



## Les pratiques de counseling en abandon du tabac des inhalothérapeutes : une comparaison entre 2005 et 2010

**Michèle Tremblay, M.D.**, Institut national de santé publique du Québec  
**Jennifer O'Loughlin, Ph. D.**, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Institut national de santé publique du Québec  
**Dominic Comtois, B.A.**, candidat à la maîtrise en épidémiologie, Université McGill



information



formation



recherche



coopération  
internationale

### INTRODUCTION

Le tabagisme est considéré comme le principal facteur de risque des maladies chroniques les plus meurtrières (Organisation mondiale de la Santé, 2002). Chaque année, un peu plus de 10 000 Québécois meurent de maladies causées par l'usage du tabac (Rhem *et al.*, 2006). Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué de façon remarquable au cours des vingt dernières années, il n'en demeure pas moins que plus de 1,5 million de Québécois et Québécoises font usage de tabac (Statistique Canada, 2010).

En 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confiait à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat d'élaborer conjointement avec six ordres professionnels québécois (Collège des médecins, Ordre des pharmaciens, Ordre des dentistes, Ordre des hygiénistes dentaires, Ordre des infirmières et infirmiers, Ordre professionnel des inhalothérapeutes (OPIQ)) un projet visant à optimiser les pratiques de counseling de leurs membres. Cette demande faisait partie d'une initiative en cours depuis 2000 pour inciter les fumeurs à cesser de fumer et les soutenir dans une démarche de renoncement au tabac : campagnes médiatiques, *Défi J'arrête, j'y gagne*, couverture d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique par les régimes public et privé d'assurance-médicaments et mise en place de services *j'Arrête* (ligne téléphonique, site Internet, consultation individuelle ou de groupe dans les centres d'abandon du tabagisme).

Une première enquête conduite en 2004-2005 auprès d'échantillons aléatoires de ces six groupes de professionnels a permis de connaître leurs pratiques de counseling en abandon du tabac, leurs croyances quant à leur rôle et leurs compétences à intervenir auprès des patients fumeurs (Tremblay, Cournoyer et O'Loughlin, 2009). Les résultats ont aussi guidé le développement d'activités et d'outils de formation pour répondre aux besoins éducatifs identifiés. En 2010, une seconde enquête a été menée afin de suivre l'évolution des pratiques de counseling en abandon du tabac des professionnels de la santé et afin de connaître l'appréciation des actions mises en place par leur ordre professionnel.

L'objectif de ce feuillet est de décrire l'évolution des pratiques de counseling en abandon du tabac des inhalothérapeutes entre 2005 et 2010 et des caractéristiques psychosociales associées à ce counseling.

Ce feuillet fait partie d'une collection de quatre feuillets portant sur les résultats de l'enquête menée en 2010.

## MÉTHODOLOGIE

---

L'enquête de 2005 a été menée auprès d'un échantillon aléatoire simple de 500 inhalothérapeutes sélectionnées<sup>1</sup> à partir de la base de données la plus récente de l'OPIQ (n = 2944). En s'inspirant de travaux antérieurs (O'Loughlin *et al.*, 2001; Tremblay *et al.*, 2001; Makni *et al.*, 2002) un questionnaire autoadministré, prétesté et disponible en français et en anglais a été envoyé par la poste. Celui-ci était accompagné d'une lettre de présentation signée par la présidente de l'Ordre et par la chercheuse de l'INSPQ responsable de l'étude. Deux envois subséquents ont été effectués afin d'augmenter le taux de réponse. En 2010, la même méthodologie a été utilisée auprès d'un échantillon aléatoire simple de 600 inhalothérapeutes (n = 3745). Pour être admissibles, les répondantes devaient avoir administré des soins cliniques au cours des trois mois précédant l'enquête.

