210

Titre du projet : Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée

Nom du ou des Chercheurs : Mario Lepage, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c), étudiant chercheur
Lise Renaud, Ph.D., directrice de thèse
François Champagne, Ph.D., codirecteur

Organisme Subventionnaire : Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport (MELS) (bourse de \$39000)
Financière Sun Life (\$40000)

Adresse du Chercheur : Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières
C.P. 1250, Succ. Hull
Gatineau, Québec
J8X 3X7

Téléphone : (819) 595-3900 poste 2293

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les inconvénients qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Formulaire de consentement : version 2 du 5 janvier 2008

Page 1 sur 4

Interventions courtes en cessation tabagique du personnel infirmier en médecine-chirurgie

Numéro du projet :

Initiales du sujet _____

Description et but du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie de centres hospitaliers de soins de courte durée. Les objectifs de ce projet sont de comparer trois stratégies (formation interactive, rappel et la combinaison des deux stratégies).

La collecte des données se réalisera par des questionnaires auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), les responsables des unités de soins et le centre d'abandon du tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient et de son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique par le personnel infirmier. Les données permettront d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique ainsi que le changement des attitudes et des croyances du personnel infirmier face à l'intervention tabagique.

Procédures

Votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter un questionnaire écrit d'une durée de 5 minutes à trois moments, soit en février, avril et juin 2008.

Risques et inconvénients

Les risques associés à votre participation sont minimaux et le chercheur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Le seul inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ 5 minutes de votre temps.

Bénéfices et avantages

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'augmentation des interventions en cessation tabagique par le personnel infirmier est le bénéfice direct anticipé. Il n'y aura pas de bénéfice direct pour le participant.

Indemnité compensatoire et/ou dépenses

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales ou professionnelles.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée puisque votre nom sera substitué à un code numérique. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants. Les résultats seront diffusés sous forme de thèse, de conférences et d'articles scientifiques.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans une filière au bureau du chercheur et la seule personne qui y aura accès est Mario Lepage. Elles seront détruites dans 7 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine (CERFM) de l'Université de Montréal et du comité d'éthique de la recherche du Centre de Santé et des Services Sociaux de Gatineau. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous consentez à ce que le chercheur transmette au CER de l'établissement, sur demande, aux seules fins de la constitution du répertoire des participants à des projets de recherche, les informations suivantes :

- Votre nom codé (initiales et date de naissance) ;
- Le numéro du projet de recherche ;
- La date du début et de fin de votre participation à ce projet.

Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12) mois suivant la fin de votre participation à ce projet.

Participation volontaire / retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte vos relations avec les gestionnaires et vos collègues de travail.

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Personnes à contacter

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mario Lepage au (819) 595-3900 poste 2293 ou par courriel : [REDACTED]

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'hôpital (819)561-8144

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital (819) 561-8179

Énoncé du consentement

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comportent ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec les gestionnaires et mes collègues de travail et sans préjudice d'aucune sorte.

Le formulaire est signé en deux exemplaires. J'en conserve une copie et l'autre sera conservé dans une filière sous clé au bureau du chercheur.

_____	_____	_____
Signature du sujet	Nom (caractères d'imprimerie)	Date
_____	_____	_____
Signature du chercheur	Nom (caractères d'imprimerie)	Date

Annexe VII

Résultats du questionnaire de l'étude pilote pour identifier les concepts indirects



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7

Téléphone (819) 595-3900

www.uqo.ca

QUESTIONNAIRE SUR L'IDENTIFICATION DES CROYANCES PERSONNELLES DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS FACE À L'INTERVENTION DE COURTE DURÉE EN CESSATION TABAGIQUE

Mario Lepage, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c)
Lise Renaud, Ph.D. , directrice de thèse
François Champagne, Ph.D., codirecteur

Nous sollicitons par la présente votre participation afin d'identifier les croyances personnelles des infirmières et infirmiers face à l'intervention de courte durée en cessation tabagique. Les réponses obtenues dans ce court questionnaire permettront aux chercheurs de bâtir un questionnaire pour une recherche qui vise à comparer des stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie de centres hospitaliers de soins de courte durée.

Pour compléter ce questionnaire, vous devez obligatoirement travailler comme infirmière ou infirmier dans un milieu de soins. Votre participation consiste à compléter ce court questionnaire écrit d'une durée de 15 minutes. Les données recueillies par ce questionnaire permettront d'identifier les croyances à inclure dans un questionnaire se basant sur le modèle d'Ajzen. Les données recueillies sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée puisqu'aucun nom ne devra paraître sur ce questionnaire.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans une filière au bureau du chercheur et la seule personne qui y aura accès est Mario Lepage. Elles seront détruites dans 5 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Votre participation à cette identification des croyances se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice.

Merci de votre collaboration.

Mario Lepage, M.Sc.N.,
Étudiant au doctorat
Programme de santé publique

DIRECTIVES :

1. Répondez à toutes les questions.
2. Ne signez pas le questionnaire.
3. Lisez attentivement les questions avant de répondre.

DÉFINITION :

De façon générale, une intervention de courte durée comprend une évaluation et des interventions de cessation d'une durée de moins de 10 minutes. Dans la littérature, on retrouve différentes façons de nommer les interventions de courte durée. Selon le MSSS (2002), les interventions de courte durée peuvent être :

- L'information et la documentation : répondre aux questions et aux préoccupations de la clientèle, informer des services offerts et distribuer le matériel documentaire disponible.
- L'intervention minimale : définir le statut tabagique, déterminer l'étape de changement et donner un avis de cessation.
- L'intervention brève : déterminer la motivation à cesser de fumer, informer et conseiller en fonction de l'étape de changement actuelle.
- La référence et l'inscription aux services : référer la clientèle vers les services les plus appropriés tels que les centres d'abandon du tabac (CAT).

Questionnaires remplis : 118/154 (76,6 %)

Nombre total présent : 154

DEC-BACC : 141 /167 (84,4 %)

Baccalauréat de la formation initiale : 5/167 (3,0 %)

Baccalauréat de la formation de perfectionnement : 21/167 (12,6 %)

N. B. Pour ce qui suit, le chiffre avant représente le nombre de fois dit. Le chiffre après est le numéro du questionnaire.

QUESTIONNAIRE

1. -254- Quel(s) avantage(s) voyez-vous à réaliser une intervention de courte durée en cessation tabagique auprès de tous vos patients ?
- -61- (24 %) - Sensibiliser la population : 53 (44,9 %)
 - Sensibiliser la population au problème néfaste du tabac et de la fumée secondaire (1, 2, 3, 5, 9, 12, 13, 14, 15, 18, 22, 24, 28, 31, 34, 38, 39, 40, 43, 47, 54, 55, 59, 65, 75, 77, 88, 91, 92, 93, 106, 107, 108, 111, 114) -35- (29,7 %)
 - Ébranler les croyances sur le tabagisme (97) et les mythes (48, 108) -3- (2,5 %)
 - Réaliser les avantages de cesser de fumer (49, 100) -2- (1,7 %)
 - Prise de conscience des conséquences du tabagisme (1, 4, 18, 25, 34, 37, 40, 41, 47, 53, 63, 66, 67, 79, 90, 111, 116) -17- (14,4 %)
 - Faire réfléchir (56, 66, 74, 87) -4- (3,4 %)
 - -11- (4,3 %) Réduction de la prévalence du tabagisme : 11 (9,3 %)
 - Diminution de la prévalence du tabac (5, 13, 26, 62, 68, 69, 87) -7- (5,9 %)
 - Décourager les jeunes à devenir fumeur (3) -1- (0,9 %)
 - Encourager à cesser (35, 55) -2- (1,7 %)
 - Diminuer la consommation durant l'hospitalisation (78) -1- (0,9 %)
 - -31- (12,2 %) Réduction de la prévalence des maladies : 26 (22 %)
 - Diminue les visites médicales à long terme (1) -1- (0,9 %)
 - Diminue le risque d'une réhospitalisation (51, 68, 112) -3- (2,5 %)
 - Diminution de la prévalence des maladies reliées au tabac (5, 10, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 32, 52, 60, 62, 67, 68, 69, 70, 86, 99, 103, 113, 117) -21- (17,8 %)
 - Diminution des risques à long terme (72, 95) -2- (1,7 %)
 - Diminution des ulcères et problèmes digestifs (68, 69) -2- (1,7 %)
 - Améliore l'hygiène dentaire (68, 69) -2- (1,7 %)
 - -7- (2,8 %) Améliore la santé : 7 (5,9 %)
 - Accélère le processus de guérison (58, 60, 87) -3- (2,5 %)
 - Effet bénéfique pour les MPOC (51, 86) -2- (1,7 %)
 - Avantage social car fumeurs font des séjours fréquents et souvent longs en CH dus aux problèmes de santé reliés à l'usage du tabac (66) -2- (1,7 %)
 - -16- (6,3 %) Rôle de l'infirmière : 15 (12,7 %)
 - Notre rôle (41, 88, 95, 106) -4- (3,4 %)
 - Important de faire de la prévention (8, 15, 19, 89) -4- (3,4 %)
 - Promouvoir la santé (60, 73, 74, 77, 84, 95, 100, 104) -8- (6,8 %)

- -16- (6,3 %) Perceptions de l’infirmière face aux interventions à réaliser : 12 (12,7 %)
 - Maximiser mes soins en potentialisant mon enseignement à une clientèle qui doit cesser (106) –1- (0,9 %)
 - Savoir où le client se situe dans le changement (2, 16, 23, 50, 61, 81) –6- (5,1 %)
 - Amorces le processus de changement, cible les interventions (22, 37, 39, 44, 61, 65) –6- (5,1 %)
 - Affirme notre disponibilité (110) –1- (0,9 %)
 - Apporte une satisfaction (108) –1- (0,9 %)
 - Accessible (36) –1- (0,9 %)
- -20- (7,9 %) Efficacité des interventions : 19 (16 %)
 - Intervention courte (2, 6, 7, 12, 27, 30, 39, 53, 61, 62, 64, 89, 90, 95, 105, 110) –16- (13,6 %)
 - Capacité de changer le point de vue d’un patient fumeur (98) –1- (0,9 %)
 - Efficacité des interventions (63) –1- (0,9 %)
 - Intervention répétée (4, 7) –2- (1,7 %)
- -48- (18,9 %) Perceptions de l’infirmière du point de vue du client face aux interventions à réaliser : 40 (33,9 %)
 - Informations et connaissances (4, 10, 16, 26, 33, 38, 39, 42, 46, 48, 56, 63, 66, 75, 81, 91, 92, 94, 98, 102, 108, 115) –22- (18,6 %)
 - Répondre aux questions du client (102) –1- (0,9 %)
 - Augmente la motivation (31, 36, 42, 64, 78, 85, 88) –7- (5,9 %)
 - Se sentent encouragées (50) –1- (0,9 %)
 - Évaluation de la motivation (65) –1- (0,9 %)
 - Aide au sevrage (72) –1- (0,9 %)
 - Patients écoutent nos recommandations (51) –1- (0,9 %)
 - Fournir les ressources (10, 37, 54, 93, 102) –5- (4,2 %)
 - Soutien (10, 31, 50, 54, 74) –5- (4,2 %)
 - Aider à identifier les symptômes de manque (101) –1- (0,9 %)
 - Donnent des outils (25, 29, 43) –3- (2,5 %)
- -32- (12,6 %) Impact des interventions courtes : 26 (22 %)
 - Meilleure santé (11, 17, 20, 21, 32, 45, 51, 52, 75, 82, 83, 95, 103) –13- (11 %)
 - Améliore la qualité de vie de tous (3, 11, 16, 20, 21, 22, 58, 74, 83, 108, 113) –11- (9,3 %)
 - Réductions des mauvaises habitudes de vie (73, 104, 113) –3- (2,5 %)
 - Bon pour le patient qui fume (64, 118) –2- (1,7 %)
 - Augmente l’estime de soi (21) –1- (0,9 %)

- Améliore la respiration (80) –1- (0,9 %)
 - Ouverture à cause de la période de vulnérabilité (12) –1- (0,9 %)
 - -8- (3,1 %) Environnement : 8 (6,8 %)
 - Milieu hospitalier avec interdiction de fumer (12, 19, 35, 37, 101, 103) –6- (5,1 %)
 - Meilleur environnement (32) –1- (0,9 %)
 - Qualité de l'air ambiant (45) –1- (0,9 %)
 - -4- (1,6 %) Autres : 3 (2,5 %)
 - Accent sur le concept lui-même (85) –1-(0,9 %)
 - Diminution des coûts pour les patients (99) –1- (0,9 %)
 - Avoir plus de patients présents dans les chambres (99) –1- (0,9 %)
 - Donner la possibilité au patient de se prouver qu'il est capable d'arrêter (46) –1- (0,9 %)
2. –186- Quel(s) sont les désavantage(s) à réaliser une intervention de courte durée en cessation tabagique auprès de vos patients ?
- -7- (3,8 %) Sensibilisation du problème : 7 (5,9 %)
 - Difficile à cesser (26, 56, 99) –3- (2,5 %)
 - Avantages se voient à long terme (20) –1- (0,9 %)
 - Pas une priorité (19, 109) –2- (1,7 %)
 - Ne règle rien (110) –1- (0,9 %)
 - -49- (26,3 %) Perception de la réceptivité du patient : 42 (36,6 %)
 - Se faire dire par les patients que ce n'est pas de nos affaires, que c'est un choix personnel, ne veulent pas cesser de fumer (1, 9, 25, 40, 56, 63, 70) –7- (5,9 %)
 - Patient n'y croit pas, il ne changera pas d'idée (23, 58, 67, 94) –4- (3,4 %)
 - Patient avec multiples problèmes de dépendance, sera non réceptif (65, 71) –2- (1,7 %)
 - Manque de motivation de certains patients fumeurs (64, 111) –2- (1,7 %)
 - Manque de coopération (29, 55) –2- (1,7 %)
 - Bris du lien patient-infirmière (24, 41, 48, 84, 95, 97, 113) –7- (5,9 %)
 - Peut se sentir jugé et incompris (28, 54, 63, 67, 113) –5- (4,2 %)
 - Les clients vont se sentir harcelés, car se sentent brimés dans leurs droits (5, 13, 52, 72, 110) –5- (4,2 %)
 - Irritables (26) –1- (0,9 %)
 - Patients croient que l'on veut les forcer à cesser (101) –1- (0,9 %)
 - Client se sentira en colère, frustration (80, 113) –2- (1,7 %)

- Va se retrouver en délirium (118) –1- (0,9 %)
- Patient peut se sentir rejeté (79) –1- (0,9 %)
- Clients vont sentir qu'on leur fait la morale (51) –1- (0,9 %)
- Manque d'intérêt du client (85, 111) –2- (1,7 %)
- Stress vécu par le patient donc pas le bon moment d'en ajouter (19, 29, 31, 79, 117) –5- (4,2 %)
- Pas tout le monde qui est réceptif et volontaire pour cela (83) –1- (0,9 %)
- -1- (0,5 %) Rôle de l'infirmière : 1 (0,9 %)
 - Devrait être dévolu à une seule personne (3) –1- (0,9 %)
- -22- (11,8 %) Interventions à réaliser du point de vue de l'infirmière : 19, (16,1 %)
 - Difficulté à cerner les raisons de fumer (97) –1- (0,9 %)
 - On se saura pas si l'intervention sera efficace (59, 66) –2- (1,7 %)
 - Aucun suivi des interventions (6, 7, 8, 10, 15, 64, 66, 95, 103, 107) –10- (8,5 %)
 - Pas de soutien à long terme (10, 15, 23, 27, 60, 61, 68, 111) –8- (6,8 %)
 - Peu d'information qui peut être donnée (106) –1- (0,9 %)
- -4- (2,2 %) Interventions à réaliser du point de vue du client : 4 (3,4 %)
 - Reprise des habitudes de vie dès le retour à domicile (37, 43, 72) –3- (2,5 %)
 - Client doit le réaliser par lui-même pour que le changement soit efficace (4) –1- (0,9 %)
- -33- (17,7 %) Impact des interventions courtes : 33 (28 %)
 - Intervention trop courte pour soutien au patient qui désire cesser de fumer, donc peu de réussite (2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 16, 22, 23, 33, 34, 36, 38, 46, 47, 52, 57, 64, 68, 69, 72, 74, 75, 78, 81, 82, 85, 88, 98, 107, 114, 115) -33- (28 %)
- -58- (33,9 %) Raisons de ne pas le faire : 54 (45,8 %)
 - Surcharge de travail laisse peu de place à la prévention (1, 3, 12, 14, 17, 18, 29, 31, 51, 56, 57, 59, 86, 103, 107) –15- (12,7 %)
 - Manque de temps (2, 3, 4, 7, 9, 16, 17, 20, 21, 24, 27, 34, 37, 38, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 57, 61, 62, 73, 76, 78, 81, 84, 86, 87, 90, 91, 97, 100, 104, 109, 112, 113, 114, 115, 116, 117) –43- (36,4 %)
 - Manque de formation (78, 103) (1,7 %)
 - Perte de temps (37, 44, 116) (2,5 %)
- -2- (1,1 %) Environnement : 2 (1,7 %)
 - Absence d'un plan d'intervention (64) –1- (0,9 %)
 - Dépend des unités de soins (12) –1- (0,9 %)
- -5- (2,7 %) Autres : 5 (4,2 %)

- Culpabilité des clients fumeurs (101) –1- (0,9 %)
 - Coûts associés à une intervention (90) –1- (0,9 %)
 - Ceux qui voient le tabagisme comme positif (20) –1- (0,9 %)
 - Capacités intellectuelles du client (40) –1- (0,9 %)
 - Augmente le stress (99) –1- (0,9 %)
3. –226- Selon vous, quelle(s) personne(s) ou groupe(s) de personnes approuverait (aient) que vous réalisiez une intervention de courte durée en cessation tabagique auprès de tous vos patients ?
- -84- (37,2 %) Équipe de soins : 56 (47,5 %)
 - Non-fumeurs de l'équipe de soins (1, 22, 23) –3- (2,5 %)
 - Équipe de soins (7, 24, 26, 34, 35, 38, 39, 46, 54, 66, 96) –11- (9,3 %)
 - Tous les professionnels de la santé (8, 14, 19, 54, 74, 89, 91, 105, 108, 113, 114, 115, 118) –13- (11 %)
 - Chefs d'équipe (43, 87) –2- (1,7 %)
 - Médecins (4, 12, 18, 25, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 40, 48, 56, 58, 61, 64, 65, 68, 69, 80, 84, 85, 86, 99, 108, 109, 111, 115, 117) –29- (24,6 %)
 - Inhalothérapeutes (4, 18, 31, 33, 34, 48, 58, 64, 80, 108, 115) –11- (9,3 %)
 - Infirmières (33, 34, 53, 55, 64, 65, 68, 69, 80, 85, 108) –11 (9,3 %)
 - Dentistes (68, 69) –2- (1,7 %)
 - Travailleurs sociaux (61) –1- (0,9 %)
 - Personnels des départements de pneumo et hémato (84) –1- (0,9 %)
 - -23- (10,2 %) Gestionnaires : 21 (17,8 %)
 - La chef de programme (1, 7, 13, 30, 35, 77, 78, 82, 85, 87) –10- (8,5 %)
 - Les gestionnaires (12, 18, 27, 30, 50, 54, 59, 78, 86, 91, 95, 107) – 12- (10,2 %)
 - DSI (81) –1- (0,9 %)
 - -20- (8,8 %) Clients : 19 (16,1 %)
 - Clients atteints de maladies pulmonaires (5, 16, 49, 74) –4- (3,4 %)
 - Clients (4, 12, 14, 31, 50, 53, 59, 97, 103, 108, 109, 111) –12- (10,2 %)
 - Clients fumeurs motivés (64, 96) –2- (1,7 %)
 - Patients atteints d'un cancer (74) –1- (0,9 %)
 - Clients plus jeunes (11) –1- (0,9 %)
 - -34- (15 %) Familles et amis : 29 (24,6 %)
 - Famille (4, 5, 14, 20, 23, 25, 32, 35, 40, 46, 52, 55, 58, 61, 68, 69, 70, 95, 96, 97, 103, 105, 108, 111, 117, 118) –26- (22 %)
 - Amis (25, 46, 118) –3- (2,5 %)
 - Parents de jeunes enfants (45) –1- (0,9 %)

