

Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels et un exemple d'application : le soutien à la cessation tabagique

Une production du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé



Réseau montréalais des CSSS
et des hôpitaux promoteurs de santé
Un réseau fondé par l'OMS

Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels et un exemple d'application : le soutien à la cessation tabagique

Une production du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé

Pour des milieux de vie **en santé**

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 

Le Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels et un exemple d'application : le soutien à la cessation tabagique est une publication rédigée par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal avec la collaboration du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé. Il constitue un outil visant à soutenir les établissements dans leurs efforts d'implantation des normes 2 et 3 du Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (HPS) fondé par l'Organisation mondiale de la santé.

Note : Dans ce document, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Coordination

Diane Villeneuve

Rédaction

Chantal Gosselin

Diane Villeneuve

Hawa Sissoko

Chantal Lacroix

Mark Andrew Stefan

Édition

Françoise Alarie

Louis Côté

Révision

Luigia Ferrazza

Mise en page

Claude Lavoie

Collaborateurs

Françoise Alarie

Marie-Dominique Charier

Suzanne De Blois

Mylène Drouin

Viviane Leaune

Paule Masson

Simon Tessier

Claude Thivierge

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal,
2010

ISBN 978-2-89510-463-6 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-464-3 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec,
2010

Ce document est disponible :

- au centre de documentation de l'Agence : 514 286-5604 ;
- à la section « Documentation » du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca.

Table des matières

Liste des sigles.....	7
Préface.....	9
Introduction.....	11
Contexte.....	12
Le Réseau montréalais.....	13
À qui s'adresse ce guide ?	14
Quels sont les objectifs de ce guide ?	14

SECTION 1

Une démarche d'implantation des normes 2 et 3 du mouvement HPS	15
Quelle est la démarche proposée ?	16
Étape 1 : Mobilisation et engagement.....	17
Étape 2 : Choix des clientèles, des facteurs de risque et des milieux à cibler.....	18
Étape 3 : Portrait des pratiques actuelles	21
Étape 4 : Élaboration et mise en œuvre.....	23
Étape 5 : Monitoring et évaluation.....	28
Conclusion	31

SECTION 2

Un exemple d'application : Le projet de soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal.....	33
Contexte.....	34
Historique et évolution du projet	35
Démarche d'implantation du projet.....	36
Étape 1 : Mobilisation et engagement.....	36
Étape 2 : Choix des clientèles, des facteurs de risque et des milieux à cibler.....	37
Étape 3 : Portrait des pratiques actuelles	39
Étape 4 : Élaboration et mise en œuvre.....	40
Étape 5 : Monitoring et évaluation.....	45
Conclusion	49
Bibliographie.....	50

Annexe 1 : Principales recommandations en matière de prévention.....	53	Annexe 3e - Outils promotionnels du projet.....	108
Annexe 1a		Annexe 3f - Outils de soutien à la pratique du projet	109
Pratiques cliniques préventives inscrites dans le <i>Programme national de santé publique</i> (Québec, Canada).....	55	Annexe 3f - i	
Annexe 1b		Formulaire de collecte de données....	110
Grille de l' <i>Examen médical périodique de l'adulte</i> 2010	59	Annexe 3f - ii	
Annexe 1c		Formulaire de monitoring.....	113
Liste des adresses Internet sur les recommandations officielles.....	61	Annexe 3f - iii	
Annexe 2 : Portrait des pratiques actuelles : Grilles d'autoévaluation.....	63	Autocollant pour le statut tabagique « Air Pur »	114
Annexe 2a		Annexe 3f - iv	
Grille pour l'évaluation des normes 2 et 3	65	Étampe d'identification du statut tabagique.....	114
Annexe 2b		Annexe 3g – Facteurs associés à la pérennité du projet	115
Grille de collecte de données pour l'analyse du milieu	71		
Annexe 2c			
La vision des intervenants du milieu	75		
Annexe 3 : Documents du projet de soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux montréalais	79		
Annexe 3a – Modèle d'entente avec les hôpitaux.....	81		
Annexe 3b – Document de présentation du projet.....	85		
Annexe 3c - Document de référence du projet.....	89		
Annexe 3d– Outils éducatifs du projet...	101		
Annexe 3d – i			
Feuille expliquant le suivi : « On continue de vous aider »	103		
Annexe 3d - ii			
Exemple de lettre motivationnelle pour les patients non-fumeurs récents ou qui veulent arrêter.....	103		
Annexe 3d - iii			
Exemple de lettre motivationnelle pour les patients fumeurs qui ne veulent pas arrêter.....	105		
Annexe 3d – iv			
Brochure Air Pur.....	107		
Annexe 3d - v			
Revue DEUX	107		

Liste des sigles

AHRO	Agency for Healthcare Research and Quality
AOESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CES	Centre d'éducation pour la santé
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRH	Direction des ressources humaines
DSI	Direction des soins infirmiers
DSP	Direction de santé publique de l'ASSSM
GARE	Grossesse à risque élevé
GECCSP	Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
HPS	Hôpitaux et services de santé promoteurs de santé
ICM	Institut de Cardiologie de Montréal
MCV	Maladies cardiovasculaires
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNSP	Programme national de santé publique
PQAT	Plan québécois d'abandon du tabagisme
SCC	Société canadienne du cancer
UMF	Unité de médecine familiale
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force

Préface





Ces dernières années, les établissements de santé et de services sociaux accordent de plus en plus d'attention à l'intégration de pratiques cliniques préventives dans l'intervention des professionnels de la santé afin de diminuer l'incidence des maladies et des problèmes psycho-sociaux et ainsi contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population.

L'implantation des normes 2 et 3 du Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (HPS), soit évaluer les facteurs de risques pour la santé et intervenir afin de les atténuer, constitue un enjeu de taille pour les établissements de santé dont la mission première est d'offrir des soins aux populations malades. À travers leurs efforts pour renforcer les pratiques de promotion de la santé et de prévention déjà en place, les établissements promoteurs de santé souhaitent accroître leur impact sur l'état de santé des patients.

Plusieurs programmes axés sur la modification des habitudes de vie sont déjà offerts dans la plupart des établissements de santé du réseau montréalais. Ils visent la cessation tabagique, la modification des habitudes alimentaires et un mode de vie physiquement actif. En plus de la promotion des saines habitudes de vie, d'autres stratégies de promotion de la santé sont considérées. Nommons à titre d'exemples l'humanisation des soins, la gestion du stress et les stratégies d'autonomisation du patient.

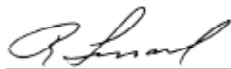
Ce guide a été conçu avec l'intention première de constituer un outil visant à soutenir les établissements dans leurs efforts d'implantation des normes 2 et 3 HPS de l'OMS. Il propose aux gestionnaires et aux professionnels de la santé une démarche fondée sur une expérience-terrain, celle de la cessation tabagique en milieu hospitalier, pouvant s'appliquer à toutes autres activités de promotion de la santé et dans les différentes trajectoires de soins et de services.

Nous espérons ainsi contribuer aux efforts déjà déployés par les établissements de santé en faveur de la santé de leurs patients.



Louis Côté

Directeur des ressources humaines, de l'information,
de la planification et des affaires juridiques
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Coordonnateur du Réseau montréalais des CSSS et des
hôpitaux promoteurs de santé



Richard Lessard

Directeur de la santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Introduction





En 2005, 35 millions de personnes sont mortes à l'échelle planétaire de maladies chroniques. Cela représente 60 % de l'ensemble des décès. Près de la moitié des décès se sont produits chez des personnes de moins de 70 ans. Nul n'est épargné par les maladies chroniques. Elles affectent tant les populations des pays les plus riches que des pays les plus pauvres et presque autant les femmes que les hommes. De plus, les répercussions macroéconomiques des maladies chroniques sont importantes.

Puisque l'on estime que 80 % des cas de cardiopathies, d'accidents vasculaires cérébraux, de diabète de type 2 et plus de 40 % des cancers peuvent être prévenus, il est impératif d'agir pour contrer cette épidémie.

Selon la Société canadienne du cancer, près de 40 % des Canadiennes et 45 % des Canadiens seront atteints d'un cancer au cours de leur vie, et l'on estime qu'un Canadien sur quatre mourra à la suite d'un cancer. De plus, les maladies cardiovasculaires étaient responsables de 31 % de tous les décès au Canada (Statistique Canada, 2009).

Fort heureusement, des interventions peu coûteuses et efficaces sont disponibles (OMS, 2005). Le déploiement d'approches et d'interventions faisant la promotion de la santé et des saines habitudes de vie, tel le mouvement des Hôpitaux promoteurs de la santé, en est un exemple.

Ce guide est en fait une invitation pour les établissements de santé à participer aux efforts (i) de promotion d'un mode de vie sain incluant le non-usage du tabac, la saine alimentation et la pratique de l'activité physique et (ii) de développement d'environnements favorables à la santé. La démarche proposée dans ce guide pourrait aussi s'appliquer à toutes les pratiques cliniques préventives.

Le guide propose deux sections : la section 1 présente une démarche d'implantation en cinq étapes des normes 2 et 3 du mouvement HPS, et la section 2 offre un exemple d'application : le Projet de soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal, projet initié par la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM).

Contexte

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a entrepris en 1988 une démarche internationale visant à soutenir les hôpitaux dans leurs actions de promotion de la santé : le mouvement des Hôpitaux promoteurs de santé (HPS). Ce mouvement, en conformité avec la Charte d'Ottawa (1986), vise à améliorer la santé des usagers et du personnel, et à favoriser le développement de milieux sains et la coopération avec la communauté. Il vise une compréhension de la santé plus large que la prévention des maladies. Il donne aux établissements de santé l'occasion de contribuer activement aux objectifs de santé publique qui, avec la prévalence croissante des maladies chroniques, deviennent des enjeux majeurs pour l'amélioration de la santé des populations. Il veut faire reconnaître le concept de promotion de la santé, contribuer à sa diffusion dans les hôpitaux et les services de santé et soutenir sa mise en œuvre à l'échelle nationale et internationale.

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être » (OMS, Charte d'Ottawa, 1986).

Selon l'OMS, la prévention est un « ensemble de mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou accidents ». La prévention peut être individuelle ou collective. En fonction du moment d'apparition de la maladie, on peut distinguer les types de préventions : primaire, secondaire et tertiaire.

Cinq normes viennent définir les HPS

(Groene, 2006) :

Norme 1 :

Politique de promotion de la santé

L'organisation possède une politique écrite de promotion de la santé. Cette politique est mise en œuvre dans le cadre du système global d'amélioration de la qualité de l'organisation et vise à améliorer les résultats en matière de santé. Cette politique cible les patients, leur famille et le personnel.

Norme 2 :

Évaluation des besoins des patients

L'organisation s'assure que les professionnels de la santé, de concert avec les patients, évaluent systématiquement le besoin en activité de promotion de la santé.

Norme 3 :

Information et intervention auprès des patients

L'organisation fournit aux patients de l'information sur les facteurs importants relatifs à leur maladie ou à leur état de santé. Toutes les trajectoires de soins et de services aux patients comportent des interventions de promotion de la santé.

Norme 4 :

Développement d'un milieu de travail sain

L'organisation s'assure de mettre en œuvre les conditions nécessaires pour offrir à son personnel un milieu de travail sain.

Norme 5 :

Continuité et collaboration

L'organisation adopte une démarche planifiée et continue de collaboration avec les autres paliers de services de santé ainsi qu'avec les autres institutions et secteurs concernés.



Le Réseau montréalais

Le Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé a été créé en 2005 dans le but de renforcer la capacité de ses établissements en matière de promotion de la santé. Il est membre du Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé qui a été fondé par l'OMS en 1998. Le réseau montréalais est devenu en 2005 le premier réseau régional créé au-delà du continent européen.

À ce jour, vingt établissements sont membres du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé. Le rôle du réseau est de soutenir ses membres dans l'implantation des cinq normes HPS, de fournir un soutien technique et des conseils stratégiques ainsi que de favoriser les échanges entre les membres par l'organisation de rencontres régionales. Ce réseau permet le partage d'expériences et de projets novateurs entre les membres.

Pour en savoir plus sur le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé : www.healthpromotinghospitals.org

Pour en savoir plus sur le Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé : www.santemontreal.qc.ca/fr/hps/menu.html

À QUI S'ADRESSE CE GUIDE ?

Le présent guide s'adresse aux membres du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé, mais aussi à tout autre milieu clinique qui souhaite entreprendre une démarche planifiée pour intégrer des interventions préventives dans leurs pratiques quotidiennes et leurs protocoles de soins.

Il est particulièrement destiné aux directions d'établissements et aux comités responsables de la mise en œuvre des normes 2 et 3 des projets HPS.

Les organisations intéressées à implanter les normes 2 et 3 auront possiblement déjà adopté une politique de promotion de la santé, la norme 1. Si tel n'était pas le cas, les individus ou les équipes intéressés à implanter des activités préventives devraient déployer des stratégies pour obtenir l'appui de la direction de leur organisation quant à leurs projets. Vous pouvez aussi vous référer à l'encadré *Pour les milieux qui n'ont pas implanté la norme 1*, en page 17.

QUELS SONT LES OBJECTIFS DE CE GUIDE ?

L'objectif général de ce guide est de soutenir les membres du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé en proposant une démarche systématique pour actualiser les normes 2 et 3.

Plus spécifiquement, la lecture de ce guide devrait favoriser les processus réflexifs et de prise de décision en augmentant les connaissances sur les thèmes suivants :

- La composition, les modes de fonctionnement et les procédures de travail du comité responsable du déploiement des normes 2 et 3 ;
- La mobilisation des gestionnaires, des professionnels et des autres membres du personnel ;
- Le choix des clientèles, des facteurs de risque sur lesquels les interventions préventives porteront ainsi que des lieux où elles se dérouleront ;
- Les modalités pour faire des portraits des pratiques existantes ;
- La planification et la mise en œuvre de l'offre de services préventifs ;
- La planification des ressources nécessaires à la réalisation du projet ;
- La mise en place d'un système de monitoring des interventions ;
- La détermination des objets et des processus d'évaluation.



Section 1

**Une démarche d'implantation des
normes 2 et 3 du mouvement HPS**



Quelle est la démarche proposée ?

Puisqu'un individu seul ne peut porter une telle démarche, une approche participative et mobilisatrice est proposée. Les comités responsables de l'implantation des normes 2 et 3 pourront se référer à la démarche proposée pour guider leurs choix quant aux orientations et aux actions à entreprendre.

La démarche proposée se veut souple et adaptable à la réalité de chaque milieu.

Elle s'inspire de l'approche *Put Prevention Into Practice* (AHRO, 2002 ; Chevalier et coll., 2005) et des démarches proposées par d'autres mouvements favorisant les approches de type intégratives comme HPS, soit Villes et Villages en santé (Bryant et Doucet, 1999) et Écoles et milieux en santé (Martin et Arcand, 2006).

La démarche proposée en 5 étapes :

1. La mobilisation et l'engagement
2. Le choix des clientèles, des facteurs de risque et des milieux à cibler
3. Le portrait des pratiques actuelles
4. L'élaboration et la mise en œuvre
5. Le monitoring et l'évaluation

Étape 1 : Mobilisation et engagement

Les objectifs généraux de cette étape sont (i) de déterminer la composition du comité responsable du déploiement des normes 2 et 3, (ii) d'en établir les modes de fonctionnement et les procédures de travail, (iii) de planifier les ressources financières et humaines nécessaires à la réalisation du projet et (iv) de favoriser l'implication des professionnels et des autres membres du personnel.

Composition du comité

Le comité HPS existant devrait déterminer qui sera responsable de la démarche d'implantation des normes 2 et 3. En prend-il la responsabilité ou un sous-comité devra-t-il être formé ? Ainsi, différents sous-comités pourraient être formés afin de développer des aspects précis. Par exemple, des sous-comités par normes ou facteurs de risque peuvent être créés. De plus, sans faire partie d'un sous-comité, des professionnels pourraient être invités à participer au développement de certains aspects spécifiques. Par exemple, les représentants des archives médicales ou du service des admissions pourraient être invités à certaines rencontres d'un sous-comité sur les normes 2 et 3 afin d'être partie prenante du projet et de participer à la discussion concernant les moyens d'identifier les facteurs de risque et de les noter aux dossiers.

Conditions de succès du comité

Il apparaît que la mobilisation et l'implication tant du personnel que de la haute direction sont des conditions de succès essentielles au travail des comités responsables des normes 2 et 3 (Pelikan et coll., 1998 ; Provost et coll., 2007 ; Chevalier et coll., 2005). Sans cet appui, il semble difficile ou quasi impossible de mener un tel projet à terme.

Les comités devraient donc mettre en place une organisation du travail et des stratégies de communication qui favorisent une telle mobilisation et implication.

Mode de fonctionnement

Une fois nommés, les membres du comité responsable du déploiement des normes 2 et 3 devraient convenir de modalités de fonctionnement (i) en déterminant la fréquence et la durée de leurs réunions, (ii) en choisissant leurs mécanismes de prise de décision, (iii) en clarifiant les rôles et le partage des responsabilités¹ et (iv) en mettant en place des conditions nécessaires à l'implication des membres pour l'avancement des travaux des normes 2 et 3, par exemple la libération des intervenants et la reconnaissance de leur participation.

Pour les milieux qui n'ont pas implanté la norme 1

Si ce n'est pas déjà fait, un groupe de travail responsable de l'implantation du projet HPS devrait être mis sur pied. Représentatif des différents groupes professionnels et de la hiérarchie de l'organisation (Wagner et Corleis, 1998), il est recommandé que le comité HPS soit composé :

- D'un directeur et d'un adjoint ;
- Des représentants des unités de soins, des cliniques externes et des services thérapeutiques ambulatoires dans lesquels le projet sera implanté ;
- Des représentants de différents groupes professionnels et niveaux hiérarchiques de l'hôpital ;
- Des représentants de la direction de l'hôpital ;
- Des représentants des établissements externes ou des partenaires, le cas échéant (Pelikan et coll., 1998 ; Nowak et coll., 1998 ; Nowak et Marz, 1998 ; Taylor, 1998 ; Ceratti, 1998).

Il est aussi conseillé que le responsable de projet soit une personne capable de susciter le changement à l'interne, alors que les membres du comité devraient posséder des aptitudes professionnelles et personnelles susceptibles de faciliter l'implantation du projet (Taylor, 1998).

Les personnes intéressées à élaborer une politique de promotion de la santé (norme 1) peuvent se référer au document *Guide d'élaboration d'une politique de promotion de la santé et recueil de politiques*.

¹ Rôles et responsabilités : comptes rendus des rencontres. Chaque comité devrait conserver une trace écrite de toutes les réunions. Cela contribuera à assurer la continuité tout au long du projet, et c'est un élément essentiel pour l'évaluation externe du projet.

Étape 2 : Choix des clientèles, des facteurs de risque et des milieux à cibler

L'objectif général de cette étape est de déterminer les clientèles (types de patients), les facteurs de risque sur lesquels les interventions préventives porteront ainsi que les lieux (unités, programmes, cliniques externes) où elles se dérouleront.

Clientèles et milieux à cibler

Il est recommandé que les projets de promotion de la santé visent uniquement quelques groupes prioritaires de patients, d'unités de soins, de programmes ou de services thérapeutiques ambulatoires à la fois pour garantir leur succès. Une fois implantés dans les milieux ciblés, ces exemples de réussite devraient ensuite être utilisés pour étendre le projet à d'autres groupes, unités ou services (Fielding et Harrison, 1998).

Facteurs de risque à cibler

Les projets visant la promotion de la santé et axés sur le patient peuvent cibler tant des facteurs de risque généraux que spécifiques.

Par **facteurs de risque généraux**, on entend les facteurs de risque qui augmentent l'incidence de la maladie chez tous les individus exposés. L'intervention sur ces facteurs avant le développement de la maladie s'inscrit dans la prévention primaire. Les interventions peuvent cibler tous les patients qui présentent ces facteurs.

Par exemple, la consommation de tabac est un facteur de risque général, puisqu'il augmente le risque de développer un cancer, une maladie cardiovasculaire, une maladie respiratoire et plusieurs autres maladies chez tous les individus. En conséquence, un patient qui consulte à l'hôpital pour une raison qui n'est pas liée au tabac, par exemple une chirurgie de la hanche, devrait néanmoins recevoir une intervention visant la cessation tabagique afin de diminuer son risque de développer une maladie plus tard.

Plusieurs études ont conclu que la consommation de tabac et d'alcool sont des facteurs de risque qui augmentent la morbidité péri-opératoire pour la majorité des chirurgies électives et d'urgence, autant chez les hommes que chez les femmes. Les programmes d'interventions qui visent la cessation de 3 à 8 semaines avant la chirurgie réduiraient l'incidence des complications postopératoires sévères telles que les infections et les complications cardiorespiratoires (Tonnesen et coll., 2009 ; Lindstrom et coll., 2008 ; Tonnesen, 2003 ; Tonnesen et coll., 2007a ; Moller et coll., 2002).

La mauvaise nutrition, l'inactivité physique, la consommation de drogue sont d'autres exemples de facteurs de risque généraux.

Par ailleurs, certains groupes de patients méritent qu'on leur accorde une attention particulière, puisque certains facteurs de risque peuvent exacerber leur maladie et empirer leur état (moins bonne qualité de vie, risque plus élevé de complications, taux de rétablissement diminué, augmentation de la mortalité, réadmissions plus fréquentes, séjours hospitaliers plus longs). Les interventions sur ces **facteurs de risque spécifiques** visent à diminuer les risques chez les patients dont la maladie a été diagnostiquée ; cette approche s'inscrit dans la prévention tertiaire.

Par exemple, un patient atteint de cancer qui continue à fumer augmente son risque d'avoir une deuxième tumeur primaire ou des complications liées au traitement et diminue ses chances de guérison (Gritz et coll., 2005). En conséquence, la cessation tabagique est tout de même bénéfique malgré le diagnostic de cancer.

Critères de choix

Plusieurs critères peuvent aider les comités à faire leurs choix (Pineault et Daveluy, 1995 ; Groulx, 2007 ; Provost et coll., 2007 ; Chevalier et coll., 2005) :

L'ampleur et la sévérité du problème :

- La prévalence, la morbidité et la mortalité ;
- Les conséquences de ne pas agir, autres que sur la santé et le bien-être (exemple : coûts sociaux) ;
- L'importance que revêt la situation pour les patients, l'organisation et la communauté ;

L'efficacité des interventions :

- La disponibilité des interventions préventives reconnues efficaces en lien avec le facteur de risque (référer à l'encadré *L'efficacité des interventions*) ;

La faisabilité :

- La capacité d'agir, la disponibilité des ressources (argent, ressources humaines, etc.) ;
- L'acceptabilité de l'intervention pour le personnel et les patients ;
- L'intérêt et la plus grande collaboration de certains départements, programmes, unités ou cliniques (milieux plus favorables).