## LES VARIABLES DE L'ÉTUDE

---

### *Les pratiques de counseling en abandon du tabac*

En partant du principe qu'avant d'offrir du counseling en abandon du tabac, les professionnels de la santé doivent connaître le statut tabagique de leurs patients et leur motivation à cesser de fumer, nous avons créé deux scores de counseling : le score de counseling auprès des fumeurs « prêts à cesser de fumer » et le

score de counseling auprès des fumeurs « pas prêts à cesser de fumer ».

Le score de counseling auprès des fumeurs « prêts à cesser de fumer » comprend dix items : Au cours des trois derniers mois, pour quelle proportion de vos patients fumeurs qui se préparaient à cesser de fumer avez-vous : (i) demandé le nombre de cigarettes fumées par jour?; (ii) discuté des tentatives antérieures pour cesser de fumer?; (iii) discuté des symptômes du sevrage?; (iv) discuté des inquiétudes du fumeur liées à l'abandon du tabac?; (v) discuté de stratégies pour cesser de fumer?; (vi) conseillé de se fixer une date précise pour cesser de fumer?; (vii) demandé s'ils fumaient leur première cigarette au cours des 30 premières minutes suivant leur réveil?; (viii) référé à la ligne téléphonique *j'Arrête*, un site Internet pour aider les patients à cesser de fumer, un professionnel de la santé spécialisé en abandon du tabac, un centre d'abandon du tabagisme ou encore des ressources communautaires en abandon du tabac?; (ix) proposé un suivi, en personne ou par téléphone, une ou deux semaines après la date prévue d'arrêt?; (x) recommandé une thérapie de remplacement de la nicotine, le bupropion ou la varénicline (en 2010 seulement)? Les choix de réponse pour chaque item étaient classés sur une échelle de 1 (peu/aucun) à 5 (tous/presque tous). On faisait ensuite la moyenne pour les dix items, les scores les plus élevés indiquant que le professionnel avait entrepris davantage de counseling en abandon du tabac.

Le score de counseling auprès des fumeurs « pas prêts à cesser de fumer » comprend sept items : Au cours des trois derniers mois, pour quelle proportion de vos patients fumeurs qui n'étaient pas prêts à cesser de fumer, avez-vous : (i) discuté des effets du tabagisme sur la santé en général?; (ii) discuté de leurs perceptions des avantages et des inconvénients du tabagisme?; (iii) discuté de leurs perceptions des avantages et des inconvénients de cesser de fumer?; (iv) exprimé votre inquiétude par rapport à leur consommation de tabac?; (v) conseillé de cesser de fumer?; (vi) discuté des effets de la fumée secondaire

---

<sup>1</sup> Étant donné la forte proportion de femmes au sein de l'OPIQ, nous avons choisi de féminiser le texte quand nous faisons référence aux inhalothérapeutes.

sur la santé de leurs proches (famille, amis, etc.)?; (vii) offert un rendez-vous spécifique pour discuter d'abandon du tabac? Les choix de réponses pour chaque item étaient classés sur une échelle de 1 (peu/aucun) à 5 (tous/presque tous). On faisait ensuite la moyenne pour les sept items, les scores les plus élevés indiquant que le professionnel avait entrepris davantage de counseling en abandon du tabac.

### *Les caractéristiques psychosociales*

Nous avons mesuré plusieurs caractéristiques psychosociales liées au counseling en abandon du tabac en utilisant des indicateurs créés lors de travaux antérieurs : i) la croyance que c'est le rôle de l'inhalothérapeute d'offrir un counseling en abandon du tabac (7 items); ii) le sentiment de compétence à offrir du counseling en abandon du tabac (5 items); iii) la connaissance des ressources vers lesquelles diriger les patients pour les aider à renoncer au tabac (1 item); iv) quatre types d'obstacles au counseling en abandon du tabac : a) les obstacles liés au patient (4 items); b) les obstacles liés aux connaissances (4 items); c) les obstacles liés aux ressources (3 items); d) les obstacles liés au temps (1 item).