- Parents d'adolescent qui fument (63) –1- (0,9 %)
 - Enfants du patient (61) –1- (0,9 %)
 - Femmes qui désirent un enfant (45, 51) –2- (1,7 %)
 - -25- (11,1 %) Organismes : 23 (19,5 %)
 - OIIQ (23, 109) –2- (1,7 %)
 - Association maladies du cœur (114) –1- (0,9 %)
 - Régie régionale (23) –1- (0,9 %)
 - Association de non-fumeur (74, 109) –2- (1,7 %)
 - CLSC (2, 13, 28) –3- (2,5 %)
 - Gouvernement (19, 20, 27, 33, 36, 39, 73, 74, 75, 91, 104, 110) –12- (10,2 %)
 - Ceux qui travaillent à la cessation tabagique (22, 26, 66) –3- (2,5 %)
 - Groupe anti-tabagisme (24) –1- (0,9 %)
 - -40- (17,7 %) Population générale : 38 (32,2 %)
 - Fumeurs passifs (114) –1- (0,9 %)
 - Les anciens fumeurs (1, 75, 76) –3- (2,5 %)
 - Les non-fumeurs (5, 9, 15, 17, 22, 39, 44, 52, 68, 69, 79, 107, 110, 113, 115) –15- (12,7 %)
 - 20 à 40 ans (94, 98, 102, 112) –4- (3,4 %)
 - Tout le monde (3, 41, 42, 57, 88, 106) –6- (5,1 %)
 - Ceux qui sont sensibilisés (11, 21, 43, 100) –4- (3,4 %)
 - Fumeurs (17, 47, 75, 84, 92) –5- (4,2 %)
 - Moins de 50 ans (83) –1- (0,9 %)
 - Adolescents (112) –1- (0,9 %)
4. –123- Selon vous, quelle(s) personne(s) ou groupe(s) de personne désapprouverait (aient) que vous réalisiez une intervention de courte durée en cessation tabagique auprès de tous vos patients ?
- -26- (21,1 %) Équipe de soins : 22 (18,6 %)
 - Fumeurs de l'équipe de soins (1, 5, 12, 22, 23) –5- (4,2 %)
 - Infirmières (78, 87, 103, 109, 115) –5- (4,2 %)
 - Infirmières auxiliaires (78) –1- (0,9 %)
 - Certains membres de l'équipe de soins centrés sur la tâche (12, 17) –2- (1,7 %)
 - Autres professionnels (60) –1- (0,9 %)
 - Consocérateurs de travail (18, 21, 31, 117) –4- (3,4 %)
 - Chefs d'équipe (21, 54) –2- (1,7 %)
 - Personnels de la psychiatrie (28, 38, 51, 63, 89) –5- (4,2 %)
 - Personnels de l'urgence (28) –1- (0,9 %)
 - -5- (4,1 %) Gestionnaires : 5 (4,2 %)
 - Les gestionnaires, pas une priorité pour eux (2, 31, 34, 104, 109) –5- (4,2 %)

- -31- (25,2 %) Clients : 29 (24,6 %)
 - Fumeurs patients (1, 3, 5, 9, 14, 22, 46, 47, 61, 64, 68, 69, 86, 102, 105, 110, 113, 114, 116) –19- (16,1 %)
 - Patients (30, 31, 32, 58, 78, 111) –6- (5,1 %)
 - Patients MPOC (112) –1- (0,9 %)
 - Patients en phase terminale (11, 23, 112) –3- (2,5 %)
 - Patients stressés (64) –1- (0,9 %)
 - Clients négatifs (64) –1- (0,9 %)
 - -3- (2,4 %) Familles et amis : 2 (1,7 %)
 - Famille (111, 118) –2- (1,7 %)
 - Amis (118) –1- (0,9 %)
 - -18- (14,6 %) Organismes : 14 (11,9 %)
 - Ceux qui prônent la liberté des gens, qui disent que ce comportement est un choix personnel (1, 24, 59, 73, 74, 88) –5- (4,2 %)
 - Compagnies de tabac (4, 19, 32, 39, 52, 53, 74, 99, 106) –9- (7,6 %)
 - Compagnies pharmaceutiques (39) –1- (0,9 %)
 - Gouvernement (19, 74) –2- (1,7 %)
 - Droits de la personne (80) –1- (0,9 %)
 - -40- (32,5 %) Population générale : 37 (31,4 %)
 - Ceux qui n'ont pas conscience de l'effet nocif de la cigarette (72) –1- (0,9 %)
 - Ceux qui ont besoin de plus d'encadrement (27) –1- (0,9 %)
 - Fumeurs (15, 19, 26, 33, 44, 52, 53, 75, 76, 79, 89, 91, 95, 107) –14- (11,9 %)
 - Fumeurs sans intérêt à cesser (59, 64, 74, 84, 96, 97) –6- (5,1 %)
 - Tout le monde (7, 29, 30) –3- (2,5 %)
 - Personnes âgées (11, 63, 95, 98, 100) –5- (4,2 %)
 - Adolescents (16, 94) –2- (1,7 %)
 - Jeunes adultes (16) –1- (0,9 %)
 - Personnes qui n'ont pas de volonté (49) –1- (0,9 %)
 - Plus de 50 ans (83) –1- (0,9 %)
 - Gens moins sensibilisés (11, 20, 21, 23, 43) –5- (4,2 %)
5. –179- Indiquez les facteurs (conditions, contextes, etc.) qui pourraient vous inciter à réaliser une intervention de courte durée en cessation tabagique auprès de tous vos patients ?
- -27- (15,1 %) Facteurs reliés au travail : 26 (22 %)
 - Rémunération (75) –1- (0,9 %)
 - Avoir du temps (2, 3, 5, 24, 29, 37, 44, 47, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 78, 86, 87, 107, 108) –21- (17,8 %)
 - Réduire la charge de travail (87, 104, 117) –3- (2,5 %)
 - Plus de personnel (18) –1- (0,9 %)

- Moins de patients (78) –1- (0,9 %)
- - 3- (1,7 %) Facteurs reliés au soutien : 2 (1,7 %)
 - Soutien des membres de l'équipe pour s'impliquer davantage (1, 12) –2- (1,7 %)
 - Soutien des gestionnaires (12) –1- (0,9 %)
- -19- (10,6 %) Matériels : 18 (15,3 %)
 - Protocoles en place (86, 87, 109) –3- (2,5 %)
 - Qu'il y ait un intérêt des CH (2, 12, 84) –3- (2,5 %)
 - Support visuel, matériel (3, 5, 14, 18, 50, 53, 54, 65, 101) –9- (7,6 %)
 - Plan thérapeutique infirmier (1, 65, 81) –3- (2,5 %)
 - Utilisation des substituts nicotiniques (72) –1- (0,9 %)
- -27- (15,1 %) Reliés à la personne (client) : 26 (22 %)
 - Ouverture des fumeurs (1, 8, 9, 10, 13, 26, 29, 34, 36, 53, 56, 64, 106, 107, 112) –15- (12,7 %)
 - Comportement du client (55) –1- (0,9 %)
 - Clientèle apte (3) –1- (0,9 %)
 - Ceux qui manifestent le désir, la volonté (50, 61, 101, 110, 113) –5- (4,2 %)
 - Milieu défavorisé (16, 24) –2- (1,7 %)
 - Les jeunes dans les écoles (15, 23, 36) –3- (2,5 %)
- -72- (40,2 %) Facteurs reliés à la maladie du client : 57 (48,3 %)
 - La prévalence des cas de cancer et maladies pulmonaires (4, 17, 22, 40, 62, 63, 114, 25) –8- (6,8 %)
 - Patients avec maladies cardiaques ou pulmonaires (6, 10, 15, 19, 21, 23, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 41, 43, 46, 48, 52, 59, 61, 64, 67, 68, 74, 77, 80, 89, 90, 92, 95, 98, 102, 103, 105, 108, 111, 114, 115, 116) –40- (33,9 %)
 - Stabilisation de la maladie (8) –1- (0,9 %)
 - Amélioration de la santé (74) –1- (0,9 %)
 - Diagnostics (96) –1- (0,9 %)
 - Examens diagnostics (96) –1- (0,9 %)
 - Prévalence du tabac (74, 92) –2- (1,7 %)
 - Patients atteints de diabète (63) –1- (0,9 %)
 - Maladie avancée ou chronique (16, 19, 20, 25, 46, 96, 99, 101, 113) –9- (7,6 %)
 - Présence d'enfant malade à la maison (16, 25, 42) –3- (2,5 %)
 - Famille avec risques (20) –1- (0,9 %)
 - Congé précoce (27) –1- (0,9 %)
 - Grossesse (42, 98, 102) –3- (2,5 %)
- -4- (2,2 %) Comportement tabagique du client : 4 (3,4 %)
 - Dépendance évidente du client (66) –1- (0,9 %)

- Savoir qu'il est fumeur (79) –1- (0,9 %)
 - Savoir le nombre de personnes mal informées (90) –1- (0,9 %)
 - Adolescents qui commencent à fumer (108) –1- (0,9 %)
 - -4- (2,2 %) Facteurs reliés à la personne (infirmière) : 4 (3,4 %)
 - Mon choix personnel, car je déteste la cigarette (73) –1- (0,9 %)
 - Lien de confiance (53) –1- (0,9 %)
 - Faire de l'éducation, de donner de l'info (66, 72) –2- (1,7 %)
 - -3- (1,7 %) Facteurs reliés à l'intervention : 3 (2,5 %)
 - Lors des autres soins (7) –1- (0,9 %)
 - Formation (12, 29) –2- (1,7 %)
 - -14- (7,8 %) Environnement : 12 (10,2 %)
 - Unité de soins comme la périnatalité (environnement sain) (5, 33, 82) –3- (2,5 %)
 - Unité de soins comme la médecine et la chirurgie (31) –1- (0,9 %)
 - Unité de pneumologie (63) –1- (0,9 %)
 - Cliniques externes (31) –1- (0,9 %)
 - Milieu de l'hôpital qui est sans fumée et l'impossibilité de sortir (43) –1- (0,9 %)
 - Milieu calme et tranquille (44, 54, 57) –3- (2,5 %)
 - Présence d'un programme dans tous les hôpitaux et départements (58) –1- (0,9 %)
 - Environnement calme (94) –1- (0,9 %)
 - Ouverture de CLSC (94) –1- (0,9 %)
 - Unité d'isolement –1- (0,9 %)
 - -6- (3,4 %) Autres : 6 (5,1 %)
 - Que tout le monde le fasse (2) –1- (0,9 %)
 - Stress au minimum (112) –1- (0,9 %)
 - Petite maladie (94) –1- (0,9 %)
 - Une personne dévouée à la cessation tabagique (101) –1- (0,9 %)
 - Personnes conscientes du problème que constitue le tabagisme (45) –1- (0,9 %)
 - Patients qui ont fait plusieurs tentatives pour arrêter de fumer (69) –1- (0,9 %)
6. –196- Indiquez les facteurs (conditions, contextes) qui pourraient vous inciter à ne pas réaliser une intervention de courte durée en cessation tabagique auprès de tous vos patients ?
- -59- (30,1 %) Facteurs reliés au travail : 53 (44,9 %)
 - Surcharge de travail (1, 3, 12, 14, 17, 18, 29, 31, 51, 56, 57, 59, 86, 103, 107) –15- (12,7 %)

- Manque de temps (2, 3, 4, 7, 9, 16, 17, 20, 21, 24, 27, 34, 37, 38, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 57, 61, 62, 73, 76, 78, 81, 84, 86, 87, 90, 91, 97, 100, 104, 109, 112, 113, 114, 115, 116, 117) –43- (36,4 %)
- Manque de personnel (38) –1- (0,9 %)
- -16- (8,2 %) Facteurs reliés au soutien : 13 (11 %)
 - Manque de soutien (1, 2, 37, 60, 117) –5- (4,2 %)
 - Manque de motivation des membres de l'équipe (1) –1- (0,9 %)
 - Manque de ressources (60, 72, 107) –3- (2,5 %)
 - Manque de volonté du CH (2, 9, 12, 20, 26, 74) pas assez d'incitatif –6- (5,1 %)
 - Personne ne s'implique dans l'intervention (58) –1- (0,9 %)
- -2- (1 %) Informations et matériels : 2 (1,7 %)
 - Absence d'information et de matériel (50, 54) –2- (1,7 %)
- -2- (1 %) Facteurs reliés à la personne (client) : 2 (1,7 %)
 - Personnes âgées (24) –1- (0,9 %)
 - Âge (111) –1- (0,9 %)
- -27- (13,8 %) Facteurs reliés à l'état de la personne (physique) : 24 (20,3 %)
 - État chronique des CH (9) –1- (0,9 %)
 - Patients psychiatriques (20, 21, 25, 63, 80, 89, 94, 98, 102, 115) –10- (8,5 %)
 - Maladies aiguës (94) –1- (0,9 %)
 - État du client (109) –1- (0,9 %)
 - Diagnostic négatif (94) –1- (0,9 %)
 - Patients agressifs ou agités (47, 61) –2- (1,7 %)
 - Instabilité (49, 57) –2- (1,7 %)
 - Client qui fume beaucoup (5, 30) –2- (1,7 %)
 - Clientèle avec problème d'alcoolisme ou de toxicomanie : inopportun d'aborder un autre sevrage (65, 99) –2- (1,7 %)
 - Comportement du client (55) –1- (0,9 %)
 - Patient en situation de crise (66, 99) –2- (1,7 %)
 - Ne pas savoir qu'il est fumeur (79) –1- (0,9 %)
 - Symptômes de manque (101) –1- (0,9 %)
- -51- (26 %) Facteurs reliés à l'état de la personne (mental) : 45 (38,1 %)
 - Manque de volonté (90, 108, 110) –3- (2,5 %)
 - Si cela brime le bien-être physique ou psychologique du patient (96) –1- (0,9 %)
 - Manque de motivation (25, 31, 33, 50, 60, 64, 77, 101) –8- (6,8 %)
 - Manque de coopération (16, 29, 52, 66) –4- (3,4 %)
 - Patients pessimistes (64) –1- (0,9 %)
 - Cliente non apte à assimiler l'information (3, 13, 27, 41, 101) –5- (4,1 %)

- Quand ce n'est pas perçu comme un problème (16, 20, 43, 98) – 4- (3,4 %)
- Patient non réceptif (27, 28, 36, 53, 83, 108) –6- (5,1 %)
- Refus catégorique du client (5, 8, 10, 21, 32, 34, 39, 47, 61, 68, 69, 92, 102, 113, 116) –15- (12,7 %)
- Client en situation de stress aigu (42, 44, 53) –3- (2,5 %)
- Patients dont la cigarette diminue le stress (52). –1- (0,9 %)
- Manque d'intérêt du client (87) –1- (0,9 %)
- Réprimande (90) –1- (0,9 %)
- -4- (2 %) Facteurs reliés à la personne (infirmière) : 4 (3,4 %)
 - Pas payé pour cela (75) –1- (0,9 %)
 - Je suis fumeuse (112) –1- (0,9 %)
 - Pas la même intervention de chaque membre du personnel (37) -1- (0,9 %)
 - Je ne veux pas perdre le lien de confiance avec mon patient –1- (0,9 %)
- -4- (2 %) Facteurs reliés à l'intervention : 4 (3,4 %)
 - Trop d'échec des interventions (11) –1- (0,9 %)
 - On ne saura jamais les résultats (14) –1- (0,9 %)
 - Déjà des ressources en place pour le faire (17, 22) –2- (1,7 %)
- -30- (15,3 %) Environnement : 25 (21,2 %)
 - Gériatrie (114) –1- (0,9 %)
 - Unité d'obstétrique (114) –1- (0,9 %)
 - Unités de soins comme les soins palliatifs (5, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 31, 35, 40, 95, 109, 111, 115, 118) –15- (12,7 %)
 - Soins intensifs (31, 34, 109) –3- (2,5 %)
 - Post-opératoire (94) –1- (0,9 %)
 - Urgence (30, 40, 103) –3- (2,5 %)
 - Disponibilité des locaux (107) –1- (0,9 %)
 - Éléments perturbateurs autour (13, 54) –2- (1,7 %)
 - Rotation des équipes (21) -1- (0,9 %)
 - Peu de temps d'hospitalisation (49) –1- (0,9 %)
 - Présence de toute la famille (41) –1- (0,9 %)
- -1- (0,5 %) Autres : 1 (0,8 %)
 - Doit être fait en communauté avant l'hospitalisation (78) –1- (0,9 %)

Annexe VIII
Lettres à l'intention des experts
pour la validation des outils
et de la formation interactive

Mercredi le 15 août 2007

Nom

J'aimerais solliciter votre participation à un comité de validation des outils de mesure pour une étude sur l'intervention en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie en centres hospitaliers de soins de courte durée. Je poursuis à temps complet mes études doctorales en santé publique, option promotion de la santé, à l'Université de Montréal tout en travaillant aussi à temps complet comme professeur régulier au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais. J'ai terminé la scolarité exigée et l'examen de synthèse de mon programme d'études. Actuellement, je suis à organiser ma collecte des données ainsi que mon intervention dans les établissements de santé. J'ai obtenu la bourse du MELS 2007-2008.

Mon projet de recherche a trait à l'évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée. Ma directrice de thèse est Mme Lise Renaud et mon codirecteur, M. François Champagne. Cette recherche se réalise en collaboration avec la Direction de la santé publique de l'Outaouais. De plus, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec est fortement intéressé par ce projet puisqu'un engagement a déjà été pris avec l'Institut national de santé publique du Québec afin d'augmenter la pratique clinique préventive en cessation tabagique des infirmières auprès des diverses clientèles de soins.

Parmi les interventions, on retrouve une formation interactive de trois heures sur l'intervention en cessation tabagique, une stratégie de rappel au dossier et une stratégie qui combine les deux interventions. Au total, quatre CSSS seront nécessaires pour réaliser ce projet, trois pour les différentes interventions et un autre pour le groupe contrôle. Comme le devis est à randomisation par groupe, nous ne connaissons pas encore où se feront les interventions. C'est une pige au sort qui le déterminera. La collecte des données se réalisera par des questionnaires auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), les responsables des unités de soins et les centres d'abandon du tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient et dans son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique. Les données permettront d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique ainsi que le changement des attitudes et des croyances face à l'intervention tabagique. Le modèle d'Azjen a été choisi pour cette étude.

Votre participation à ce projet consiste à évaluer les questionnaires d'abord seul, par écrit, en codant la pertinence de chaque question selon une échelle de mesure à trois niveaux (oui, non et à discuter). Par la suite, les dissensions entre les experts seront discutées lors d'une conférence téléphonique d'une durée d'une heure trente environ, afin d'en arriver à un consensus minimal de 80 % pour chaque question. À ce moment, les interrogations des experts seront aussi discutées. La conférence téléphonique sera planifiée selon votre disponibilité en septembre 2007.

Les questionnaires seront par la suite retouchés pour correspondre aux conclusions du panel d'experts. Une étude pilote de validation préalable à l'utilisation des outils de mesure (questionnaire concernant le personnel infirmier seulement) se fera auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie, d'un centre hospitalier de courte durée, dès la validation de contenu terminée. Cette étude pilote servira à obtenir une mesure de fidélité du questionnaire. Une deuxième conférence téléphonique pourrait être nécessaire afin d'ajuster les questionnaires.

Vous trouverez ci-joints les documents qui vous expliquent le projet :

- Le résumé court du projet de recherche;
- Le résumé long du projet de recherche;
- Le cadre de référence
- Dimensions du cadre de référence, les indicateurs/questionnaires et les sources de données

Si vous acceptez de participer à ce comité, je vous ferai parvenir une copie de chacun des questionnaires. De plus, je vous demanderai de m'identifier vos disponibilités pour une conférence téléphonique pour le mois de septembre 2007.

Je demeure disponible pour toute autre information dont vous auriez besoin. Veuillez accepter, Madame et Monsieur, mes salutations respectueuses.

P. S. Une copie vous sera envoyée par la poste.

Mario Lepage, M.Sc.N., Ph.D.(c) Santé publique, promotion de la santé
Université de Montréal
Professeur régulier
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Mercredi le 15 août 2007

Nom

J'aimerais solliciter votre participation à un comité de validation des outils de mesure pour une étude sur l'intervention en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie en centres hospitaliers de soins de courte durée. Je poursuis à temps complet mes études doctorales en santé publique, option promotion de la santé, à l'Université de Montréal tout en travaillant aussi à temps complet comme professeur régulier au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais. J'ai terminé la scolarité exigée et l'examen de synthèse de mon programme d'études. Actuellement, je suis à organiser ma collecte des données ainsi que mon intervention dans les établissements de santé. J'ai obtenu la bourse du MELS 2007-2008.