Il peut être utile d'analyser brièvement le milieu pour faire ces choix. Par exemple, le comité peut revoir les statistiques de fréquentation de l'établissement par département et par programme : nombre d'hospitalisations, nombre de consultations dans les différentes cliniques externes, caractéristiques des patients, raisons de consultation, etc. De plus, l'outil I-Stratège de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS, sans date) pourrait être utile dans le processus pour établir les priorités.

L'efficacité des interventions

Un critère essentiel qui devrait guider les équipes dans le choix des facteurs de risque est la disponibilité d'interventions reconnues efficaces. Les comités responsables d'implanter les normes 2 et 3 peuvent consulter les recommandations des grands groupes d'experts dont le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP), le U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), le Comité scientifique de Kino-Québec, l'Association canadienne du diabète, la Société canadienne de pédiatrie et l'Association canadienne pour la santé des adolescents.

Les comités responsables des normes 2 et 3 peuvent aussi se référer au *Programme national de santé publique* qui priorise un certain nombre de pratiques cliniques préventives (annexe 1a).

Les principales recommandations en matière de prévention chez les adultes se retrouvent dans la mise à jour de *L'examen médical périodique de l'adulte* (DSP, ASSSM et Collège des médecins, 2009). Ce document de référence s'adresse avant tout aux cliniciens en contact avec une clientèle adulte. La grille reproduite en annexe peut orienter le choix des facteurs de risque pour lesquels des données probantes existent (annexe 1b). Cette grille est mise à jour périodiquement et est disponible sur le site Web de la DSP, dans l'*Espace Médecins*.

De plus, une liste exhaustive des sites Internet sur les recommandations officielles en ce qui a trait aux pratiques cliniques préventives se retrouve à l'annexe 1c.



Le counselling sur les saines habitudes de vie : une priorité de la Direction de santé publique de l'Agence

L'adoption de saines habitudes de vie telles que le non-usage du tabac, l'activité physique régulière et l'alimentation équilibrée est un moyen de choix pour prévenir un grand nombre de maladies : les maladies cardiovasculaires (MCV), les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'asthme, le cancer, le diabète, l'obésité, l'ostéoporose, les maladies buccodentaires. En fait, l'augmentation de la proportion de la population qui a de saines habitudes de vie permettrait non seulement de réduire la prévalence de ces maladies, mais aussi leur gravité ainsi que les complications et les conséquences qu'elles entraînent (Gauthier, et Langlois, 2008).

Considérant l'ampleur de la problématique et la disponibilité d'interventions préventives efficaces, la Direction de santé publique a fait du *counselling* sur les saines habitudes de vie une priorité. Différentes interventions ont été déployées avec les CSSS, tels les Centres d'abandon du tabagisme (CAT) et les Centres d'éducation pour la santé (CES). C'est pourquoi, elle invite ses partenaires cliniques à appuyer ses efforts en priorisant à leur tour les saines habitudes de vie dans leur démarche de déploiement des normes 2 et 3 du mouvement HPS.

Portrait des Montréalais

- 25 % des Montréalais de 12 ans et plus fument (2005) ;
- Plus de 60 % des Montréalais consomment moins de cinq fruits et légumes par jour (2009) ;
- Plus de deux adultes montréalais sur cinq ont un surplus de poids : près du tiers font de l'embonpoint et 13 % sont obèses ;
- Le quart des moins de 30 ans a un problème de poids ;
- Près d'un jeune sur cinq (12-17 ans) a un problème de poids (2005) ;
- On trouve trois fois plus d'adultes sédentaires (22 %) que de jeunes ;
- Une proportion importante d'individus se disent peu actifs physiquement, soit 17 % chez les adultes et près de 14 % chez les jeunes.

Source : site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Étape 3 : Portrait des pratiques actuelles

L'objectif général de cette étape est de mieux connaître le milieu d'intervention : savoir d'où l'on part, connaître l'intérêt et les besoins des intervenants et partir de ce qui existe déjà dans le milieu pour faciliter l'intégration des nouvelles pratiques.

Il est recommandé de faire un portrait par milieu choisi, que ce soit un département, un programme, une unité ou une clinique externe.

Procédures et outils déjà existants

C'est à cette étape que les comités devraient statuer quant à la façon dont ils réaliseront les portraits des procédures et des outils déjà existants relatifs aux normes 2 et 3 dans leur organisation. Afin de les soutenir, des grilles d'autoévaluation leur sont proposées (annexe 2a). Celles-ci sont inspirées du manuel de l'OMS (Groene, 2006) et ont été adaptées au contexte des services de santé montréalais.

Deux grilles pour chacune des normes sont fournies : l'une pour les unités de soins et l'autre pour les cliniques externes, les services thérapeutiques ambulatoires ou les programmes-services.

Plus précisément, les grilles d'autoévaluation pour la norme 2 s'intéressent aux procédures et aux outils en place pour évaluer les besoins en promotion de la santé des patients, en lien avec des facteurs de risque choisis, tant à l'admission, à l'accueil que lors des hospitalisations et des consultations.

Les grilles pour la norme 3, quant à elles, servent à collecter des informations sur les services et les ressources mis à la disposition des patients et de leur entourage :

- Information générale sur les facteurs de risque choisis ;
- Information spécifique concernant des facteurs de risque propres à une maladie ou à une situation à haut risque choisie ;
- Listes de ressources dans la communauté ;
- Procédures et outils pour intervenir auprès des patients selon les besoins en promotion de la santé identifiés.

Le deuxième outil mis à la disposition des équipes responsables de déployer les normes 2 et 3 est une grille de collecte de données (annexe 2b) qui peut documenter plus spécifiquement :

- La fréquentation du milieu ciblé ;
- Les caractéristiques de la clientèle du milieu ciblé ;
- Les conditions liées à l'administration et à l'organisation qui peuvent constituer des éléments qui facilitent ou qui font obstacle à l'implantation du projet ;
- Le mode de fonctionnement de l'équipe ;
- Les activités de formation en lien avec les facteurs de risque choisis ;
- Les interventions quotidiennes auprès de la clientèle en lien avec les facteurs de risque choisis ;
- Les ressources disponibles sur le territoire (en lien avec les facteurs de risque choisis).

Les comités devront par ailleurs choisir les responsables de la réalisation des portraits et décider qui seront les personnes consultées et la façon de procéder.



Point de vue des intervenants

Le portrait des pratiques actuelles ne saurait être complet sans s'enquérir de la perspective des intervenants des milieux ciblés. Ainsi, les comités responsables d'implanter les normes 2 et 3 pourraient décider de réaliser des entrevues ou de passer des questionnaires auprès des intervenants afin (i) de caractériser leurs pratiques actuelles, (ii) de connaître leurs croyances, attitudes et perception en regard de leur rôle en prévention, (iii) de faire le portrait de leurs connaissances et habilités en regard de la pratique ciblée et (iv) d'évaluer leur intérêt et leurs besoins de formation.

Ces entrevues ou ces questionnaires auprès des intervenants peuvent donc être fort utiles tant pour vérifier si les milieux sont prêts pour un changement dans le système de soins que pour sensibiliser les intervenants à la démarche en cours et les impliquer dès le départ dans le changement de pratiques souhaité (AHRO 2002).

Un modèle de grille d'évaluation conçu pour vérifier si un milieu est prêt pour un changement dans son système de soins préventifs est disponible en annexe 2c (Bélanger, 2008 ; AHRO, 2002). Cet outil évalue principalement les attitudes et les croyances des intervenants. Il peut être adapté selon le contexte.

Et les patients ?

Avant d'introduire de nouveaux services préventifs dans les milieux cliniques, les comités pourront décider de prendre en considération l'opinion de leurs patients à propos de tels services. Les méthodes les plus souvent utilisées sont les questionnaires de satisfaction, les courtes entrevues (en face à face ou par téléphone), les boîtes à suggestion et les groupes de discussion (AHRO, 2002).

Étape 4 : Élaboration et mise en œuvre

L'objectif général de cette étape est de planifier et de mettre en œuvre l'offre de services préventifs pour la clientèle en lien avec les facteurs de risque choisis.

Planification opérationnelle

Il peut être utile pour l'équipe responsable de l'implantation des normes 2 et 3 de faire une planification opérationnelle en vue de soutenir la mise en œuvre du projet.

Cet exercice permettrait à la fois de définir les objectifs à atteindre (voir l'encadré *La formulation des objectifs*), les étapes, les activités, les échéanciers, la gestion des ressources et les responsabilités. En d'autres mots, la planification opérationnelle vise à préparer les activités concrètes sur une base quotidienne ou à moyen terme en s'attardant spécifiquement aux opérations sur le terrain (Albert et Haddad, 2000).

L'étape de planification apparaît cruciale ; plus on lui accorderait de temps, plus le projet serait ciblé et efficace (Taylor, 1998).

Vous trouverez à la fin de l'étape 4 un modèle de planification opérationnelle pour un sous-projet HPS.

La formulation des objectifs

Une attention particulière devrait être portée sur la définition des objectifs à atteindre en termes de changement de pratique souhaité.

Selon la technique SMART, un objectif formulé de façon valable et utile devrait répondre à cinq exigences.

Ainsi, l'objectif SMART devrait être :

- **S**pécifique
- **M**esurable
- **A**mbitieux
- **R**éaliste
- **D**éterminé dans le **T**emps

Spécifique

Un objectif doit être défini de manière rigoureuse et précise : il ne peut être formulé de manière vague et générale.

Mesurable

Afin de pouvoir examiner si les objectifs sont atteints, ceux-ci doivent être mesurables. Des normes doivent être établies. Cette mesure peut se traduire sous la forme de notions de quantité, de qualité, de temps, d'argent.

Ambitieux

Les objectifs doivent représenter un défi pour les équipes et les partenaires, sans toutefois être exagérés. Ils doivent être ambitieux, mais atteignables.

Réaliste

Lors de la détermination des objectifs, il est utile de s'accorder un temps de réflexion au sujet de la faisabilité et du réalisme des objectifs. C'est pourquoi il est important de prendre en considération les facteurs critiques de succès.

Déterminé dans le Temps

Une échéance est fixée à laquelle l'objectif doit être atteint. Une ligne du temps peut éventuellement être tracée sur laquelle sont placés des objectifs intermédiaires.

Pour formuler un objectif de manière concrète, posez-vous systématiquement les questions : Pourquoi ? Quoi ? Comment ? Qui ? Quand ? Où ?

Adapté du site Web consulté le 4 mars 2009. Service public fédéral. www.fedweb.belgium.be/fr/binaries/cd_fiche7_formuler_smart_tcm119-17960.pdf.

Réflexion préalable à la mise en œuvre

En vue de planifier la mise en œuvre du projet, les membres du comité sont invités à se pencher sur les questions suivantes (AHRO, 2002 ; Chevalier et coll., 2005 ; Provost et coll., 2007 ; Groulx, 2007) :

Quels seront les rôles et les responsabilités de chacun ? Qui fait quoi ?

Il peut être judicieux de clarifier de nouveau le mode fonctionnement établi à l'étape de *Mobilisation et engagement* (étape 1), et ce, pour chacune des activités prévues dans la planification opérationnelle.

Comment se fera l'identification des facteurs de risque choisis ? Quel sera le système utilisé ?

Tous les patients qui arrivent dans une unité de soins, une clinique externe ou dans un service thérapeutique ambulatoire ciblés devraient être dépistés systématiquement quant aux facteurs de risque choisis, et ce, dès la première fois qu'ils se présentent (Lina et coll., 2008 ; Tonnesen et coll., 2007b). Les professionnels de la santé devraient alors disposer d'un système permettant d'enregistrer rapidement l'information obtenue dans le dossier à un endroit accessible à tous les professionnels de la santé qui sont en contact avec le patient (Lina et coll., 2008 ; Larsson, 2007). Les archivistes peuvent aider à résoudre cette question.

Quels seront les lignes directrices ou les consensus d'experts choisis en lien avec les facteurs de risque ? Voir l'encadré *L'efficacité des interventions* en page 19.

Quelle sera l'approche d'intervention privilégiée ?

L'approche d'intervention devrait être choisie en fonction des recommandations en lien avec le facteur de risque retenu. Par exemple, lorsque l'on vise un changement dans les habitudes de vie, l'intervention motivationnelle serait à privilégier (Wolff et Thygesen, 2008 ; Rice et Stead, 2008).

Quelles seront les stratégies utilisées pour intégrer des interventions préventives dans la pratique ? Voir *Stratégies pour intégrer des interventions préventives dans la pratique* à la page 26.

Comment se fera la formation des intervenants ? Qui devra être formé ? Sur quels contenus ? Par qui ? Quelles seront les contraintes en termes de libération du personnel ?

Les besoins de formation devraient être déterminés pour : a) la gestion de projet ; b) la promotion de la santé ; c) l'éducation en matière de santé ; d) le travail en réseau et en partenariat ; e) la détermination des facteurs de risque chez les patients au moment de leur admission (Taylor, 1998 ; Ashcroft, 1997 ; Kane, 1998 ; Honoré, 1998).





Ces besoins de formation devraient être déterminés tôt, et les séances de formation devraient être organisées et offertes au personnel concerné en temps opportun (Taylor, 1998).

De plus, il est intéressant de souligner que la formation des professionnels des milieux ciblés est un moyen reconnu efficace pour favoriser leur implication à l'égard des projets. Par exemple, la formation des professionnels de la santé portant sur les interventions brèves se traduit généralement par une augmentation du dépistage des patients présentant des facteurs de risque et par une référence vers des professionnels formés spécialement pour offrir un soutien plus spécifique (Bickerstaffe, 2007).

Quels seront les outils éducatifs et d'aide à la pratique nécessaires ? Faudra-t-il en développer ou en adapter ? Qui le fera avec quels budgets ?

Il peut être très utile en début de projet de déterminer les besoins en outils, de faire une recension des outils existants et de décider s'il est nécessaire de développer de nouveaux outils, possiblement avec des partenaires. Différentes catégories d'outils sont à considérer : a) outils administratifs (questionnaires, formulaires, estampes, base de données) ; b) matériel éducatif pour les différents facteurs de risque ; c) listes des ressources en lien avec les différents facteurs de risque ; d) ordonnances collectives pour faciliter la prescription de certaines médicaments.

Quels seront les experts consultés pour valider les protocoles ?

Il apparaît judicieux de s'assurer que les protocoles élaborés correspondent véritablement aux recommandations des experts.

Vers quelles ressources les patients seront-ils référés ? Quels seront les mécanismes nécessaires pour les références à l'interne ou dans la communauté ?

Il apparaît important de s'assurer que le patient soit référé à une ressource de la communauté qui pourra poursuivre le soutien nécessaire pour le changement de comportement désiré. Il est reconnu qu'une action isolée pendant l'hospitalisation sans suivi subséquent n'est pas efficace ! Aussi, il est démontré que plus le suivi est intense, plus il y a de chance que les patients modifient leurs comportements à risque (Rigotti et coll., 2007).

Une bonne connaissance des ressources disponibles dans la communauté est donc essentielle afin d'assurer un suivi optimal. Plus la référence est facilitée par le personnel hospitalier, plus il y a de chances que la personne poursuive sa démarche avec la ressource de la communauté suggérée. Les références vers les ressources communautaires devraient être accompagnées d'une ordonnance spécifiant la modification désirée quant au facteur de risque ciblé (Price et Stephens, 1998).

Stratégies pour intégrer des interventions préventives dans la pratique

Synthèse des recommandations

Les auteures d'une revue de littérature récente (Provost et coll., 2007) ont recensé et analysé 14 stratégies visant l'intégration d'interventions préventives dans les pratiques cliniques. Au terme de leurs analyses, elles ont classé les stratégies en 4 catégories : les stratégies davantage efficaces, les stratégies d'efficacité variable, les stratégies peu efficaces et les stratégies inclassables par manque d'information (tableau 1).

Les auteures tirent également des conclusions quant aux conditions d'efficacité qui vont, selon elles, dans le même sens que d'autres résultats de revues de littérature (Adapté de Provost et coll., 2007, p. 85) :

- Aucune intervention n'apparaît efficace en tout temps ;
- La formation médicale traditionnelle de même que la distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens sont insuffisantes pour modifier le comportement des cliniciens ;
- Les stratégies multifacettes, bien qu'elles soient plus coûteuses à réaliser, seraient davantage efficaces parce qu'elles visent généralement plusieurs barrières liées à la prestation des services préventifs ;
- Les stratégies doivent viser à la fois l'individu et l'organisation du travail. De fait, plusieurs auteurs affirment que pour parvenir à des changements durables, il est nécessaire d'effectuer un changement dans le processus de prestation des soins [...] ;
- Il importe de tenir compte des éléments qui facilitent le changement et des barrières qui y nuisent afin d'adapter l'intervention à partir d'une analyse du milieu de pratique ;
- Le fait de fonder l'intervention sur le travail d'équipe et la collaboration entre les membres du milieu clinique serait un autre élément permettant d'accroître l'efficacité de l'intervention, étant donné que tous les membres du milieu ont une influence sur le système de prestation des soins ;
- Enfin, l'intensité, par la présence de soutien, de répétition ou de renforcement, serait un autre aspect de l'intervention qui favorise son succès au regard des objectifs poursuivis.

Tableau 1 : Efficacité des stratégies analysées

Stratégies davantage efficaces	Stratégies d'efficacité variable
▪ Systèmes de rappel visant les cliniciens ▪ Équipes d'amélioration de la qualité des soins ▪ Système de bureau sur mesure – facilitation ▪ Interventions visant le patient ▪ Interventions multifacettes	▪ Audit et <i>feedback</i> ▪ Dossier médical électronique
Stratégies peu efficaces	Stratégies inclassables par manque d'information
▪ Formation médicale continue ▪ Approche du délégué médical ▪ Incitatifs d'ordres financier et législatif	▪ Distribution de matériel éducatif aux cliniciens ▪ Recherche de consensus au niveau local ▪ Leader d'opinion local ▪ Interventions de masse à l'aide des médias

EXEMPLE DE PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE septembre 20XX - septembre 20XX

Nom du projet HPS :

Objectif final :

Chargé de projet :

Professionnels impliqués :

Collaborateurs :

Étape	Objectifs opérationnels	Activités prévues	Échéancier	Ressources responsables	Partenaires	Commentaires
1. Mobilisation et engagement	1. D'ici le..., sera formé un comité de gestion fonctionnel, responsable du déploiement des normes 2 et 3. 2. D'ici le ..., seront planifiées les ressources nécessaires à la réalisation du projet.	- Déterminer la composition du comité et les responsabilités des membres. - Fixer les modalités de fonctionnement du comité : horaire des rencontres, comptes rendus, etc. - Désigner les ressources humaines impliquées et définir leur rôle. - Planifier le budget et les ressources matérielles.		Nom de la personne responsable		
2. Choix des clientèles, des facteurs de risque et des milieux à cibler	1. D'ici le..., le ou les facteurs de risque sur lesquels on veut intervenir seront identifiés. 2. D'ici le..., les clientèles et les milieux ciblés par le projet seront sélectionnés.	- Prioriser le ou les facteurs de risque en fonction de la prévalence, la gravité, la disponibilité des interventions. - Faire une analyse des milieux : revoir les statistiques de fréquentation par département (outil I-Stratégie de AOESSS).				
3. Portrait des pratiques actuelles	1. D'ici le..., seront répertoriées les activités et les interventions de promotion/prévention déjà existantes dans les milieux ciblés. 2. D'ici le..., l'intérêt et les besoins des professionnels à l'égard du projet seront évalués.	- Remplir la grille d'autoévaluation pour la norme 2. - Remplir la grille d'autoévaluation pour la norme 3. - Faire remplir un questionnaire par le personnel.				
4. Élaboration des protocoles d'évaluation et d'intervention	D'ici le..., le protocole d'évaluation des clients pour le facteur de risque ciblé sera élaboré. D'ici le..., le protocole d'intervention auprès des clients pour le facteur de risque cible sera élaboré.	- Développer des outils pour l'identification systématique du facteur de risque ciblé. - Élaborer un algorithme d'intervention selon le facteur. - Établir des ententes de collaboration avec des organismes externes pour assurer le suivi des patients.			L'archiviste	
5. Monitoring et évaluation	D'ici le..., le système de monitoring du projet sera fonctionnel. D'ici le..., le devis d'évaluation sera élaboré.	- Développer une base de données. - Développer des outils pour le monitoring des interventions.				

Étape 5 : Monitoring et évaluation

Les objectifs généraux de cette étape sont de mettre en place un système de monitoring des interventions et de déterminer les objets et les processus d'évaluation.

En effet, il apparaît pertinent de collecter des données (monitoring) qui seront utiles afin (i) de porter des jugements sur les interventions déployées, (ii) d'améliorer leur efficacité et (iii) d'éclairer les décisions concernant de nouveaux programmes (évaluation).

.....
: L'évaluation est l'examen objectif d'un projet, :
: notamment de sa pertinence, de son rendement, de :
: son efficacité et de son impact eu égard des objectifs :
: établis et à la pérennité du projet (Casley et Kumar, :
: 1987, cités dans Banque Mondiale, 1996). :
:.....

Monitoring

Le monitoring nécessite l'évaluation continue des intrants et des extrants du projet dans le but de procéder à des améliorations et à des adaptations continues tout au long du projet. Les rétroactions permettent de déceler les problèmes le plus tôt possible et de procéder aux adaptations et aux améliorations en temps opportun (Casley et Kumar, 1987, cités dans Banque Mondiale, 1996). Le monitoring est un ensemble d'activités qui consistent à exercer un suivi sur l'état d'une situation.

Il apparaît utile, même essentiel, de colliger de l'information de façon continue pour s'assurer « d'un suivi » et d'une connaissance fine des interventions qui sont faites.

En fait, il est recommandé de *monitorer* des données quant aux patients et aux interventions qui permettront de dresser des bilans utiles tant pour les personnes responsables de déployer les normes 2 et 3 que pour les évaluateurs.

Par exemple, des données de monitoring peuvent permettre de dresser des bilans sur le nombre de patients différents rencontrés par milieu ciblé, le nombre et la nature des interventions qui ont été faites, les caractéristiques des patients qui ont reçu des interventions, et le nombre et la nature des références tant aux ressources internes qu'externes. Ces données seront essentielles pour faire des évaluations d'implantation et de résultats.

Les systèmes d'information cliniques et administratifs des hôpitaux pourraient être utilisés pour contribuer au monitoring du projet.

Évaluation

En ce qui concerne l'évaluation, les comités responsables devraient à ce moment de la démarche déterminer :

1. Qu'est-ce qui sera évalué ?
2. Quelle approche méthodologique d'évaluation sera retenue ?
3. Quels seront les outils d'évaluation utilisés ?
4. Qui sera chargé de réaliser le devis d'évaluation, la collecte et l'analyse de données ?
5. Comment se feront la rétroaction continue au milieu et l'implantation des ajustements nécessaires ?

Conditions préalables à l'évaluation

Il importe de souligner que l'utilité et le succès de l'évaluation des projets dépendent en grande partie de la formulation détaillée des buts et des cibles établis par le comité au cours des étapes initiales de planification du projet (Pelikan et coll., 1998).