### *La formation*

En 2010, trois questions portaient sur la participation à des activités de formation sur le counseling en abandon du tabac : (i) Avez-vous reçu de la formation sur le counseling en abandon du tabac au cours de vos études?; (ii) Avez-vous reçu de la formation sur le counseling en abandon du tabac après vos études?; (iii) Au cours des cinq dernières années, avez-vous participé à l'atelier sur le counseling en abandon du tabac offert par l'OPIQ intitulé « Intervenir auprès de vos patients fumeurs : le rôle de l'inhalothérapeute »?

### *Les covariables*

Les covariables comprennent l'année de l'enquête, l'âge, le sexe, le statut tabagique actuel, les caractéristiques de l'environnement clinique des

inhalothérapeutes (proportion de patients âgés de moins de 18 ans et de ceux âgés de 65 ans et plus) et la taille de la communauté dans laquelle pratique l'inhalothérapeute (communauté rurale, petite ville (< 100 000 habitants), ville de taille moyenne (100 000-500 000 habitants) et grande ville (> 500 000 habitants).

## **ANALYSE DES DONNÉES**

---

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour caractériser et comparer les échantillons de 2005 et de 2010. Les scores moyens pour les caractéristiques psychosociales et les pratiques de counseling ont ensuite été ventilés selon l'année de l'enquête, la participation à des activités de formation durant les études, et la participation à des activités de formation après les études. Puis, des modèles de régression linéaire multiple ont été utilisés pour analyser la relation entre, d'une part, l'année de l'enquête (2005, 2010) et la participation à des activités de formation (pendant ou après les études), et d'autre part, les caractéristiques psychosociales et les pratiques de counseling.

Pour bien tenir compte d'un possible effet du temps, tous les modèles comprennent l'année de l'enquête, en plus de l'âge et du sexe de l'inhalothérapeute. De plus, des modèles distincts sont présentés pour dénoter les changements dans les caractéristiques psychosociales et dans les pratiques de counseling entre 2005 et 2010, sans égards à la formation.

Afin de déterminer quelles autres covariables inclure dans les modèles, des régressions simples ont été effectuées entre chacune des covariables et la variable d'intérêt (caractéristique psychosociale ou score de counseling); toute variable dont la valeur de p était inférieure ou égale à 0,25 a été retenue (Hosmer et Lemeshow, 2000). Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel SPSS, version 16,0 pour Windows.

## RÉSULTATS

En 2005, le taux de réponse ajusté pour non-admissibilité était de 68 %, et en 2010, de 60 %. Les caractéristiques démographiques et le statut tabagique des inhalothérapeutes ne varient pas de façon significative entre les deux collectes de données (tableau 1). En 2010, les inhalothérapeutes rapportent

traiter significativement moins de patients âgés de moins de 18 ans et moins de patients âgés de 65 ans et plus. La proportion d'inhalothérapeutes ayant indiqué avoir suivi une formation durant leurs études est passée de 3 % en 2005 à 14 % en 2010 ( $p < 0,001$ ); pour la formation après les études, la proportion est passée de 17 % en 2005 à 29 % en 2010 ( $p = 0,001$ ).

**Tableau 1** Caractéristiques des inhalothérapeutes en 2005 et en 2010, Québec

	<b>Total</b> (n = 534)	<b>2005</b> (n = 294)	<b>2010</b> (n = 240)	<b>p</b>
<b>Femmes, %</b>	86	84	88	,20
<b>Âge, moyenne (écart-type)</b>	37,8 (9,9)	37,8 (9,3)	37,7 (10,6)	,85
<b>Type de communauté, %<sup>1</sup></b>				,53
Rurale	8	8	8	
Petite ville (< 100 000 hab.)	26	25	28	
Ville de taille moyenne (100 000-500 000 hab.)	30	33	27	
Grande ville (> 500 000 hab.)	36	35	38	
<b>Proportion de patients âgés de moins de 18 ans, moyenne (écart-type)</b>	12 (18)	13 (18)	10 (18)	,02
<b>Proportion de patients âgés de 65 ans et plus, moyenne (écart-type)</b>	61 (24)	68 (22)	53 (25)	< ,001
<b>Fumeur, %</b>	10	12	9	,25
<b>Ayant suivi une formation durant les études, %</b>	8	3	14	< ,001
<b>Ayant suivi une formation après les études, %</b>	23	17	29	,001

<sup>1</sup> Les totaux peuvent excéder 100 % en raison de l'arrondissement.