Mon projet de recherche a trait à l'évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centres hospitaliers de courte durée. Ma directrice de thèse est Mme Lise Renaud et mon codirecteur, M. François Champagne. Cette recherche se réalise en collaboration avec la Direction de la santé publique de l'Outaouais. De plus, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec est fortement intéressé par ce projet puisqu'un engagement a déjà été pris avec l'Institut national de santé publique du Québec afin d'augmenter la pratique clinique préventive en cessation tabagique des infirmières auprès des diverses clientèles de soins.

Parmi les interventions, on retrouve une formation interactive de trois heures sur l'intervention en cessation tabagique, une stratégie de rappel au dossier et une stratégie qui combine les deux interventions. Au total, quatre CSSS seront nécessaires pour réaliser ce projet, trois pour les différentes interventions et un autre pour le groupe contrôle. Comme le devis est à randomisation par groupe, nous ne connaissons pas encore où se feront les interventions. C'est une pige au sort qui le déterminera. La collecte des données se réalisera par des questionnaires auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), les responsables des unités de soins et les centres d'abandon du tabac. Des données seront recueillies également auprès du patient et dans son dossier pour établir les interventions réalisées en cessation tabagique. Les données permettront d'évaluer les interventions réalisées en cessation tabagique ainsi que le changement des attitudes et des croyances face à l'intervention tabagique. Le modèle d'Azjen a été choisi pour cette étude.

Votre participation à ce projet consiste à évaluer les questionnaires d'abord seul, par écrit, en codant la pertinence de chaque question selon une échelle de mesure à trois niveaux (oui, non et à discuter). Par la suite, les dissensions entre les experts seront discutées lors d'une conférence téléphonique d'une durée d'une heure trente environ, afin d'en arriver à un consensus minimal de 80 % pour chaque question. À ce moment, les interrogations des experts seront aussi discutées. La conférence téléphonique sera planifiée selon votre disponibilité en septembre 2007.

Les questionnaires seront par la suite retouchés pour correspondre aux conclusions du panel d'experts. Une étude pilote de validation préalable à l'utilisation des outils de mesure (questionnaire concernant le personnel infirmier seulement) se fera auprès du personnel infirmier de médecine-chirurgie, d'un centre hospitalier de courte durée, dès la validation de contenu terminée. Cette étude pilote servira à obtenir une mesure de fidélité du questionnaire. Une deuxième conférence téléphonique pourrait être nécessaire afin d'ajuster les questionnaires.

Vous trouverez ci-joints les documents qui vous expliquent le projet :

- Le résumé court du projet de recherche;
- Le résumé long du projet de recherche;
- Le cadre de référence
- Dimensions du cadre de référence, les indicateurs/questionnaires et les sources de données

Si vous acceptez de participer à ce comité, je vous ferai parvenir une copie de chacun des questionnaires. De plus, je vous demanderai de m'identifier vos disponibilités pour une conférence téléphonique pour le mois de septembre 2007.

Je demeure disponible pour toute autre information dont vous auriez besoin. Veuillez accepter, Madame et Monsieur, mes salutations respectueuses.

P. S. Une copie vous sera envoyée par la poste.

Mario Lepage, M.Sc.N., Ph.D.(c) Santé publique, promotion de la santé
Université de Montréal
Professeur régulier
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Annexe IX

Résultats de la validation des questionnaires

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
cessation tabagique.		
2. Au cours des <u>deux dernières semaines</u> , dans quelle proportion (entre 0 et 100%) de tous vos patients fumeurs, les avez-vous référés vers : 2.1. Un centre d'abandon du tabac. 2.2. Un autre professionnel de la santé ou une autre ressource.	1.0 0.75	<i>Je ne mettrais pas deux choix de réponse, car vous ne saurez pas quelle ressource exactement.</i>
3. Au cours des <u>deux dernières semaines</u> , dans quelle proportion (entre 0 et 100%) de vos patients ex-fumeurs, avez-vous encouragé à persister.	1.0	<i>Question un peu confuse. Demanderait avant combien j'ai vu de fumeurs et d'ex-fumeurs.</i>
4. Au cours d'une intervention en cessation tabagique, combien de minutes en moyenne lui accordez-vous?	0.50	<i>Je remplacerais l'élément de réponse « aucune » par « je n'offre jamais de conseils » et j'insérerais « lorsque vous donnez des conseils à un patient pour qu'il cesse de fumer ».</i>
5. Si j'effectuais <u>en tout temps</u> , des interventions courtes en cessation tabagique <u>auprès de tous mes patients fumeurs</u> : 5.1. Cela sensibiliserait la population des conséquences du tabagisme sur la santé 5.2. Cela serait efficace pour les aider à cesser de fumer 5.3. Cela serait efficace pour améliorer leurs états de santé 5.4. Cela nuirait à la relation que j'ai avec eux 5.5. Cela ne permettrait pas d'effectuer les suivis nécessaires 5.6. Cela me permettrait de jouer un rôle en promotion et prévention du tabagisme	1.0 1.0 1.0 1.0 1.0 0.75	<i>Peut le demander de façon générale.</i>
6. Personnellement, quelle valeur accordez-vous au fait de :		

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
<p>6.1. Sensibiliser la population face aux conséquences du tabagisme par des interventions courtes en cessation tabagique</p> <p>6.2. D'aider vos patients à cesser de fumer en faisant des interventions courtes en cessation tabagique</p> <p>6.3. Améliorer l'état de santé de vos patients en faisant des interventions courtes en cessation tabagique</p> <p>6.4. Nuire à votre relation avec votre patient en faisant des interventions courtes en cessation tabagique</p> <p>6.5. Effectuer des suivis à vos patients en faisant des interventions courtes en cessation tabagique</p> <p>6.6. Jouer un rôle en promotion et prévention du tabagisme</p>	<p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>0.75</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p><i>Peut le demander de façon générale.</i></p>
<p>7. Les médecins que je côtoie, approuveraient/désapprouveraient que j'effectue des interventions courtes en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs</p> <p>8. Les infirmières de mon équipe de soins que je côtoie, approuveraient/désapprouveraient que j'effectue des interventions courtes en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs</p> <p>9. Les autres membres du personnel de mon équipe de soins que je côtoie, approuveraient/désapprouveraient que j'effectue des interventions courtes en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs</p> <p>10. Mes supérieurs hiérarchiques que je côtoie, approuveraient/désapprouveraient que j'effectue des</p>	<p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>1.0</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p></p>

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
<p>interventions courtes en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs</p> <p>11. La famille de mes patients que je côtoie, approuveraient/désapprouveraient que j'effectue des interventions courtes en cessation tabagique auprès d'eux</p>	1.0	
<p>12. Concernant les interventions courtes en cessation tabagique, j'ai tendance à agir selon les attentes des</p> <p>12.1. Médecins que je côtoie</p> <p>12.2. Infirmières de mon équipe de soins</p> <p>12.3. Autres membres du personnel de mon équipe de soins</p> <p>12.4. Mes supérieurs hiérarchiques</p> <p>12.5. Familles de mes patients</p>	<p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>1.0</p>	
<p>13. J'ai le soutien des membres de l'équipe pour intervenir en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs</p> <p>14. J'ai le soutien de mes supérieurs immédiats pour intervenir en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs</p> <p>15. J'ai accès à du matériel éducatif afin d'intervenir en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs</p> <p>16. J'ai accès à des directives claires ou protocole afin d'intervenir en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs</p> <p>17. J'ai la possibilité d'intégrer des interventions courtes en cessation tabagique dans mon travail quotidien</p>	<p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>1.0</p>	<p>« Membres de l'équipe » serait à préciser : « membres de mon équipe de soins ».</p>
<p>18. Si j'avais le soutien des membres de mon équipe,</p>	0.75	<p><i>Je ne vois pas ce que ces questions (19 à 23)</i></p>

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
<p>j'interviendrais en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs</p> <p>19. Si j'avais le soutien de mes supérieurs immédiats, j'interviendrais en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs</p> <p>20. Si j'avais accès à du matériel éducatif, j'interviendrais en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs</p> <p>21. Si j'avais accès à du matériel éducatif, j'interviendrais en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs</p> <p>22. Si j'avais du temps, j'interviendrais en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs</p>	<p>0.75</p> <p>0.75</p> <p>0.75</p> <p>0.75</p>	<p><i>apportent par rapport aux précédentes et les suivantes.</i></p>
<p>23. Pour moi, il est important d'intervenir en cessation tabagique</p> <p>24. Pour moi, le personnel infirmier a une obligation professionnelle d'intervenir en cessation tabagique</p> <p>25. Pour moi, l'hospitalisation est un moment idéal pour les patients fumeurs de cesser de fumer</p> <p>26. Pour moi, les interventions faites en cessation tabagique augmentent la motivation des fumeurs à cesser de fumer</p> <p>27. Pour moi, les interventions faites en cessation tabagique ont très peu d'impact sur la cessation tabagique.</p>	<p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>1.0</p> <p>1.0</p>	
<p>28. Les médecins que je côtoie pensent que je devrais intervenir en cessation tabagique auprès de tous mes patients fumeurs</p> <p>29. Les infirmières de mon équipe de soins pensent que je devrais intervenir en cessation tabagique auprès de tous mes patients fumeurs</p>	<p>1.0</p> <p>1.0</p>	

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
30. Les autres membres de mon équipe de travail (inhalothérapeute, nutritionniste, ect...) pensent que je devrais intervenir en cessation tabagique auprès de tous mes patients fumeurs	1.0	
31. Mes supérieurs hiérarchiques pensent que je devrais intervenir en cessation tabagique auprès de tous mes patients fumeurs	1.0	
32. J'ai plusieurs occasions durant ma journée de travail pour intervenir en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs	1.30	
33. Si j'interviens en cessation tabagique auprès de tous mes patients fumeurs, je risque de limiter le temps que j'ai à consacrer aux autres patients	1.0	
34. Le manque de ressources disponibles en cessation tabagique peut nuire aux interventions que je peux faire en cessation tabagique	1.0	
35. Je n'ai pas les outils nécessaires pour effectuer des interventions en cessation tabagique	1.0	
36. Je me sens confortable d'aborder la cessation tabagique avec mes patients	1.0	
37. J'ai les compétences nécessaires pour aider mes patients à cesser de fumer	1.0	
38. Je considère avoir une grande influence auprès de mes patients pour les aider à décider à cesser de fumer	1.0	<i>Si vous désirez comparer avec notre étude, il faudrait retirer le terme « grande ».</i>
39. Au cours des prochains mois, j'ai l'intention de 39.1. Demander à tous mes patients s'ils fument	1.0	<i>Q.40.1 à 40.5 : Je n'aime pas beaucoup mais c'est inhérent à ce modèle pour mesurer les</i>

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
39.2. Réaliser des interventions courtes en cessation tabagique auprès de tous mes patients fumeurs	1.0	<i>effets!</i>
39.3. Inscrire au dossier toutes les interventions réalisées en cessation tabagique	1.0	
39.4. Informer mes patients sur les ressources en cessation tabagique (centre d'abandon du tabac, programmes, site internet, ligne téléphonique)	1.0	
39.5. Référer vers un centre d'abandon du tabac ou vers un autre professionnel de la santé, mes patients selon les besoins identifiés	1.0	
40. Année et mois de naissance	1.0	
41. Quel est votre sexe ?	1.0	
42. Quelle est votre situation matrimoniale actuelle?	0.75	<i>A-t-on des indices dans la littérature que la situation matrimoniale peut influencer le counselling ?</i>
43. Quel est le nombre d'années de scolarité terminées?	1.0	
44. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez atteint?	1.0	
45. Êtes-vous présentement aux études?	1.0	
46. Pour quel degré?	1.0	
47. Quelle est votre profession?	0.75	<i>Pourquoi demander la profession si on donne le questionnaire aux infirmiers ?</i>
48. En quelle année avez-vous obtenu votre droit de pratique?	1.0	
49. Quel est le titre de votre emploi actuel?	1.0	
50. Quelle est l'unité de soins dans laquelle vous passez la	1.0	

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
majorité de votre temps au travail?		
51. Quel est votre statut d'emploi?	1.0	
52. Avez-vous reçu une formation dans le domaine de l'abandon du tabac? 52.1. Si oui, en quelle année	1.0 1.0	
53. Fumez-vous?	0.75	<i>Les infirmières peuvent trouver ces questions (54 à 58) menaçantes car il est de moins en moins accepté de cette profession qu'elles fassent usage de tabac. Voyez les libellés de questions que nous avons formulées.</i>
54. Combien de cigarettes fumez-vous par jour?	0.75	<i>Idem</i>
55. Depuis combien de temps fumez-vous?	0.75	<i>Idem</i>
56. Demeurez-vous avec des fumeurs?	0.75	<i>Idem</i>
57. Ces personnes fument-ils dans la maison?	0.75	<i>Idem</i>
<p>Commentaires généraux:</p> <p><i>Quel beau travail scientifique!</i></p> <p><i>Changerait le titre de tous les questionnaires pour mettre le destinataire du questionnaire avant. Ex : Questionnaire du personnel infirmier sur les pratiques en cessation tabagique.</i></p> <p><i>Au cours des derniers mois, X a procédé à plusieurs analyses afin d'identifier les facteurs associés aux pratiques de counselling. Nous avons créé deux scores de counselling, un pour les fumeurs pas prêts à cesser et un deuxième pour les fumeurs qui se préparent à cesser de fumer. En effet, l'intervention est différente en fonction du degré de motivation du fumeur à cesser de fumer. Nous pensons que cela serait utile que vous réfléchissiez à la possibilité d'utiliser de tels scores. Nous avons constaté que le nombre</i></p>		

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
<p><i>d'items à recouper devient vite important. Le score facilite donc les analyses et aussi la présentation.</i></p> <p><i>Par ailleurs, nous avons identifié différentes composantes pouvant être associées aux pratiques de counselling par une analyse en composantes principales. Encore là, nous avons retrouvé certaines de ces questions dans votre questionnaire, mais pas la totalité des questions qui font partie des composantes. Nous vous ferons parvenir ces informations.</i></p> <p><i>Quand vous faites référence « Au cours des deux dernières semaines », je me demande si ce délai n'est pas trop court. Il pourrait sûrement arriver que les 2 dernières semaines n'aient pas été des semaines typiques de travail des infirmières interrogées. Nous avons utilisé « Au cours des trois derniers mois ».</i></p> <p><i>Je ne sais pas si vous comptez mettre des catégories de proportions dans votre échelle de mesure, mais je vous le conseille. Pour notre part, nous avons utilisé « Tous, presque tous, plus de la moitié, environ la moitié, moins de la moitié, peu /aucun ». Par ailleurs nous vous suggérons un nombre pair de catégories pour éviter le refuge dans la catégorie centrale.</i></p> <p><i>Le terme « intervention courte » serait à définir pour les répondants au questionnaire.</i></p>		
<p>Questions à ajouter :</p> <p><i>Pour les fumeurs : Demander si elles ont déjà arrêté de fumer et pourquoi elles pensent avoir échoué. Pour les non-fumeurs : il serait important de leur demander si elles ont fumé et comment elles ont réussi à arrêter de fumer : qu'est-ce qui les a le plus aidé ?</i></p> <p><i>Pour avoir été un fumeur invétéré, je leur demanderais de quels moyens concrets elles pourraient disposer pour aider les fumeurs, genre patches ou nicorette... Toute l'approche de soins préventifs ou promotionnels est à repenser dans le contexte de la cardio et peut-être pour d'autres contextes de soins que je ne connais pas.</i></p>		

Tableau A 2 : Bilan de la validation du questionnaire des gestionnaires

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
1. Quelles sont les interventions réalisées afin d'aider mon personnel à intervenir en cessation tabagique? (Cochez toutes les cases nécessaires)	1.0	
2. Combien d'intervention par semaine je réalise, afin d'aider mon personnel à intervenir en cessation tabagique?	0.50	<i>Trop précis, donc sera mal répondu, il faudrait une échelle de Likert. Le nombre est-il un bon indicateur ?</i>
3. Les interventions préventives en cessation tabagique font-elles partie de la planification organisationnelle de l'établissement?	1.0	
4. Les interventions préventives en cessation tabagique font-elles partie de la planification organisationnelle de mon département?	1.0	
5. Dans notre établissement, y a-t-il un programme pour aider les fumeurs à cesser de fumer? Si oui, nommez les programmes de cessation présents dans votre établissement.	1.0 1.0	
6. Les interventions en cessation tabagique sont-elles une priorité d'action pour votre équipe de gestion?	1.0	
7. Pour une journée de travail normal, combien de personnel avez-vous besoin sur votre unité de soins (voir tableau dans le questionnaire)	1.0	
8. Compléter le tableau suivant pour la période suivante : Du ?? janvier 2008 au ?? janvier 2008 (voir tableau)	1.0	

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
9. Année et mois de naissance	1.0	
10. Quel est le nombre d'années de scolarité terminées?	1.0	
11. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez atteint?	1.0	
12. Êtes-vous présentement aux études?	1.0	
13. Pour quel degré?	1.0	
14. Quelle est votre profession?	1.0	
15. Quel est le titre de votre emploi actuel?	1.0	
16. Quelles sont les unités de soins, services ou programmes dont vous êtes responsable?	1.0	
17. Avez-vous reçu une formation dans le domaine de l'abandon du tabac?	1.0	
18. Fumez-vous?	1.0	<i>Ces questions (18 à 22) menaçantes, car il est de moins en moins accepté de cette profession qu'elle fasse usage de tabac. Voyez les libellés de questions que nous avons formulées.</i>
19. Combien de cigarettes fumez-vous par jour?	1.0	
20. Depuis combien de temps fumez-vous?	1.0	
21. Demeurez-vous avec des fumeurs?	1.0	
22. Ces personnes fument-elles dans la maison?	1.0	
<p>Questions à ajouter :</p> <p><i>S'il y a un protocole pour les médicaments</i></p> <p><i>S'il y a des experts de formation en cessation tabagique</i></p>		

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
<i>Dépistage (outils avec questions clés)</i> <i>Supervision clinique en place et si oui, pour le tabac?</i>		

Tableau A 3 : Bilan de la validation du questionnaire des patients

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
Partie entrevue		
1. Depuis votre hospitalisation, est-ce qu'une infirmière ou une infirmière-auxiliaire, vous a demandé si vous fumiez?	1.0	
2. Est-ce que vous fumez?	1.0	
3. Depuis votre hospitalisation, est-ce qu'une infirmière ou une infirmière-auxiliaire, vous a demandé le nombre de cigarettes fumées par jour?	1.0	
4. Depuis votre hospitalisation, est-ce qu'une infirmière ou une infirmière-auxiliaire, vous a conseillé de cesser de fumer?	1.0	
5. Depuis votre hospitalisation, est-ce qu'une infirmière ou une infirmière-auxiliaire a discuté avec vous de votre motivation à cesser de fumer?	1.0	
6. Depuis votre hospitalisation, est-ce qu'une infirmière ou une infirmière-auxiliaire a répondu à vos questions, à vos préoccupations particulières face au tabagisme ou à l'abandon du tabac?	1.0	
7. Depuis votre hospitalisation, est-ce qu'une infirmière ou une infirmière-auxiliaire, vous a informé des services offerts pour vous aider à cesser de fumer?	1.0	
Commentaires du client :	1.0	
Partie dossier		
8. Indiquez si les éléments suivants sont notés au dossier :		

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
8.1. Le statut tabagique du patient 8.2. Le nombre de cigarettes fumées par jour 8.3. L'étape de changement du patient	1.0 1.0 1.0	
9. Indiquez si les interventions suivantes sont notées au dossier : 9.1. Avis de cessation 9.2. Information donnée 9.3. Motivation à cesser de fumer 9.4. Counselling en cessation tabagique 9.5. Référence vers des services de cessation tabagique 9.6. Si oui, Type référence : Envoyé par :	1.0 0.75 0.75 0.75 1.0 1.0 1.0 1.0	<i>Quelle est la différence entre 9.2, 9.3, et 9.4 ? Je crois que cela mérite d'être précisé.</i>
10. Date de naissance du client :	1.0	
11. Sexe du client	1.0	
12. Groupe ethnique :	0.75	<i>Pays d'origine et date d'arrivée ou enlever.</i>
13. Diagnostic médical à l'admission :	1.0	
14. Antécédents médicaux :	1.0	<i>Pour les ATCD médicaux cela peut être du sport!</i>
15. Présence de symptômes respiratoires notés au dossier?	1.0	
16. Nombre de jours écoulé depuis le premier jour de l'hospitalisation :	1.0	
Commentaires généraux : <i>Excellent questionnaire</i>		