Dès le début du cycle du projet, une attention particulière devrait être portée aux aspects suivants afin d'en faciliter l'évaluation :

- La validité et la fidélité des données de base (Taylor, 1998) ;
- La formulation des objectifs (Pelikan et coll., 1998 ; Taylor, 1998) ;
- La détermination d'indicateurs de réussite (Pelikan et coll., 1998 ; Taylor, 1998) ;
- Un examen périodique des données de monitoring (Taylor, 1998).

1. Qu'est-ce qui sera évalué ?

Le comité responsable des normes 2 et 3 pourrait, dans un premier temps, faire des choix quant aux objets d'évaluation en se posant les questions suivantes (Taylor, 1998) :

- Quels étaient les objectifs initiaux ?
- Quels problèmes ont été observés et quels ont été les succès ?
- Comment les décisions ont-elles été prises ?
- Quelles leçons a-t-on apprises ?
- Comment l'organisation a-t-elle changé au cours du processus ?
- Quels ont été les avantages inattendus ?
- Qu'est-ce qui sera fait différemment la prochaine fois ?
- Quelle sera la prochaine série d'actions ?
- Comment augmenter le pouvoir d'agir plus efficacement ?

Dans la pratique courante, les éléments du projet qui font le plus souvent l'objet d'une évaluation sont l'implantation et les résultats.

L'évaluation d'implantation vise à décrire et à apprécier les interventions réalisées sur divers plans, telles la planification des activités, la participation des populations cibles, les ressources mobilisées. Elle sert aussi à identifier les facteurs qui contribuent ou nuisent à l'implantation des interventions (D'Amours et coll., 2000).

En fait, l'évaluation d'implantation permet d'examiner si l'on réalise bien ce qui a été prévu ou d'établir s'il existe des écarts entre ce qui a été prévu et ce qui se fait. Elle cherche à répondre aux questions suivantes (Martin et Arcand, 2006) :

- Est-ce que la population rejointe correspond à la population ciblée ?
- Les interventions réalisées sont-elles conformes à ce qui a été prévu ?
- Les interventions réalisées sont-elles congruentes avec les besoins identifiés, les ressources disponibles et les objectifs visés ?
- Quelles sont les conditions qui ont contribué ou nui à la mise en œuvre des interventions préventives prévues (ex. : nombre de ressources, capacité de mobilisation, capacité de travailler en concertation, reconnaissance des compétences respectives, ajustement des pratiques) ?

Une évaluation d'implantation permet de répondre à deux grandes questions :

Qu'est-ce qui a été mis en œuvre ?

Qu'est-ce qui a bien fonctionné ou moins bien fonctionné et pourquoi ?

Source : D'Amours et coll. (2000).

L'évaluation de résultats (évaluation sommative, le plus souvent) cherche à vérifier si les objectifs visés par l'intervention ont été atteints chez la population cible, et si les impacts observés sont attribuables à l'intervention.

Elle permet de porter un jugement sur les résultats obtenus en cherchant à comprendre (Martin et Arcand, 2006) :

- Dans quelle mesure les objectifs visés ont été atteints (changements de pratiques de professionnels, modifications de comportement des patients, amélioration de la santé des patients ciblés) ;
- Dans quelle mesure les actions ont engendré des effets imprévus (positifs ou négatifs).

Les résultats de ce type d'évaluation devraient aider les équipes à prendre des décisions quant aux issues des interventions : doivent-elles être poursuivies avec ou sans modifications ?

.....
: Faire le choix d'une évaluation d'implantation ou de :
: résultats dépend de plusieurs facteurs :
:

: Qu'est-ce que nous voulons savoir sur :
: l'intervention ?
:

: De combien de temps disposons-nous, et quelles :
: sont les ressources humaines et financières :
: disponibles ?
:

: Est-ce que l'information dont nous avons besoin :
: est disponible ?
:

: Source : D'Amours et coll. (2000).
:.....

2. Quelle approche méthodologique d'évaluation sera retenue ?

Une intervention, quelle qu'elle soit, peut faire l'objet de deux approches méthodologiques : l'évaluation normative ou la recherche évaluative. L'évaluation normative - que certains auteurs appellent administrative - cherche à apprécier chacune des composantes de l'intervention (programme ou projet) par rapport à des critères et des normes. Elle s'inscrit donc dans un procédé de vérification de la conformité des composantes de l'intervention par rapport à des références : a-t-on fait ce qu'il fallait, d'une façon souhaitable et en respectant les normes retenues ? La recherche évaluative repose quant à elle sur une démarche scientifique qui permet d'analyser et de comprendre les relations de causalité entre les différentes composantes d'une intervention. Elle vise à comprendre le comment et le pourquoi des résultats (Champagne et coll., 2009).

Il apparaît que l'évaluation administrative (normative) se situe davantage dans le processus de prise de décision que dans celui de planification (Pineault et Daveluy 1995). Le but visé est la rétroaction et l'ajustement des éléments du programme. Cette rétroaction s'opère de deux façons : sur les ressources par la régulation et sur les activités par le contrôle. À l'opposé, comme l'affirment ces mêmes auteurs, les buts de la recherche évaluative sont :

- De déterminer l'effet des programmes ;
- D'établir la validité des normes qui serviront à l'évaluation administrative ;
- D'expliquer les conditions de réussite ou d'échec d'un programme.

3. Quels seront les outils d'évaluation et de collecte de données utilisés ?

Afin de répondre aux questions qui ont été soulevées, tant sur le plan de l'implantation que des résultats des interventions, il est nécessaire de collecter des informations.

Les méthodes les plus souvent utilisées sont :

- Les questionnaires auprès des cliniciens ou des usagers ;
- Les groupes de discussion ;
- Les audits de dossier.

Il est certain que le choix des outils sera grandement influencé par les objets d'évaluation choisis.

4. Qui sera chargé de réaliser le devis d'évaluation, la collecte et l'analyse de données ?

En même temps que se fait le choix des objets d'évaluation et des outils de collecte de données, les comités responsables de l'implantation des normes 2 et 3 devraient déterminer qui fera la collecte et l'analyse des données. Cette personne ou ce groupe de personnes devraient être impliqués le plus tôt possible dans la démarche. En effet, il est recommandé d'inclure les responsables de l'évaluation dès les premières étapes du projet.

Il peut être envisageable de faire appel à des consultants externes en évaluation pour obtenir du soutien. Cependant, il est recommandé que les consultants externes emploient un processus d'évaluation participative afin que le comité du projet s'approprie l'évaluation (Taylor, 1998).

5. Comment se feront la rétroaction continue au milieu et l'implantation des ajustements nécessaires ?

Les évaluations prennent tout leur sens dans la mesure où elles peuvent influencer les pratiques et les interventions. Il importe donc de prévoir des mécanismes de rétroaction pour les milieux qui mettent en œuvre les interventions évaluées afin que des ajustements puissent se faire.

Les comités responsables de l'implantation des normes 2 et 3 devront donc statuer sur deux grandes questions :

- Comment se fera le choix des modifications à apporter aux interventions ?
- Comment se feront les suivis auprès des milieux, des intervenants et de la haute direction ?

Bref

« Pour assurer l'efficacité d'une intervention, il est essentiel d'en évaluer son fonctionnement et voire même son impact sur la population. [...]

Une évaluation, qu'elle soit simple ou complexe, doit toujours demeurer utile pour l'ensemble des partenaires. Le succès de la démarche évaluative repose d'ailleurs sur la participation de tous les acteurs concernés. En somme, bien que l'évaluation est une démarche systématique qui permet d'informer sur une intervention, elle sert surtout en tant que stratégie de prise de décision en vue d'améliorer nos actions sur les facteurs qui influencent la santé et le bien-être de la collectivité. » (D'Amours et coll., 2000, p. 39).



Conclusion

Les objectifs de la prévention en milieu clinique sont ambitieux. En effet, il est reconnu qu'une large proportion des cancers, des maladies cardiovasculaires, des problèmes de santé mentale et des traumatismes non intentionnels peuvent être prévenus par l'adoption de comportements sains et sécuritaires et de politiques de santé publique efficaces. Il est recommandé d'intervenir à plusieurs niveaux et d'utiliser de multiples stratégies pour y parvenir.

Les professionnels de la santé, par la position privilégiée qu'ils occupent auprès de la population, peuvent jouer un rôle des plus importants en promotion de la santé et en prévention. Le mouvement HPS, et plus particulièrement les normes 2 et 3, propose un cadre conceptuel visant l'intégration de pratiques préventives en milieu clinique.

Afin de réussir l'implantation d'un projet HPS, quelques éléments clés méritent d'être rappelés : la mobilisation et l'engagement de la haute direction, un responsable de projet qui exerce un leadership dans le milieu, la disponibilité de ressources humaines et financières, un intervenant responsable de la formation et du suivi, une évaluation planifiée dès le début. De plus, le comité d'implantation devrait s'assurer de planifier dès le départ la pérennité du projet.

La section 1 de ce guide proposait une démarche d'implantation des normes 2 et 3 du mouvement des Hôpitaux promoteurs de santé. La section suivante fournira un exemple concret d'application dans des hôpitaux montréalais pour un facteur de risque particulier : le tabagisme.



SECTION 2

UN EXEMPLE D'APPLICATION :

**Le projet de soutien
à la cessation tabagique
dans les hôpitaux
de Montréal**



Contexte

Le projet de soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal est présenté à titre d'exemple concret d'application des normes 2 et 3 du mouvement HPS. En effet, il cible un facteur de risque particulier, le tabagisme, et illustre chacune des étapes de la démarche menant à son implantation en milieu hospitalier.

Il importe de noter que ce projet s'inscrit dans le *Plan québécois d'abandon du tabagisme* (PQAT) qui vise à diminuer le nombre de fumeurs au Québec en rendant accessibles gratuitement différents services de cessation tabagique. À Montréal, ces services comprennent : une ligne de soutien téléphonique, un site Web de soutien, 13 centres d'abandon du tabagisme, une quinzaine de groupes de cessation par année, un groupe de maintien pour ex-fumeurs et du soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux.

Pourquoi le tabagisme ?

Le tabagisme est un facteur de risque prioritaire, car :

- La prévalence du tabagisme au Québec chez les 12 ans et plus était de 24,5 % en 2007-2008 (Statistique Canada, ESCC) ;
- Un fumeur sur deux meurt d'une maladie causée par le tabagisme ;
- Les fumeurs perdent en moyenne 10 ans d'espérance de vie ;
- On dénombre chaque année au Québec, 10 400 décès causés par le tabagisme ;
- Les coûts directs et indirects associés au tabagisme sont de 3,9 milliards de dollars ;
- Les bénéfices de l'arrêt tabagique sont immédiats : dès qu'une personne cesse de fumer, les risques pour sa santé diminuent et ils continuent de diminuer à mesure que l'abstinence se prolonge ;
- Les interventions des professionnels de la santé pour soutenir l'arrêt tabagique sont efficaces même si elles sont brèves : elles augmentent les taux de cessation ;
- Les coûts reliés au soutien à l'arrêt tabagique sont minimes comparés aux coûts associés au traitement des maladies causées par le tabac (cancers, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, problèmes reproductifs).

Pourquoi intervenir dans les hôpitaux ?

Les lignes directrices américaines sur le traitement du tabagisme recommandent d'identifier systématiquement le statut tabagique de toutes les personnes qui consultent un professionnel de la santé, et que tous les fumeurs hospitalisés reçoivent des interventions d'aide en cessation tabagique reconnues efficaces (Fiore et coll., 2008).

L'hospitalisation constitue un moment privilégié pour intervenir auprès des fumeurs, puisque :

- Ceux-ci sont contraints à l'abstinence tabagique à l'intérieur de l'hôpital ;
- La maladie et l'hospitalisation font souvent réaliser aux fumeurs leur vulnérabilité par rapport aux risques associés au tabac, et cela les rend plus réceptifs aux conseils concernant leur tabagisme ;
- L'hospitalisation fournit une opportunité d'enseignement, car les fumeurs sont captifs et rencontrent chaque jour plusieurs professionnels de la santé.

Le déploiement de ce projet en milieu hospitalier permet également de diversifier les clientèles rejointes et les lieux d'intervention. Mais surtout, il offre une opportunité d'agir de façon proactive auprès des fumeurs en leur offrant du soutien lors de l'hospitalisation et au congé, et en suscitant le désir de changement chez ceux qui ne sont pas prêts à cesser de fumer.

Historique et évolution du projet

En novembre 2004, la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence signait une entente de collaboration avec l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) pour la mise en oeuvre d'un projet pilote de soutien à la cessation tabagique auprès de ses fumeurs hospitalisés. L'actualisation de l'intervention, la conception des outils et le développement des systèmes informatiques pour l'évaluation du projet se sont faits en collaboration avec le comité de gestion de l'ICM. Ces travaux allaient par la suite servir à implanter des projets similaires dans d'autres établissements. Un modèle d'entente est présenté à l'annexe 3a.

L'objectif de ce projet était d'implanter des mesures d'aide à la cessation tabagique pour les fumeurs hospitalisés et de les référer au congé aux ressources disponibles dans la communauté.

De 2005 à 2007, neuf autres hôpitaux montréalais ont implanté ce projet auprès de fumeurs rencontrés dans leur établissement. Le projet visait au départ trois types de clientèle qui fréquentaient ces hôpitaux : (i) les adultes hospitalisés en médecine interne ou chirurgie, (ii) la périnatalité (les femmes enceintes et les conjoints) et (iii) la pédiatrie (les adolescents et les parents).

En 2006-2007, afin de rejoindre une clientèle plus jeune, l'équipe de la DSP a priorisé l'intervention en prévention primaire et a proposé ce projet à tous les hôpitaux ayant un département d'obstétrique (femmes et conjoints). S'ajoutaient également des interventions visant la protection contre la fumée de tabac secondaire auprès de fumeurs qui ne voulaient pas cesser, pour protéger ainsi les enfants et les autres adultes de la famille. Huit hôpitaux ayant un département d'obstétrique se sont vu octroyer le financement et le soutien pour offrir des services à cette clientèle pendant deux ans et demi.

Début 2009, le projet était encore en implantation dans six hôpitaux. Cependant, à la fin de leur entente avec la DSP, deux hôpitaux ont poursuivi le projet sous la même forme grâce à du financement interne. Ils continuaient de bénéficier du soutien de la DSP du point de vue de la formation, des outils éducatifs et de la base de monitoring.



Démarche d'implantation du projet

Étape 1 : Mobilisation et engagement

Étape préliminaire

Dans un premier temps, l'équipe de la DSP rencontre des gestionnaires de l'hôpital, incluant ceux des départements visés, afin de dresser le contexte du projet et de présenter brièvement les interventions attendues ainsi que les responsabilités de chacun des acteurs. Le document servant à présenter le projet est fourni en annexe 3b.

Si l'hôpital s'engage à implanter le projet, une entente est signée avec la DSP et, dès lors, des démarches sont entreprises pour le recrutement d'une infirmière responsable du projet.

La DSP s'engage à allouer aux centres hospitaliers participants un budget correspondant au salaire d'une infirmière engagée à temps plein comme responsable du projet dans le cas des hôpitaux pédiatriques et à demi-temps pour les autres.

Leadership et comité de gestion

Un comité de gestion est formé dans chaque hôpital dès la signature de l'entente. Il est composé de professionnels de la DSP et de l'hôpital concerné afin de mettre en place des mesures concrètes pour s'assurer de l'implantation et du bon fonctionnement du projet.

Le comité est composé du coordonnateur du projet, de l'infirmière responsable, d'un médecin « champion », de gestionnaires des départements ou des programmes visés et d'un professionnel de la DSP.

Le leadership est assuré par un gestionnaire de l'hôpital, en collaboration avec les membres du comité de gestion. Ce gestionnaire peut provenir de la Direction des services professionnels, du département de médecine ou de périnatalité de l'hôpital ou être responsable de santé publique dans un CSSS. Le coordonnateur du projet assure la liaison avec les gestionnaires des

départements visés et les professionnels de la DSP. Il doit également superviser l'infirmière responsable et assurer la reddition de compte envers la DSP.

Plusieurs stratégies sont mises en œuvre afin de mobiliser le comité de gestion : la tenue régulière de réunions du comité de gestion ; la sensibilisation des professionnels et l'implication du CMDP, de représentants des différentes directions de l'hôpital (Direction des services professionnels, DSI, DRH, direction de la prévention) et de chefs de programmes ou de départements.

Sensibilisation des professionnels de la santé et des autres membres du personnel

Afin d'augmenter la fréquence de leurs interventions auprès des fumeurs et leur appui au projet, les médecins sont sensibilisés à l'importance du *counselling* tabagique et au projet de la façon suivante :

- Offre de conférences scientifiques sur la problématique du tabagisme, l'efficacité des interventions brèves des médecins, l'intervention en cessation tabagique, les aides pharmacologiques, l'intervention en cessation tabagique en périnatalité et les ressources dans la communauté. Elles sont offertes par des médecins-conseils de la Direction de santé publique ou des médecins de leur établissement.
- Présentation du projet dans une assemblée générale du CMDP.
- Bref article décrivant le projet dans le journal du CMDP.
- Présentation du projet par l'infirmière responsable dans une réunion de service d'un département ou d'un programme.

En ce qui concerne la sensibilisation des autres professionnels de la santé, son objectif est d'habiller le personnel soignant à faire une intervention brève auprès des patients fumeurs et de les référer aux ressources en cessation tabagique disponibles dans l'hôpital ou dans la communauté. Les professionnels visés sont les infirmières des unités de soins et de certaines cliniques externes. La formation est adaptée selon leur disponibilité : présentations dans le cadre des journées thématiques de formation organisées par l'hôpital, tournée des différents départements pour présenter le projet et dîners-conférences. La sensibilisation est organisée avec le soutien des gestionnaires des départements visés et assurée par l'infirmière responsable du projet. Cette contribution confère à l'infirmière du projet une visibilité et augmente la confiance des autres professionnels à son égard. Elle peut véritablement devenir une intervenante « pivot ».

Pour ce qui est de la sensibilisation des autres membres du personnel, l'objectif est de leur faire connaître le projet, afin qu'ils en facilitent l'implantation et qu'ils y contribuent de façon optimale. Différents professionnels peuvent être visés, tels les responsables et le personnel des archives et de l'admission. Les activités de sensibilisation du personnel sont généralement organisées et assurées par le gestionnaire responsable du projet.

Le soutien aux membres du personnel qui fument : une condition de succès

Cette responsabilité relève de la Direction des ressources humaines, parfois en collaboration avec le comité santé-sécurité au travail. Elle a pour objectif, certes, de soutenir les employés fumeurs dans leur démarche de renoncement au tabac, mais aussi de favoriser leur collaboration en évitant de n'offrir les nouveaux services qu'aux patients.

Différentes stratégies sont utilisées telles que :

- Des kiosques sur la cessation tabagique ou les habitudes de vie ;
- La promotion du *Défi j'Arrête, j'y gagne !* provincial¹ ou d'un défi organisé à l'intérieur même de l'établissement ;
- La promotion des services en cessation tabagique accompagnant les relevés de paie.

L'infirmière responsable participe à certaines activités de promotion et offre à l'occasion du *counselling* bref sur demande.

¹ Le *Défi J'arrête, j'y gagne !* invite chaque année les fumeurs québécois de tous les âges à cesser de fumer pendant au moins 6 semaines. Depuis 2000, plus de 276 000 fumeurs se sont inscrits à cette initiative.



Étape 2 : Choix des clientèles, des facteurs de risque et des milieux à cibler

Facteur de risque

Dans ce projet, le tabagisme, est choisi comme facteur de risque pour l'ensemble des établissements compte tenu de son importance et de la faisabilité de l'intervention.

Clientèle et milieux ciblés

Dès 2006-2007, à la lumière des données de monitoring, la DSP a priorisé la clientèle rencontrée en périnatalité (femmes enceintes et leur conjoint) afin de rejoindre des fumeurs plus jeunes. Cependant, des interventions peuvent avoir lieu auprès des différentes autres clientèles selon les hôpitaux. En effet, les comités de gestion peuvent cibler des départements ou des programmes selon le portrait de leur clientèle et l'intérêt manifesté par les médecins et les gestionnaires de certains départements. Ainsi, trois types de clientèle sont couverts par le projet : (i) la périnatalité (les femmes enceintes et les conjoints), (ii) les adultes hospitalisés en médecine interne ou chirurgie et (iii) la pédiatrie (les adolescents et les parents).

Parce que le milieu hospitalier offre de multiples opportunités pour rejoindre les fumeurs, selon les hôpitaux, différents départements ou programmes ont été ciblés pour rejoindre les fumeurs hospitalisés ou dans les services ambulatoires :

- Départements de médecine : cardiologie, pneumologie, médecine interne, endocrinologie, néphrologie (prédialyse, dialyse) ;
- Départements de chirurgie : cardiovasculaire, thoracique, oncologie ;
- Périnatalité : hospitalisation ante-partum ou postpartum, cliniques externes ante-partum, visites en échographie fœtale, clinique GARE (grossesse à risque élevé) ;
- Programme d'oncologie : hospitalisation pour greffe de moelle ou chirurgie, cliniques externes : hématologie, radio-oncologie ;
- Centres de jour ;
- Cliniques d'asthme, de diabète ;
- Unités d'enseignement : UMF (Unité de médecine familiale) ;
- Unités de médecine interne.

Portrait des pratiques actuelles

Au début du projet, l'équipe de la DSP explore avec les membres du comité de gestion quelles sont les mesures de soutien à la cessation tabagique existantes dans l'hôpital ou sur les départements visés. Les aspects suivants sont notamment documentés :

- Existe-t-il des modalités d'identification du statut tabagique ? Si oui, lesquelles ? À quel moment de la trajectoire de soins cela se fait-il et par quels professionnels ?
- Est-ce que les professionnels offrent déjà du *counselling* pour la cessation tabagique et comment ?
- Est-ce que les médecins font des prescriptions de médicaments d'aide à la cessation tabagique pendant l'hospitalisation ?
- Est-ce que les thérapies de remplacement de la nicotine figurent au formulaire de la pharmacie de l'hôpital ?
- Est-ce qu'il existe des mécanismes de référence des patients fumeurs aux ressources en cessation tabagique de la communauté lors du congé ?

Ce portrait est fort utile pour établir le plan de déploiement du projet.



Étape 4 : Élaboration et mise en œuvre

Après une revue de la littérature sur les interventions en cessation tabagique auprès des fumeurs hospitalisés, les conditions de succès ont été identifiées, et un protocole d'intervention a été élaboré.