Le tableau 2 présente les moyennes pour chaque caractéristique psychosociale de même que pour les deux scores de counseling selon les ventilations suivantes : année d'enquête, participation à une formation durant les études et participation à une formation après les études. Peu de changements sont observés entre 2005 et 2010, à deux exceptions près : le score moyen pour les obstacles liés aux patients est passé de 3,9 en 2005 à 3,6 en 2010 et le score de counseling auprès des fumeurs qui n'étaient pas prêts à cesser de fumer est passé de 2,8 en 2005 à 2,5 en 2010.

De la même manière, il y a peu de différences entre les scores des inhalothérapeutes selon qu'elles ont participé ou non à une formation en arrêt tabagique durant leurs études. L'on observe tout de même que le score pour les obstacles liés aux connaissances est de 3,2 chez les inhalothérapeutes ayant bénéficié d'une formation comparativement à 3,6 chez celles non formées et que le score de counseling auprès des fumeurs prêts à cesser de fumer est plus élevé chez les inhalothérapeutes formées durant leurs études (2,6 comparé à 2,3).

À l'exception des obstacles liés aux ressources, les moyennes des caractéristiques psychosociales et des scores de counseling en abandon du tabac sont considérablement plus favorables chez les inhalothérapeutes ayant reçu une formation après leurs études que chez celles qui n'en ont pas reçu.

En général, les modèles de régression multiple présentés au tableau 3 confirment les tendances observées plus haut. En ce qui concerne l'année de l'enquête, en contrôlant pour les covariables, les obstacles liés aux patients sont statistiquement moins élevés en 2010 qu'en 2005; le score de counseling en abandon du tabac auprès des fumeurs pas prêts à cesser de fumer est statistiquement moins élevé en 2010 qu'en 2005; finalement, la connaissance des ressources communautaires est statistiquement plus élevée en 2010 qu'en 2005.

Pour la formation durant les études, après contrôle des covariables, on note que le fait d'y avoir participé est inversement associé aux obstacles liés aux connaissances et positivement associé au sentiment de compétence et aux deux scores de counseling. Enfin, pour la formation après les études, le fait d'y avoir participé est associé de façon importante à toutes les caractéristiques psychosociales (à l'exception des obstacles liés aux ressources) et aux deux scores de counseling en abandon du tabac.

**Tableau 2** Scores moyens (écart-type) des caractéristiques psychosociales et de counseling des inhalothérapeutes selon l'année de l'enquête et selon la formation reçue durant ou après les études, Québec

	n	Caractéristique psychosociale						Counseling auprès des		
		Coyances moy (é-t)	Sentiment de compétence moy (é-t)	Connaissance des ressources communautaires moy (é-t)	Obstacles liés aux patients moy (é-t)	Obstacles liés aux connaissances moy (é-t)	Obstacles liés aux ressources moy (é-t)	Obstacles liés au temps moy (é-t)	Fumeurs prêts à cesser de fumer moy (é-t)	Fumeurs pas prêts à cesser de fumer moy (é-t)
<b>Année</b>										
2005	294	4,2 (,5)	3,5 (,8)	3,1 (1,1)	3,9 (,7)	3,6 (,6)	3,7 (,7)	4,3 (,9)	2,4 (1,1)	2,8 (1,1)
2010	239	4,2 (,5)	3,5 (,8)	3,2 (1,1)	3,6 (,7)	3,5 (,8)	3,6 (,8)	4,1 (1,0)	2,3 (1,1)	2,5 (1,2)
<b>Formation durant les études</b>										
Non	454	4,2 (,5)	3,4 (,8)	3,1 (1,1)	3,8 (,7)	3,6 (,7)	3,6 (,7)	4,2 (,9)	2,3 (1,1)	2,6 (1,1)
Oui	39	4,2 (,5)	3,6 (,7)	3,2 (1,2)	3,6 (,6)	3,2 (,8)	3,4 (1,0)	4,3 (,8)	2,6 (1,1)	2,7 (1,1)
<b>Formation après les études</b>										
Non	403	4,1 (,5)	3,3 (,7)	2,9 (1,1)	3,8 (,7)	3,6 (,6)	3,6 (,8)	4,3 (,9)	2,1 (1,0)	2,5 (1,1)
Oui	117	4,4 (,4)	4,1 (,7)	4,0 (1,0)	3,5 (,8)	3,3 (,8)	3,5 (,8)	3,9 (1,1)	3,2 (1,1)	3,2 (1,1)