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
<p>Questions à ajouter :</p> <p><i>Nombre d'année fumée? Et combien de cigarettes par jour ?</i></p> <p><i>Cigarettes fumez-vous avant l'hospitalisation</i></p> <p><i>Traitement a été offert pour gérer l'inconfort face au sevrage du tabac</i></p> <p><i>J'ajouterais les questions aux non-fumeurs s'ils ont déjà fumé; si oui, comment ont-ils réussi à arrêter de fumer; est-ce qu'une hospitalisation précédente les a aidés et si oui, comment : je pense que les patients, même non-fumeurs, pourraient suggérer des stratégies efficaces.</i></p> <p><i>Pour les fumeurs, j'ajouterais une question après la question 7 : Est-ce qu'une infirmière ou infirmière-auxiliaire vous a fourni des moyens concrets pour vous aider à arrêter de fumer comme des bonbons, de la nicorette, une patche ?</i></p>		

Tableau A 4 : Bilan de la validation du questionnaire des responsables des centres d'abandon du tabac

Questions	IVC (Index de validité de contenu)	Commentaires
Provenance des références	1.0	
Catégorie d'emploi des référents	1.0	
Nombre de références	1.0	

Annexe X

Matrice de corrélation des items
du modèle du comportement planifié

Tableau A 5 : Matrice de corrélation des items du modèle du comportement planifié (n=38)

	b1	b2	b3	b4	b5	b6	e1	e2	e3	e4	e5	e6	bXe
b1	1												
b2	0,282	1											
b3	0,589**	0,538**	1										
b4	0,110	-0,315	-0,081	1									
b5	0,117	-0,172	0,046	0,212	1								
b6	0,450**	0,057	0,339*	0,028	0,300	1							
e1	0,209	-0,006	0,119	0,213	0,198	0,199	1						
e2	0,300	-0,096	0,196	0,085	0,319	0,215	0,672**	1					
e3	0,195	0,032	0,235	0,082	0,358*	0,216	0,690**	0,723**	1				
e4	0,060	0,029	-0,152	0,341*	0,146	-0,058	0,197	0,018	0,038	1			
e5	0,596**	0,010	0,453**	0,214	0,409*	0,489**	0,288	0,505**	0,311	-0,049	1		
e6	0,302	0,148	0,308	-0,055	0,041	0,477**	0,275	0,404*	0,273	0,031	0,382*	1	
bXe	0,667**	0,397**	0,628**	0,266	0,413*	0,520**	0,606**	0,587**	0,623**	0,241	0,608**	0,546**	1
np1	-0,103	0,073	0,128	-0,218	0,185	0,108	0,199	0,145	0,261	-0,128	-0,098	0,109	0,149
np2	0,272	0,224	0,292	-0,055	0,161	0,273	0,137	0,144	0,290	0,058	0,014	0,022	0,351*
np3	-0,078	0,057	0,067	0,024	0,105	0,102	-0,030	-0,103	0,026	0,058	-0,006	0,033	0,043
np4	0,049	-0,019	0,115	0,016	0,030	0,019	0,015	-0,029	-0,038	0,114	0,093	-0,019	0,012
np5	0,421**	0,048	0,358*	0,376*	-0,022	0,234	0,475**	0,356*	0,268	0,225	0,362*	0,139	0,473**
np6	0,514**	0,478**	0,425**	-0,002	-0,168	0,362*	0,265	0,163	0,262	0,097	0,221	0,277	0,491**
mc1	0,242	-0,158	-0,099	-0,006	0,019	0,136	0,274	0,260	0,130	0,101	0,120	0,069	0,094
mc2	-0,001	0,241	0,030	-0,322*	-0,085	-0,021	-0,095	-0,121	-0,064	0,152	-0,199	-0,045	-0,081
mc3	-0,053	0,082	-0,194	-0,432*	-0,177	-0,081	-0,207	-0,282	-0,287	-0,132	-0,325	-0,145	-0,369*
mc4	-0,070	-0,012	-0,141	-0,278	0,025	0,000	0,066	-0,018	0,016	0,062	-0,177	-0,071	-0,123
mc5	0,070	0,062	0,129	-0,148	-0,107	-0,013	0,224	0,154	0,006	-0,044	-0,010	-0,025	0,047
mc6	0,218	0,196	0,335*	-0,195	-0,034	-0,027	0,155	0,138	0,025	-0,117	0,132	-0,029	0,163
npXmc	0,250	0,179	0,291	-0,127	-0,006	0,246	0,275	0,155	0,183	0,108	0,071	0,137	0,258

	b1	b2	b3	b4	b5	b6	e1	e2	e3	e4	e5	e6	bXe
c1	0,293	-0,069	-0,057	0,145	0,222	0,178	0,339*	0,290	0,063	0,013	0,250	-0,008	0,222
c2	0,096	-0,101	-0,053	0,154	0,338*	0,143	0,367*	0,242	0,050	-0,059	0,203	0,019	0,221
c3	0,273	-0,186	-0,064	0,294	0,123	-0,163	0,196	0,120	0,000	0,096	0,120	-0,153	0,082
c4	0,157	-0,013	0,036	0,167	0,174	0,044	0,212	0,287	0,084	-0,012	0,313	-0,049	0,191
c5	0,245	0,110	0,229	0,327*	0,115	-0,032	0,378*	0,384*	0,284	0,071	0,270	-0,061	0,380*
p1	0,304	0,168	0,106	0,170	-0,006	0,036	0,493**	0,486**	0,336*	0,119	0,303	0,138	0,370*
p2	0,189	0,046	0,131	0,201	0,067	0,035	0,342*	0,446**	0,324*	0,026	0,236	0,082	0,283
p3	0,328*	-0,077	0,165	0,423**	0,196	0,064	0,306	0,415**	0,260	0,155	0,471**	0,230	0,414*
p4	0,201	0,049	0,175	0,247	0,359*	0,192	0,356*	0,257	0,298	0,270	0,279	0,266	0,454**
p5	0,177	-0,070	0,181	0,203	0,265	0,019	0,103	0,134	0,183	0,094	0,239	0,127	0,218
cXp	0,330*	-0,025	0,098	0,315	0,300	0,048	0,454**	0,427**	0,248	0,063	0,347*	0,007	0,383*
Aact1	0,019	0,228	0,123	0,009	-0,111	0,001	0,027	0,184	0,193	0,177	0,164	0,127	0,215
Aact2	0,296	0,267	0,340*	0,067	-0,145	0,077	0,194	0,321*	0,300	-0,011	0,382*	0,069	0,355*
Aact3	-0,003	0,168	-0,040	0,302	-0,011	-0,129	0,257	0,070	0,139	0,346*	0,067	-0,022	0,159
Aact4	0,457**	0,497**	0,698**	-0,236	-0,105	0,218	0,192	0,237	0,293	-0,250	0,240	0,228	0,497**
Aact5	0,131	0,274	0,120	0,200	-0,031	-0,002	0,248	0,038	0,122	0,024	0,127	0,297	0,329*
AactT	0,283	0,446**	0,381*	0,121	-0,125	0,050	0,294	0,264	0,326*	0,087	0,311	0,225	0,488**
NS1	0,032	0,208	0,212	0,344*	0,005	0,061	0,284	0,122	0,226	0,126	-0,024	-0,224	0,239
NS2	-0,046	0,215	0,194	0,328*	0,015	0,087	0,262	0,048	0,098	0,051	-0,126	-0,132	0,205
NS3	0,096	0,129	0,081	0,419**	-0,042	-0,038	0,296	0,149	0,093	0,180	0,103	-0,121	0,229
NS4	-0,092	0,201	0,095	0,340*	-0,110	-0,085	0,223	0,069	0,078	0,169	-0,091	-0,159	0,143
NST	-0,002	0,198	0,153	0,379*	-0,035	0,006	0,282	0,103	0,129	0,139	-0,035	-0,167	0,216
PBC1	0,148	0,026	-0,031	0,185	0,091	0,034	0,187	0,039	0,009	0,064	0,114	-0,197	0,078
PBC2	-0,012	0,044	0,200	0,134	0,024	0,038	0,207	0,180	0,182	-0,148	0,305	0,103	0,242
PBC3	0,111	-0,007	0,131	0,126	0,234	0,035	0,308	0,169	0,299	0,025	0,148	0,107	0,340*
PBC4	-0,220	-0,020	-0,121	0,091	0,197	-0,108	0,104	-0,074	0,182	-0,033	-0,056	-0,278	0,010
PBC5	0,079	0,041	0,123	0,000	-0,102	0,135	0,368*	0,211	0,187	-0,114	0,071	0,056	0,180
PBC6	0,143	-0,018	0,014	-0,143	-0,102	0,004	0,377*	0,344*	0,295	-0,071	0,016	0,042	0,142

	b1	b2	b3	b4	b5	b6	e1	e2	e3	e4	e5	e6	bXe
PBC7	0,215	-0,096	0,214	0,091	0,044	0,166	0,290	0,261	0,415**	-0,242	0,113	0,088	0,326*
PBCT	0,092	0,000	0,101	0,094	0,073	0,060	0,384*	0,232	0,310	-0,098	0,143	-0,022	0,260
I1	0,227	0,167	0,248	0,139	0,008	0,126	0,427**	0,399*	0,387*	-0,036	0,308	0,203	0,410*
I2	0,079	0,187	0,250	-0,012	0,037	0,038	0,312	0,255	0,352*	-0,167	0,131	-0,008	0,255
I3	0,034	-0,043	0,015	-0,040	0,204	0,225	0,399*	0,197	0,212	-0,196	0,192	-0,023	0,156
I4	-0,050	0,144	-0,32	0,000	0,160	-0,066	0,379*	0,219	0,201	-0,188	0,043	-0,168	0,142
I5	0,163	0,186	0,254	-0,023	0,084	0,024	0,426**	0,394*	0,293	-0,75	0,306	0,075	0,346*
IT	0,103	0,142	0,165	0,013	0,114	0,089	0,448**	0,337*	0,337*	-0,157	0,224	0,021	0,298

* : signification à 0,05

** : signification à 0,01

	np1	np2	np3	Np4	np5	np6	mc1	mc2	mc3	mc4	mc5	mc6	npXm c
np1	1												
np2	0,466**	1											
np3	0,277	0,444**	1										
np4	0,316	0,278	0,766*	1									
np5	0,007	0,172	0,205	0,081	1								
np6	0,256	0,591**	0,224	0,163	0,391*	1							
mc1	-0,009	0,007	-0,111	-0,148	0,304	0,167	1						
mc2	0,154	0,330*	0,276	0,208	-0,212	0,262	0,396*	1					
mc3	0,148	0,133	0,277	0,201	-0,220	0,183	0,407*	0,722*	1				
								*					
mc4	0,103	0,042	-0,145	-0,104	-0,278	0,016	0,552*	0,720*	0,475*	1			
							*	*	*				
mc5	-0,024	-0,154	-0,176	-0,141	0,215	0,057	0,507*	0,212	0,290	0,195	1		
							*						
mc6	-0,057	-0,200	-0,307	-0,235	0,213	0,097	0,376*	0,081	0,125	0,226	0,748*	1	

	np1	np2	np3	Np4	np5	np6	mc1	mc2	mc3	mc4	mc5	mc6	npXm c
npXmc	0,485**	0,536**	0,544**	0,467* *	0,401*	0,617* *	0,485* *	0,606* *	0,523* *	0,321*	0,372* *	0,228	1
c1	0,077	0,218	-0,065	0,071	0,196	0,122	0,201	-0,253	0,031	-0,284	0,303	0,160	0,081
c2	0,131	0,035	-0,087	-0,005	0,123	-0,031	0,080	-0,226	0,054	-0,182	0,274	0,270	-0,023
c3	-0,120	0,100	0,269	0,401*	0,170	-0,084	0,168	-0,087	0,098	-0,220	0,000	-0,091	0,093
c4	-0,109	0,039	0,246	0,265	0,169	-0,144	0,082	-0,158	-0,148	-0,121	-0,079	-0,071	0,001
c5	0,206	0,237	0,286	0,392* *	0,471* *	0,130	0,061	-0,266	-0,300	-0,360*	0,105	-0,017	0,205
p1	-0,154	-0,063	-0,258	-0,259	0,504* *	0,170	0,665* *	0,019	-0,146	0,202	0,397* *	0,404* *	0,200
p2	-0,153	-0,095	-0,262	-0,296	0,477* *	0,036	0,641* *	-0,032	-0,196	0,199	0,424* *	0,423* *	0,125
p3	-0,157	-0,179	-0,226	-0,320* *	0,596* *	0,040	0,521* *	-0,203	-0,347* *	-0,100	0,245	0,282	0,069
p4	-0,083	-0,147	-0,139	-0,353* *	0,496* *	0,048	0,453* *	-0,093	-0,169	0,060	0,261	0,299	0,146
p5	-0,101	-0,168	-0,141	-0,343* *	0,387* *	-0,083	0,574* *	0,026	-0,072	0,151	0,331* *	0,364* *	0,183
cXp	0,010	0,094	0,077	0,144	0,435* *	0,002	0,411* *	-0,203	-0,117	-0,159	0,304	0,224	0,185
Aact1	0,050	0,255	0,033	-0,072	0,049	0,271	-0,036	0,196	-0,045	0,036	0,023	-0,036	0,115
Aact2	0,132	0,254	-0,039	-0,078	0,392* *	0,342* *	0,157	-0,053	-0,192	-0,195	0,180	0,121	0,135
Aact3	0,061	0,051	0,499**	0,423* *	0,357* *	0,164	0,005	0,175	0,147	-0,169	0,013	-0,224	0,349*
Aact4	0,442**	0,302	0,082	0,182	0,304	0,392* *	0,046	-0,045	-0,095	-0,028	0,051	0,205	0,315
Aact5	0,121	-0,038	0,172	0,098	0,142	0,164	0,173	-0,062	0,053	-0,078	0,119	-0,064	0,134

	np1	np2	np3	Np4	np5	np6	mc1	mc2	mc3	mc4	mc5	mc6	npXm c
AactT	0,247	0,247	0,229	0,165	0,392*	0,413* *	0,121	0,054	-0,043	-0,143	0,130	0,000	0,320
NS1	0,210	0,373*	0,059	-0,058	0,375*	0,332*	0,175	0,211	0,039	0,026	0,300	0,044	0,364*
NS2	0,239	0,271	0,089	-0,013	0,291	0,242	0,105	0,201	0,132	0,022	0,320*	0,033	0,316
NS3	0,186	0,269	0,093	0,044	0,391*	0,327*	0,314	0,194	0,087	0,004	0,243	-0,043	0,360*
NS4	0,192	0,278	0,097	-0,031	0,291	0,323*	0,238	0,267	0,111	0,096	0,327*	0,067	0,382*
NST	0,218	0,314	0,090	-0,014	0,356*	0,323*	0,221	0,230	0,098	0,039	0,314	0,026	0,376*
PBC1	0,157	0,168	0,066	0,366*	0,089	0,130	0,037	-0,073	0,084	-0,248	0,214	-0,043	0,123
PBC2	0,139	-0,066	0,019	0,183	0,079	-0,025	-0,278	0,461* *	-0,408* *	0,492* *	0,031	-0,048	-0,189
PBC3	-0,009	0,055	0,132	0,202	0,095	-0,117	-0,056	-0,343*	-0,320	-0,320	-0,065	-0,108	-0,198
PBC4	0,173	0,030	0,166	0,189	-0,039	-0,162	-0,069	-0,243	-0,140	-0,196	-0,024	-0,090	-0,100
PBC5	-0,003	-0,098	0,158	0,145	0,419* *	0,037	-0,080	-0,356* *	-0,049	0,503* *	0,359* *	0,171	0,034
PBC6	0,098	0,171	0,182	0,234	0,231	0,105	0,244	-0,020	0,140	-0,122	0,454* *	0,126	0,236
PBC7	0,196	-0,030	-0,190	-0,198	0,277	0,084	0,120	-0,346* *	-0,152	-0,134	0,296	0,425* *	-0,009
PBCT	0,148	0,050	0,128	0,252	0,242	0,012	-0,020	-0,372* *	-0,162	0,428* *	0,269	0,077	-0,012
I1	0,206	0,049	-0,064	0,071	0,408*	0,387*	0,263	-0,276	-0,120	-0,265	0,319	0,317	0,234
I2	0,245	0,108	-0,164	-0,052	0,268	0,154	-0,003	-0,403* *	-0,217	-0,383* *	0,317	0,262	0,013
I3	0,351	-0,011	-0,160	-0,070	0,206	0,060	-0,012	-0,381* *	-0,022	-0,208	0,145	0,141	0,024
I4	0,194	-0,123	-0,136	0,016	0,089	-0,013	-0,048	-0,407* *	-0,052	-0,274	0,251	0,142	-0,116
I5	0,161	0,076	-0,145	0,004	0,302	0,254	0,133	-0,312	-0,148	-0,174	0,315	0,259	0,095
IT	0,275	0,027	-0,154	-0,014	0,305	0,199	0,078	-0,409* *	-0,125	-0,299	0,307	0,254	0,063

* : signification à 0,05

** : signification à 0,01

	c1	c2	c3	c4	c5	p1	p2	p3	p4	p5	cXp	Aact1	Aact2
c1	1												
c2	0,783**	1											
c3	0,492**	0,318	1										
c4	0,329*	0,144	0,673**	1									
c5	0,420**	0,146	0,519**	0,608**	1								
p1	0,246	0,065	0,177	0,311	0,426**	1							
p2	0,169	0,059	0,068	0,224	0,387*	0,909**	1						
p3	0,119	0,023	0,086	0,111	0,338*	0,756**	0,742**	1					
p4	0,028	0,008	-0,093	0,017	0,170	0,559**	0,554**	0,756**	1				
p5	-0,088	-0,125	-0,029	-0,011	0,132	0,574**	0,669**	0,788**	0,792**	1			
cXp	0,679**	0,470**	0,717**	0,703**	0,769**	0,637**	0,584**	0,495**	0,361*	0,358*	1		
Aact1	0,012	-0,040	-0,158	0,019	0,002	0,038	-0,007	0,047	-0,003	-0,054	-0,043	1	
Aact2	0,189	0,061	0,022	0,113	0,297	0,380*	0,329*	0,358*	0,046	0,110	0,223	0,593**	1
Aact3	0,005	-0,025	0,164	0,014	0,367**	0,131	-0,005	0,151	0,148	0,042	0,142	0,091	0,125
Aact4	0,001	-0,008	-0,066	0,048	0,310	0,183	0,171	0,070	0,061	0,078	0,140	0,070	0,431**
Aact5	0,204	0,223	0,218	0,270	0,366**	0,200	0,133	0,175	0,260	0,206	0,395*	0,239	0,248
AactT	0,143	0,080	0,071	0,159	0,431**	0,304	0,206	0,264	0,170	0,131	0,289	0,622**	0,760**
NS1	0,230	0,168	-0,010	-0,066	0,251	0,270	0,285	0,196	0,149	0,077	0,191	0,341*	0,478**
NS2	0,230	0,277	0,076	-0,003	0,200	0,172	0,192	0,066	0,090	-0,011	0,205	0,233	0,348*
NS3	0,329*	0,205	0,184	0,082	0,397*	0,348*	0,295	0,349*	0,183	0,099	0,341*	0,330*	0,453**
NS4	0,174	0,117	-0,010	-0,009	0,248	0,270	0,269	0,202	0,125	0,065	0,173	0,410*	0,435**
NST	0,256	0,203	0,066	0,002	0,291	0,281	0,275	0,217	0,145	0,061	0,242	0,347*	0,453**
PBC1	0,663**	0,459**	0,346*	0,056	0,428**	0,120	0,036	0,017	-0,034	-0,197	0,413**	-0,062	0,183
PBC2	0,323*	0,352*	0,143	0,198	0,438**	-0,003	0,014	0,075	-0,037	-0,202	0,277	0,097	0,277
PBC3	0,362*	0,304	0,523**	0,414**	0,466**	0,106	0,113	0,088	0,044	-0,038	0,510**	-0,165	0,048

	c1	c2	c3	c4	c5	p1	p2	p3	p4	p5	cXp	Aact1	Aact2
PBC4	0,357*	0,314	0,344*	0,342*	0,326*	0,043	0,073	-0,041	-0,006	-0,096	0,406*	0,092	0,155
PBC5	0,410*	0,407*	0,252	0,155	0,423**	0,073	0,077	0,015	0,076	-0,058	0,374*	-0,122	0,107
PBC6	0,496**	0,306	0,379*	0,211	0,531**	0,226	0,214	0,012	0,011	-0,058	0,502**	0,060	0,197
PBC7	0,230	0,330*	-0,060	-0,125	0,177	0,090	0,204	0,178	0,202	0,147	0,184	-0,036	0,122
PBCT	0,602**	0,515**	0,417**	0,271	0,591**	0,138	0,147	0,062	0,046	-0,115	0,563**	-0,031	0,226
I1	0,439**	0,320	0,177	0,063	0,410*	0,446**	0,373**	0,399*	0,347*	0,162	0,459**	0,117	0,378*
I2	0,438**	0,340	0,111	-0,007	0,393*	0,270	0,273	0,200	0,217	0,081	0,387*	0,124	0,423**
I3	0,477**	0,598**	0,059	-0,014	0,086	0,015	-0,063	-0,013	0,151	-0,101	0,228	-0,015	0,131
I4	0,520**	0,581**	0,233	0,155	0,365*	0,126	0,075	-0,033	0,063	0,184	0,403*	-0,107	0,105
I5	0,437**	0,323	0,062	0,091	0,388*	0,285	0,231	0,195	0,238	0,006	0,347*	0,103	0,306
IT	0,530**	0,501**	0,143	0,060	0,367*	0,259	0,201	0,171	0,236	-0,006	0,413*	0,052	0,310