1. Conditions de succès

Les conditions de succès retenues sont :

- La présence d'un environnement favorable ;
- La mise en place d'un comité de gestion ;
- La désignation de professionnels responsables des interventions ;
- La simplicité de l'intervention d'aide à la cessation ;
- La sensibilisation des professionnels de l'hôpital ;
- La formation des professionnels impliqués dans le projet ;
- Une intervention d'aide à la cessation reconnue efficace ;
- Le suivi des patients fumeurs posthospitalisation ;
- La promotion des services offerts aux fumeurs dans l'hôpital ;
- La disponibilité de matériel éducatif pour les patients ;
- La disponibilité de matériel d'aide à la pratique pour les professionnels ;
- Le monitoring et l'évaluation du projet.

Le document de référence qui présente de façon détaillée les conditions de succès et l'intervention proposée se trouve à l'annexe 3c.

La formation des infirmières responsables

La formation des infirmières responsables du projet est un élément essentiel de la mise en œuvre du protocole d'intervention. Elles reçoivent une formation de base de deux jours, offerte par des formateurs de la santé publique, comprenant des notions fondamentales sur le tabagisme et le *counseling* en cessation tabagique, la présentation des outils de travail et du matériel éducatif destiné aux patients ainsi que des exercices pratiques sur l'utilisation de la base de monitoring en laboratoire d'informatique. Les infirmières responsables du projet reçoivent également quatre journées de formation continue par année visant la mise à jour et le maintien des compétences.

Les thèmes abordés sont les suivants : l'entretien motivationnel, l'intervention en périnatalité, les aides pharmacologiques, la mise à jour des lignes directrices, les données de surveillance sur l'usage du tabac, la mise à jour sur l'utilisation de la base de monitoring, etc.

2. Protocole d'évaluation du statut tabagique

L'objectif est d'identifier systématiquement le statut tabagique des clientèles visées afin de leur offrir du soutien pendant l'hospitalisation et au congé.

Dans le cadre de ce projet, le statut tabagique est évalué de façon précise. Ainsi, les questions suivantes sont utilisées :

- Pour la population générale : *Avez-vous fumé au cours des 30 derniers jours ?*
- Pour les femmes enceintes : *Avez-vous fumé au cours de la dernière année ?*

En effet, selon les lignes directrices, la question « Est-ce que vous fumez ? » ne devrait pas être utilisée afin d'éviter une sous-déclaration du tabagisme.

Selon les hôpitaux, l'identification du statut tabagique des patients peut être faite à plusieurs endroits et par différents professionnels : les commis à l'admission, les infirmières recevant les patients sur les unités, à l'urgence ou en clinique externe, les médecins dans les cliniques privées pour la clientèle périnatale, les infirmières responsables du projet lors de leurs tournées sur les départements visés.

L'inscription du statut tabagique aux dossiers se fait aussi de différentes façons : autocollants ou estampes sur ou dans le dossier, note ou autocollant au plan de soins infirmiers, magnétiques accolés sur le tableau dans le bureau des infirmières sur les unités de périnatalité. Il est prévu d'inscrire le statut tabagique dans le dossier clinique informatisé lorsqu'il sera implanté.

3. Protocole d'intervention

L'objectif est de s'assurer que tous les fumeurs ou les ex-fumeurs récents (ayant fumé dans les 30 derniers jours ou au cours de la dernière année pour les femmes enceintes) reçoivent un soutien et une intervention adaptée à leur degré de motivation à cesser de fumer, que ce soit par les professionnels soignants ou par l'infirmière spécialisée en cessation tabagique.

Pour les femmes enceintes, lors du dépistage, on peut diminuer le taux de fausses déclarations concernant le comportement tabagique en utilisant un questionnaire à choix multiples (voir l'encadré *Identification du statut tabagique en périnatalité*).

Identification du statut tabagique en périnatalité

Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation ?

- ☐ Présentement, je fume régulièrement, la même quantité qu'avant de savoir que j'étais enceinte.
- ☐ Présentement, je fume régulièrement, mais j'ai diminué depuis que je sais que je suis enceinte.
- ☐ Je fume de façon occasionnelle.
- ☐ J'ai cessé de fumer depuis que je sais que je suis enceinte.
- ☐ Je ne fumais pas lorsque j'ai appris que j'étais enceinte et je ne fume pas présentement.

Votre conjoint fume-t-il actuellement ?

- ☐ Fumeur
- ☐ Non-fumeur

Y a-t-il d'autres personnes à la maison qui fument ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Modalités de référence à l'infirmière responsable

Les modalités pour rejoindre la clientèle varient d'un hôpital à l'autre. Ainsi, les patients hospitalisés peuvent être référés par le biais des mécanismes suivants :

- Liste de patients fumeurs compilée par l'assistante infirmière-chef de l'unité de soin ;
- Liste informatisée à partir du logiciel des admissions ;
- Fiches remplies par les infirmières et les médecins et déposées dans une boîte au poste des infirmières sur les unités de soins ;
- Messages laissés à l'infirmière responsable (téléphone, téléavertisseur, courriel).

Quant aux patients vus en clinique externe, la référence se fait par :

- Feuilles de référence remplies par les médecins ou les infirmières et déposées dans une boîte qui est vérifiée régulièrement par l'infirmière responsable ;
- Miniquestionnaires autoadministrés remplis par les femmes enceintes fumeuses et déposés dans une boîte à l'intention de l'infirmière responsable ;
- Autoréférences : les clients communiquent avec l'infirmière responsable pour obtenir un rendez-vous en se procurant sa carte d'affaires dans les cliniques externes ou les bureaux privés.

Intervention par l'infirmière responsable

L'infirmière responsable du projet offre des interventions adaptées à la motivation à cesser de fumer aux patients qui lui sont référés. Ainsi, après avoir établi le contact avec le patient, elle évalue son stade de changement selon le modèle de Prochaska et DiClemente (1982) (préréflexion, réflexion, préparation, action, maintien, rechute) afin de déterminer quel type d'intervention sera le plus approprié dans ce cas.

Le schéma décrivant les interventions offertes se trouve à la page 44.

i. Pendant l'hospitalisation

Pour les patients prêts à cesser de fumer (stades de préparation, action)

L'infirmière offre un *counselling* bref d'aide à la préparation : le fumeur est encouragé à fixer une date d'arrêt, à comprendre pourquoi il fume, à identifier les situations qui déclenchent l'envie de fumer afin de trouver des stratégies pour les neutraliser ; référence aux ressources de la communauté : ligne j'Arrête ou CAT. De plus, une pharmacothérapie est proposée pour diminuer les symptômes de sevrage durant l'hospitalisation. Durée approximative : 15 à 30 minutes.

Les outils utilisés sont : le journal du fumeur, des brochures d'aide à la cessation, un dépliant sur la fumée secondaire, la liste des ressources en cessation tabagique du PQAT, la référence à la ligne j'Arrête à l'aide de la base de monitoring, le formulaire de référence au pharmacien pour la pharmacothérapie (ordonnance individuelle par le médecin traitant ou ordonnance collective pour la thérapie de remplacement de la nicotine).

Pour les patients qui ne sont pas prêts à cesser de fumer (stades de préréflexion, réflexion)

L'infirmière procède à un entretien motivationnel dans le but de : susciter chez le patient le discours en faveur du changement pour l'arrêt tabagique ; l'aider à explorer et à résoudre son ambivalence ; l'encourager à identifier ses motivations à cesser de fumer. Durée approximative : 15 minutes.

Les outils utilisés sont : les échelles d'évaluation du degré d'importance et de confiance, la balance décisionnelle, la liste des ressources en cessation tabagique du PQAT, un dépliant sur la fumée secondaire.

ii. Suivi au congé

Pour les patients prêts à cesser de fumer

L'infirmière responsable leur envoie, chaque mois, une lettre ou un courriel motivationnels, et ce, pendant les 6 mois qui suivent l'intervention. Les lettres envoyées aux femmes qui avaient arrêté de fumer durant leur grossesse sont adaptées à leur condition (stade de maintien, mais à risque de rechute à 85 % dans la première année suivant l'accouchement).

L'infirmière responsable peut aussi remettre aux patients le formulaire de référence au pharmacien pour l'ordonnance collective pour les thérapies de remplacement de la nicotine (timbre et gomme) s'il n'y pas de contre-indications (le conjoint d'une femme vue en obstétrique peut également recevoir l'ordonnance collective).

Pour les patients qui ne sont pas prêts à cesser de fumer

Dans le but de les encourager à progresser dans leur démarche vers la cessation tabagique, l'infirmière responsable leur envoie, tous les deux mois, une lettre ou un courriel motivationnels, et ce, pendant les six mois qui suivent l'intervention.

Stades de changement du comportement (adapté selon Prochaska et DiClemente, 1982)

Préréflexion :

La personne fume et n'est pas intéressée à une tentative d'arrêt – *Aucun intérêt pour cesser de fumer.*

Réflexion :

La personne réfléchit aux inconvénients de la cigarette et aux raisons pour lesquelles elle arrêterait. Elle n'est pas prête à s'engager dans une tentative de cessation – *Stade de l'ambivalence : oui, mais.*

Préparation :

La personne fume et pense à arrêter au cours du prochain mois. Elle est de plus en plus consciente des avantages de la cessation, s'informe sur les méthodes d'arrêt et se prépare – *Recherche de moyens.*

Action :

La personne a modifié son comportement – *Arrêt depuis moins de 6 mois.*

Maintien :

La personne est non-fumeuse depuis plus de six mois. Elle a fait beaucoup de changements – *Vigilance et ajustement des stratégies pour prévenir les rechutes.*

Rechute :

La personne a recommencé à fumer – *Défi : cesser à nouveau !*

Interventions par les autres professionnels

Tous les professionnels de la santé de l'hôpital sont encouragés à offrir des interventions brèves aux patients fumeurs et à les référer à l'infirmière responsable, si cela n'a pas déjà été fait.

Les infirmières de certaines cliniques externes ou des programmes sont formées par l'infirmière responsable afin d'offrir à leurs patients fumeurs :

- Une intervention minimale (3 minutes) ou brève (3 à 10 minutes) ;
- Une prescription d'une aide pharmacologique par le médecin traitant en l'absence de contre-indications ;
- Une référence à l'infirmière responsable de la cessation tabagique ou à une ressource de la communauté.



La ligne j'Arrête

La DSP a signé une entente avec la ligne j'Arrête, un service de soutien téléphonique provincial mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, opérée conjointement par la Société canadienne du cancer et le Conseil québécois sur le tabac et la santé. Ainsi, après le congé de l'hôpital ou la rencontre avec l'infirmière, le patient qui accepte est référé à la ligne j'Arrête afin de recevoir un suivi téléphonique comportant 5 appels : à 1 semaine, 3 semaines, 5 semaines, 2 mois, 4 mois. En tout temps, le patient peut être référé au CAT ou dans un groupe de cessation par l'intervenant de la ligne j'Arrête.

Liste des outils utilisés dans le cadre du projet

Outils éducatifs :

- Dépliant « Autos et maisons sans fumée de tabac »*
- Feuillet « Arrêter de fumer avant d'être hospitalisé »*
- Feuillet « Arrêter de fumer avant d'être traité »*
- Feuille expliquant le suivi : « On continue de vous aider » (annexe 3d - i)
- Exemple de lettre motivationnelle pour les non-fumeurs (annexe 3d - ii)
- Exemple de lettre motivationnelle pour les fumeurs (annexe 3d - iii)
- Brochure « Air pur »* (page couverture en annexe 3d - iv)
- Revue « Deux »* (page couverture en annexe 3d - v)

Outils promotionnels

- Affiche « Air Pur » (annexe 3e)
- Affiche « Autos et maisons sans fumée de tabac »
- Autocollant « Autos et maisons sans fumée de tabac » (annexe 3e)
- Affiche « Switch »
- Dépliant « Switch »

Outils de soutien à la pratique

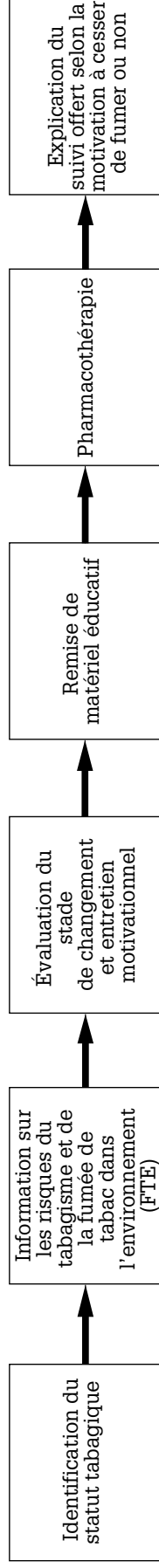
- Formulaire de collecte de données (annexe 3f - i)
- Formulaire de monitoring (annexe 3f - ii)
- Autocollant pour le statut tabagique « Air Pur » (annexe 3f - iii)
- Étampe d'identification du statut tabagique (annexe 3f - iv)
- Guide d'utilisation de la base de données
- Cahier de formation
- Présentations pour la sensibilisation des professionnels

* disponible sur www.santepub-mtl.qc.ca

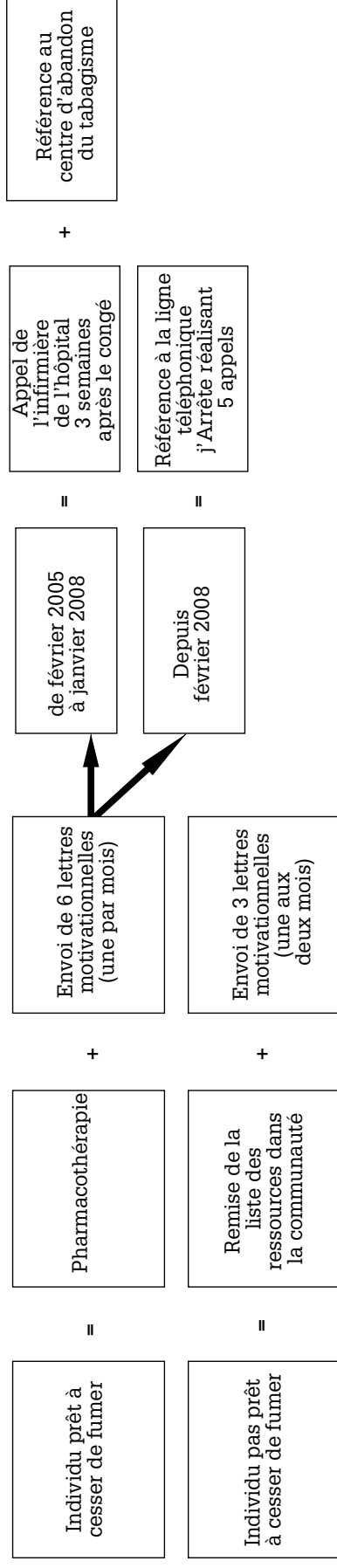
Projet de soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal

Schéma d'intervention

Intervention à l'hôpital par l'infirmière spécialisée en cessation tabagique



Intervention après le congé





Étape 5 : Monitoring et évaluation

Monitoring

Afin d'assurer un suivi des interventions dans chacun des hôpitaux, une base de données accessible sur le Web, et dont le serveur est localisé au Technocentre¹ régional, a été développée par la DSP. Le monitoring est assuré par les infirmières responsables, et les données relatives aux interventions sont saisies quotidiennement dans cette base. La DSP assure la formation et le soutien technique des infirmières et fournit un formulaire de collecte de données spécialement conçu pour le monitoring (annexe 3f - ii).

La validation des données est assurée par une professionnelle de la DSP qui produit des rapports qui sont présentés et discutés lors des réunions du comité de gestion. Cela permet à ses membres de suivre l'implantation du projet et d'y apporter des correctifs au besoin.

Les interventions réalisées dans les cliniques externes sont également compilées, et l'infirmière responsable assure un suivi périodique auprès du personnel concerné.

En plus du monitoring des interventions, un rapport annuel est rédigé par chacune des infirmières responsables dans le but de documenter toutes les autres activités en lien avec le projet (promotion, sensibilisation, formation).

¹ Le Technocentre rend accessibles les systèmes et les technologies de l'information nécessaires aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux. L'hébergement régional d'applications pour les établissements est une de ses activités.

Évaluation

Évaluation du projet pilote à l'Institut de Cardiologie de Montréal

À la suite du projet pilote à l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM), une évaluation d'impact a été effectuée de juillet 2006 à mai 2007 auprès des 396 fumeurs hospitalisés à l'ICM 6 mois auparavant. Ont été exclues les personnes décédées ou dont le numéro de téléphone était non valide ($n = 24$). Le taux de cessation a été calculé en respectant le principe d'intention de traiter. Le dénominateur comprenait donc 372 participants, et ceux n'ayant pu être rejoints ont été considérés fumeurs. Le taux de cessation défini par l'abstinence au cours des 7 jours précédant l'appel était de 29 % à 6 mois, ce qui est comparable aux résultats rapportés dans la littérature.

Évaluation du projet en périnatalité

Depuis 2007, le projet est implanté dans les hôpitaux offrant l'intervention auprès de la clientèle en obstétrique, et la démarche d'évaluation actuelle se fait uniquement pour ces hôpitaux. Il s'agit de : Hôpital général juif, Hôpital général du Lakeshore, Hôpital de LaSalle du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital Royal Victoria du CUSM, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Hôpital Saint-Luc du CHUM et Centre hospitalier de St. Mary.

■ Évaluation d'implantation

Une évaluation d'implantation a été initiée à l'automne 2008 et sera finalisée au printemps 2010. Elle vise à répondre aux deux questions suivantes : 1) dans quelle mesure l'intervention en cessation tabagique est-elle implantée dans les hôpitaux, et 2) dans quelle mesure l'intervention individuelle en cessation tabagique est-elle conforme au protocole proposé par la Direction de santé publique ?

Pour répondre à la première question, l'évaluation s'attache à mesurer la conformité de la vision locale au modèle régional et l'engagement de l'hôpital dans l'implantation du projet. Pour la vision, deux indicateurs permettent de caractériser la conformité ou les écarts de la vision adoptée par chacun des hôpitaux face au modèle d'intervention proposé, soit les objectifs visés par le projet et les rôles dévolus à l'infirmière responsable pour accomplir ces objectifs. Pour mesurer l'engagement de l'hôpital, les indicateurs retenus sont l'allocation de ressources, les modalités de gestion, le soutien de la direction pour le projet et les mesures mises en place pour institutionnaliser le projet dans l'hôpital.

Quant à la deuxième question, l'évaluation vise à mesurer les écarts entre le modèle et les expériences d'implantation vécues dans les hôpitaux. Les indicateurs retenus pour caractériser la conformité de l'implantation du projet dans l'hôpital sont les suivants :

- la réalisation de rencontres de sensibilisation et de formation à l'attention du personnel ;
- le temps dévolu par l'infirmière responsable pour la réalisation de ses mandats ;
- le soutien des intervenants du milieu dans l'implantation du projet ;
- la mise en place de mécanismes d'identification du statut tabagique et de référence des fumeurs à l'infirmière responsable ;
- la conformité de l'intervention au modèle régional ;
- l'inscription des médicaments de cessation tabagique au formulaire de l'hôpital.

Par ailleurs, les éléments facilitants et les obstacles sont aussi identifiés afin d'expliquer les difficultés et les réussites rencontrées dans les différents hôpitaux dans le cadre de l'implantation du projet.

La collecte de données pour l'évaluation d'implantation est principalement qualitative. Il s'agit d'entrevues auprès des gestionnaires du projet et des infirmières responsables de l'intervention dans les hôpitaux et d'une analyse documentaire (documents administratifs de suivi du projet). De plus, l'analyse des données de la base de monitoring permettra de caractériser les personnes rejointes et les interventions qu'elles ont acceptées de recevoir.

Les résultats de l'évaluation permettront d'identifier, dans un premier temps, les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés dans le processus d'implantation et, dans un deuxième temps, de formuler des recommandations pour favoriser une meilleure institutionnalisation de l'intervention en cessation tabagique en milieu hospitalier. Par ailleurs, les résultats permettront de mieux ajuster l'intervention individuelle en cessation tabagique aux contextes de pratique des infirmières et aux besoins des personnes rencontrées.



■ Évaluation de résultats

Une évaluation des résultats est en cours. La démarche vise à mesurer la cessation tabagique et à documenter le processus d'arrêt tabagique auprès d'un échantillon de femmes ayant accouché et ayant déclaré avoir fumé au cours de la dernière année et auprès d'un échantillon de conjoints ayant fumé au cours des 30 derniers jours précédant la rencontre avec l'infirmière responsable.

Sur la base d'un taux de cessation de 10 % et en considérant un seuil de signification de 5 % ($\alpha = 0,05$) et une puissance de 90 %, l'échantillon nécessaire s'élève à 170 pour chacun des deux groupes (femmes et conjoints). Les personnes composant l'échantillon ont reçu une intervention dans l'un des six hôpitaux où le projet est actuellement en cours, soit : Hôpital général juif, Hôpital de LaSalle du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle, Hôpital Royal Victoria du CUSM, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Hôpital Saint-Luc du CHUM et Centre hospitalier de St. Mary. Le consentement des personnes à participer à l'évaluation à six mois a été recueilli lors de l'intervention à l'hôpital. Le taux de consentement s'élève à 82,2 %.

Le questionnaire a été développé par l'équipe d'évaluation du secteur des Services préventifs en milieu clinique de la DSP en collaboration avec les membres de l'équipe d'intervention responsable du projet. Les répondants sont questionnés sur :

- le statut tabagique au cours des sept derniers jours ;
- les tentatives de cessation ;
- l'exposition aux interventions offertes par le projet ;
- l'appréciation des interventions ;
- les autres services en cessation tabagique utilisés ;
- le statut tabagique des autres personnes du ménage ;
- l'exposition à la fumée secondaire dans le ménage ;
- les intentions futures face au tabagisme.

L'enquête, réalisée par entrevues téléphoniques par des assistants de recherche formés à cet effet, a débuté à l'automne 2009. Les résultats seront disponibles au printemps 2010.





Conclusion

Le projet de soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal s'inscrit dans les normes 2 et 3 du Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé et respecte les recommandations les plus récentes en matière de cessation tabagique auprès de la clientèle hospitalisée.

Depuis 2005, le projet a été implanté dans plusieurs hôpitaux de Montréal. L'expérience nous démontre que l'identification systématique du statut tabagique est cruciale pour rejoindre la clientèle et, à cet égard, l'implication des gestionnaires est essentielle.

Un taux élevé de fumeurs au stade de préparation pour la cessation tabagique se retrouve dans tous les départements, et l'intervention est bien acceptée par les fumeurs rencontrés. L'implantation du projet en périnatalité nous a permis de rejoindre de jeunes adultes fumeurs et d'agir en prévention primaire tant pour la cessation tabagique que la protection contre la fumée de tabac dans l'environnement familial.