Tous les scores sont sur une échelle de 1 à 5, les valeurs les plus élevées étant les plus favorables à l'exception des obstacles pour lesquels les valeurs les moins élevées sont les plus favorables.

**Tableau 3 Association entre l'année d'enquête, la formation durant ou après les études et les caractéristiques psychosociales et les scores de counseling des inhalothérapeutes, Québec**

	Caractéristique psychosociale							Counseling auprès des	
	Croyances $\beta$ (ic) <sup>a,b,c,d</sup>	Sentiment de compétence $\beta$ (ic) <sup>b,c,d</sup>	Connaissance des ressources communautaires $\beta$ (ic) <sup>b,c,d</sup>	Obstacles liés aux patients $\beta$ (ic)	Obstacles liés aux connaissances $\beta$ (ic) <sup>a,c</sup>	Obstacles liés aux ressources $\beta$ (ic) <sup>c</sup>	Obstacles liés au temps $\beta$ (ic)	Fumeurs prêts à cesser de fumer $\beta$ (ic) <sup>a,b,c,d</sup>	Fumeurs pas prêts à cesser de fumer $\beta$ (ic) <sup>a,b,c,d</sup>
<b>Année</b>									
2005	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
2010	-,02 (-,11; ,07)	,08 (-,07; ,22)	,24 (,03; ,45)	-,24 (-,36; -,11)	-,09 (,21; -,03)	-,06 (-,19; ,08)	-,12 (-,28; ,05)	-,06 (-,27; ,14)	-,28 (-,49; -,07)
<i>p</i>	,720	,300	,025	< ,001	,126	,424	,164	,540	,010
<b>Formation durant les études</b>									
Non	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Oui	,09 (-,08; ,24)	,29 (,03; ,55)	,32 (-,07; ,70)	-,03 (-,28; ,21)	-,35 (-,58; -,12)	-,21 (-,47; ,06)	,09 (-,23; ,41)	,56 (,20; ,92)	,41 (,03; ,79)
<i>p</i>	,302	,031	,107	,783	,003	,130	,594	,002	,037
<b>Formation après les études</b>									
Non	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Oui	,29 (,18; ,39)	,64 (,48; ,81)	,93 (,69; 1,16)	-,23 (-,38; -,07)	-,32 (-,47; -,17)	-,09 (-,26; ,08)	-,32 (-,52; -,12)	,97 (,74; 1,19)	,61 (,37; ,86)
<i>p</i>	< ,001	< ,001	< ,001	,004	< ,001	,300	,002	< ,001	< ,001

Tous les modèles incluent l'année de l'enquête, l'âge et le sexe. De plus, les variables suivantes sont incluses lorsqu'elles sont associées aux variables dépendantes avec  $p \leq ,25$  dans une régression linéaire simple :

<sup>a</sup> Statut tabagique;

<sup>b</sup> Pratique en milieu urbain;

<sup>c</sup> Proportion de patients de moins de 18 ans;

<sup>d</sup> Proportion de patients de 65 ans ou plus.