* : signification à 0,05

** : signification à 0,01

	Aact3	Aact4	Aact5	AactT	NS1	NS2	NS3	NS4	NST	PBC1	PBC2	PBC3	PBC4
Aact3	1												
Aact4	0,026	1											
Aact5	0,294	0,355*	1										
AactT	0,479**	0,587**	0,702**	1									
NS1	0,400*	0,136	0,102	0,455**	1								
NS2	0,329*	0,108	0,201	0,387*	0,906**	1							
NS3	0,485**	0,033	0,271	0,501**	0,854**	0,756**	1						
NS4	0,401*	0,023	0,223	0,472**	0,907**	0,832**	0,914**	1					
NST	0,428**	0,078	0,212	0,480**	0,967**	0,922**	0,933**	0,965	1				
PBC1	0,331*	0,095	0,184	0,237	0,365*	0,360*	0,410*	0,240	0,364*	1			
PBC2	0,134	0,271	0,322*	0,356*	0,155	0,114	0,253	0,154	0,180	0,461**	1		

	Aact3	Aact4	Aact5	AactT	NS1	NS2	NS3	NS4	NST	PBC1	PBC2	PBC3	PBC4
PBC3	-0,094	0,105	0,313	0,084	-0,120	-0,034	-0,011	-0,168	-0,087	0,283	0,473**	1	
PBC4	0,030	0,076	0,287	0,214	0,213	0,206	0,183	0,147	0,198	0,449**	0,592**	0,596**	1
PBC5	0,216	0,147	0,208	0,183	0,050	0,144	0,001	-0,089	0,028	0,326*	0,341*	0,432**	0,211
PBC6	0,193	0,146	0,272	0,282	0,135	0,111	0,201	0,087	0,142	0,400*	0,293	0,451**	0,258
PBC7	-0,116	0,318	0,143	0,139	0,098	0,040	0,043	0,014	0,051	0,064	0,361*	0,291	0,247
PBCT	0,163	0,230	0,360*	0,312	0,188	0,203	0,227	0,079	0,185	0,639**	0,722**	0,732**	0,690**
I1	0,184	0,422**	0,317	0,452**	0,293	0,249	0,374*	0,254	0,303	0,519**	0,525**	0,285	0,375*
I2	0,052	0,435**	0,201	0,392*	0,325*	0,299	0,223	0,183	0,271	0,548**	0,558**	0,300	0,442**
I3	0,067	0,310	0,182	0,219	0,209	0,252	0,128	0,038	0,166	0,439**	0,403	0,065	0,325*
I4	0,152	0,280	0,373*	0,269	0,219	0,302	0,224	0,144	0,237	0,573**	0,556**	0,360*	0,495**
I5	0,105	0,429**	0,321	0,413*	0,267	0,193	0,343*	0,277	0,288	0,450**	0,567**	0,286	0,301
IT	0,129	0,436**	0,321	0,409*	0,314	0,309	0,292	0,208	0,298	0,580**	0,593**	0,287	0,443**

* : signification à 0,05

** : signification à 0,01

	PBC5	PBC6	PBC7	PBCT	I1	I2	I3	I4	I5	IT
PBC5	1									
PBC6	0,690**	1								
PBC7	0,442**	0,367**	1							
PBCT	0,735**	0,736**	0,541**	1						
I1	0,371*	0,315	0,453**	0,584**	1					
I2	0,468**	0,383*	0,447**	0,651**	0,827**	1				
I3	0,414*	0,193	0,394*	0,452**	0,576**	0,684**	1			
I4	0,519**	0,421**	0,375*	0,676**	0,638**	0,735**	0,774**	1		
I5	0,290	0,350*	0,425**	0,536**	0,773**	0,738**	0,573**	0,733**	1	
IT	0,480**	0,383*	0,491**	0,660**	0,869**	0,912**	0,839**	0,886**	0,862**	1

* : signification à 0,05

** : signification à 0,01

Annexe XI
Questionnaires

**PIPECT
(QUESTIONNAIRE DU PERSONNEL
INFIRMIER SUR LES PRATIQUES
EN CESSATION TABAGIQUE)¹
(Temps 0)**

**Mario Lepage, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c)
Lise Renaud, Ph.D.
François Champagne, Ph.D.**

¹ Certaines questions sont inspirées du questionnaire de Tremblay et al. (2008)

Hôpital : _____ Code du participant : _____

DIRECTIVES :

1. Répondez à toutes les questions en cochant la case qui correspond à votre réponse.
2. Si la réponse contient un blanc, vous inscrivez votre réponse sur la ligne.
3. Des indications précises sont prévues à certain endroit afin de vous aider à compléter le questionnaire.
4. Lisez attentivement les questions ou les énoncés avant de répondre.

QUESTIONNAIRE

Section 1 : Interventions en cessation tabagique

1. Au cours du dernier mois, dans quelle proportion (entre 0% et 100%) de tous vos patients,
 - 1.1. Avez-vous demandé s'ils fumaient? ✍ _____%
 - 1.2. Avez-vous inscrit au dossier leur statut tabagique. ✍ _____%

2. Au cours du dernier mois, dans quelle proportion (entre 0% et 100%) de tous vos patients fumeurs, avez-vous évalué s'ils étaient prêts ou non à cesser de fumer? ✍ _____%

3. Au cours du dernier mois, avez-vous réalisé des interventions en cessation tabagique (ex : conseiller de cesser de fumer, référer vers une autre ressource, counselling, ect...) auprès de vos patients fumeurs?
 - Oui
 - Non (passez à la section 2, question 9)

4. Au cours du dernier mois, dans quelle proportion de tous vos patients fumeurs qui se préparaient à cesser de fumer, **avez-vous** :
 - 4.1. Offert de la documentation écrite sur le tabagisme ou l'abandon du tabac.
✍ _____%
 - 4.2. Répondu à leurs questions ou préoccupations particulières à l'abandon du tabac.
✍ _____%
 - 4.3. Discuté des stratégies pour cesser de fumer. ✍ _____%
 - 4.4. Conseillé une pharmacothérapie pour cesser de fumer. ✍ _____%
 - 4.5. Informé des ressources (centre d'abandon du tabac, programme, site internet, ligne téléphonique, pharmacothérapie) en cessation tabagique. ✍ _____%

- 4.6. Référé vers un centre d'abandon du tabac. ✍ _____%
- 4.7. Référé vers un autre professionnel de la santé. ✍ _____%
- 4.8. Référé vers une autre ressource en cessation tabagique. ✍ _____%
5. Au cours du demier mois, dans quelle proportion de tous vos patients fumeurs qui ne voulaient pas cesser de fumer, avez-vous :
- 5.1. Conseillé de cesser de fumer? ✍ _____%
- 5.2. Offert de la documentation écrite sur le tabagisme ou sur l'abandon du tabac.
✍ _____%
- 5.3. Discuté des effets du tabac sur la santé en général. ✍ _____%
- 5.4. Discuté de leurs perceptions des avantages et des inconvénients du tabagisme
✍ _____%
- 5.5. Discuté de leurs perceptions des avantages et des inconvénients à cesser de fumer
✍ _____%
- 5.6. Exprimé votre inquiétude par rapport à leur consommation du tabac.
✍ _____%
6. Au cours du demier mois, dans quelle proportion (entre 0 et 100%) de vos patients ex-fumeurs, avez-vous encouragé à persister. ✍ _____%
7. Au cours du demier mois, dans quelle proportion (entre 0 et 100%) de tous vos patients fumeurs, avez-vous inscrit au dossier, vos interventions en cessation tabagique.
✍ _____%
8. Au cours d'une intervention en cessation tabagique, combien de minutes en moyenne lui accordez-vous?
- Moins de 3 minutes
 - De 3 à 5 minutes
 - De 6 à 10 minutes
 - Plus de 10 minutes

Section 2 : Attitudes et croyances face aux interventions courtes en cessation tabagique

IMPORTANT	IMPORTANT	IMPORTANT
<p>Interventions courtes en cessation tabagique veulent dire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir le statut tabagique • Donner un avis de cessation • Déterminer la motivation à cesser de fumer • Informer et conseiller • Répondre aux questions et aux préoccupations de la clientèle • Informer des services offerts et distribuer le matériel documentaire disponible • Référer la clientèle vers des services les plus appropriés 		

Lire chacun des énoncés suivants et cocher la case appropriée.

9. Si j'effectuais en tout temps, des interventions courtes en cessation tabagique après de tous mes patients fumeurs :

9.1. Cela sensibiliserait la population des conséquences du tabagisme sur la santé

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

9.2. Cela serait efficace pour les aider à cesser de fumer

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

9.3. Cela serait efficace pour améliorer leur état de santé

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

9.4. Cela me préoccuperait de ne pas pouvoir faire le suivi de mes interventions

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

9.5. Cela me permettrait de jouer un rôle en promotion de la santé

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

10. Personnellement, quelle valeur accordez-vous au fait de :

10.1. Sensibiliser la population face aux conséquences du tabagisme

Très indésirable	Assez indésirable	Légèrement indésirable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement désirable	Assez désirable	Très désirable

10.2. D'aider vos patients à cesser de fumer

Très indésirable	Assez indésirable	Légèrement indésirable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement désirable	Assez désirable	Très désirable

10.3. Améliorer l'état de santé de vos patients fumeurs en faisant des interventions en cessation tabagique

Très indésirable	Assez indésirable	Légèrement indésirable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement désirable	Assez désirable	Très désirable

10.4. Effectuer le suivi de vos interventions en cessation tabagique

Très indésirable	Assez indésirable	Légèrement indésirable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement désirable	Assez désirable	Très désirable

10.5. Jouer un rôle en promotion de la santé

Très indésirable	Assez indésirable	Légèrement indésirable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement désirable	Assez désirable	Très désirable

11. Les médecins que je côtoie, approuveraient/désapprouveraient que j'effectue des interventions courtes en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs

Désapprouveraient fortement	Désapprouveraient assez	Désapprouveraient légèrement	Ni l'un ni l'autre	Approuveraient légèrement	Approuveraient assez	Approuveraient fortement

12. Les infirmières de mon équipe de soins que je côtoie, approuveraient/désapprouveraient que j'effectue des interventions courtes en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs

Désapprouveraient fortement	Désapprouveraient assez	Désapprouveraient légèrement	Ni l'un ni l'autre	Approuveraient légèrement	Approuveraient assez	Approuveraient fortement

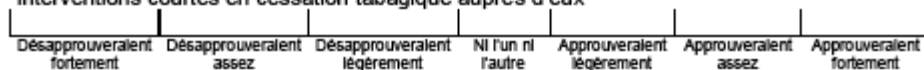
13. Les autres membres du personnel de mon équipe de soins que je côtoie, approuveraient/désapprouveraient que j'effectue des interventions courtes en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs

Désapprouveraient fortement	Désapprouveraient assez	Désapprouveraient légèrement	Ni l'un ni l'autre	Approuveraient légèrement	Approuveraient assez	Approuveraient fortement

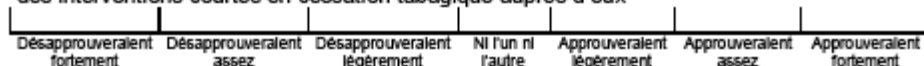
14. Mes supérieurs hiérarchiques que je côtoie, approuveraient/désapprouveraient que j'effectue des interventions courtes en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs

Désapprouveraient fortement	Désapprouveraient assez	Désapprouveraient légèrement	Ni l'un ni l'autre	Approuveraient légèrement	Approuveraient assez	Approuveraient fortement

15. Les patients que je côtoie, approuveraient/désapprouveraient que j'effectue des interventions courtes en cessation tabagique auprès d'eux



16. La famille de mes patients que je côtoie, approuveraient/désapprouveraient que j'effectue des interventions courtes en cessation tabagique auprès d'eux

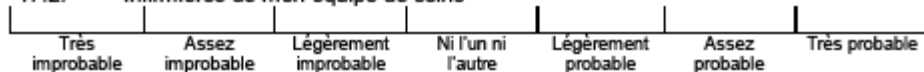


17. Concernant les interventions courtes en cessation tabagique, j'ai tendance à agir selon les attentes des

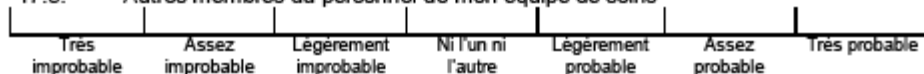
17.1. Médecins que je côtoie



17.2. Infirmières de mon équipe de soins



17.3. Autres membres du personnel de mon équipe de soins



17.4. Mes supérieurs hiérarchiques



17.5. Mes patients



17.6. Familles de mes patients



18. J'ai le soutien des membres de mon équipe de soins pour intervenir en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

19. J'ai le soutien de mon supérieur immédiat pour intervenir en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

20. J'ai accès à du matériel éducatif afin d'intervenir en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

21. J'ai accès à des directives claires ou protocole afin d'intervenir en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

22. J'ai la possibilité d'intégrer des interventions courtes en cessation tabagique dans mon travail quotidien

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

23. Si j'avais le soutien des membres de mon équipe de soins, j'interviendrais en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

24. Si j'avais le soutien de mon supérieur immédiat, j'interviendrais en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

25. Si j'avais accès à du matériel éducatif, j'interviendrais en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

26. Si j'avais des directives claires ou des protocoles, j'interviendrais en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

27. Si j'avais du temps, j'interviendrais en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs
- | | | | | | | |
|-----------------|------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|----------------|---------------|
| | | | | | | |
| Très improbable | Assez improbable | Légèrement improbable | Ni l'un ni l'autre | Légèrement probable | Assez probable | Très probable |
28. Pour moi, il est important d'intervenir en cessation tabagique
- | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|-----------------|----------------|
| | | | | | | |
| Très en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni l'un, ni l'autre | Légèrement en accord | Assez en accord | Très en accord |
29. Pour moi, le personnel infirmier a une obligation professionnelle d'intervenir en cessation tabagique
- | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|-----------------|----------------|
| | | | | | | |
| Très en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni l'un, ni l'autre | Légèrement en accord | Assez en accord | Très en accord |
30. Pour moi, l'hospitalisation est un moment idéal pour les patients fumeurs de cesser de fumer
- | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|-----------------|----------------|
| | | | | | | |
| Très en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni l'un, ni l'autre | Légèrement en accord | Assez en accord | Très en accord |
31. Pour moi, les interventions faites en cessation tabagique augmentent la motivation des fumeurs à cesser de fumer
- | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|-----------------|----------------|
| | | | | | | |
| Très en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni l'un, ni l'autre | Légèrement en accord | Assez en accord | Très en accord |
32. Pour moi, les interventions faites en cessation tabagique peuvent briser le lien de confiance entre moi et le patient
- | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|-----------------|----------------|
| | | | | | | |
| Très en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni l'un, ni l'autre | Légèrement en accord | Assez en accord | Très en accord |
33. Pour moi, les interventions faites en cessation tabagique ont très peu d'impact sur la cessation tabagique.
- | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|-----------------|----------------|
| | | | | | | |
| Très en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni l'un, ni l'autre | Légèrement en accord | Assez en accord | Très en accord |
34. Les médecins que je côtoie pensent que je devrais intervenir en cessation tabagique auprès de tous mes patients fumeurs
- | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|-----------------|----------------|
| | | | | | | |
| Très en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni l'un, ni l'autre | Légèrement en accord | Assez en accord | Très en accord |
35. Les infirmières de mon équipe de soins pensent que je devrais intervenir en cessation tabagique auprès de tous mes patients fumeurs
- | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|-----------------|----------------|
| | | | | | | |
| Très en désaccord | Assez en désaccord | Légèrement en désaccord | Ni l'un, ni l'autre | Légèrement en accord | Assez en accord | Très en accord |

36. Les autres membres de mon équipe de travail (inhalothérapeute, nutritionniste, ect...) pensent que je devrais intervenir en cessation tabagique auprès de tous mes patients fumeurs

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

37. Mes supérieurs hiérarchiques pensent que je devrais intervenir en cessation tabagique auprès de tous mes patients fumeurs

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

38. J'ai des occasions durant ma journée de travail pour intervenir en cessation tabagique auprès de mes patients fumeurs

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

39. Si j'interviens en cessation tabagique auprès de tous mes patients fumeurs, je risque de limiter le temps que j'ai à consacrer aux autres patients

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

40. Le manque de ressources disponibles en cessation tabagique peut nuire aux interventions que je peux faire en cessation tabagique

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

41. Je n'ai pas les outils nécessaires pour effectuer des interventions en cessation tabagique

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

42. Je me sens confortable d'aborder la cessation tabagique avec mes patients

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

43. J'ai les compétences nécessaires pour aider mes patients à cesser de fumer

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

44. Je considère avoir une influence auprès de mes patients pour les aider à décider à cesser de fumer

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord

45. Au cours des prochains mois, j'ai l'intention de

45.1. Demander à tous mes patients s'ils fument

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable
-----------------	------------------	-----------------------	--------------------	---------------------	----------------	---------------

45.2. Réaliser des interventions courtes en cessation tabagique auprès de tous mes patients fumeurs

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable
-----------------	------------------	-----------------------	--------------------	---------------------	----------------	---------------

45.3. Inscrire au dossier toutes les interventions réalisées en cessation tabagique

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable
-----------------	------------------	-----------------------	--------------------	---------------------	----------------	---------------

45.4. Informer mes patients sur les ressources en cessation tabagique (centre d'abandon du tabac, programmes, site internet, ligne téléphonique)

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable
-----------------	------------------	-----------------------	--------------------	---------------------	----------------	---------------

45.5. Référer vers un centre d'abandon du tabac ou vers un autre professionnel de la santé, mes patients selon les besoins identifiés

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable
-----------------	------------------	-----------------------	--------------------	---------------------	----------------	---------------

Section 3 : Caractéristiques personnelles

46. Année et mois de naissance ✍ _____

47. Quel est votre sexe ?

- Homme
 Femme

48. Quel est le nombre d'années de scolarité terminées? ✍ _____ années.

49. Quel est votre dernier diplôme obtenu?

- Études professionnelles (secondaire 5)
 DEC professionnel (CEGEP)
 Certificat
 Baccalauréat
 Diplôme 2^{ème} cycle
 Maîtrise
 Autre : (Précisez) : ✍ _____

50. Êtes-vous présentement aux études?