L'évaluation d'implantation et d'impact qui est en cours permettra de mesurer le succès de l'intervention et de mieux cerner les éléments facilitants et les obstacles à son déploiement. Cependant, plusieurs facteurs ont déjà été identifiés pour assurer la pérennité du projet de même que certaines barrières (annexe 3g). Soulignons principalement l'importance d'avoir : (i) un gestionnaire qui adhère au projet, soutient l'infirmière responsable de l'implantation et agit comme agent facilitateur auprès des chefs de départements et de programmes, (ii) une infirmière responsable du projet ayant des habiletés de communication, facilitant ainsi la formation et le soutien des autres professionnels, (iii) une infirmière responsable dont les autres fonctions sont également dans le champ de la promotion/prévention, (iv) un médecin faisant preuve de *leadership* pour soutenir le projet, (v) l'identification systématique du statut tabagique dès l'admission, (vi) une base de monitoring qui permet de suivre l'implantation et d'ajuster l'intervention, (vii) la disponibilité d'outils éducatifs et promotionnels.

Le tabagisme demeure le facteur de risque modifiable le plus important sur lequel tous les professionnels et les établissements de santé devraient intervenir. Notre projet démontre l'utilité et la faisabilité d'une telle intervention en milieu hospitalier à Montréal.

Bibliographie

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2002). Put prevention into practice program. *A Step-by-Step Guide to Delivering Clinical Preventive Services: A Systems Approach*. no de publication : APPIP01-0001, Rockville, MD.

Albert, L. et Haddad S. (2000). Cours MSO 6071 – *Gestion de projets de santé, conception, développement, suivi et évaluation de projets*. Recueil de texte, Université de Montréal, Faculté de Médecine, Département de Médecine sociale et préventive.

AQESSS (s. d.). *Séance d'appropriation : projet d'organisation clinique des services : manuel du participant*. Récupéré de <http://www.aqesss.qc.ca/566/i-Strategie.aqesss>

Ashcroft, S. J. (1998). Preston as a Pilot Health Promoting Hospital. Dans J. M. Pelikan, K. Krajic, H. Lobnig (Éds.), *Feasibility, Effectiveness, Quality and Sustainability of Health Promoting Hospital Projects. Proceedings of the 5th International Conference on Health Promoting Hospitals, Vienna, Austria* April 16.-19., 1997 (pp. 176-178). Gamburg, Germany: Health Promotion Publications.

Banque Mondiale. (1996). *Designing Project Monitoring and Evaluation: Lessons and Practices* no. 8, Technical Paper, Operations Evaluation Department.

Bélanger, H. (2008). Outil no 1 : Prêt pour un changement. Dans *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu* (pp. 67-68). Québec, Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-272-01/Outil-1.doc>

Bickerstaffe, G. (2007, avril). *Can smoking cessation brief intervention training provide a model for wider health promotion brief interventions?*. Communication présentée au 15th International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH): Contributions of HPH to the Improvement of Quality of Care, Quality of Life and Quality of Health Systems, Vienne, Autriche.

Bryant, C. et Doucet, M. (1999). Les quatre temps du projet. *Solidarité rurale du Québec*. Récupéré de http://www.rqvvv.qc.ca/trousse_outils/2.3.1.pdf

Ceratti, F. (1998). Buzzi Hospital Experiences – Towards a Health Promoting Hospital. Dans J. M. Pelikan, K. Krajic, H. Lobnig (Éds.), *Feasibility, Effectiveness, Quality and Sustainability of Health Promoting Hospital Projects. Proceedings of the 5th International Conference on Health Promoting Hospitals, Vienna, Austria* April 16.-19., 1997 (pp. 202-205). Gamburg, Germany: Health Promotion Publications.

Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z. et Denis, J.-L. (2009). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos et Z. Hartz (Éds.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (pp. 35-56). Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.

Chevalier, S., Renaud, L. et Hubert, F. (2005). *L'expérience d'Au cœur de la vie*. Montréal, Québec: Institut national de santé

publique du Québec. Récupéré de <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/399-IntegrationPratiquesCliniquesPreventives-CoeurVie.pdf>

D'Amours, G., Deschesnes, M., Jomphe Hill, A. et Olivier, C. (2000). Guide d'évaluation des interventions – Projet « Écoles-Milieus en santé de l'Outaouais ». Hull, Québec: Direction de santé publique de la l'Outaouais, RRSSSO.

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Collège des médecins (2009). *L'examen médical périodique de l'adulte*. Récupéré de <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfautre/examenperiodique2009.pdf>

Fielding, P., Harrison, D. (1998). Managing for clinical effectiveness. Dans J. M. Pelikan, K. Krajic, H. Lobnig (Éds.), *Feasibility, Effectiveness, Quality and Sustainability of Health Promoting Hospital Projects. Proceedings of the 5th International Conference on Health Promoting Hospitals, Vienna, Austria* April 16.-19., 1997 (pp. 140-142). Gamburg, Germany: Health Promotion Publications.

Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B. et al. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Gauthier, J. et Langlois, A.-M. (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*. Québec, Québec: Gouvernement du Québec.

Gritz, E. R., Dresler, C., Sarna, L. (2005, octobre). Smoking, The Missing Drug Interaction in Clinical Trials: Ignoring the Obvious. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 14(10), 2287-2293.

Groene, O. (2006). *Mise en œuvre de la promotion de la santé dans les hôpitaux : Manuel d'autoévaluation et formulaires*. OMS. Traduction de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Montréal, Québec: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Récupéré de <http://www.euro.who.int/document/e89783.pdf>

Groulx, S. (2007). *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Québec, Québec, Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-272-02.pdf>

Honoré, B. (1999). Training: An essential condition for the success of any health project in hospitals. Dans H. Berger, R. Paul, K. Krajic (Éds.), *Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks. Proceedings of the 6th International Conference on Health Promoting Hospitals, Darmstadt, April 29th – May 2nd, 1998* (pp. 231-233). Gamburg, Germany: Health Promotion Publications.

Kane, K. (1999). Project management: A Key Tool in Health Promotion?. Dans H. Berger, K. Krajic et R. Paul (Éds.), *Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks. Proceedings of the 6th International Conference on Health Promoting Hospitals, Darmstadt, April 29th – May 2nd, 1998* (pp. 234-236). Gamburg, Germany: Health Promotion Publications.

Larsson, K. (2007, avril). *Screening and brief intervention for hazardous alcohol drinking in a hospital setting*. Communication présentée au 15th International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH): Contributions of HPH to the Improvement of Quality of Care, Quality of Life and Quality of Health Systems, Vienne, Autriche.

- Lina, M., Boffi, R., De Marco, C., Cerati, C. et Mazza, R. (2008, mai). *Smoking cessation for hospitalized cancer patients*. Communication présentée au 16th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services: "Hospitals and health services in the health society: Quo vadis, HPH?", Berlin, Allemagne.
- Lindström, D., Azodi, O. S., Wladis, A. et al. (2008, novembre). Effects of a Perioperative Smoking Cessation Intervention on Postoperative Complications: A Randomized Trial. *Annals of Surgery*, 248(5), 739-745.
- Martin, C. et Arcand, L. (2005). *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Québec, Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Récupéré de <http://www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/csc/promotion/pdf/19-7062.pdf>
- Møller, A. M., Villebro, N., Pedersen, T., et Tønnesen H. (2002, janvier). Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet*, 359(9301), 114-117.
- Nowak, P., Lobnig, H., Krajic, K. et Pelikan, J. M. (1998). Case Study Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria – WHO-Model Project "Health and Hospital". Dans J. M. Pelikan, H. Lobnig et K. Krajic (Éds.), *Pathways to a Health Promoting Hospital: Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997* (pp. 47-66). Gamburg, Germany: Health Promotion Publications.
- Nowak, P. et März, R. (1998). The Vienna WHO-Model Project "Health and Hospital". Dans J. M. Pelikan, K. Krajic et H. Lobnig (Éds.), *Feasibility, Effectiveness, Quality and Sustainability of Health Promoting Hospital Projects. Proceedings of the 5th International Conference on Health Promoting Hospitals, Vienna, Austria, April 16.-19., 1997* (pp. 164-166). Gamburg, Germany: Health Promotion Publications.
- l'OMS - bureau régional de l'Europe (1986). Charte d'Ottawa. Récupéré de http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french ou : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html> (version anglaise).
- Organisation mondiale de la santé (2005). *Prévention des maladies chroniques: un investissement vital*. Récupéré de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/index.html
- Pelikan, J. M., Lobnig, H., Krajic, K. et Dietscher, C. (1998). Structure, process and outcome of the European Pilot Hospital Project – A summary. Dans J. M. Pelikan, H. Lobnig et K. Krajic (Éds.), *Pathways to a Health Promoting Hospital: Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997* (pp. 17-44). Gamburg, Germany: Health Promotion Publications.
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies*. Montréal, Québec: Éditions nouvelles.
- Price, J. et Stephens, B. (1998). The Health Promoting Hospital Project at Prince Philip Hospital. Dans J. M. Pelikan, H. Lobnig et K. Krajic (Éds.), *Pathways to a Health Promoting Hospital: Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997* (pp. 367-386). Gamburg, Germany: Health Promotion Publications.
- Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Provost, M.-H. et autres (2007). *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*. Québec, Québec: Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-272-04.pdf>
- Rice, V. H., Stead, L.F. (2008). Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(CD001188). DOI: 10.1002/14651858. CD001188.pub3.
- Rigotti, N. A., Munafo, M. R. et Stead, L. F. (2007). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD001837). DOI: 10.1002/14651858. CD001837.pub2.
- Statistique Canada (mars 2009). *Mortalité : liste sommaire des causes 2005*, p 12. Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=84F0209X&CHROPG=1&lang=fra>
- Statistique Canada (2008). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), p. 12. Récupéré de http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=fr&db=IMDB&db1=E&adm=8&dis=2
- Taylor, E. (1998). Evaluation: Labonte Style. Dans J. M. Pelikan, K. Krajic, H. Lobnig (Éds.), *Feasibility, Effectiveness, Quality and Sustainability of Health Promoting Hospital Projects. Proceedings of the 5th International Conference on Health Promoting Hospitals, Vienna, Austria April 16.-19., 1997* (pp. 220-222). Gamburg, Germany: Health Promotion Publications.
- Tønnesen, H. (2003). Alcohol abuse and postoperative morbidity. *Danish medical bulletin*, 50(2), 139-160.
- Tønnesen, H., Villebro, N. M., Pedersen, T. et Møller, A. M. (2007a, avril). *Long-term effects of a preoperative smoking cessation programme*. Communication présentée au 15th International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH): Contributions of HPH to the Improvement of Quality of Care, Quality of Life and Quality of Health Systems, Vienne, Autriche.
- Tønnesen, H., Roswaall, N., Dodgaard, M. et Heygaard, T. (2007b, avril). *Systematic information regarding risk factors in the medical records in Danish hospitals at first contact – a pilot implementation and evaluation*. Communication présentée au 15th International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH): Contributions of HPH to the Improvement of Quality of Care, Quality of Life and Quality of Health Systems, Vienne, Autriche.
- Tønnesen, H., Nielsen P. R., Lauritzen J. B. et Møller, A. M. (2009). Smoking and Alcohol Intervention Before Surgery : Evidence for Best Practice. *British Journal of Anaesthesia*, 102(3), 297-306.
- Wagner, E. et Corleis, Sr. M. C. (1998). "Health promoting hospital" and organizational development: Case study on the concept of St. Bernard Hospital, Hildesheim. Dans J. M. Pelikan, H. Lobnig et K. Krajic (Éds.), *Pathways to a Health Promoting Hospital: Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997* (pp. 95-110). Gamburg, Germany: Health Promotion Publications.
- Wolff, C. et Thygesen, V. (2008, mai). *A new way to implement motivational interviewing concerning life style factors at Bispebjerg Hospital, Copenhagen Denmark*. Communication présentée au 16th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services: "Hospitals and health services in the health society: Quo vadis, HPH?", Berlin, Allemagne.

Annexe 1

**Principales
recommandations
en matière
de prévention**



Annexe 1a
Pratiques cliniques préventives inscrites dans le
Programme national de santé publique
(Québec, Canada)

Pratiques cliniques préventives inscrites dans le *Programme national de santé publique* (Québec, Canada)

Développement, adaptation et intégration sociale

- Prise d'une dose suffisante d'acide folique par les femmes en âge de procréer
- Recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes
- Counselling concernant le tabagisme auprès des femmes enceintes
- Counselling en matière d'allaitement maternel
- Dépistage systématique de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale auprès des nouveaux-nés
- Recommandation par les médecins aux familles défavorisées de bénéficier des visites à domicile durant la période périnatale et la petite enfance
- Orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces
- Formation des médecins axée sur la prévention du suicide
- Signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs :
 - Sensibilisation du grand public et des professionnels de la santé et des services sociaux
 - Diffusion d'information sur les activités et les services qui sont offerts
- Promotion et soutien, auprès des médecins, de la recherche de cas et du counselling sur la consommation d'alcool
- Intervention globale au regard de la prévention du suicide : promotion et soutien des pratiques cliniques préventives
- Intervention visant les consommateurs, les prescripteurs et les distributeurs de médicaments pour prévenir la consommation inappropriée de médicaments psychotropes chez les personnes âgées
- Soutien des cliniciens pour qu'ils décèlent le moindre signe d'agression sexuelle ou de violence conjugale chez les adultes et les personnes âgées ainsi que tout abus ou toute négligence dont seraient victimes ces personnes





Habitudes de vie et maladies chroniques

- Counselling concernant le tabagisme
- Counselling concernant les habitudes alimentaires
- Counselling concernant l'activité physique
- Counselling concernant l'utilisation de fluorures (dentifrice ou suppléments)
- Intégration des services de consultation brève concernant :
 - L'arrêt de consommation de tabac
 - Des services de dépistage et de consultation intensifs concernant le tabagisme
- Soutien des cliniciens pour la détection précoce des maladies chroniques chez les adultes et les personnes âgées ainsi que pour la prise en charge des personnes atteintes de :
- Cancer du sein
- Cancer du col utérin (test de Papanicolaou)
- Hypertension artérielle
- Application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans qui satisfont aux critères concernant le risque de carie dentaire reçoivent des agents de scellement sur les faces des molaires permanentes présentant des fosses et des sillons

Traumatismes non intentionnels

- Promotion et soutien, auprès des cliniciens, du counselling concernant l'usage de dispositifs de sécurité – dispositif de retenue pour enfant dans les voitures, casque pour les cyclistes et pour les conducteurs et les passagers d'une motocyclette ou d'un véhicule tout terrain, ceinture de sécurité
- Promotion et soutien, auprès des cliniciens, de l'évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chutes destinées aux personnes âgées à risque

Maladies infectieuses

- Soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez les femmes enceintes
- Organisation des services intégrés de dépistage du VIH/SIDA, du VHC et des ITS
- Soutien des pratiques cliniques préventives par l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes
- Soutien des pratiques cliniques préventives pour le dépistage de la colonisation par le streptocoque groupe B chez les femmes enceintes

Source : Groulx (2007) p. 20-21

Annexe 1b

Grille de l'*Examen médical périodique de l'adulte* 2010

EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE DE L'ADULTE – 2010

Nom :	# Dossier :
-------	-------------

ANNÉE						
ÂGE						
Tabagisme	TOUS					À DEMANDER
Alimentation						
Activité physique						
Protection solaire						
Audition						
Violence familiale						
Counselling I.T.S.S.						
Abus d'alcool						
Dépression						
Brossage de dents + soie dentaire						
Acide folique chez la femme						
Calcium / Vitamine D						
Facteurs de risque ostéoporose	50 +					À EXAMINER
Évaluation chute	60 +					
Déficit cognitif						
Tension artérielle	TOUS					
Poids						
Indice de masse corporelle						
Tour de taille						
Vision						
Cytologie cervicale (PAP) aux deux ans	♀					À FAIRE
Examen des seins/prostate	50 +					
Bilan lipidique aux 3 ans	40 + 50 + ♂ ♀					
Glycémie aux 3 ans	40 +					
Mammographie aux 2 ans						
Sang dans les selles aux 2 ans	50 +					
Sigmoïde. aux 5 ans/colono aux 10 ans						
Dépistage	Personnes à risque					
Gonorrhée						
Syphilis						
Chlamydia						
VIH						
Hépatite B						
Hépatite C						
Immunisation						
Rougeole-rubéole-oreillons						
Varicelle						
Hépatite A						
Hépatite B						
Pneumocoque, zona, méningite						
Influenza chaque année						
dCaT puis d ₂ T ₅ aux 10 ans	TOUS					
Virus du papillome humain	- 25 ♀					
Ostéodensitométrie	65 +					
Écho abdominale (anévrisme aorte)						

Annexe 1c

Liste des adresses Internet sur les recommandations officielles

[mise à jour de la liste proposée dans le document *L'expérience d'Au cœur de la vie* (Chevalier et coll., 2005)]



Liste des adresses Internet sur les recommandations officielles

[mise à jour de la liste proposée dans le document *L'expérience d'Au cœur de la vie* (Chevalier et coll., 2005)]

Agence de la santé publique du Canada :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php>

Association médicale canadienne :

http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/121/la_id/1.htm

U.S. Preventive Services Task Force

(USPSTF) : recommandations américaines pour la médecine préventive)

<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>

<http://www.cdc.gov/nccdphp/index.htm>

Au cœur de la vie

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/399-IntegrationPratiquesCliniquesPreventives_CoeurVie.pdf

Put prevention into practice

<http://www.ahrq.gov/clinic/ppipix.htm>

U.S. National Guideline Clearing House :

<http://www.guideline.gov/compare/synthesis.aspx>

Données sur les facteurs de risques cardio-vasculaires :

Agence de santé publique du Canada - Prévention des maladies chroniques/maladies cardio-vasculaires :

http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cvd-mcv/facts_f.html

Fondation des maladies du cœur du Québec. : <http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kpIQKVOxFoG/b.3669779/k.BC38/Accueil.htm>

Tabac

Le Conseil canadien pour le contrôle du tabac (CCCT) : <http://www.ncth.ca>

Smoking & Tobacco Use : <http://www.cdc.gov/tobacco/>

Rapports du Surgeon general sur les conséquences du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire :

<http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/index.html>

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update :

<http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm>

Activité physique et nutrition

Santé Canada :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/index.html>

<http://hc-sc.gc.ca/fn-an/index-fra.php>

Kino-Québec : <http://kino-quebec.qc.ca/>

Conseil canadien des aliments et de la Nutrition :

<http://www.nin.ca/>

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie <http://www.cflri.ca/fra/index.php>

American College of Sports Medicine : <http://www.acsm.org/>

Hypertension

Société canadienne d'hypertension artérielle : <http://www.hypertension.ca/>

Programme éducatif canadien sur l'hypertension :

<http://hypertension.ca/chep/fr/>

Diabète

<http://www.diabetes.ca>

http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac2/francais/05contents_f.html

Annexe 2

**Portrait des
pratiques actuelles :
Grilles d'autoévaluation**



Annexe 2a
Grille pour l'évaluation des normes 2 et 3

Grille pour l'évaluation de la norme 2

Unité de soins⁽¹⁾ _____

À l'admission, il existe des procédures et des outils pour évaluer les besoins en promotion de la santé des patients en lien avec le facteur ou les facteurs de risque choisis (Exemples de facteurs de risque : tabagisme, drogues, alcool, alimentation, activité physique, situation psychologique, situation économique, contexte socio- et culturel) :			
Facteurs de risque	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Pendant l'hospitalisation et au congé, il existe des procédures et des outils pour réévaluer les besoins en promotion de la santé des patients en lien avec le ou les facteurs de risque choisis (Exemples de facteurs de risque : tabagisme, drogues, alcool, alimentation, activité physique, situation psychologique, situation économique, contexte socio- et culturel) :			
Facteurs de risque	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Il existe des procédures et des outils pour évaluer les besoins en promotion de la santé de certains groupes de patients présentant des facteurs de risque propres à une maladie ou une situation choisis ⁽²⁾ (Exemples de maladies et de situation : diabète, maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, cancers, périnatalité, post-chirurgie, réadaptation) :			
Facteurs de risque et la maladie ou la situation ⁽²⁾	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
L'évaluation des besoins en promotion de la santé à l'admission et la réévaluation de ces besoins est documentée dans le dossier des patients	☐	☐	☐
L'évaluation des besoins en promotion de la santé figurant dans les dossiers inclut l'information provenant du médecin ayant fait la référence	☐	☐	☐
Les procédures et les outils pour évaluer les besoins en promotion de la santé des patients sont mis à jour annuellement	☐	☐	☐

Adaptée de Groene O. (2006).