## INTERPRÉTATION

---

Les données des deux enquêtes menées auprès des inhalothérapeutes indiquent que, sauf pour deux exceptions, ni les pratiques de counseling en abandon du tabac des inhalothérapeutes ni leurs caractéristiques psychosociales liées au counseling n'ont varié de façon favorable entre 2005 et 2010. En réalité, les pratiques de counseling en abandon du tabac auprès des patients qui ne sont pas prêts à cesser de fumer semblent même avoir diminué. La perception des obstacles liés aux patients et la connaissance des ressources communautaires sont les seuls résultats pour lesquels nous observons des changements statistiquement importants sur une période de cinq ans.

Cependant, nos données suggèrent qu'il existe des différences importantes dans les pratiques de counseling selon que les inhalothérapeutes ont reçu ou non une formation sur le counseling en abandon du tabac. Comparativement aux inhalothérapeutes qui n'ont pas reçu de formation durant ou après leurs études, celles qui ont reçu une formation ont de meilleures pratiques de counseling tant auprès des patients prêts à cesser de fumer qu'auprès de ceux qui ne le sont pas. De plus, leur sentiment de compétence à offrir du counseling est plus grand, et elles perçoivent moins d'obstacles liés aux connaissances que leurs collègues n'ayant pas suivi de formation.

Les inhalothérapeutes qui ont suivi une formation après leurs études, alors qu'elles traitent leurs patients dans un milieu clinique, perçoivent moins d'obstacles liés aux patients et au temps et ont une meilleure connaissance des ressources communautaires qui pourraient être utiles à leurs patients. Il est possible qu'en accumulant de l'expérience en travaillant directement avec des patients souffrant de maladies liées au tabagisme, les inhalothérapeutes réalisent que de nombreux patients qui fument souhaitent réellement cesser de fumer, influençant ainsi leurs perceptions des obstacles, de même que leur motivation à s'informer sur les ressources

communautaires. D'ailleurs, la formation dispensée par l'OPIQ aux inhalothérapeutes en pratique présente de l'information sur les ressources communautaires et sur le temps nécessaire au counseling.

Étant donné l'association positive entre la formation et le counseling en abandon du tabac, il est encourageant de constater que le nombre d'inhalothérapeutes formées durant leurs études soit passé de 3 % à 14 % de 2005 à 2010, et que 29 % ont été formées après leurs études en 2010, comparativement à 17 % en 2005. Néanmoins, le nombre total d'inhalothérapeutes formées demeure peu élevé, et nos données montrent que les augmentations observées entre 2005 et 2010 ne sont pas suffisantes pour se traduire en changements appréciables des pratiques de counseling de l'ensemble des inhalothérapeutes.

Le défi au cours des prochaines années sera donc de favoriser l'intensification des activités de l'OPIQ, afin d'augmenter le nombre d'inhalothérapeutes formées pour faire du counseling en abandon du tabac. En 2010, afin de rendre la formation plus accessible à l'ensemble des inhalothérapeutes, en particulier celles qui travaillent en régions éloignées, l'OPIQ a mis à jour ses modules de formation créés en 2005-2006 et les a offerts en ligne. Trois scénarios cliniques ont été soigneusement développés pour représenter la réalité clinique des inhalothérapeutes. Ils présentent des discussions entre un inhalothérapeute et trois fumeurs à différents degrés de motivation à cesser de fumer.

En plus de procurer de la formation, l'OPIQ continue de publier dans sa revue professionnelle, chaque année, au moins deux articles sur le tabagisme. Enfin, en 2012, l'OPIQ a souscrit à un énoncé de position commun avec six autres ordres professionnels québécois sur l'importance d'aborder la question du tabagisme et sur le rôle essentiel que doivent jouer les professionnels de la santé en accompagnant leurs patients fumeurs dans une démarche de renoncement au tabac (Tremblay et Poirier, 2012). Dans cette déclaration, l'OPIQ a accepté i) d'offrir de la formation sur le counseling en abandon du tabac à ses

membres et d'en faire la promotion; ii) de fournir des outils pour aider les inhalothérapeutes à soutenir leurs patients qui fument; iii) de promouvoir les ressources communautaires en abandon du tabac; iv) de travailler en collaboration avec les cégeps à inclure de la formation sur le tabagisme et sur le counseling en abandon du tabac dans le programme d'inhalothérapie.