- Oui
- Non (passez à la question 52)

51. Pour quel degré?

- DEC professionnel (CEGEP)
- Certificat
- Baccalauréat
- Diplôme 2^{ème} cycle
- Maîtrise
- Autre : (Précisez) : / _____

52. Quelle est votre profession? / _____

53. En quelle année avez-vous obtenu votre droit de pratique? / _____

54. Quel est le titre de votre emploi actuel?

- Infirmière-auxiliaire
- Infirmière
- Infirmière bachelière
- Infirmière chef d'équipe
- Infirmière bachelière chef d'équipe
- Assistante infirmière-chef
- Assistante infirmière-chef bachelière
- Assistante supérieur immédiat
- Infirmière bachelière assistante supérieur immédiat
- Infirmière clinicienne
- Infirmière clinicienne spécialisée
- Candidate à l'exercice
- Externe
- Autre : (Précisez) : / _____

55. Quelle est l'unité de soins dans laquelle vous passez la majorité de votre temps au travail?

/ _____

/ _____

/ _____

/ _____

/ _____

/ _____

56. Quel est votre statut d'emploi?

- Temps complet
- Temps partiel
- Temps occasionnel

57. Avez-vous reçu une formation dans le domaine de l'abandon du tabac?

- Oui. En quelle année? ✍ _____
- Non

58. Fumez-vous?

- Régulièrement
- À l'occasion
- Non (Passez à la question 61)

59. Combien de cigarettes fumez-vous par jour? ✍ _____ cigarettes / jour.

60. Depuis combien de temps fumez-vous? ✍ _____ ans (passez à la question 62)

61. Avez-vous déjà fumé?

- Oui Quand avez-vous cessé? ✍ _____ ans
- Non

62. Demeurez-vous avec des fumeurs?

- Oui
- Non (Questionnaire terminé)

63. Ces personnes fument-ils dans la maison?

- Oui
- Non

MERCI BEAUCOUP D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE COMPLÉTER CE QUESTIONNAIRE!

Veillez placer votre questionnaire complété ainsi que votre formulaire de consentement dans l'enveloppe ci-jointe, la sceller et le remettre à votre chef de service ou à l'endroit déterminé par votre chef de service:



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

**QUESTIONNAIRE – ENTREVUE AUX PATIENTS
ET
DONNÉES SUR LES DOSSIERS PATIENTS (PAPPICT)
(Temps 0)**

DIRECTIVES :

1. Ne pas oublier de vous identifier.
2. Expliquer et faire signer le consentement écrit.
3. Poser toutes les questions selon le questionnaire ci-dessous sans en ajouter.
4. Ne pas oublier de remercier le client.
5. Compléter la section du dossier patient après l'entrevue avec le client.

ENTREVUE

Bonjour,

Je suis _____, assistante de recherche pour Mario Lepage qui est étudiant au doctorat en santé publique à l'Université de Montréal. Nous effectuons une recherche sur l'évaluation comparative de stratégies en vue d'augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier en médecine-chirurgie de centre hospitalier de courte durée.

Si vous acceptez de participer à l'étude, votre participation consistera à répondre à quelques questions et permettre d'avoir accès à votre dossier médical. Ceci ne prendra que 5 minutes de votre temps.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels, codés, et seuls les responsables de l'étude y auront accès.

Acceptez-vous de répondre à quelques questions?

- Oui (faire signer le consentement)
- Non (remercier le client)

Hôpital : ✍ _____

Numéro de chambre : ✍ _____

1. Depuis votre hospitalisation, est-ce qu'une infirmière ou une infirmière-auxiliaire, vous a demandé si vous fumiez?
 - Oui
 - Non
 - Je me souviens pas

2. Est-ce que vous fumez?
 - Oui (poursuivre le questionnaire)
 - Non (remerciez le client, et allez compléter la section du dossier, question 10)

3. Depuis votre hospitalisation, est-ce qu'une infirmière ou une infirmière-auxiliaire, vous a demandé le nombre de cigarettes fumées par jour?
 - Oui
 - Non
 - Je me souviens pas
 - Non applicable

4. Depuis votre hospitalisation, est-ce qu'une infirmière ou une infirmière-auxiliaire, vous a conseillé de cesser de fumer?
 - Oui
 - Non
 - Je me souviens pas
 - Non applicable

5. Depuis votre hospitalisation, est-ce qu'une infirmière ou une infirmière-auxiliaire a discuté avec vous de votre motivation à cesser de fumer?
 - Oui
 - Non
 - Je me souviens pas
 - Non applicable

6. Depuis votre hospitalisation, est-ce qu'une infirmière ou une infirmière-auxiliaire, vous a offert de la documentation écrite sur le tabagisme ou l'abandon du tabac?
 - Oui
 - Non
 - Je me souviens pas
 - Non applicable

7. Depuis votre hospitalisation, est-ce qu'une infirmière ou une infirmière-auxiliaire a répondu à vos questions, à vos préoccupations particulières face au tabagisme ou à l'abandon du tabac?

- Oui
- Non
- Je me souviens pas
- Non applicable

8. Depuis votre hospitalisation, est-ce qu'une infirmière ou une infirmière-auxiliaire, vous a informé des services offerts pour vous aider à cesser de fumer?

- Oui
- Non
- Je me souviens pas
- Non applicable

9. Depuis votre hospitalisation, est-ce qu'une infirmière ou une infirmière-auxiliaire, vous a référé vers un centre d'abandon du tabac?

- Oui
- Non
- Je me souviens pas
- Non applicable

Commentaires du client :

Commentaires de l'interviewer :

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

DONNÉES DU DOSSIER**DIRECTIVES :**

1. Seuls les formulaires du dossier complétés par les infirmières et infirmières auxiliaires sont consultés (collecte des données, PTI, cardex et notes évolutives).
2. La consultation des dossiers du patient se réalise la même journée que l'entrevue.

QUESTIONNAIRE

10. Indiquez si les éléments suivants sont notés au dossier :

		OUI	R ¹	NON	N/A
10.1.	Le statut tabagique du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10.2.	Le nombre de cigarettes fumées par jour	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.3.	L'étape de changement selon le modèle de Prochaska et DiClemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.4.	Motivation du patient à cesser de fumer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires :

11. Indiquez si les interventions suivantes sont notées au dossier :

		OUI	R ¹	NON	N/A
11.1.	Avis de cessation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.2.	Information donnée sur les ressources en cessation tabagique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.3.	Counselling en cessation tabagique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.4.	Référence vers des services de cessation tabagique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.5.	Si oui,				


Type référence :

Envoyé par :

- > infirmière
- > infirmière-auxiliaire
- > médecin
- > Autre :

Commentaires :

¹ Rappel : Noté sur la feuille de rappel


12. Date de naissance du client :  _____


13. Sexe du client :


- Masculin
- Féminin


14. Diagnostic médical à l'admission :  _____

15. Antécédents médicaux :

 _____

 _____


 _____

 _____

16. Présence de symptômes respiratoires notés au dossier

- Oui
- Non

Si Oui, les noter :

17. Nombre de jours écoulé depuis le premier jour de l'hospitalisation :  _____ Jours

Date _____ heure : _____

Signature : _____

**GUSPPICT
(QUESTIONNAIRE DU GESTIONNAIRE
D'UNITÉ DE SOINS SUR LES PRATIQUES
DU PERSONNEL INFIRMIER
EN CESSATION TABAGIQUE)**

(Temps 0)

**Mario Lepage, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c)
Lise Renaud, Ph.D.
François Champagne, Ph.D.,**

Hôpital : _____ Code du participant : _____


DIRECTIVES :

1. Répondez à toutes les questions en cochant la case qui correspond à votre réponse.
2. Si la réponse contient un blanc, vous inscrivez votre réponse sur la ligne.
3. Lisez attentivement les questions ou les énoncés avant de répondre.

QUESTIONNAIRE

Section 1 : Contexte social et organisationnel

1. Quelles sont les interventions réalisées afin d'aider mon personnel à intervenir en cessation tabagique? (Cochez toutes les cases nécessaires)

- Aucune intervention
- Rencontre d'équipe
- Rencontre individuelle
- Rétroaction
- Rappel verbal individuel
- Affiche
- Rappel écrit
- Formation
- Autre : (Précisez) :  _____

2. Les interventions préventives en cessation tabagique sont-elles une priorité d'action pour votre équipe de gestion?

Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord


3. Les interventions préventives en cessation tabagique sont-elles une priorité d'action pour votre unité de soins?


Très en désaccord	Assez en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un, ni l'autre	Légèrement en accord	Assez en accord	Très en accord


4. Dans votre établissement, y a-t-il un programme pour aider les fumeurs à cesser de fumer?


- Oui
- Non


Si oui, nommez les programmes de cessation présents dans votre établissement.

 _____

 _____

 _____

 _____

 _____

5. Complétez le tableau suivant :

		Lundi 4 février 2008			Mardi 5 février 2008			Mercredi 6 février 2008			Jeudi 7 février 2008		
		Personnel requis (nb)	Présences réelles		Personnel requis (nb)	Présences réelles		Personnel requis (nb)	Présences réelles		Personnel requis (nb)	Présences réelles	
JOUR	Infirmières		Personnel de l'unité	Personnel de rempl.		Personnel de l'unité	Personnel de rempl.		Personnel de l'unité	Personnel de rempl.		Personnel de l'unité	Personnel de rempl.
	Infirmières auxiliaires												
SOIR	Infirmières												
	Infirmières auxiliaires												

		Vendredi 8 février 2008			Samedi 9 février 2008			Dimanche 10 février 2008			Lundi 11 février 2008		
		Personnel requis (nb)	Présences réelles		Personnel requis (nb)	Présences réelles		Personnel requis (nb)	Présences réelles		Personnel requis (nb)	Présences réelles	
JOUR	Infirmières		Personnel de l'unité	Personnel de rempl.		Personnel de l'unité	Personnel de rempl.		Personnel de l'unité	Personnel de rempl.		Personnel de l'unité	Personnel de rempl.
	Infirmières auxiliaires												
SOIR	Infirmières												
	Infirmières auxiliaires												

		Mardi le 12 février 2008			Mercredi le 13 février 2008			Jeudi le 14 février 2008			Vendredi le 15 février 2008		
		Personnel requis (nb)	Présences réelles		Personnel requis (nb)	Présences réelles		Personnel requis (nb)	Présences réelles		Personnel requis (nb)	Présences réelles	
JOUR	Infirmières		Personnel de l'unité	Personnel de rempl.		Personnel de l'unité	Personnel de rempl.		Personnel de l'unité	Personnel de rempl.		Personnel de l'unité	Personnel de rempl.
	Infirmières auxiliaires												
SOIR	Infirmières												
	Infirmières auxiliaires												

Section 2 : Caractéristiques personnelles

6. Année et mois de naissance *✍* _____

7. Quel est le nombre d'années de scolarité terminées? *✍* _____ années.

8. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez atteint?

- DEC professionnel (CEGEP)
- Certificat
- Baccalauréat
- Diplôme 2^{ème} cycle
- Maîtrise
- Doctorat
- Post-doctorat
- Autre : (Précisez) : *✍* _____

9. Êtes-vous présentement aux études?

- Oui
- Non (passez à la question 11)

10. Pour quel degré?

- Certificat
- Baccalauréat
- Diplôme 2^{ème} cycle
- Maîtrise
- Doctorat
- Post-doctorat
- Autre : (Précisez) : *✍* _____

11. Quelle est votre profession? *✍* _____

12. Quel est le titre de votre emploi actuel?

✍ _____

13. Depuis quand occupez-vous cette fonction?

✍ _____ ans

14. Quelles sont les unités de soins, services ou programmes dont vous êtes responsable?

✍ _____
✍ _____
✍ _____

15. Avez-vous reçu une formation dans le domaine de l'abandon du tabac?

- Oui. En quelle année? ✍ _____
- Non

16. Fumez-vous?

- Régulièrement
- À l'occasion
- Non (Passez à la question 19)

17. Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

✍ _____ cigarettes / jour.

18. Depuis combien de temps fumez-vous?

✍ _____ ans. (passez à la question 20)

19. Avez-vous déjà fumé?

- Oui Quand avez-vous cessé? ✍ _____ ans
- Non

20. Demeurez-vous avec des fumeurs?

- Oui
- Non (Questionnaire terminé)

21. Ces personnes fument-elles dans la maison?

- Oui
- Non

MERCI BEAUCOUP D'AVOIR COMPLÉTÉ CE QUESTIONNAIRE!

Veillez placer votre questionnaire complété ainsi que votre formulaire de consentement dans l'enveloppe ci-jointe, la sceller et la conserver jusqu'à la visite du responsable de la recherche : Mario Lepage

**CATPPICT
(QUESTIONNAIRE DU RESPONSABLE
DU CENTRE D'ABANDON DU TABAC
SUR LES PRATIQUES DU PERSONNEL
INFIRMIER EN CESSATION TABAGIQUE)
(Temps 0)**

**Mario Lepage, inf., M.Sc.N, Ph.D.(c)
Lise Renaud, Ph.D.
François Champagne, Ph.D.**

Annexe XII

Résultats de la validation de la formation

QUESTIONNAIRE
Validation de la formation interactive :
Les interventions courtes en cessation tabagique

Résultats de la validation (n=3)

Questionnaire :

Selon vous,	Échelle de 1 à 6 1 = Didactique (traditionnelle) ↕ 6 = Interactive
1. La section <i>Introduction</i> est davantage une formation...	3,7 (2 à 6) n=3
2. La section <i>interventions en cessation tabagique</i> , partie 1, est davantage une formation...	5 (4 à 6) n=3
3. La section <i>interventions en cessation tabagique</i> , partie 2, est davantage une formation...	5,3 (5 à 6) n=3
4. La section <i>interventions en cessation tabagique</i> , partie 3, est davantage une formation...	5,3 (5 à 6) n=3
5. La section <i>Conclusion</i> , est davantage une formation...	4,3 (2 à 6) n=3

Commentaires : Il m'apparaît normal et pertinent que le début de l'intro et la conclusion soient davantage une présentation classique que participative. Il faut cependant aller le plus rapidement possible à l'interaction.

6. Selon vous, quels seraient les éléments qui pourraient nuire au bon déroulement de cette formation ?

Il y a beaucoup de contenu et de changement de formules pédagogiques pour 1 h 30. D'une part, c'est fort intéressant pour l'interaction, d'autre part, il peut y avoir une baisse de motivation des participants à s'investir de cette façon. En quoi consiste le jeu « Le cercle » en partie 1 (non expliqué dans le texte), donc difficile à évaluer ?

Le plan de formation démontre clairement une approche interactive. Cependant l'attitude, le non-verbal du présentateur peut inhiber la participation. Ainsi le principal élément qui pourrait nuire au bon déroulement de cette formation réside dans l'attitude du formateur.

Manque de temps car tu as trop d'éléments et c'est justement interactif donc plus long. Discussion qui peut s'allonger sur des commentaires comme « on manque de temps! », « ce n'est pas vraiment notre rôle ».

7. Selon vous, quels seraient les éléments sur lesquels le formateur devrait miser pour respecter les critères d'une formation interactive ?

D'une façon générale, c'est très bien. Plusieurs formules pédagogiques incluses favorisent nettement une formation interactive, notamment les situations cliniques, les jeux d'équipe et les jeux de rôles. Voir les remarques au point suivant.

Écoute (moins parler, plus écouter). Ouverture (ne pas juger les propos des participants). Respect du rythme du groupe. Se distancer du contenu comme tel pour suivre la trajectoire que le groupe veut prendre.

Tu les as déjà : questions ouvertes aux participants, jeux qui demandent la participation active, tu pars de ce qu'ils connaissent, tu apportes des outils pour les aider au quotidien et ceci suscitera des questions et commentaires. Ton PowerPoint se sert de l'humour, ce qui encourage la participation.

8. Selon vous, quelles sont les modifications que je devrais apporter afin de respecter les critères d'une formation interactive ?

Aller chercher plus rapidement, même en introduction, l'expérience personnelle des gens sur le tabagisme dans un premier temps, et leur expérience professionnelle i.e. à titre d'éducateur pour la santé, par la suite. Le fait de partir de leur propre expérience de fumeur, d'ex-fumeur ou de conjoint ou d'enfant de fumeur pourrait favoriser une implication et une interaction plus rapide, selon une vision andragogique. Au lieu de leur dire « vous savez déjà », les questionner davantage sur leurs connaissances antérieures (section intro) afin de stimuler la participation.

Peut-être dans l'intro débiter par les attentes avant de présenter les buts.

Voir sur texte du formateur (trop long pour 90 minutes). Je couperais toute la partie Prochaska ou je doublerais le temps de formation.

Autres commentaires :

J'enlèverais le « merci à la Sun Life » à chaque acétate, ça peut devenir irritant, à moins qu'il n'y ait eu cette entente avec le commanditaire, mais le fait de le mentionner au début et à la fin devrait suffire. Suggestion : pré-tester avec quelques personnes la formation.

Bravo! Très beau projet!

Tous ces éléments sont de nature interactive et cela prend donc plus de temps. Bonne Chance!

Je vous remercie beaucoup d'avoir pris le temps nécessaire de répondre à ces questions.

Mario Lepage

Annexe XIII
Cahier du formateur
et la présentation PowertPoint



Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique auprès du personnel infirmier¹ :

Cahier du formateur

Mario Lepage

Soutien financier obtenu de la Financière Sun Life, MELS, Pfizer et l'OIIQ

¹ Formation basée sur la formation offerte par l'OIIQ et le document *Counseling en abandon du tabac* de l'OIIQ (2006) et Kayser, J.W., et Thibault, C., (2006). *Counseling en abandon du tabac. Orientations pour la pratique infirmière. Pour le bien-être et la santé des populations*. Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

AUTEURS :

Mario Lepage, inf., M.Sc.N., Ph.D. (c)
Lise Renaud, Ph.D.,
François Champagne, Ph.D.,

MEMBRES DU COMITÉ DE VALIDATION DE LA FORMATION

Josée Charlebois, Direction de santé publique de l'Outaouais
Louise Dumas, Ph.D.
Martine Gilbert, Direction de santé publique du Bas St-Laurent
John William Kayser, inf. B.Sc.
Claude Poulin, Direction de santé publique de la Montérégie
Chantal St-Pierre, Ph.D.
Liette St-Pierre, Ph.D.
Hélène Sylvain, Ph.D.

FINANCEMENT

Financière Sun Life
MELS
Pfizer
OIIQ

CONTENU DE LA POCHETTE

Page de présentation (auteurs, validation, etc..)
Plan de la formation
Situation clinique, section 2, partie 2
Histoire de cas, section 2, partie 3
Document de l'OIIQ *Counseling en abandon du tabac*
Test de Fagerström
Aide-mémoire
Ressources locales en cessation tabagique
Formulaire d'évaluation

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

TABLE DES MATIÈRES

Plan de la formation	04
Description des moyens d'évaluation	05
Section : Introduction	06
Test de Fagerström	08
Section : Interventions en cessation tabagique	10
Partie 1	10
Partie 2	13
Partie 3	15
Conclusion	19

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

PLAN DE LA FORMATION

But de la formation :

- Discuter du rôle et des responsabilités du personnel infirmier face à la cessation tabagique.
- Habilitier le personnel infirmier à intervenir auprès des fumeurs dans des interventions de courte durée en centre hospitalier.
- Expérimenter une intervention individuelle en cessation tabagique.

Section	Contenu	Moyens d'apprentissage	Durée
Introduction	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des personnes (inscription des noms sur cartes) • Problème du tabagisme et cessation tabagique 	<input type="checkbox"/> Tour de table <input type="checkbox"/> Documentation	10 min.
Interventions en cessation tabagique	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle de l'infirmière en cessation tabagique à l'hôpital • Efficacité des interventions en cessation tabagique • Pharmacologie en cessation tabagique • Interventions minimales • Processus de changement de comportement • Nombre de fumeurs selon les processus de changement • Interventions brèves • Outils (balance décisionnelle, degré de motivation, etc...) • Documentation au dossier • Ressources 	<input type="checkbox"/> Jeu « Le Cercle » <input type="checkbox"/> Discussion	20 min.
		<input type="checkbox"/> Tableau et velcro <input type="checkbox"/> Discussion	15 min.
		<input type="checkbox"/> Tableau et velcro <input type="checkbox"/> Discussion <input type="checkbox"/> Documentation <input type="checkbox"/> Jeux de rôles	35 min.
Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur le contenu de la formation • Évaluation 	<input type="checkbox"/> Discussion <input type="checkbox"/> Documentation	10 min.