N. B. : Veuillez consulter les notes (1) et (2) à la fin de l'annexe 2a.

Clinique externe⁽³⁾, service thérapeutique ambulatoire⁽⁴⁾ ou programme-service⁽⁵⁾

À l'accueil, il existe des procédures et des outils pour évaluer les besoins en promotion de la santé des patients en lien avec le facteur ou les facteurs de risque choisis (Exemples de facteurs de risque : tabagisme, drogues, alcool, alimentation, activité physique, situation psychologique, situation économique, contexte socio- et culturel) :			
Facteurs de risque	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Au premier rendez-vous, il existe des procédures et des outils pour évaluer les besoins en promotion de la santé des patients en lien avec le ou les facteurs de risque choisis (Exemples de facteurs de risque : tabagisme, drogues, alcool, alimentation, activité physique, situation psychologique, situation économique, contexte socio- et culturel) :			
Facteurs de risque	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Lors de rendez-vous subséquents, il existe des procédures et des outils pour réévaluer les besoins en promotion de la santé des patients en lien avec le ou les facteurs de risque choisis (Exemples de facteurs de risque : tabagisme, drogues, alcool, alimentation, activité physique, situation psychologique, situation économique, contexte socio- et culturel) :			
Facteurs de risque	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Il existe des procédures et des outils pour évaluer les besoins en promotion de la santé de certains groupes de patients présentant des facteurs de risque propres à une maladie ou une situation choisis (Exemples de maladies et de situation : diabète, maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, cancers, périnatalité, post-chirurgie, réadaptation) :			
Facteurs de risque et la maladie ou la situation	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

N. B. : Veuillez consulter les notes (3), (4) et (5) à la fin de l'annexe 2a.

Grille pour l'évaluation de la norme 3

Unité de soins _____

Les patients et les visiteurs ont accès à de l'information générale (dépliants, affiches, DVD, etc.) sur le ou les facteurs de risque choisis (Exemples de facteurs de risque : tabagisme, drogues, alcool, alimentation, activité physique, situation psychologique, situation économique, contexte socio- et culturel) :			
Facteurs de risque	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Les patients et les visiteurs ont accès à de l'information spécifique (dépliants, affiches, DVD, etc.) concernant des facteurs de risque propres à une maladie ou une situation à haut risque choisis (Exemples de maladies et de situation : diabète, maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, cancers, périnatalité, post-chirurgie, réadaptation) :			
Facteurs de risque et la maladie ou la situation	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Les patients et les visiteurs ont accès à des listes de ressources dans la communauté en lien avec les facteurs de risque et les maladies ou situations à haut risque choisis :			
Facteurs de risque et maladies ou situations à haut risque	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Il existe des procédures et des outils pour intervenir auprès des patients selon les besoins en promotion de la santé identifiés lors de leur admission en lien avec le ou les facteurs de risque choisis (Exemples de facteurs de risque : tabagisme, drogues, alcool, alimentation, activité physique, situation psychologique, situation économique, contexte socio- et culturel) :			
Facteurs de risque	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Clinique externe, service thérapeutique ambulatoire et programme-service _____

Les patients et les accompagnateurs ont accès à de l'information générale (dépliants, affiches, DVD, etc.) sur le ou les facteurs de risque choisis (Exemples de facteurs de risque : tabagisme, drogues, alcool, alimentation, activité physique, situation psychologique, situation économique, contexte socio- et culturel) :			
Facteurs de risque	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Les patients et les accompagnateurs ont accès à de l'information spécifique (dépliants, affiches, DVD, etc.) concernant des facteurs de risque propres à une maladie ou une situation à haut risque choisis (Exemples de maladies et de situation : diabète, maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, cancers, périnatalité, post-chirurgie, réadaptation) :			
Facteurs de risque et maladies ou situations à haut risque	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Les patients et les accompagnateurs ont accès à des listes de ressources dans la communauté en lien avec les facteurs de risque et les maladies ou situations à haut risque choisis :			
Facteurs de risque et maladies ou situations à haut risque	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Il existe des procédures et des outils pour intervenir auprès des patients selon les besoins en promotion de la santé identifiés lors de leur premier rendez-vous en lien avec les facteurs de risque choisis (Exemples de facteurs de risque : tabagisme, drogues, alcool, alimentation, activité physique, situation psychologique, situation économique, contexte socio- et culturel) :			
Facteurs de risque	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Il existe des procédures et des outils pour intervenir auprès de certains groupes de patients présentant des facteurs de risque propres à une maladie ou une situation à haut risque choisis : (Exemples de maladies et de situation : diabète, maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, cancers, périnatalité, post-chirurgie, réadaptation) :			
Facteurs de risque et maladies ou situations à haut risque	Oui	En partie	Non
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
Les informations et les interventions de promotion de la santé offertes aux patients en lien avec les facteurs de risque choisis sont consignées dans leur dossier			
Facteurs de risque			
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Notes

- Unités de soins** : les unités physiques de l'hôpital où les patients sont admis pour des soins par des infirmières (par exemple : médecine, chirurgie, psychiatrie, pédiatrie, obstétrique, soins intensifs, unité coronarienne, soins à longue durée, unité de désintoxication, unité de débordement de l'urgence, soins palliatifs, chirurgie d'un jour, hôpital de jour, etc.) ou en évaluation d'admission pour des soins (par exemple, l'urgence)
- Par « facteurs propres à une maladie ou une situation »**, on considère les facteurs de risque qui ont un impact démontré sur l'évolution de ces maladies ou situations particulières. Par exemple, l'évolution du diabète est améliorée lorsqu'on cesse de fumer et pratique plus d'activités physiques. Un autre exemple : les complications postchirurgicales sont réduites si on a cessé de fumer de 3 à 8 semaines avant la chirurgie.
- Cliniques externes** : les cliniques spécialisées où des patients sont vu en rendez-vous par un médecin, pour une consultation ou suivi d'un problème de santé. La clinique peut être thématique selon la spécialité (par exemple : clinique de suivi de l'urgence, clinique de chirurgie orthopédique, clinique de cardiologie) ou par problème de santé (par exemple : clinique de diabète, clinique de suivi prénatal, clinique d'asthme, clinique de VIH, etc.)
- Services thérapeutiques ambulatoires** : des services où des patients sont vus sur rendez-vous pour recevoir des soins thérapeutiques ne nécessitant pas une admission à l'hôpital (par exemple : hémodialyse, chimio-oncologie, physiothérapie, etc.)
- Programmes-services** : les programmes offrant des services à la clientèle des CSSS (par exemple : services de santé courants, jeunes en difficultés, soutien à domicile, etc.)

Annexe 2b
Grille de collecte de données pour l'analyse du milieu

Grille de collecte de données pour l'analyse du milieu

Nom du milieu : _____

Type de milieu :

- ☐ Unité de soins
- ☐ Clinique externe
- ☐ Service thérapeutique ambulatoire
- ☐ Programme-service
- ☐ Autre _____

Personnes consultées (Nom, titre et fonctions) _____

Documents consultés _____

THÈMES	NOTES
1. Fréquentation du milieu ciblé ▪ Nombre d'usagers différents ▪ Nombre d'hospitalisations ou de consultations ▪ Raisons de consultation ou d'hospitalisation de la clientèle	
2. Caractéristiques de la clientèle du milieu ciblé ▪ Proportion d'hommes et de femmes ▪ % tout-petit 0-5 ans ▪ % enfants 5-17 ans ▪ % personnes âgées de 60 ans et plus préciser s'il y a des suivis de clientèles particulières (ex : femmes enceintes, etc.) ▪ Proportion de la clientèle de milieux défavorisés ▪ Proportion clientèle multi-ethnique ▪ Proportion clientèle d'immigration récente	
3. Conditions liées à l'administration et à l'organisation qui peuvent constituer des éléments qui facilitent ou qui font obstacle à l'implantation du projet : ▪ Organigramme du milieu ciblé ▪ Ressources financières ▪ Temps de libération du personnel ▪ Présence de programmes en lien avec les facteurs de risque choisis	

THÈMES	NOTES
4. Mode de fonctionnement de l'équipe ▪ Pour chaque membre de l'équipe (médecins, Infirmières, inhalothérapeutes, diététistes, kinésiologies, commis, autres) : noms, fonctions dans/hors milieu ciblé, heures/semaine dans le milieu ▪ Réunion, rencontres et autres modes de communication : ○ Fréquence et objet des rencontres + professionnels concernés (médecins, infirmières, autres) ○ Autres formes de communication interne, lesquelles ? ▪ Partage des dossiers, partage de suivis : qui et comment ▪ Collaboration intra-professionnelle et inter-professionnelle ○ Dans quels contextes cette collaboration se produit-elle? ○ Existe-t-il des outils pour faciliter cette collaboration? Lesquels?	
5. Activités de formation tenues dans les 2 dernières années en lien avec les facteurs de risque choisis ▪ Contenus (demander copie) ▪ Nom du formateur ▪ Qui y a assisté ▪ Nombres d'heures par thème ▪ Documentation remise. Laquelle? ▪ Niveau de satisfaction/Intérêt suscité ▪ Niveau d'intégration dans les pratiques quotidiennes ▪ Difficultés à les organiser ▪ Difficultés d'avoir la participation du personnel	
6. Interventions quotidiennes auprès de la clientèle en lien avec les facteurs de risque choisis ▪ Guides de pratique: ○ Recension des guides de pratique disponibles pour chacun des facteurs de risque choisis ○ Sont-ils utilisés par l'ensemble des professionnels? ▪ Recommandations: ○ Est-ce tous les professionnels du milieu ciblé font les mêmes recommandations à la clientèle ? ▪ Documentation écrite: ○ Documentation écrite est remise à la clientèle ? ○ Par qui ○ Fréquence : Est-elle remise souvent ou rarement? ▪ Fréquence des interventions en lien avec les facteurs de risque choisis auprès de la clientèle cible ○ Qui ? Quand ? Comment ? Combien de fois ?	
7. Ressources disponibles sur le territoire (en lien avec les facteurs de risque choisis) ▪ Types de ressources ▪ Connaissances de ces ressources par les professionnels (en lien avec la dimension individuelle)	
8. Autres éléments pertinents	

Adapté de : Turbide, G. et Pineau, R. (2001). Au cœur de la vie et Analyse de milieu : Grille de collecte du Système de prévention clinique (SPC). Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Document non daté.

Annexe 2c
La vision des intervenants du milieu

La vision des intervenants du milieu

Pour chacun des 16 énoncés, encerclez le chiffre de 1 à 7 qui correspond le mieux à votre opinion

Pas du tout en accord 1	Très peu en accord 2	Un peu en accord 3	Moyennement en accord 4	Assez en accord 5	Beaucoup en accord 6	Très en accord 7
1.	La prévention est un aspect important de la pratique de notre milieu.				1	2 3 4 5 6 7
2.	La prévention devrait avoir plus de place dans notre pratique.				1	2 3 4 5 6 7
3.	Notre milieu compte parmi ses membres une personne qui a le leadership, la vision et l'autorité nécessaires pour améliorer la prévention.				1	2 3 4 5 6 7
4.	Les membres de notre milieu considèrent qu'il est important de prendre du temps pour faire du counselling ou de l'éducation à la santé auprès des patients rencontrés individuellement.				1	2 3 4 5 6 7
5.	Les infirmières considèrent l'éducation du patient comme une de leurs tâches principales.				1	2 3 4 5 6 7
6.	Les médecins considèrent l'éducation du patient comme une de leurs tâches principales.				1	2 3 4 5 6 7
7.	Notre milieu est d'accord pour consacrer des ressources (temps, formation, personnel) à l'implantation d'un système de soins préventifs.				1	2 3 4 5 6 7
8.	La communication interne est très bonne entre les membres du personnel, les infirmières et les médecins de notre milieu.				1	2 3 4 5 6 7
9.	Il existe un esprit d'équipe entre les membres du personnel et les médecins de notre milieu.				1	2 3 4 5 6 7
10.	Notre milieu a déjà implanté ou tenté d'implanter des programmes spécifiques de prévention. (ex. : en matière de tabagisme, de cancers, etc.).				1	2 3 4 5 6 7
11.	Nous avons les mécanismes de références nécessaires pour que les patients obtiennent les tests de dépistage que nous n'offrons pas (ex : laboratoire, mammographie, etc.).				1	2 3 4 5 6 7
12.	Nous avons les mécanismes de référence permettant à nos patients de recevoir un counselling sur les changements de comportement (ex. : centre d'abandon du tabac).				1	2 3 4 5 6 7
13.	Nous assurons le suivi de nos patients lorsqu'ils sont orientés vers d'autres services.				1	2 3 4 5 6 7
14.	Nous pouvons accorder suffisamment de temps à la prévention dans notre milieu.				1	2 3 4 5 6 7
15.	Nous avons un système d'assurance de la qualité afin d'évaluer et d'améliorer notre prestation de service.				1	2 3 4 5 6 7
16.	Le milieu est doté d'un système d'information permettant de connaître le nombre de patients admissibles qui reçoivent les tests préventifs nécessaires (dépistage du cancer du col, vaccination, mammographie de dépistage, etc.).				1	2 3 4 5 6 7

Résultats

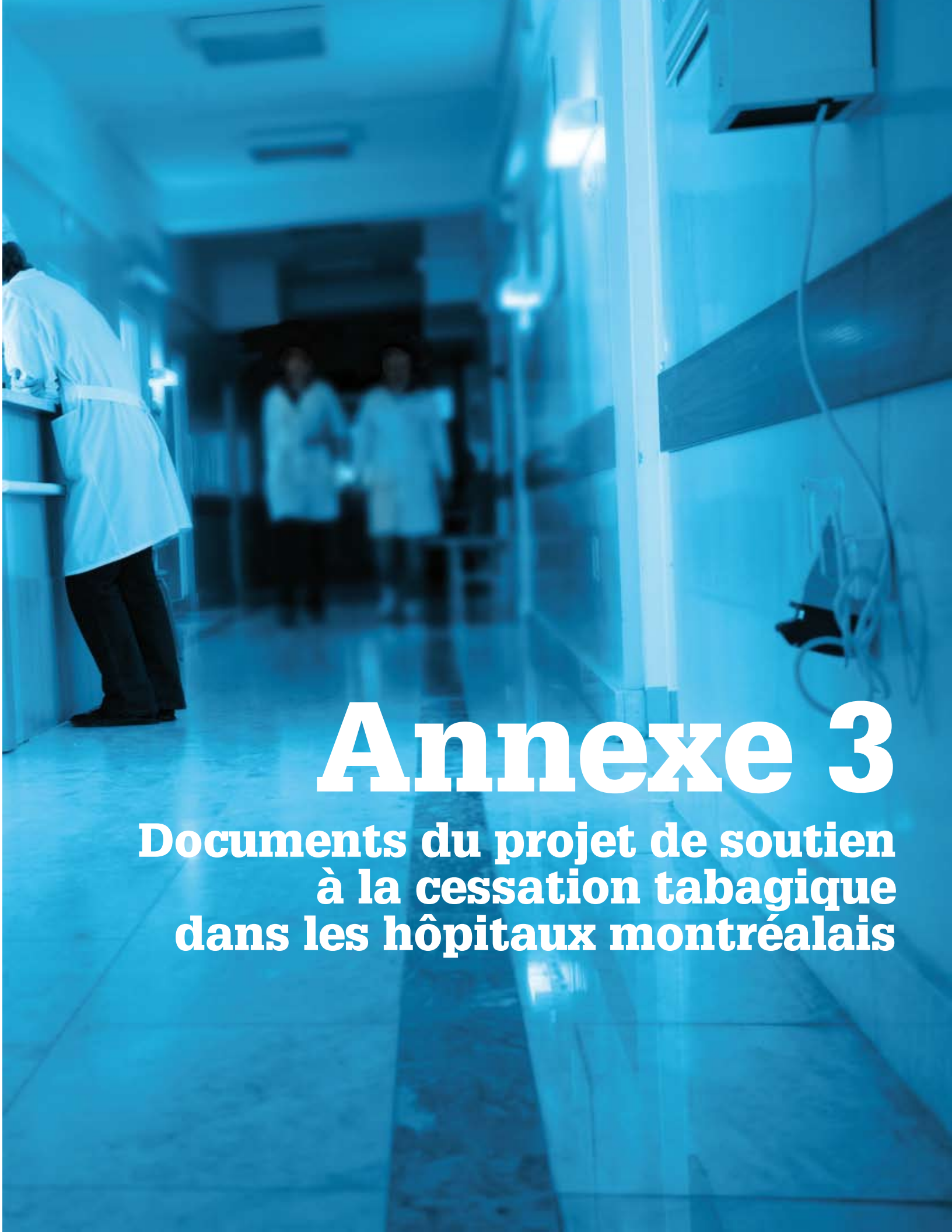
1. Le calcul du résultat se fait en additionnant chaque chiffre encerclé. Le score maximal possible, par questionnaire, est de 112 points, soit les 16 énoncés tous notés 7 par un même répondant. On établira le score de passage, pour la clinique, à 50, 60 ou 70 % (soit 56, 67 ou 78 points). Pour avoir la note de passage, le milieu devra donc afficher, en divisant le total des points accordés aux énoncés par le nombre de répondants, entre 56 et 78 points.

Score :

2. Il est aussi très intéressant d’analyser les résultats sur la base du score total obtenu pour chaque énoncé. L’analyse met alors en évidence les forces de la clinique et les aspects à améliorer. Par exemple dans un milieu comptant 10 répondants, le score maximal pour chaque énoncé est de 70 points et le score minimal, de 10; ainsi les énoncés tendant le plus vers 70 représentent les forces et ceux tendant davantage vers 10, les aspects à améliorer.

Énoncé	Score	Énoncé	Score
1		9	
2		10	
3		11	
4		12	
5		13	
6		14	
7		15	
8		16	

Modifié d'une adaptation de Bélanger (2008) de l'AHRO (2002)

A blue-tinted photograph of a hospital hallway. In the foreground on the left, a person in a white lab coat is leaning over a counter. In the background, two more people in white lab coats are walking away from the camera. The hallway has a polished floor and bright lights on the ceiling.

Annexe 3

**Documents du projet de soutien
à la cessation tabagique
dans les hôpitaux montréalais**

Annexe 3a
Modèle d'entente avec les hôpitaux

Modèle d'entente avec les hôpitaux

Entente pour l'implantation d'un projet de soutien à la cessation tabagique auprès des fumeurs hospitalisés

Entente entre

La Direction de Santé Publique de Montréal

1301 rue Sherbrooke est

Montréal, (Québec) H2L 1M3

Et

Hôpital....

... au 31 mars 2007

L'emploi du féminin dans ce document n'a pour but que d'alléger le texte.

Contexte

L'entente suivante définit les termes d'une association entre l'hôpital... et la Direction de Santé Publique de Montréal (DSP).

Dans le cadre du Plan québécois d'abandon du tabagisme, qui vise à intensifier et améliorer les services d'abandon du tabagisme au Québec, la DSP s'associe à l'hôpital... pour la mise en œuvre d'un projet de soutien à la cessation tabagique auprès des fumeurs hospitalisés.

Obligations de la DSP

1. Allouer, pour la période du ... au 31 mars 2007, le montant de ...\$ correspondant aux dépenses suivantes :
 - salaire à demi-temps (18,125 heures/semaine) de l'infirmière responsable du projet auquel on ajoute les avantages sociaux et les charges sociales soit ...\$
 - 500\$ non récurrent pour l'achat de matériel pertinent au projet.
2. Participer au comité de gestion qui sera responsable de coordonner la mise en œuvre, l'institutionnalisation et l'évaluation du projet.
3. Offrir de la formation et du soutien à l'intervenante responsable du projet, ainsi qu'à une personne désignée comme remplaçante, afin de les habiliter à donner des services efficaces en cessation tabagique.
4. Rencontrer les professionnels de la santé de l'hôpital afin de les sensibiliser à la problématique du tabagisme, de les informer de la mise en place du projet, de les mettre à jour concernant l'intervention brève d'aide à la cessation tabagique et de les encourager à intervenir auprès de leurs patients fumeurs.
5. Concevoir, avec la collaboration des membres du comité de gestion, et fournir : des outils d'aide à la pratique pour l'intervenante responsable, des outils pour la collecte de données de monitoring, du matériel éducatif pour les fumeurs ainsi que du matériel promotionnel.
6. Faciliter, pour les régions où cela est possible, la collaboration avec les intervenantes des Centres d'abandon du tabagisme qui pourront assurer le suivi des fumeurs qui le désirent, suite à leur congé de l'hôpital.
7. Mettre en place des modalités d'évaluation définies en collaboration avec les membres du comité de gestion.

Obligations de l'hôpital ...

1. Accepter la responsabilité financière du montant de ...\$ alloué pour la période du ... au 31 mars 2007 dans le cadre de la mise en place du projet de soutien auprès des fumeurs hospitalisés.
2. Endosser le projet, en faciliter l'implantation, en faire la promotion auprès des professionnels de la santé et en favoriser l'institutionnalisation à long terme.
3. Inclure les médicaments d'aide à la cessation tabagique au formulaire de l'hôpital.
4. Favoriser la participation des personnes pertinentes au comité de gestion.
5. Engager à demi-temps (cinq demi-journées réparties du lundi au vendredi pour un total de 18,125 heures par semaine) une intervenante qui sera responsable d'offrir les services d'aide en cessation tabagique aux fumeurs et de faire les tâches administratives reliées au projet.
6. Libérer pour de la formation l'intervenante responsable du soutien aux fumeurs ainsi qu'une personne pour le remplacement.
7. Participer à l'organisation de rencontres de sensibilisation et de formation en lien avec le projet, pour les professionnels de la santé de l'hôpital.
8. Participer à la conception et favoriser l'utilisation dans l'hôpital : d'outils d'aide à la pratique pour l'intervenante responsable, d'outils pour la collecte de données de monitoring, de matériel éducatif pour les fumeurs ainsi que de matériel faisant la promotion du projet.
9. Fournir un bilan annuel décrivant l'allocation des ressources ainsi que les activités réalisées en cessation tabagique.
10. Collaborer à l'évaluation du projet selon des modalités à définir.

Signé à Montréal le _____,

...

Responsable du secteur Services préventifs en milieu clinique, DSP de Montréal-Centre

...

Directeur général, hôpital....

Annexe 3b
Document de présentation du projet

Document de présentation du projet

Soutien à la cessation tabagique auprès des femmes enceintes et en post-partum suivies à l'Hôpital ...

Contexte

Le Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) vise à diminuer le nombre de fumeurs au Québec en mettant en place différentes stratégies favorisant la cessation.

Les Directions de santé publique (DSP) ont reçu comme mandat de planifier et coordonner l'ensemble des activités régionales du PQAT sur leur territoire.

Les activités suivantes ont été mises en place au Québec dans le cadre du PQAT:

- Une ligne téléphonique de référence et de soutien, la ligne J'arrête, qui répond gratuitement aux fumeurs tous les jours de la semaine entre 8h00 et 21h00;
- Un site web gratuit de référence et de soutien;
- Une campagne médiatique faisant la promotion de la cessation tabagique et des services disponibles partout au Québec.

A Montréal, les services suivants sont fournis gratuitement :

- 13 Centres d'abandon du tabagisme (CAT) offrent de l'aide individuelle pour les fumeurs. Douze CAT sont situés dans des CSSS et un à l'Hôpital Notre-Dame.
- Une quinzaine de groupes de cessation tabagique sont offerts chaque année sur les différents territoires de Montréal.
- Un groupe de maintien de l'arrêt tabagique est offert à l'année.
- Dizaine d'hôpitaux offrent du soutien à la cessation tabagique auprès des fumeurs hospitalisés.

Proposition de projet

La Direction de santé publique (DSP) de Montréal propose une collaboration à l'Hôpital ... afin de mettre en place un projet de soutien à la cessation tabagique auprès des fumeuses enceintes ou venant d'accoucher qui sont suivies à l'Hôpital Dans le cadre de cette collaboration, la DSP s'engage à allouer à l'Hôpital... un budget correspondant au salaire d'une infirmière engagée à demi temps comme responsable du projet.

Rôles de l'infirmière responsable du projet

- Coordonner l'implantation du projet;
- Offrir des interventions d'aide à la cessation tabagique et de réduction de l'exposition à la fumée secondaire aux femmes enceintes, aux femmes venant d'accoucher ainsi qu'à leur conjoint;
- Assumer le rôle de personne ressource en tabagisme pour les professionnels de l'hôpital;
- Offrir des séances d'information aux professionnels de l'hôpital;
- Participer au comité de gestion mis en place pour le projet;
- Participer à la promotion du projet dans l'hôpital;
- Assumer les tâches administratives en lien avec l'identification du statut tabagique, la collecte d'information dans les dossiers, le suivi des fumeurs, la saisie de données de monitoring, l'évaluation du projet et la rédaction d'un rapport annuel pour la DSP.

Interventions suggérées lors de l'hospitalisation

- Identification systématique du statut tabagique des femmes et de leur conjoint;
- Référence des fumeurs à l'infirmière responsable du projet;
- Intervention d'aide à la cessation tabagique et de réduction de l'exposition à la fumée secondaire par l'infirmière responsable;
- Prescription d'une aide pharmacologique au besoin pour les femmes et leur conjoint;
- Intervention brève du personnel soignant encourageant la cessation tabagique.