Les limites de cette étude tiennent au fait que les données sont autorapportées, de sorte que les pratiques de counseling en abandon du tabac pourraient être surestimées. Des biais de sélection relatifs aux non-réponses peuvent limiter la représentativité de ces résultats, mais vraisemblablement, ils n'ont aucune conséquence sur les associations observées entre les pratiques de counseling en abandon du tabac et les variables étudiées que sont le temps, la formation durant les études et la formation après les études.

## CONCLUSION

---

Entre 2005 et 2010, peu de changements ont été observés dans les pratiques de counseling en abandon du tabac des inhalothérapeutes et dans les caractéristiques psychosociales liées au counseling. Néanmoins, comparativement à celles qui n'ont pas reçu de formation, les inhalothérapeutes formées durant et après leurs études ont de meilleures pratiques de counseling, tant auprès des patients fumeurs prêts à renoncer au tabac qu'auprès de ceux qui ne le sont pas. Bien qu'il soit encourageant que le nombre d'inhalothérapeutes formées ait augmenté considérablement entre 2005 et 2010, il sera nécessaire de continuer à soutenir ces efforts au cours des prochaines années, afin qu'ils se traduisent en changements appréciables des pratiques de counseling de l'ensemble des inhalothérapeutes.

## RÉFÉRENCES

---

Hosmer DW, Lemeshow S. (2000). *Applied Logistic Regression* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons Inc. doi : 10.1002/0471722146.

Makni H, O'Loughlin J, Tremblay M, *et al.* (2002). Smoking Prevention Counseling Practices of Montreal General Practitioners. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 156(12):1263-7.

O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, *et al.* (2001). Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal. *Preventive Medicine*, 33:627-38.


Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport sur la Santé dans le Monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Rehm J, Baliunas D, Brochu S, *et al.* (2006). *The Cost of Substance Abuse in Canada 2002*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

Statistique Canada. (2010). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2010*. Ottawa, ON: Statistiques Canada.

Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, O'Loughlin J, Makni H, Paradis G. (2001). Physicians Taking Action Against Smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counseling by Montreal general practitioners. *Canadian Medical Association Journal*; 165(5):601-7.

Tremblay M, Cournoyer D, O'Loughlin J. (2009). Do the correlates of smoking cessation counseling differ across health professional groups? *Nicotine and Tobacco Research*, 11(11):1330-8. doi : 10.1093/ntr/ntp142.



Tremblay M, Poirier H. (2012). Énoncé de position-  
Le tabagisme, un fléau de santé publique : des  
professionnels de la santé engagés. Montréal, Québec :  
Institut national de santé publique du Québec.

## **REMERCIEMENTS**

---

Les auteurs tiennent à remercier le ministère de la  
Santé et des Services sociaux du Québec pour leur  
soutien financier ayant permis la tenue des deux  
enquêtes.



**Les pratiques de counseling en abandon du tabac des inhalothérapeutes : une comparaison entre 2005 et 2010**

Auteurs :


**Michèle Tremblay, M.D.**, Institut national de santé publique du Québec

**Jennifer O'Loughlin, Ph. D.**, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Institut national de santé publique du Québec

**Dominic Comtois, B.A.**, candidat à la maîtrise en épidémiologie, Université McGill

N° de publication : 1546

**Institut national  
de santé publique**

**Québec** 

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

DÉPÔT LÉGAL – 3<sup>e</sup> TRIMESTRE 2012  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-65960-0 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-65961-7 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)