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

DESCRIPTION DES MOYENS D'ÉVALUATION

Discussion

La discussion est un « échange de propos entre les apprenants sur un sujet donné, pendant un temps déterminé; cet échange se fait sous la supervision de l'enseignant » (Chamberland et al., 1995, p. 127). Cette méthode est simple à utiliser et permet un échange d'idées et d'opinions entre le formateur et les participants (Beau, 1976). Les éléments de discussion doivent donc être minutieusement planifiés afin de s'assurer que les groupes cheminent dans le sens désiré; on l'appelle souvent, en ce sens, la discussion focalisée. La discussion devient une activité efficace en complément d'une autre activité comme un retour après une étude de cas, par exemple.

Tableau et velcro

Il s'agit d'un jeu d'association. On a un grand tableau vide, mais avec un titre. On doit par la suite ajouter des mots (mots sur languettes) qui sont associés au titre. Ces languettes tiennent à l'aide de velcros.

Jeu « Le Cercle »

Basé sur le jeu télévisé.

Avec deux participants : Les participants se placent l'un en face de l'autre. Le formateur pose la question et chacun des participants procède à la mise en enchère (nombre maximal de réponses qu'il peut donner). La personne qui obtient l'enchère la plus élevée doit donner les éléments de réponses selon le nombre avancé. Pour avoir le point, la personne doit donner exactement le même nombre de bonnes réponses qu'elle a annoncé plus tôt. Si elle ne réussit pas, le point va à l'autre participant.

Avec trois participants ou plus : Les participants se placent en cercle et le formateur se place au centre (si la disposition de la salle ne le permet pas, on peut placer une flèche au centre que l'on peut tourner). Le formateur pose une question qui a plusieurs possibilités de réponses. Par la suite, le formateur tourne et s'arrête au hasard devant un participant. Celui-ci doit donner une réponse. Si la réponse est bonne, le participant demeure dans le cercle; s'il ne donne pas une bonne réponse, il se retire du cercle. Une fois que la plupart des éléments de réponses sont donnés ou 80 % des réponses, les personnes qui sont demeurées dans le cercle gagnent. Le formateur indique, sur un tableau, tous les éléments de réponses pour la question donnée.

Jeux de rôles

Le jeu de rôles est l' « interprétation du rôle d'un personnage en situation simulée en vue de mieux comprendre les motivations qui justifient les comportements » (Chamberland et al., 1995, p. 71). Il permet aux apprenants de se placer dans une situation simulée afin d'influencer le comportement et les attitudes (Renaud et Laliberté, non publié). L'apprenant apprend les habiletés requises et développe la confiance nécessaire pour les reproduire dans des situations réelles (Redman, 2001).

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

Documentation

Tout document remis lors de la formation. On définit un document ainsi « Pièce ou série de pièces enregistrée sur un support matériel quelconque, publiée, éditée, émise ou traitée comme une unité de telle sorte qu'elle constitue la base d'une seule description bibliographique » (Dictionnaire terminologique : site internet consulté le 7 décembre 2007 : http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp). Ces documents sont remis aux participants dans une pochette et le formateur s'y réfère lors de la formation afin de donner plus d'information aux participants.

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

Section : Introduction

Contenu : Présentation
Buts de la formation
Problème du tabagisme et cessation tabagique

Description des moyens d'apprentissage : Tour de table

Temps requis : 10 minutes

Acétate 1

1. Souhaiter la bienvenue aux participants,
2. Présentation du formateur
 - Mario Lepage, infirmier
Professeur au département des sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais
 - Étudiant au doctorat en santé publique à l'Université de Montréal. Je travaille sur la cessation tabagique.
 - Citer les commanditaires :
Financière Sun Life
MELS
OIIQ
Pfizer
3. Présentation des participants
Faire un tour de table et demander : Nom, profession (infirmière ou infirmière auxiliaire), les attentes face à cette formation.
4. But de la formation *Acétate 2 et référer au plan de la formation dans la pochette*
 - Discuter du rôle et des responsabilités du personnel infirmier face à la cessation tabagique.
 - Habilitier le personnel infirmier à intervenir (donner des trucs) auprès des fumeurs.
 - Expérimenter une intervention individuelle en cessation tabagique.
5. Problème du tabagisme et cessation tabagique
 - Vous en connaissez déjà beaucoup sur le tabagisme. On a 1 h 30 pour atteindre les buts, donc j'ai dû faire des choix dans le contenu. Cependant, vous avez beaucoup d'information dans vos pochettes et je vous y référerai lorsqu'il y aura plus d'information à aller chercher.
 - Que connaissez-vous des EFFETS DU TABAGISME sur la santé, LA DÉPENDANCE qu'il crée (physique, psychologique, sociale) ainsi que LES BÉNÉFICES DE L'ABANDON DU TABAC ?
 - Quelles sont vos expériences personnelles face à la clientèle hospitalisée ?

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

Vous retrouverez dans le cahier de l'OIIQ plus d'informations à ce sujet. J'aimerais que vous portiez votre attention à la page 16, le tableau 2 sur les bénéfices de l'abandon du tabac. Ce tableau peut être utilisé avec la clientèle pour l'aider à se motiver dans la cessation tabagique qu'occasionne l'hospitalisation.

- Vous connaissez aussi les symptômes de sevrage! Vous devez les voir souvent durant votre travail, car vous avez une bonne partie des fumeurs qui ne peuvent pas aller fumer comme ils fument à la maison. Pouvez-vous m'en nommer ?

Réponses possibles :

- Humeur dysphorique ou dépressive
 - Insomnie
 - Irritabilité
 - Frustration
 - Colère
 - Anxiété
 - Difficulté à se concentrer
 - Fébrilité
 - Diminution du rythme cardiaque
 - Augmentation de l'appétit ou prise de poids
- Et maintenant : Qu'est-ce que je fais quand je subis les symptômes de sevrage de mes clients ? *Acétate 3*
- Laisser verbaliser les personnes.
 - Éléments de réponses :
 - Reconnaître que c'est normal.
 - Évaluation de la dépendance permet d'individualiser les interventions et de recommander au client une pharmacothérapie.
 - Voir OIIQ page 20.
- Pour évaluer la dépendance, il y a plusieurs façons. Je vous présente le test de Fagerström que l'on retrouve dans le CPS. Vous avez le test dans votre pochette.

Questions	Scores
Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette?	
<input type="checkbox"/> moins de 5 minutes	3
<input type="checkbox"/> 6 à 30 minutes	2
<input type="checkbox"/> 31 à 60 minutes	1
<input type="checkbox"/> après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits?	
<input type="checkbox"/> oui	1
<input type="checkbox"/> non	0
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable?	

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

<input type="checkbox"/> la première	1
<input type="checkbox"/> une autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour?	
<input type="checkbox"/> 10 ou moins	0
<input type="checkbox"/> 11 à 20	1
<input type="checkbox"/> 21 à 30	2
<input type="checkbox"/> 31 ou plus	3
Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée?	
<input type="checkbox"/> oui	1
<input type="checkbox"/> non	0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit?	
<input type="checkbox"/> oui	1
<input type="checkbox"/> non	0
Score total : / 10	

Interprétation

Additionnez chaque score correspondant aux réponses que vous avez données.
Le score ainsi obtenu situe votre dépendance à la nicotine selon la grille ci-dessous.

Score	Résultat
0-2	pas de dépendance
3-4	dépendance faible
5-6	dépendance moyenne
7-8	dépendance forte
9-10	dépendance très forte

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

Section : Interventions en cessation tabagique

Contenu : Rôle de l'infirmière en cessation tabagique
Efficacité des interventions en cessation tabagique
Pharmacologie en cessation tabagique
Intervention minimale
Intervention brève
Interventions selon les étapes de changement

Description des moyens d'apprentissage : Jeu « Le Cercle », Discussion, Tableau et velcro, Documentation, Jeux de rôles

Temps requis : 70 minutes

Partie 1 :

- Explication du jeu « Le cercle »
 - Question 1 : Quelles sont les interventions efficaces qui permettent aux personnes de cesser de fumer ?

Éléments de réponses : *Acétate 4*

 - Évidence scientifique démontrée
 - Dépistage
 - Conseiller de cesser de fumer
 - Durée et fréquence des rencontres (avec le professionnel de la santé)
 - Durée (43 études)
 - 0 min : 10,9 %
 - <3 min : 13,4 %
 - 3-10 min : 16 %
 - >10 min : 22,1 %
 - Nombre (45 études)
 - 0-1: 12,4 %
 - 2-3 : 16,3 %
 - 4-6 : 20,9 %
 - >8 : 24,7 %
 - Contact total (35 études)
 - 0 min: 11 %
 - 1-3 min : 14,4 %
 - 4-30 min: 18,8 %
 - 31-90 min: 26,5 %
 - Types d'intervention (individuelle, de groupe, téléphone)
 - Pharmacothérapie
 - Concours
 - Ressources : Internet, ligne téléphonique
 - Approches populationnelles (politiques fiscales, restriction des lieux, non-accessibilité aux jeunes, messages dissuasifs)

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

- Celles qui n'ont pas d'évidence scientifique
 - Acupuncture
 - Laser
 - Hypnose

Durant la discussion, il est important de mentionner :

- Que le nombre et la durée des interventions ont un impact sur la cessation.
- Que même si on ne fait que demander s'il fume, cela a un impact positif sur la cessation (intervention de moins de trois minutes apporte 28 000 nouveaux non-fumeurs par année)
- Que même si l'individu choisit un moyen qui n'a pas d'évidence scientifique, si c'est son choix, cela peut marcher!

- Question 2 : Quel est le rôle de l'infirmière ou de l'infirmière auxiliaire en cessation tabagique ?

Éléments de réponses : *Acétate 5*

- Dépister l'usage du tabac :
 - Demander au patient s'il fume.
 - Inscrire au dossier.
- Conseiller au client de cesser de fumer.
 - Pour l'infirmière : évaluer l'état de santé du client.
- Vérifier la réceptivité du client au changement.
 - Pour identifier le stade de changement.
 - Inscrire au dossier le stade de changement.
- Intervenir selon les stades du changement.
 - Selon le stade de changement, les interventions sont différentes.
 - Les éléments efficaces du counseling :
 - L'empathie
 - L'accompagnement
 - La résolution de problème
 - Le soutien d'un professionnel durant la consultation
 - Le soutien de l'entourage et les ressources de la communauté
 - L'action en interrelation avec les autres membres de l'équipe
 - Pratique basée sur des résultats probants
 - Inscrire au dossier le stade de changement.
- Vérifier les progrès.

- Durant la discussion, demandez : Pourquoi l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire a un rôle à jouer ?
 - Elle est omniprésente dans le réseau.
 - Fait partie des activités d'évaluation ou de contribution à l'évaluation.
 - Inscrit dans le cadre des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie selon le Code des professions.
 - Infirmière : *Loi des infirmières et des infirmiers* fait mention du rôle d'évaluation de la condition de santé physique et mentale de la personne

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

et de l'activité d'initier des mesures thérapeutiques, selon une ordonnance.

- Son rôle a un impact et reconnu scientifique.
- o Question 3 : Quelles sont les différentes pharmacologies qui existent en cessation tabagique ? *Acétate 6*

Éléments de réponses :

- Thérapie de remplacement de la nicotine
 - Gomme de nicotine (2 mg et 4 mg)
 - Nicopass (pastilles 2 mg et 4 mg)
 - Inhalateur de nicotine
 - Timbre de nicotine (Nicoderm, Habitrol)
- Thérapie médicamenteuse
 - Bupropion (Zyban)
 - Varénicline (Champix)
- o Durant la discussion, demander comment devrait se faire la sélection du médicament :
 - Les contre-indications aux médicaments
 - L'expérience du fumeur avec l'un ou l'autre des médicaments
 - La préférence du fumeur

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

Partie 2 : Intervention minimale

- Présentation des situations cliniques : *Acétate 7 et remise des situations cliniques*

Situation clinique 1 :

Mme Samson, 68 ans, est admise à l'unité de pneumologie pour une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Elle a des ATCD de diabète et de HTA. Elle est dyspnéique. TA 190/102, pouls : 86, R à 32 /min et température à 37,2. Elle prend de l'oxygène 28 L/min durant 12 heures par jour.

Situation clinique 2 :

M. Léger, 27 ans, polytraumatisé, est admis à l'unité d'orthopédie à la suite d'un accident de voiture. M. Léger a subi plusieurs traumatismes aux jambes et aux bras. M. Léger a été opéré d'urgence et a été mis sur traction transsquelettique.

Situation clinique 3 :

M. Caron, 68 ans, a été récemment diagnostiqué d'un cancer du poumon. Il est admis pour une évaluation de sa condition et pour débiter des traitements de chimiothérapie. Son pronostic est très sombre.

Questions :

- a) Quelles seraient vos interventions concernant le tabagisme possible de ces patients ?

Faire ressortir les éléments de l'intervention minimale (évaluation du statut, déterminer l'étape de changement, conseiller de cesser de fumer, inscription au dossier).

Les éléments de l'intervention brève sont aussi de bons éléments (évaluation de la motivation à cesser de fumer, informer et conseiller en fonction de l'étape de changement). C'est une intervention très courte, maximum 10 minutes).

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

- b) Intervendrez-vous auprès de tous ces patients ? Y a-t-il un de ces patients qui est prioritaire ? Pourquoi ?

Il n'y a pas de priorité. Ils sont tous prioritaires. Faire ressortir en quoi la cessation serait bénéfique pour ces personnes.

- Les interventions des professionnels dépendent beaucoup des personnes. Selon où la personne se situe, nos interventions seront différentes. Selon vous, quelles sont les étapes du changement de Prochaska et Diclemente *Référez aux quatre tableaux (titre des étapes)*.
 - Préréflexion
 - Ne veut pas arrêter de fumer ou pas au cours des 6 prochains mois.
 - Réflexion
 - Veut arrêter d'ici 6 mois, mais pas dans le prochain mois.
 - Préparation
 - Veut arrêter au cours du prochain mois.
 - Action
 - A cessé depuis moins de 6 mois.
 - Maintien
 - A cessé depuis plus de 6 mois.
- Jeu d'équipe : Tableau *Référez aux tableaux*
 - Indiquez le % de fumeurs pour chaque étape de changement.

Éléments de réponses :

- Préréflexion : 50 % à 60 %
 - Élément de discussion
 - Le tabagisme n'est pas perçu comme un problème.
 - Peut y avoir des réticences à parler du tabac.
- Réflexion : 30 % à 40 %
 - Élément de discussion
 - Le tabagisme commence à être perçu comme un problème.
 - Ce fumeur est généralement ouvert à la discussion sur le tabagisme et à l'abandon de la cigarette.
 - Ce fumeur ressent beaucoup d'ambivalence par rapport à la cessation.
- Préparation : 10 à 15 % Élément de discussion Ce fumeur se prépare à cesser de fumer, mais est souvent inquiet des difficultés qu'il rencontrera.
- De façon générale : Élément important dans la discussion.
 - Faire prendre conscience qu'avec une courte intervention, il est important d'adapter nos interventions selon l'étape du client.
 - Selon les interventions faites, le but de nos interventions est différent.

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

Partie 3 : Intervention brève

- Jeu d'équipe : tableau *Référez vers les tableaux*
 - Placer les bonnes interventions infirmières selon les étapes de changement.

Éléments de réponses :

- Préréflexion
 - Demander les bienfaits et les inconvénients associés à son tabagisme.
 - Exprimer votre inquiétude par rapport à son tabagisme en lien avec son état de santé.
 - Donner un avis de cessation.
 - Offrir du matériel éducatif.
 - Aviser de votre disponibilité pour discuter ou référer vers une autre ressource (CAT).
 - Inscrire au dossier les interventions réalisées.
- Réflexion
 - Demander les bienfaits et les inconvénients de la cessation tabagique.
 - Discuter des inconvénients envisagés par le client et des stratégies possibles.
 - Encourager le client à se concentrer sur les raisons de cesser.
 - Donner un avis de cessation.
 - Donner du matériel éducatif.
 - Offrir un guide de ressources en cessation tabagique.
 - Référer vers un CAT.
 - Inscrire au dossier les interventions réalisées.

Discussion pour ces deux étapes:

Important de mentionner qu'il n'y a pas de mauvaise ou de bonne réponse. Dépend toujours du patient qui est devant nous.

Faire ressortir l'importance de l'interaction infirmière-client (Question ouverte, reformulation, confirmation, exploration, empathie, etc...)

Éviter les argumentations.

« Reconnaître que la résistance est souvent provoquée par une discussion prématurée sur les stratégies d'action avec un client qui n'est pas prêt à un changement de comportement important. » (page 36)

« Il est cependant important de mentionner et façon claire, personnalisée et non moralisatrice que la décision la plus importante qu'il puisse prendre pour conserver sa santé est de cesser de fumer. » (page 38)

Outils

Balance décisionnelle (tableau 9, page 37)

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

Outil qui permet d'explorer les avantages et les désavantages d'une décision et de faciliter le changement.

- Préparation

- Vérifier ses inquiétudes.
- Discuter d'une date de cessation précise.
- Discuter des stratégies face aux difficultés envisagées.
- Discuter de la pharmacothérapie.
- Conseiller une pharmacothérapie.
- Discuter des personnes pouvant offrir un soutien.
- Exprimer votre confiance en sa capacité à cesser.
- Donner du matériel éducatif.
- Donner un guide de ressources en cessation tabagique.
- Référer vers un CAT.
- Inscrire au dossier les interventions réalisées.

Discussion pour cette étape:

Important de mentionner qu'il n'y a pas de mauvaise ou de bonne réponse. Dépend toujours du patient qui est devant nous.

Faire ressortir l'importance de l'interaction infirmière-client (Question ouverte, reformulation, confirmation, exploration, empathie, etc...)

Outils

La motivation (tableau 10, page 39)

Outil qui permettra de discuter des stratégies et des substituts efficaces à la cigarette.

Journal du fumeur (figure 3, page 39) et

Le test sur les raisons de fumer (annexe 4, page 62)

Aider le fumeur à découvrir les associations qu'il fait avec la cigarette.

Le test de Fagerström

Test qui permet de déterminer le niveau de dépendance pour discuter de la pharmacothérapie.

- Action et maintien

- Demander s'il vit des difficultés ou des problèmes associés à sa cessation.
- Discuter des problèmes soulevés.
- Discuter des stratégies utilisées pour résister à l'envie de fumer.
- Suggérer au patient de se récompenser pour ses efforts.
- Féliciter, encourager.
- Inviter à parler des bénéfices de l'abandon.
- Ajuster la pharmacothérapie, au besoin.
- Inscrire au dossier les interventions réalisées.

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

Discussion pour cette étape :

Important de mentionner qu'il n'y a pas de mauvaise ou de bonne réponse. Dépend toujours du patient qui est devant nous.

Faire ressortir l'importance de l'interaction infirmière-client (Question ouverte, reformulation, confirmation, exploration, empathie, etc...)

Patient a besoin de soutien et d'encouragement, important de l'aider dans les difficultés ressenties à ce moment.

Outils

Le calendrier (tableau 15, page 43)

Technique de relaxation (tableau 16, page 43)

□ Jeux de rôles

- Voici plusieurs situations cliniques pour des jeux de rôles en petite équipe. Un participant fait un patient et l'autre l'intervenant. *Référer à la pochette pour les histoires de cas.*

HISTOIRE DE CAS 1

M. Cartier, 45 ans, est admis à l'hôpital à la suite d'un infarctus. Après quelques jours aux soins intensifs, il est transféré sur l'unité de cardiologie. Lors de la collecte des données, vous constatez que M. Cartier fumait 1 paquet de cigarettes par jour. M. Cartier ne veut pas cesser de fumer. Il se met rapidement en colère lorsque vous abordez le sujet avec lui.

HISTOIRE DE CAS 2

Mme Sigouin, 42 ans, est admise à l'hôpital suite à une pneumonie bilatérale. Elle est connue porteuse du VIH depuis 5 ans. Lors de la cueillette des données, vous constatez que Mme Sigouin fume 20 cigarettes par jour. Elle aimerait bien cesser de fumer, mais pas maintenant, elle a beaucoup d'autres choses en tête.

HISTOIRE DE CAS 3

Mme Sansouci, 52 ans, est admise à l'hôpital pour une chirurgie au genou (arthroscopie). Mme Sansouci fume 1 paquet de cigarettes par jour et veut cesser de fumer très prochainement.

HISTOIRE DE CAS 4

M. Bonenfant, 60 ans, est admis pour une hypertrophie de la prostate. Il devra subir une RTUP. M. Bonenfant vient de cesser de fumer. Il trouve cela difficile et vous demande conseil.