Suivi après le congé de l'hôpital pour les femmes et les conjoints qui sont prêts à cesser de fumer

- Prescription d'un médicament d'aide à la cessation tabagique au besoin;
- Remise d'une brochure sur les bienfaits pour les jeunes enfants de vivre dans une maison sans fumée secondaire;
- Référence à la Ligne téléphonique J'arrête;
- Une semaine après le congé, appel par la Ligne J'arrête pour évaluer les besoins et offrir les ressources de soutien du PQAT : ceux qui veulent être suivis dans un CAT sont référés par fax
- Trois semaines après le congé, appel par la Ligne J'arrête pour évaluer les besoins et offrir du soutien. Ceux qui sont suivis dans un CAT ne sont plus rappelés. Les fumeurs qui ne sont pas suivis dans un CAT reçoivent trois autres appels de suivi à 5 semaines, 2 mois et 4 mois;
- Envoi de 6 courriels mensuels de soutien à la cessation tabagique et de promotion d'une maison sans fumée pour le bébé.

Suivi après le congé de l'hôpital pour les femmes et les conjoints qui ne sont pas prêts à cesser de fumer

- Remise d'une brochure sur les bienfaits pour les jeunes enfants de vivre dans une maison sans fumée secondaire;
- Remise d'un carton d'information avec les ressources en cessation tabagique dans la communauté;
- Envoi de 3 courriels sur une période de six mois afin d'encourager à cesser de fumer et faire la promotion d'une maison sans fumée.

Interventions suggérées lors des visites prénatales

- Identification systématique du statut tabagique des femmes et de leur conjoint;
- Intervention brève d'aide à la cessation et de réduction de l'exposition à la fumée secondaire auprès des personnes qui fument;
- Référence aux ressources du PQAT afin de favoriser la cessation le plus tôt possible avant l'accouchement.

Soutien de la Direction de santé publique de Montréal

En plus du support financier, les responsables du projet à la DSP de Montréal soutiendront l'hôpital à différents niveaux :

- Participation aux comités de gestion du projet;
- Formation de base et continue de l'infirmière responsable du projet;
- Conception des différents formulaires, questionnaires, lettres motivationnelles nécessaires à l'intervention auprès des personnes qui fument;
- Approvisionnement en matériel éducatif pour les professionnels et les personnes qui fument;
- Production de matériel faisant la promotion des services d'aide à la cessation disponibles dans l'hôpital;
- Collaboration avec les ressources du PQAT de Montréal;
- Programme de monitoring;
- Évaluation du projet;
- Suivi auprès des professionnels.

Dr Chantal Lacroix

Annexe 3c
Document de référence du projet

**Document de référence du
Projet de soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal**

Chantal Lacroix, médecin-conseil

Avec la collaboration de
Christine Lacroix, résidente en santé communautaire

Direction de la santé publique de Montréal

Février 2005

Afin d'alléger le texte, le masculin et le féminin sont utilisés de façon alternative

Contexte

Le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005* (POLT) du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) privilégie cinq stratégies d'intervention dans son volet visant la cessation tabagique :

- Intensifier la disponibilité des services d'abandon du tabagisme dans chacun des territoires du Québec et faire la promotion de ces services;
- Faire en sorte que les personnes qui fument aient accès gratuitement à un service téléphonique de référence et de counselling concernant la cessation de fumer;
- Inciter les professionnel(le)s de la santé à faire un dépistage systématique du tabagisme chez les patient(e)s en clinique privée, en CLSC ainsi que dans le milieu hospitalier et à offrir du counselling aux personnes qui fument;
- Transmettre de façon soutenue de l'information et des messages aux fumeurs et fumeuses afin de les motiver à cesser de fumer;
- Maintenir les aides pharmacologiques dans la liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments.

Le *Plan québécois d'abandon du tabagisme* (POAT) du MSSS vise à diminuer le nombre de fumeurs au Québec en concrétisant les actions mises de l'avant dans le POLT en ce qui concerne la cessation tabagique. Les Directions de santé publique (DSP) ont reçu comme mandat de planifier et coordonner l'ensemble des activités régionales du POAT sur leur territoire.

Depuis deux ans, les activités suivantes ont été mises en place au Québec dans le cadre du POAT:

- Une ligne téléphonique de référence et de soutien, la ligne J'arrête, qui répond gratuitement aux fumeurs tous les jours de la semaine entre 8h00 et 20h00;
- Un site web gratuit de référence et de soutien;
- Une campagne médiatique faisant la promotion de la cessation tabagique et des services disponibles partout au Québec.

A Montréal, 14 Centres d'abandon du tabagisme (CAT) offrent des services gratuits d'aide individuelle pour les fumeurs. Treize CAT sont situés dans des CLSC et un à l'Hôpital Notre-Dame. Une douzaine de groupes de cessation tabagique gratuits sont offerts chaque année sur les différents territoires de Montréal.

Le présent document décrit un projet de soutien à la cessation tabagique auprès des fumeurs hospitalisés qui sera implanté graduellement dans différents hôpitaux montréalais.

Problématique

Le Québec détient le titre peu glorieux de champion canadien du tabagisme. En 2003, la prévalence du tabagisme au Canada se situe à 23%, alors que 26% des Québécois âgés de 12 ans et plus fument soit approximativement 1,6 millions de personnes. À Montréal, 27% des personnes de 12 ans et plus fument, ce qui représente autour de 436 000 fumeurs (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes). Considérant que le tabagisme est la principale cause évitable de morbidité et de mortalité au Québec et que la cessation entraîne une réduction immédiate des risques pour la santé, il est prioritaire d'intervenir pour aider les fumeurs à rompre avec la cigarette.

Dans les hôpitaux de Montréal, entre 2000 et 2003, on a noté 825 259 hospitalisations de personnes âgées de 12 ans et plus, soit en moyenne 275 086 par année. Si 27% des personnes hospitalisées fument (évaluation conservatrice puisque les fumeurs sont plus souvent hospitalisés que les non-fumeurs), il y aurait environ 74 273 hospitalisations de fumeurs de 12 ans et plus par année dans les hôpitaux de Montréal.

L'hospitalisation constitue un moment privilégié pour intervenir auprès des fumeurs puisque :

- Ceux-ci sont contraints à l'abstinence tabagique à l'intérieur de l'hôpital;
- La maladie et l'hospitalisation font souvent réaliser aux fumeurs leur vulnérabilité par rapport aux risques associés au tabac et ceci les rend plus réceptifs aux conseils concernant leur tabagisme;
- L'hospitalisation fournit une bonne opportunité d'enseignement, les fumeurs étant captifs et rencontrant chaque jour plusieurs professionnels de la santé.

La cessation du tabac présente plusieurs bénéfices pour les patients hospitalisés. Après un infarctus par exemple, l'arrêt du tabagisme diminue de moitié la mortalité cardiovasculaire ainsi que le risque d'un deuxième infarctus, et cet effet protecteur est plus important que celui conféré par le traitement médical conventionnel. L'évaluation coût-efficacité des interventions pour la cessation du tabac se compare avantageusement à celle des interventions médicamenteuses pour prévenir les maladies cardio-vasculaires.

Pour les chirurgies, une relation causale a été établie entre le tabagisme et un risque plus élevé de complications reliées à la guérison des plaies et aux complications respiratoires. Le tabagisme augmente aussi les admissions aux soins intensifs en postopératoire et les infections de plaies. Un arrêt du tabac aussi court que 12 à 24 heures avant une chirurgie augmente l'oxygénation sanguine. L'arrêt du tabac entraîne aussi une diminution des effets pro-arythmiques et pro-aggrégants plaquettaires.

Plusieurs études ont démontré que les interventions d'aide à la cessation tabagique auprès des fumeurs hospitalisés sont efficaces et entraînent des taux de cessation plus élevés que dans les groupes contrôles. Les dernières lignes directrices américaines sur le traitement du tabagisme recommandent que les fumeurs hospitalisés reçoivent des interventions d'aide en cessation tabagique reconnues efficaces (Fiore et coll., 2000). Les interventions suivantes sont suggérées :

- Identifier à l'admission, le statut tabagique de tous les patients hospitalisés;
- Pour les fumeurs, inscrire le tabagisme dans la liste des problèmes et dans les diagnostics de départ;
- Offrir aux fumeurs une pharmacothérapie d'aide à la cessation tabagique pour diminuer leurs symptômes de sevrage et les aider à demeurer abstinents pendant l'hospitalisation;
- Offrir aux fumeurs des conseils et du soutien afin de les aider à arrêter de fumer de façon définitive.

Conditions de réussite

Afin d'identifier les conditions de réussite d'un projet de soutien à la cessation tabagique auprès des fumeurs hospitalisés, nous avons revu la littérature. Des articles publiés en français et en anglais depuis 1994 et portant sur les interventions d'aide à la cessation en milieux hospitaliers, les facteurs déterminants l'implication des professionnels de la santé dans de telles interventions ainsi que les mesures favorisant l'institutionnalisation de programmes communautaires ont été analysés. Nous avons aussi étudié trois projets menés dans les hôpitaux de diverses régions du Québec.

De cette revue, nous avons retenu les conditions de réussite suivantes :

Environnement favorable

- Le personnel de l'hôpital respecte la politique sans fumée;
- La Direction de l'hôpital endosse un projet visant à aider les fumeurs hospitalisés à cesser de fumer;
- Les professionnels croient qu'il fait partie du rôle de l'hôpital et de leur rôle d'offrir de l'aide en cessation à leurs patients fumeurs et que cette aide est efficace;
- Les médicaments d'aide à la cessation tabagique sont inscrits au formulaire de l'hôpital;
- Le statut tabagique est identifié de façon systématique aux dossiers des patients, lors de l'admission;
- Un système permet de saisir les données concernant l'admission de patients fumeurs et les interventions reçues;
- Des ressources sont présentes dans la communauté pour les fumeurs après leur congé.

Mise en place d'un comité de gestion

- Un comité, formé de professionnels de l'hôpital tels médecin, pharmacien, directrice des soins infirmiers et archiviste ainsi que de professionnels de l'organisme responsable du projet, est mis en place;
- Le mandat du comité consiste à adapter le projet à l'établissement et à en déterminer les grandes orientations concernant l'éthique, le partage des fonctions, l'implantation, la tenue de dossier, la formation et la sensibilisation des professionnels, la promotion des services, l'utilisation de matériel et l'évaluation.

Désignation de professionnels responsables des interventions

- Une professionnelle est formée et libérée afin d'assumer la responsabilité de l'intervention auprès des fumeurs hospitalisés;
- Elle est responsable de :
 - l'offre d'aide à la cessation tabagique aux fumeurs,
 - l'administration concernant l'ouverture des dossiers, la saisie des données, les formulaires de référence post hospitalisation, les lettres de suivi aux médecins traitants,
 - d'assumer le rôle de personne ressource en matière de cessation tabagique pour l'hôpital,
 - de participer au comité de gestion et à l'évaluation;
- La personne responsable est disponible tous les jours de la semaine, de préférence en après-midi;
- Une ou deux autres professionnelles sont aussi formées pour les périodes de remplacement.

Simplicité de l'intervention d'aide à la cessation

- Les professionnelles responsables de l'aide auprès des fumeurs interviennent plus lorsque l'intervention est simple;
- Du matériel de soutien à l'intervention facilite aussi la fonction des professionnelles.

Sensibilisation des professionnels de l'hôpital

- Les différents professionnels sont sensibilisés à la problématique du tabagisme et à la pertinence de la mise en place du projet via une tournée des départements et du CMDP;
- Le rôle attendu de chacun est discuté afin que les fumeurs hospitalisés reçoivent un message soutenu de la part de tous les professionnels sur l'importance de cesser de fumer.

Formation des professionnels impliqués dans le projet

- Les personnes responsables des interventions auprès des fumeurs reçoivent une formation détaillée et continue;
- Les responsables interviennent plus lorsqu'elles se sentent compétentes dans leurs interventions, qu'elles connaissent l'efficacité de l'aide en cessation, qu'elles savent les méfaits du tabagisme sur la santé des patients et qu'elles perçoivent qu'en général les fumeurs apprécient leur soutien;
- Les professionnelles responsables s'enrichissent de rencontres régulières avec les personnes ayant les mêmes fonctions qu'elles dans d'autres hôpitaux;
- Les médecins et pharmaciens sont rencontrés afin de mettre à jour leurs connaissances concernant l'aide en cessation tabagique et la prescription de la pharmacothérapie;
- Les archivistes sont informées du projet, de la tenue des dossiers et de la saisie des données de monitoring.

Intervention d'aide à la cessation reconnue efficace

- L'intervention est basée sur la motivation des fumeurs à cesser de fumer i.e. basée sur les étapes de changements;
- L'efficacité de l'intervention augmente avec le temps passé par la professionnelle avec chaque fumeur : au moins 15 minutes par rencontre et au moins 2 visites par hospitalisation;
- Du matériel éducatif est remis aux fumeurs;
- Le soutien externe aux fumeurs peut être encouragé par l'envoi d'une lettre explicative à la personne identifiée par le fumeur ou en impliquant cette personne dans les rencontres avec le patient fumeur, à l'hôpital;
- La professionnelle responsable peut mettre en contact des patients fumeurs hospitalisés en même temps, afin qu'ils puissent échanger et se soutenir.

Suivi des patients fumeurs post hospitalisation

- Un des éléments déterminants du succès des interventions d'aide à la cessation auprès des fumeurs hospitalisés est le suivi post hospitalisation;
- Un suivi prolongé, pouvant aller jusqu'à un an, est favorisé;
- Le suivi peut se faire de différentes façons : appels téléphoniques, envoi de lettres ou de matériel, rencontres;
- Le suivi peut être fait par différentes personnes : le médecin traitant lors de la visite de contrôle, la professionnelle responsable de l'hôpital, un professionnel formé en counselling tabagique dans un autre établissement, un groupe de soutien, un proche qui s'est engagé à offrir du soutien;
- Le suivi peut permettre de vérifier les taux de cessation à long terme des fumeurs ayant reçu une intervention.

Promotion des services offerts aux fumeurs dans l'hôpital

- Les médecins et autres cliniciens étant habitués de répondre aux demandes des patients, il est utile d'informer ceux-ci des services disponibles pour les fumeurs afin qu'ils puissent en faire la demande;
- Deux messages sont possibles : soutien et médication pour ceux qui veulent cesser de fumer ou médication pour soulager les symptômes de sevrage pour ceux qui ne veulent pas cesser;
- La promotion peut se faire de différentes façons : brochure remise à l'admission et affiches dans l'hôpital;
- La visibilité du projet dans l'hôpital est aussi importante pour en favoriser l'institutionnalisation.

Matériel éducatif pour les patients

- Les patients profitent de matériel remis pendant l'hospitalisation;
- Le matériel peut prendre diverses formes : questionnaire auto-administré, brochure, vidéo, cassette audio, liste régionale des ressources en cessation;
- Au congé, les personnes ayant entrepris une démarche de cessation peuvent recevoir une trousse de cessation comprenant gommes, brosse à dent, balle anti-stress, cassette de relaxation et liste des ressources en cessation.

Matériel pour les professionnels

- La tâche des professionnels est facilitée par l'utilisation de différents outils;
- La personne responsable des interventions auprès des fumeurs bénéficiera : d'étiquettes identifiant le statut tabagique aux dossiers, d'un questionnaire auto-administré et d'une déclaration d'engagement à ne pas fumer à remplir par les fumeurs, d'algorithme résumant les principaux éléments de l'intervention auprès des fumeurs, de résumé des contre-indications aux médicaments d'aide à la cessation tabagique et d'une liste des ressources en cessation de la région;
- L'utilisation d'un moniteur permettant de mesurer le monoxyde de carbone expiré par les fumeurs peut être un élément favorisant la motivation et le suivi;
- Les médecins interviennent plus en présence de rappels inclus aux dossiers des fumeurs sous forme de messages types concernant la cessation tabagique ou de suggestion de prescription pour un médicament d'aide à la cessation;
- Afin de faciliter la consultation, tout le matériel utilisé dans le cadre du projet peut être disponible au centre de documentation de l'hôpital et dans les divers départements.

Évaluation et suivi du projet

- Le monitoring au niveau de l'implantation du projet, de la satisfaction des patients ainsi que des intervenantes permet d'apporter les modifications nécessaires au bon déroulement du projet;
- La saisie et l'analyse de données concernant le pourcentage de fumeurs hospitalisés ayant reçu de l'aide ainsi que les taux de cessation tabagique au congé, six mois et douze mois après l'hospitalisation permettent de mesurer l'impact du projet;
- Les professionnels apprécient être tenus au courant de la progression du projet, et la communication des résultats de monitoring et d'évaluation favorisent leur implication dans le projet et l'institutionnalisation de ce dernier.

Proposition d'un projet pour Montréal

Objectif

- Implanter des mesures d'aide à la cessation tabagique pour les fumeurs hospitalisés dans les hôpitaux de Montréal.

Stratégie

- Procéder à une implantation initiale dans un hôpital possédant plusieurs conditions de réussite;
- Favoriser l'institutionnalisation des mesures d'aide à la cessation tabagique;
- Évaluer l'implantation, la satisfaction des professionnels et des patients ainsi que l'impact du projet;
- Apporter les correctifs nécessaires suite à l'évaluation;
- Étendre à d'autres hôpitaux, les mesures d'aide à la cessation tabagique pour les fumeurs hospitalisés.

Choix des hôpitaux

Le projet débutera dans les hôpitaux qui seront sélectionnés selon la présence de conditions de réussite favorisant l'implantation de mesures de soutien aux fumeurs. Les critères suivants seront considérés :

- Intérêt et faisabilité pour l'hôpital;
- Environnement favorable (voir « conditions de réussite »);
- Nombre de patients hospitalisés par année;
- Age moyen des patients;
- Durée moyenne des séjours.

Plan d'intervention

- Ce plan décrit les étapes à prévoir à partir du moment où un patient fumeur est admis à l'hôpital :
- Identification systématique du statut tabagique des patients hospitalisés;
- Sensibilisation des patients fumeurs par la remise d'une brochure décrivant l'aide disponible en cessation tabagique;
- Référence à la personne responsable de l'aide aux fumeurs;
- Vérification des critères d'éligibilité des fumeurs pour le projet :
 - âgé de 12 ans et plus,
 - bonne compréhension du français ou de l'anglais,
 - durée prévue de séjour d'au moins 2 jours,
 - apte à collaborer (les patients avec les caractéristiques suivantes ne sont pas éligibles : maladies psychiatriques, phase terminale, cliniquement instable, dépendance à l'alcool ou aux drogues);
- Intervention d'aide à la cessation tabagique basée sur l'étape de changement des patients, remise de matériel et insertion des informations dans la note médicale afin de stimuler l'intervention des médecins;
- Intervention du médecin traitant : message bref encourageant la cessation tabagique et prescription d'une pharmacothérapie en l'absence de contre-indications;
- Intervention du personnel soignant: message bref encourageant la cessation tabagique;
- Intervention des pharmaciens : conseils sur la médication au besoin;

- Procédures de départ pour les patients ayant entrepris une démarche de cessation :
 - prescription des médicaments d'aide à la cessation tabagique,
 - remise d'un carton d'information pour la consultation au CAT du territoire des patients, avec recommandation d'appeler pour prendre un rendez-vous pour un suivi,
 - envoi d'une demande de consultation au CAT du territoire,
 - une semaine après le congé, appel par la personne responsable de l'hôpital pour du soutien et la recommandation de prendre rendez-vous au CAT,
 - trois semaines après le congé, appel par la répondante du CAT pour du soutien et l'offre de poursuivre un suivi le patient n'a pas pris de rendez-vous,
 - quelques semaines après le congé, visite de contrôle au médecin traitant qui vérifiera le statut tabagique, soulignera l'importance de ne pas fumer et encouragera un suivi au CAT,
 - envoi de courriels mensuels de soutien à la cessation pendant 6 mois - des envois postaux seront faits pour ceux qui n'ont pas d'adresse électronique ou pour l'envoi de certains outils promotionnels (1-2 envois : signets et statique J'arrête),
- Procédures de départ pour les personnes n'ayant pas entrepris de démarche de cessation :
 - identification du statut tabagique au départ,
 - remise d'un carton d'information pour la consultation au CAT du territoire des patients avec recommandation d'appeler pour un suivi lorsqu'ils voudront cesser de fumer,
 - quelques semaines après le congé, visite de contrôle au médecin traitant qui vérifiera le statut tabagique, soulignera l'importance de ne pas fumer et encouragera un suivi au CAT lorsque les personnes se sentiront prêtes,
 - envoi de courriel motivationnels à 1, 3 et 6 mois – des envois postaux seront faits pour ceux qui n'ont pas d'adresse électronique ou pour l'envoi de certains outils promotionnels;
- Dans quelques hôpitaux, évaluation d'impact via l'identification du statut tabagique des patients ayant reçu une intervention d'aide à la cessation tabagique pendant leur hospitalisation, à l'aide d'un questionnaire téléphonique 6 mois après le congé.

Étapes de réalisation du projet

Présentation du projet

Les responsables de la Direction de santé publique (DSP) de Montréal présenteront le projet à la Direction des hôpitaux choisis.

Entente

Si le projet suscite l'intérêt et s'avère faisable dans le milieu hospitalier, une entente de collaboration sera signée entre la DSP de Montréal et la Direction de l'hôpital. L'entente s'accompagnera d'un transfert budgétaire qui permettra l'implantation du projet.

Identification de l'infirmière responsable du projet

L'hôpital devra désigner une infirmière qui sera libérée cinq après-midis par semaine afin d'offrir du soutien aux fumeurs hospitalisés.

Formation du comité de gestion

Un comité de gestion sera formé (voir Conditions de réussite).

Plan d'intervention

Le comité de gestion établira les mesures concrètes qui seront mises en place dans le milieu afin de répondre au plan d'intervention et aux conditions de réussite du projet.

Mise en œuvre

- La mise en œuvre impliquera différentes étapes :
- Évaluation de l'état de situation concernant l'aide en cessation tabagique dans le milieu hospitalier avant l'implantation du projet;
- Formation avancée et continue de la personne responsable de l'aide aux fumeurs ainsi que d'une personne qui pourra faire des remplacements;
- Formation brève des professionnels interpellés par le projet (médecins, pharmaciens,);

- Sensibilisation des différents groupes de professionnels de l'hôpital (infirmières, préposés);
- Conception, adaptation, et mise en place des éléments administratifs reliés aux activités du projet :
 - système d'identification du statut tabagique aux dossiers,
 - système de référence des fumeurs à la personne responsable,
 - formulaire de l'intervention d'aide à la cessation tabagique pour les dossiers des patients,
 - message de rappel à insérer aux dossiers afin de susciter l'intervention des cliniciens impliqués auprès des patients fumeurs,
 - formulaire d'aide à la prescription d'une médication d'aide à la cessation tabagique,
 - système de saisie informatique permettant le suivi de certains indicateurs de l'implantation et de l'impact du projet,
 - formulaire de résumé de départ pour les médecins traitants et les répondantes des Centres d'abandon du tabagisme (CAT),
 - système DSIE pour l'envoi des références aux CAT lors des congés,
 - système pour les appels téléphoniques suite aux congés,
 - système pour l'envoi de lettres ou courriels de rappel après les congés;
- Démarche auprès du comité de pharmacologie afin d'inclure les aides à la cessation tabagique au formulaire de l'hôpital;
- Promotion des services d'aide à la cessation offerts aux fumeurs hospitalisés, grâce à des affiches et brochures;
- Diffusion de matériel éducatif pour les patients.