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

HISTOIRE DE CAS 5

Mme Caron, 67 ans, est admise pour récurrence de son cancer du sein. Mme Caron a cessé de fumer depuis déjà 1 an. Elle est très triste face à cette annonce et vous dit « à quoi cela a servi d'arrêter de fumer, le cancer est réapparu. »

- Retour sur les jeux de rôles. *Référez aux tableaux.*
 - Forces vs Difficultés vécues
 - Reprendre les interventions des tableaux.
 - Compléter avec les interventions des tableaux.

*Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique
auprès du personnel infirmier : Cahier du formateur*

Section : Conclusion

Contenu : Retour sur le contenu de la formation
Évaluation

Description des moyens d'apprentissage :

Temps requis : 10 minutes

- Retour sur le contenu de la formation *Acétate 8*
 - Remercier les participants d'avoir participé à la formation.
 - Questions :
 - En quoi cette formation vous aidera-t-elle dans votre travail ?
 - Retour sur les objectifs de la formation
 - Discuter du rôle et des responsabilités du personnel infirmier face à la cessation tabagique.
 - Habilitier le personnel infirmier à intervenir auprès des fumeurs.
 - Expérimenter une intervention individuelle en cessation tabagique.
 - Important de faire ressortir qu'elles ont un rôle à jouer en cessation tabagique :
 - Un rôle légal
 - Un rôle efficace dans la cessation tabagique
 - Quelles sont vos inquiétudes face à l'intervention tabagique ?
 - Important ici de faire ressortir les ressources auxquelles le personnel peut faire appel :
 - Personnel des centres d'abandon du tabac
 - Personnel de la direction de santé publique
 - OIIQ : formation
 - Indiquer dans la fiche, les outils et les documents disponibles pour les aider. Il y en a une multitude.
 - Attentes du formateur
 - Importance de répondre aux prochains questionnaires pour mon étude.
- Évaluation *Acétate 9*
 - Remercier les participants.
 - Distribuer l'évaluation de la formation.
 - Faire jouer la musique sur le tabagisme. *Acétate 10*

Diapositive 1

Université de Montréal

Université du Québec à Hull

Les interventions de courte durée en cessation tabagique

Soutien financier obtenu

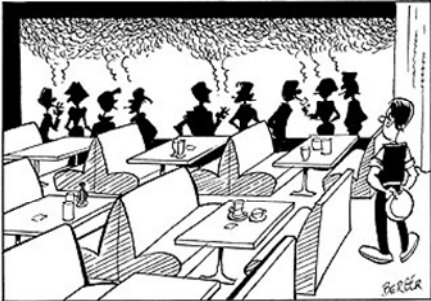
- Sun Life
- MELS
- Pfizer
- OIIQ

Mario Lepage, Ph. D. (c)
Lise Renaud, Ph. D.
François Champagne, Ph. D.

*Formation basée sur la formation offerte par l'OIIQ (2006); Kayser, J.W., et Thibault, C., (2006). *Counseling en abandon du tabac. Orientations pour la pratique infirmière. Pour le bien-être et la santé des populations.* Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.

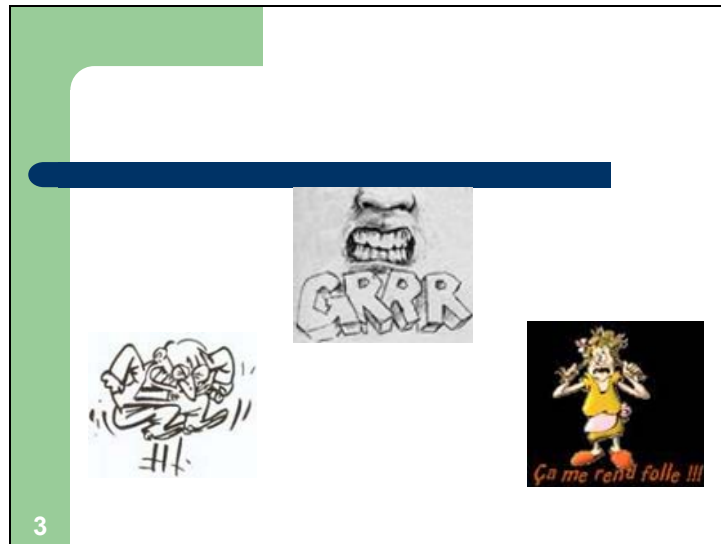
Diapositive 2

Bienvenue à la formation:
Les interventions de courte durée en cessation tabagique



2

Diapositive 3



Diapositive 4

Quelles sont les interventions efficaces qui permettent aux personnes de cesser de fumer?

- Évidence scientifique démontrée
 - Dépistage
 - Donner un conseil de cesser de fumer
 - Type d'intervention (individuel, groupe)
 - Durée et fréquence des interventions
 - Pharmacothérapie
 - Concours
 - Ressources: Internet, ligne téléphonique
 - Approches populationnelles (politiques fiscales, restriction des lieux, non-accessibilité aux jeunes, messages dissuasifs)
- Évidence scientifique non démontrée
 - Acupuncture
 - Laser
 - Hypnose

Diapositive 5

Quel est le rôle de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire en cessation tabagique?

- Dépister l'usage du tabac
- Conseiller au client de cesser de fumer
- Vérifier la réceptivité du patient à cesser
- Intervenir selon l'étape de changement (Counseling)
- Inscrire au dossier toute évaluation et intervention réalisée
- Vérifier les progrès

5

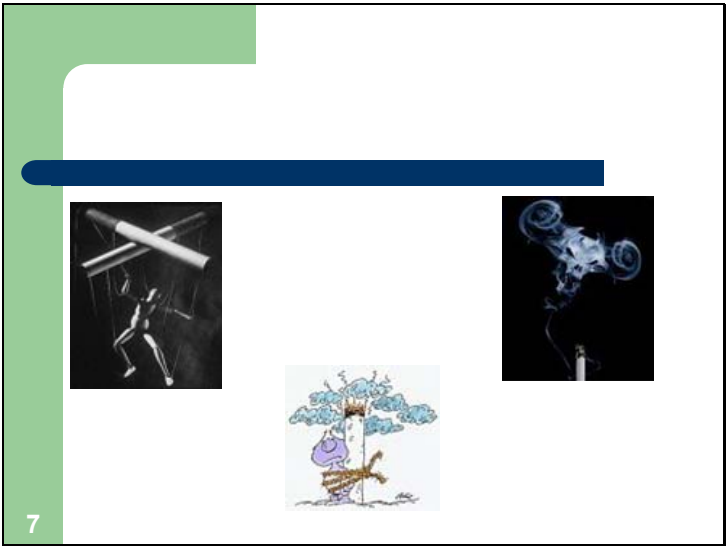
Diapositive 6

Quelles sont les différentes pharmacologies qui existent en cessation tabagique?

- Thérapie de remplacement de la nicotine
 - Gomme de nicotine (2 mg et 4 mg)
 - Nicopass (pastilles 2 mg et 4 mg)
 - Timbre de nicotine
 - Inhalateur à nicotine
- Thérapie médicamenteuse
 - Buproprion (Zyban)
 - Varénicline (Champix)

6

Diapositive 7



Diapositive 8



Diapositive 9

Équipe de réalisation

- Concepteur
 - Mario Lepage, inf., M.Sc.N., Ph. D. (c)
 - Lise Renaud, Ph. D., directrice de thèse
 - François Champagne, Ph. D., codirecteur de thèse
- Comité de validation
 - Josée Charlebois
 - Louise Dumas, Ph.D.
 - Martine Gilbert,
 - John William Kayser, inf. B.Sc
- Comité de validation (suite)
 - Claude Poulin
 - Hélène Sylvain, inf., Ph.D.
 - Chantal St-Pierre, Ph.D.
 - Liette St-Pierre, Ph. D.
- Financement
 - Financière Sun Life
 - MELS
 - Pfizer
 - OIQ

9

Diapositive 10



Chansons



- Aldebert "*La complainte de l'ex-fumeur*" dans *L'année du singe (2002)*
- Pierre Perret "*Mourir du tabac*" dans *Cui-là (2002)*
- Sanseverino "*La cigarette*" dans *Les sénégalaises (2004)*
- Reno "*Arrêter la clope*" dans *Rouge Sang (2006)*.

10

Annexe XIV
Feuille de rappel

LOGO ICI



ÉVALUATION DU TABAGISME

Est-ce que vous fumez ? (à demander à votre patient)

- Oui Tous les jours (Combien par jours? _____)
 À l'occasion

Toutes les interventions courtes, tel que demander à un patient s'il est fumeur, sont des interventions efficaces

Quand avez-vous l'intention de cesser de fumer?

- Pas l'intention de cesser ou dans plus de six mois
 Au cours des six prochains mois
 Au cours du prochain mois

- Non Ex-fumeur : (depuis quand? _____)

- Il y a moins de six mois
 Il y a plus de six mois

- N'a jamais fumé

Voir au verso pour privilégier vos interventions!

Signature :

Date

N'OUBLIEZ PAS D'INSCRIRE TOUTES VOS INTERVENTIONS DANS LE DOSSIER

La littérature laisse sous-entendre que des professionnels de la santé peuvent jouer un rôle important en abandon du tabac

Conduite clinique concernant le tabagisme : Intervenir selon les stades du changement de comportement¹

Patient ne veut pas cesser de fumer	Patient veut cesser de fumer au cours des 6 prochains mois	Patient veut cesser de fumer au cours du prochain mois	Patient à cesser de fumer il y a moins de 6 mois	Patient à cesser de fumer il y a plus de 6 mois
Préréflexion	Réflexion	Préparation	Action	Maintien
Aider le patient à amorcer une réflexion sur la cessation tabagique	Aider le patient à prendre la décision de cesser de fumer dans un avenir rapproché	Aider le patient à se préparer à cesser de fumer et à trouver des stratégies pour devenir non-fumeur	Aider le patient à demeurer non-fumeur	
<p>Offrir du matériel éducatif</p> <p>Discuter avec le patient des bienfaits et des inconvénients associés à son tabagisme</p> <p>Aviser le client que vous êtes disponible pour en discuter avec lui</p>	<p>Donner du matériel éducatif</p> <p>Discuter avec le patient des inconvénients et les bienfaits qu'impliquerait le fait de cesser de fumer.</p> <p>Offrir un guide de ressources en cessation</p> <p>Référer au besoin ou Suggérez au patient de prendre rendez-vous avec une collègue en cessation tabagique</p>	<p>Donner du matériel éducatif et un guide de ressources en cessation</p> <p>Discuter avec le patient de ses inquiétudes par rapport à la cessation tabagique</p> <p>Discuter avec le patient sur sa préparation à cesser de fumer</p> <p>Conseiller une pharmacothérapie pour la cessation tabagique</p> <p>Référer vers un centre d'abandon du tabac ou à une collègue en cessation tabagique</p>	<p>Félicitez-le</p> <p>Discuter avec le patient des stratégies utilisées et des difficultés rencontrées</p> <p>Ajuster la pharmacothérapie au besoin</p> <p>Référer au besoin</p>	

¹ Tableau provient de : Kayser, J.W. et Thibault, C. (2006). *Counselin en abandon du tabac. Orientations pour la pratique infirmière. Pour le bien-être et la santé des populations*. Montréal : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.

Annexe XV

Bilan de la formation interactive



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 556-3900
www.uqo.ca

FORMULAIRE D'ÉVALUATION

Formation sur les interventions courtes en cessation tabagique auprès du personnel infirmier

Mario Lepage

Merci d'avoir participé à cette formation. Nous vous invitons à nous livrer vos impressions sur l'évènement en remplissant ce formulaire d'évaluation. Vos commentaires sont importants pour nous et nous vous en remercions.

Une fois complété, le placer dans l'enveloppe et la remettre au formateur.

Pour chaque item, encrer le chiffre correspondant à votre degré de satisfaction

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait	N/A
	4	3	2	1	N/A
La structure du cours	99	32	1	0	0
	3,7 (n = 132)				
La maîtrise du formateur pour la matière	115	17	0	0	0
	3,9 (n = 132)				
L'intérêt des participants suscité par le formateur	79	50	2	1	0
	3,6 (n = 132)				
Les réponses aux questions des participants par le formateur	87	45	0	0	0
	3,7 (n = 132)				
La durée de la formation	47	75	8	2	0
	3,3 (n = 132)				

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait	N/A
	4	3	2	1	N/A
Le déroulement de la formation	89	40	1	1	0
	3,7 (n = 131)				
La documentation remise	116	16	0	0	0
	3,9 (n = 132)				
L'environnement physique (locaux, etc.)	64	62	6	0	0
	3,5 (n = 132)				
L'environnement humain (composition du groupe, etc.)	87	44	1	0	0
	3,7 (n = 132)				
L'utilité de cette formation pour ma pratique quotidienne	76	51	4	0	0
	3,6 (n = 131)				

Je suis

Infirmière	85,8%
Infirmière auxiliaire	14,2%
Autre / Other :	0%

Autres commentaires

La formation est très enrichissante et j'apprends beaucoup, surtout comment aborder des gens. Merci

Enrichissante T'

La formation est très utile car elle nous permet de démystifier les mythes et croyances concernant la cessation du tabagisme et ce, surtout à la phase de déni du patient. Très intéressant au niveau du visuel et du rythme. Merci

Parfait, malgré une journée de travail chargée, il a su attirer notre attention et l'a soutenue. J'ai beaucoup appris et apprécié!

La formation était intéressante et utile. Point négatif : nous étions seulement 2, alors il est un peu plus gênant et difficile de participer. Félicitations! La formation est concise, et très bien structurée, pas du tout endormante! Il est intéressant de varier les méthodes d'apprentissage. Merci, j'appliquerai certainement les connaissances acquises aujourd'hui.

Très bonne formation, très intéressant. Je sais que vais être plus attentive face à cette problématique. J'aurais aimé que ce soit un peu plus long. Merci pour la pochette d'information que je vais lire attentivement. Merci!!

Très bonne formation – très intéressant. Merci

Très bon exposé et info donnée. Local mal aéré, trop chaud.

Documentation disponible appréciée. Développement d'un outil pour les infirmières : format de poche serait apprécié. Ex : Petit compendium (??)

Je te remercie et je te félicite Mario! Ta formation a été très intéressante malgré le peu de temps disponible. Je suis arrivée 'sceptique' et je repars convaincue!! Bravo! Continue ton beau travail!

Bravo! Mario. Très intéressant. Dépistage +++ Interventions. Le personnel a besoin de formation afin de continuer à donner. Merci! Très bonne préparation.

Malheureusement c'était trop court! Formation aurait pu durer ½ journée. Je suis convaincue que cette formation va aider tous les intervenants à aller dans le même sens et je souhaite que ça va permettre à certaines de nos consœurs d'arrêter de fumer. Formateur très motivant!!

J'ai bien aimé la formation mais la durée était courte. Le sujet très intéressant. Ça m'a donné des outils de plus sur le comment je pourrais aider d'autres fumeurs à comment cesser de fumer. Avoir plus de pamphlets sur étage.

Excellent – dynamique. Merci

Formation très intéressante

J'ai beaucoup apprécié la rencontre. Elle devrait me servir avec les patients que je verrai et surtout offrir les services et comprendre le cheminement.

Très intéressant et bien animé.

Formation très intéressante!

J'aurais voulu avoir plus de temps pour voir davantage de contenu : lien : physique, psycho, etc. Bon contenu du côté pour aider à la cessation même du tabac. Bravo!

En espérant que nos dirigeants seront ouverts à ce que cette formation ne tombe par entre 2 chaises.

Merci pour les outils fonctionnels et réalistes dans l'application au quotidien : concis et précis.

Pertinent. Merci

Très belle initiative. Un beau document à utiliser. Il y a beaucoup à faire avec nos patients.

Très bon formateur! Bons exemples! Merci!

Je n'ai jamais fumé mais j'aborde souvent le sujet avec mes patients. Pour les fumeurs je leur demande s'ils ont l'intention d'arrêter. J'essaie d'avoir beaucoup d'empathie et leur signaler que je comprends que c'est souvent difficile d'arrêter mais que pour eux ça vaut la peine.

La documentation SVP sur les étages.

Je trouve cela très intéressant mais le contexte et les conditions de travail ne permettent pas toujours de mettre en place de tels programmes.

Vu que je travaille sur un département de pneumologie, je trouve cette formation très pertinente. J'ai dû trouver des trucs ou outils pour aider mes patients.

Merci!

Stimulant pour les patients traités à mon département.

Prise de conscience du besoin et clarifier interventions. Merci

Bonne formation qui nous conscientise à jouer notre rôle à tous les niveaux. Merci. Intéressant.

Merci! Je me sens mieux outillé face à l'arrêt tabagique.

J'aimerais bien avoir une formation plus longue p/r à ce sujet.

Très bons outils nous sont donnés, j'ai bien aimé.

Mario est très dynamique. Ce qui fait que le cours a été très intéressant, rempli de ressources en ce qui a trait à la documentation remise qui a été très complète.

Très intéressant pas assez de temps. Merci!

J'aimerais avoir de la documentation admissible aux patients traumatisés.

Avec nos tâches de travail et le manque fréquent de personnel, il nous est difficile d'accorder du temps pour les patients pour intervenir en cessation de tabac. Non réaliste pour l'instant.

J'étais un peu réticente à venir pour la formation, une fois venue je suis très satisfaite et bien outillée! Merci!

Merci pour les trucs!

Très belle présentation, bien structurée. Bonne connaissance de la matière.

Avoir une formation plus longue que 1h½.

Je me sens plus préparée pour poser des questions et répondre à mes patients. Cela répond à mes attentes. Merci

Très intéressant, j'ai appris beaucoup et je mettrai en place la formation reçue.

Permet de réaliser que de petites informations ou interventions peuvent avoir un effet.

Dynamisme, bons conseils.

Cette formation devrait durer plus longtemps pour permettre une meilleure assimilation des connaissances à appliquer et aussi des informations à transmettre à la clientèle.

Bravo! Beau travail et très intéressant, cela m'a donné de bons outils. Bonne chance pour ton doctorat!!

Nous n'avons pas de documentation sur les étapes. Je ne sais pas si les chefs d'unité sont intéressés à nous aider. Le temps nous manque beaucoup. Merci!

Très intéressant. Utile pour notre pratique!

Pas assez de temps.

Très bonne présentation, bonne maîtrise du sujet avec interactivité. Très agréable, a passé très vite.

Très dynamique. Merci!

Je vois l'enseignement sur la cessation de fumer d'un autre point de vue et je suis plus encouragé à faire quelques changements dans mon enseignement. Merci!

La formation était très dynamique et stimulante. J'ai beaucoup aimé la présentation qui était claire et remplie d'informations sans la surcharger. Félicitations pour la merveilleuse présentation!

Ca me donne + le goût d'intervenir auprès des patients. Merci!

Documentation difficile à se procurer.

Merci!

Annexe XVI
Gestionnaire

Tableau A 6 : Caractéristiques des gestionnaires

Variables		Gestionnaires (n=12)
Âge		46,4 ±6,9 ans
Nombre d'années de scolarité		18,5 ±1,8 années
Dernier diplôme	Certificat	8 %
	Baccalauréat	50 %
	Diplôme de 2 ^e cycle	25 %
	Maîtrise	17 %
Fumeur		0 %
Antécédent de tabagisme		50 %
Profession	Infirmières	100 %
Nombre d'année à ce poste		8,2 ±10,2 ans
Priorité accordée à l'intervention en cessation tabagique		Moyennement à légèrement importante
Soutien donné en cessation tabagique	Aucun	81,8 %
	Formation	9,1 %
	Plusieurs interventions	9,1 %

Tableau A 7 : Présence du personnel de l'unité et de remplacement

Moment de la collecte	Nombre total de membres du personnel	Personnel de l'unité	Personnel de remplacement
Temps 0	100,2 % \pm 3,4 %	87,7 % \pm 8,8 %	12,5 % \pm 10,4 %
Temps 1	100,1 % \pm 5,1 %	83 % \pm 8,1 %	17,1 % \pm 8 %
Temps 2	100,2 % \pm 6,8 %	83,2 % \pm 13,6 %	16,8 % \pm 13,8 %

Annexe XVII**Responsables des centres d'abandon du tabac**

Tableau A 8 : Références reçues au centre d'abandon du tabac

Moment de la collecte des données	Formation	Rappel	Multiple	Contrôle
Temps 0	0	0	0	0
Temps 1	0	0	0	0
Temps 2	0	0	1 (par infirmière)	0