Un rapport annuel décrivant l'évolution du projet sera demandé à la personne responsable de l'aide aux fumeurs.

Suite à l'analyse des indicateurs et des rapports annuels, des recommandations seront faites pour la suite du projet. Les professionnels des hôpitaux seront rencontrés afin d'être informés de l'avancement du projet.

Soutien de la Direction de santé publique de Montréal

Les responsables du projet à la DSP de Montréal soutiendront les hôpitaux impliqués à différents niveaux :

- Participation au comité de gestion;
- Formation et sensibilisation des professionnels;
- Formation continue des responsables de l'aide aux fumeurs;
- Conception des différents formulaires, questionnaires, lettres de résumé et messages de rappels nécessaires à l'intervention de soutien auprès des fumeurs;
- Élaboration du matériel éducatif pour les professionnels;
- Conception et approvisionnement en matériel éducatif pour les patients;
- Production de matériel faisant la promotion des services d'aide à la cessation disponibles dans l'hôpital;
- Collaboration avec les Centres d'abandon du tabagisme de Montréal;
- Évaluation du projet;
- Suivi auprès des professionnels.

Évaluation

Des indicateurs seront identifiés afin d'évaluer différents aspects du projet :

- La mise en œuvre du projet et la couverture de la population cible;
- La qualité de l'intervention et de sa mise en œuvre par une enquête et un questionnaire auprès de professionnels de l'hôpital concerné;
- La coordination avec les Centres d'abandon du tabac;
- L'impact sur les taux de cessation tabagique six mois après l'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

AMIOT, Ginette. « Suivi des usagers référés par le CHRBC dans le cadre du programme d'aide à la cessation du tabac ». CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan. Février 2000.

BOLMAN, Catherine, Hein DE VRIES et Ilse MESTERS. « Factors Determining Cardiac Nurses' Intentions to Continue Using a Smoking Cessation Protocol ». *Heart & Lung*, vol.31, p.15-24, no1. 2002.

BORRERO, P. « La prise en charge des patients fumeurs hospitalisés : L'expérience des Hôpitaux Universitaires de Genève ». 1ère CONFÉRENCE INTERNATIONALE FRANCOPHONE SUR LE CONTRÔLE DU TABAC.

BROUILLETTE, Denis et autres. « Les médicaments antitabagiques dans la pharmacothérapie hospitalière ». *MedActuel FMC : La revue de formation médicale continue du médecin*. Octobre 2002.

CENTER FOR TOBACCO RESEARCH AND INTERVENTION UNIVERSITY OF WISCONSIN MEDICAL SCHOOL. « Treating Tobacco Use and Dependence: In Hospitalized Smokers ». US Public Health Service. Octobre 2000.

Edwards, R.. « ABC of smoking cessation: The problem of tobacco smoking ». *BMJ*, vol. 328, p. 217-219. 2004.

EMMONS, Karen M. et autres. « The Use of Nicotine Replacement Therapy During Hospitalization ». *The Society of Behavioural Medicine*, vol.22, p.325-329, no4. 2000.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et autres. « *Treating Tobacco Use and Dependence* ». Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Juin 2000.

FRANCE, Eric K., Marcus E. GLASGOW et Alfred C. RUSSELL. « Smoking Cessation Interventions among Hospitalized Patients: What Have We Learned? ». *Preventive Medicine*, vol.32, p.376-388. 2001.

GILBERT, Marthe. « Projet régional d'aide à l'abandon du tabac pour les patients fumeurs hospitalisés : Deuxième partie : résultats après 2 années de fonctionnement ». Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent. Septembre 2000.

GILBERT, Marthe. « Projet régional d'aide à l'abandon du tabac pour les patients fumeurs hospitalisés : Première partie : phase d'implantation ». Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent. Février 1999.

GILBERT, Marthe et Nicole HÉMOND. « Proposition en vue d'implanter un service de soutien à l'abandon du tabac dans chaque territoire de MRC du Bas St-Laurent ». Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation - Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent. Août 2000.

HAJEK, Peter, Tamara Z. TAYLOR et Peter MILLS. « Brief Intervention during Hospital Admission to Help Patients to Give up Smoking after Myocardial Infarction and Bypass Surgery: Randomised Controlled Trial ». *British Medical Journal*, vol.324, p.87-89. 12 janvier 2002.

HOUSTON MILLER, Nancy et autres. « Smoking Cessation in Hospitalized Patients; Results of a Randomized Trial ». *Archives of International Medicine*, vol.157, p.409-415. 24 février 1997.

KUPFERSCHMID, S. « Évolution du statut tabagique un an après une consultation infirmière spécialisée pour les patients fumeurs hospitalisés ». HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE.

KUPFERSCHMID, S. et autres. « Rôle des infirmier(e)s spécialistes cliniques en addiction dans un hôpital général : l'expérience de Genève ». DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS, HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE.

LAVOIE, Denise M. et autres. « Programme d'aide à la cessation du tabac pour les usagers fumeurs hospitalisés au CHRBC ». Centre hospitalier régional de Baie-Comeau. Mai 2000.

LAVOIE, Denise M. et autres. « Étude de faisabilité pour l'implantation d'un programme d'aide à la cessation du tabac pour les usagers fumeurs hospitalisés au CHRBC ». Centre hospitalier régional de Baie-Comeau. 15 décembre 1999.

McCARTY, Maribet C. et autres. « Barriers Among Nurses to Providing Smoking Cessation Advice to Hospitalized Smokers ». *The Science of Health Promotion*, vol.16, p.85-87, no2. Novembre-décembre 2001.

McCARTY, Maribet C., Deborah J. HENRIKUS et Harry A. LANDO. « Nurses' Attitudes Concerning the Delivery of Brief Cessation Advice to Hospitalized Smokers ». *Preventive Medicine*, vol.33, p.674-681. 2001.

MUNAFÒ, M. et autres. « Interventions for Smoking Cessation in Hospitalized Patients: a Systematic Review ». *Thorax*, vol.56, p.656-663. 2001.

PACT : Programme régional d'aide à la cessation tabagique. Direction de santé publique - Régie régionale de la santé et des services sociaux Côte-Nord. 2003.

Parrott, S., et C. Godfrey. «ABC of smoking cessation: Economics of smoking cessation». *BMJ*, vol 328, p. 947-949. 2004.

PELLETIER, Jocelyne. « Rapport de l'étude sur la cessation du tabagisme chez les patients hospitalisés: Programme Pour une vie sans fumée ». Unité de santé publique du Centre hospitalier régional du Grand-Portage. Septembre 1996.

PELLETIER, Jocelyne G. et Jocelyne T. MOISAN. « Cessation du tabagisme chez les patients hospitalisés : une étude quasi-expérimentale au Québec ». *Revue Canadienne de Santé Publique*, vol.89, no4. Juillet août 1998.

RENAUD, L., CHEVALIER, S., & J. O'LOUGHLIN. «L'institutionnalisation des programmes communautaires : Revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 88, p. 109-113. 1997.

SHEDIAC-RIZKALLAH, M.C. & L.R. BONE. «Planning for sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy». *Health Educations Research*, vol. 13, p. 87-108. 1998.

SILVER, Gloria Sacks, Ginette LAMPRON et Gilles PARADIS. « Montreal General Hospital – Volunteer Smoking Relapse Prevention Trial Pilot Study: Research Protocol». Département de santé communautaire – Hôpital Général de Montréal. 15 mai 1991.

STEVENS, Victor J. et autres. « A Smoking-Cessation Intervention for Hospital Patients ». *Medical Care*, vol.31, p.65-72, no1. Janvier 1993.

US Department of Health and Human Services (USDHHS). «The health consequences of smoking: A report of the Surgeon general». Atlanta, GA: USA. 2004.

WEST, R. « Helping Patients in Hospital to Quit Smoking: Rapid Response Responses to this Article ». *British Medical Journal*, vol.324, p.64-64. 2002.

Annexe 3d

Outils éducatifs du projet

Annexe 3d – i

Feuille expliquant le suivi : « On continue de vous aider »

- ☐ Tel que convenu avec l'infirmière de l'hôpital, cette dernière vous réfèrera à une intervenante de la *Ligne j'arrête*.
- ☐ Une semaine après votre rencontre à l'hôpital, l'intervenante de la Ligne j'arrête vous appellera pour vous offrir de l'aide et répondre à vos questions. Ensuite, elle vous rappellera 4 autres fois : 3 semaines, 5 semaines, 2 mois et 4 mois, après votre rencontre à l'hôpital.
- ☐ Vous recevrez aussi une lettre tous les mois de l'infirmière de l'hôpital pendant 6 mois.
- ☐ Six mois après avoir rencontré l'infirmière de l'hôpital, qui vous a parlé du tabac, un professionnel pourrait vous appeler pour prendre de vos nouvelles et vous poser quelques questions au sujet de l'aide que vous avez reçue.

Au plaisir,
L'équipe de l'hôpital



Annexe 3d - ii

Exemple de lettre motivationnelle pour les patients non-fumeurs récents ou qui veulent arrêter

Félicitations!

Lorsque nous nous sommes rencontrés à l'hôpital, vous aviez pris la décision d'arrêter de fumer. Vous savez, il s'agit probablement du plus beau cadeau que vous puissiez vous offrir !

Comment s'est passé le dernier mois ? Ou'avez-vous le plus apprécié en tant que non-fumeur ou non-fumeuse?

Vous avez peut-être des malaises depuis que vous avez arrêté de fumer? La majorité des personnes qui cessent de fumer ont des symptômes de sevrage causés par le manque de nicotine dans le corps. Ces symptômes sont un signe que vous êtes en train de vous libérer de la cigarette. Les symptômes sont à leur niveau maximal 48 heures après l'arrêt puis diminuent au cours des 2 à 5 semaines qui suivent.

Les symptômes les plus fréquents sont :

- l'anxiété, l'irritabilité, l'impatience	- la difficulté de concentration
- la fatigue	- les étourdissements
- les maux de tête	- les troubles du sommeil
- la constipation	- l'augmentation de l'appétit
- les fortes envies de fumer	

Si vous avez certains de ces symptômes, vous auriez peut-être avantage à ajuster ou débiter un produit d'aide à la cessation tabagique comme le timbre, la gomme ou l'inhalateur de nicotine, ou encore, un médicament, le Zyban. Ces produits diminuent les symptômes causés par le manque de nicotine et doublent vos chances de réussir à cesser de fumer! Votre médecin ou l'intervenante de votre Centre d'abandon du tabagisme peuvent vous conseiller à ce sujet.

Si vous avez recommencé à fumer, souvenez-vous que la plupart des fumeurs doivent s'y prendre à plusieurs reprises avant de réussir à cesser de fumer pour de bon. Le plus important est de tirer des leçons de votre rechute et de réessayer à nouveau. Le soutien d'un professionnel de la santé augmente vos chances de réussir à cesser de fumer. Communiquez avec votre **Centre d'abandon du tabagisme** (service gratuit) ou contactez la ligne J'arrête au **1 866 JARRETE (1 866-527-7383)**.

Aussi, vous pouvez continuer de protéger la santé de votre famille en fumant dehors et en rendant votre maison sans fumée.

Bonne chance!

Infirmière spécialisée en arrêt tabagique

Quelques trucs pour faire face au sevrage de la nicotine

Le tableau qui suit présente les symptômes de sevrage les plus courants et quelques conseils pour y faire face. Cochez les symptômes que vous avez et ajoutez, aux actions suggérées, celles que vous utilisez pour les contrôler.

SYMPTÔMES	✓	ACTIONS
Étourdissements En général, passagers, 1 à 2 jours, à cause d'une augmentation du taux d'oxygène dans le sang.		- Je cesse mes activités et respire lentement - Je me détends
Maux de tête Durée et intensité variables.		- Je prends des périodes de relaxation pendant la journée - Je masse mes tempes légèrement - Je prends un analgésique léger (Tylénol ou autre).
Fatigue Peut durer de 2 à 4 semaines. Élimination de la nicotine (stimulant) et effet de la désintoxication aux composants de la cigarette.		- Je dors suffisamment et, au besoin, je prends des périodes de repos pendant la journée - Je fais de l'exercice régulièrement - Je mange bien et je bois beaucoup d'eau
Troubles du sommeil De 1 à 3 semaines. Serait dû au sevrage à la nicotine.		- J'évite les excitants en soirée (thé, café, chocolat) - Je fais de l'exercice comme une marche après le souper - Je me détends en lisant, écoutant un film...
Constipation De 1 à 4 semaines. La nicotine agissait comme stimulant intestinal. Changement de routine.		- Je bois beaucoup d'eau - Je mange plus de fruits, légumes, céréales et pains à grains entiers (plus de fibres). - Je fais de l'exercice physique
Faim Durera quelques semaines. Vous goûtez sans doute plus les aliments et ressentez le besoin d'avoir quelque chose dans vos mains ou votre bouche.		- Je prends des collations faibles en calories en plus de mes 3 repas par jour si j'ai faim - Je bois beaucoup d'eau - Je garde une paille dans ma bouche
Difficultés de concentration, impatience, anxiété, irritabilité Quelques semaines. Stress dû au manque de nicotine.		- Je prends plus de petites pauses et je me dis que c'est le prix à payer pour retrouver ma liberté. - Je prends de grandes respirations. - J'avise mon entourage que j'ai cessé de fumer et leur demande d'être patient puisque c'est temporaire.
Fortes envies de fumer Surtout les 2 premières semaines. Elles ne durent que quelques minutes : il faut se changer les idées, se tenir occupé le temps que ça passe.		<u>Je me change les idées</u> : je mâche de la gomme, me brosse les dents, respire profondément, appelle un ami, bois un verre d'eau lentement, écoute de la musique en chantant... <u>Je change mes habitudes</u> : je mange dans une autre pièce, bois du thé ou une tisane au lieu du café, me lève tout de suite de table après le repas, change de route pour me rendre au travail, m'occupe les mains avec différents objets... - Je limite ma consommation d'alcool, surtout au début car peut diminuer ma volonté de ne pas fumer - Je fréquente des endroits non-fumeurs et je demande à mes amis de ne pas fumer devant moi!

Soyez sur vos gardes : Ne pensez surtout pas que vous pouvez prendre une cigarette de temps en temps!

Annexe 3d - iii
Exemple de lettre motivationnelle pour
les patients fumeurs qui ne veulent pas arrêter

Où en êtes-vous ?

Nous nous sommes rencontrés à l'hôpital il y a quelques semaines et nous avons discuté de votre tabagisme. Où en êtes-vous dans votre réflexion sur l'importance de cesser de fumer ?

Si vous avez décidé d'arrêter de fumer, félicitations !
Vous venez de vous offrir le plus beau des cadeaux !

Si la décision n'est pas encore prise, souvenez-vous que vous pouvez protéger la santé de votre famille en fumant dehors et en rendant votre maison sans fumée. Voici quelques pistes de réflexion pour vous aider à prendre votre décision :

- Demandez-vous pourquoi vous avez commencé à fumer et pourquoi vous fumez encore.
- Qu'est-ce que vous aimez dans le fait de fumer ?

Vous trouverez ci-joint une feuille «Les pour et les contre». Je vous invite à la remplir en indiquant quels sont les avantages et inconvénients que vous procure le fait de fumer et quels seraient vos avantages et vos inconvénients à arrêter de fumer. Quand vous aurez terminé, demandez-vous quelles activités vous pourriez faire au lieu de fumer et ce qui vous aiderait à cesser de fumer.

Souvenez-vous qu'il existe des ressources pour vous aider et ce,
gratuitement, comme votre

Centre d'abandon du tabagisme
ou la ligne
J'Arrête au 1 866 JARRETE (1 866-527-7383)
ou visitez leur site au
www.jarrete.qc.ca.

Infirmière spécialisée en arrêt tabagique

F. 1mois fr

Les pour et les contre

Je continue de fumer		J'arrête de fumer	
Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients
☐ Je fume pour m'aider à gérer mon stress ☐ Je fume, ça me réconforte ☐ Je fume pour me récompenser ☐ Je fume, ça me permet de prendre des pauses ☐ Je fume pour me tenir occupé(e) ☐ Je fume pour mieux me concentrer ☐ Je fume quand je suis fâché(e) ☐ Je fume lorsque je m'ennuie ☐ J'aime fumer avec mes amis ☐ Je fume pour moins manger ☐ _____	☐ Fumer nuit à ma santé ☐ Fumer nuit à la santé de ma famille et de ceux qui m'entourent ☐ Quand je fume, je goûte moins ☐ Fumer me coûte cher ☐ Fumer fait vieillir ma peau ☐ Fumer jaunit mes dents ☐ Fumer me donne mauvaise haleine ☐ Quand je fume, tout «pue» autour de moi ☐ Fumer crée une dépendance ☐ Je dois toujours aller dehors pour fumer ☐ _____	☐ J'arrête pour améliorer ma santé ☐ J'arrête pour améliorer la santé de mes proches ☐ J'arrête pour me sentir plus en forme ☐ J'arrête pour prendre soin de moi ☐ J'arrête pour me libérer de cette dépendance ☐ J'arrête pour me récompenser avec l'argent économisé ☐ J'arrête pour être un modèle de quelqu'un qui «réussit» ☐ J'arrête pour donner le bon exemple à mes enfants et les protéger de la fumée secondaire ☐ J'arrête pour augmenter mes chances de vivre plus âgé(e)... et en meilleure santé ☐ _____	☐ Je pourrais ressentir de l'inconfort dû au manque de nicotine ☐ J'ai peur de prendre du poids ☐ Je pourrais avoir de la difficulté à contrôler mes émotions ☐ Je pourrais avoir de la difficulté à contrôler mon stress ☐ Je pourrais avoir de la difficulté à me concentrer ☐ Je vais trouver plus difficile d'être avec mes amis fumeurs ☐ J'aurai l'impression de perdre un plaisir ☐ _____

Ce que je peux faire au lieu de fumer

Ce qui peut m'aider à arrêter de fumer

Annexe 3d – iv
Brochure Air Pur



Annexe 3d - v
Revue DEUX

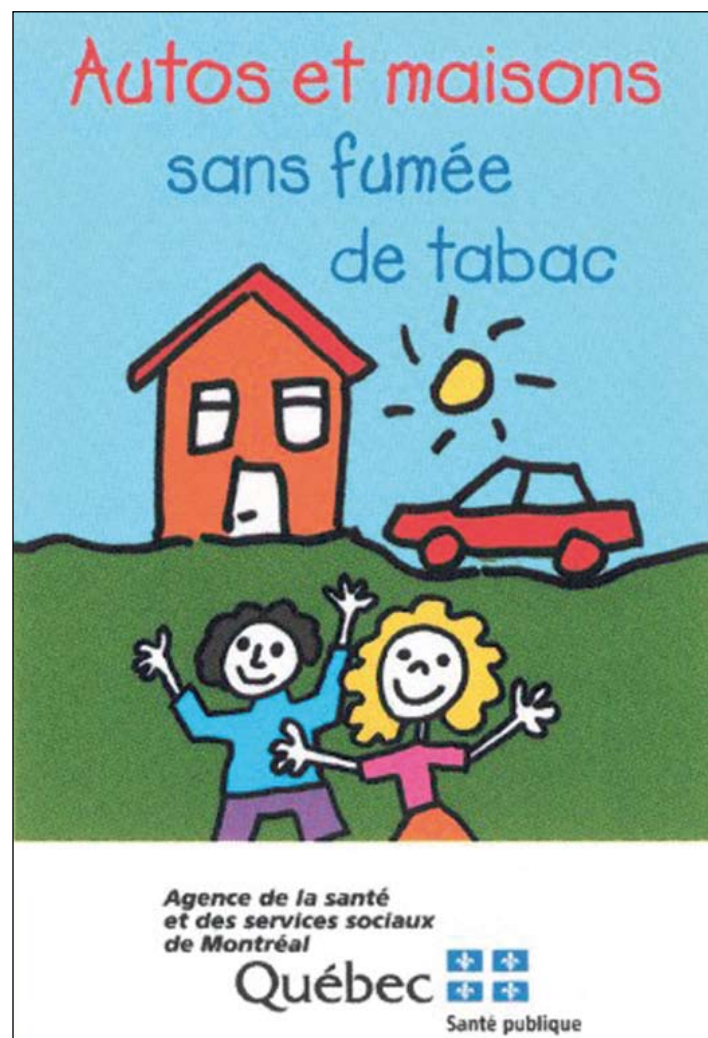


Annexe 3e
Outils promotionnels du projet

Affiche Air Pur



Autocollant « Autos et maisons sans fumée de tabac »



Annexe 3f
Outils de soutien à la pratique du projet

Annexe 3f - i

Formulaire de collecte de données

SOUTIEN À LA CESSATION TABAGIQUE COLLECTE DES DONNÉES – PATIENT

Numéro automatique : _____

Date d'admission : ____/____/____ Diagnostic d'admission : _____

Unité de soins : _____

Intervenante : infirmière responsable infirmière clinique externe autre : _____

Tél. principal : _____ () - Tél. secondaire : () -

Tél. cellulaire : () - Courriel : _____

Meilleur moment pour rejoindre : _____

INTERVENTION

Nombre de cigarettes par jour : _____ cigarettes

Nombre d'années de tabagisme : _____ années

Usage du tabac autre que cigarette : ☐ Oui ☐ Non

Usage de marijuana : ☐ Oui ☐ Non

Intervention d'aide en pré-admission : Oui Non Si oui, date : ____/____/____

DÉPART

Démarche de cessation au congé

☐ Ne fume plus

☐ Veut cesser au cours des 30 prochains jours Date prévue d'arrêt : ____/____/____

Ne veut pas cesser prochainement

Date : ____/____/____

Infirmière responsable de la cessation tabagique (514)

Soutien à la cessation tabagique - patient

Interventions

<u>PAS PRÊT À CESSER DE FUMER</u>	<u>PRÊT À CESSER DE FUMER</u>	<u>À CESSÉ DE FUMER < 6 MOIS</u> <u>(Féliciter!)</u>
<u>Demander à la personne :</u> ☐ Avantages et inconvénients de fumer et de cesser de fumer <u>Discuter :</u> ☐ De votre inquiétude par rapport au tabagisme de la personne ☐ Des inquiétudes de la personne par rapport à la cessation et des différentes ressources pour soutenir la cessation ☐ Des bénéfices de la cessation et de l'importance de cesser ☐ Des dangers de la fumée secondaire et de l'importance de ne pas exposer les autres (fumer dehors)	<u>Demander à la personne :</u> ☐ Ses raisons pour cesser de fumer ☐ Sa date d'arrêt ☐ Ses inquiétudes et ses questions <u>Discuter :</u> ☐ Des inquiétudes/questions soulevées et de solutions ☐ Des tentatives d'arrêt antérieures : symptômes de sevrage, méthodes utilisées et rechutes ☐ De l'utilisation d'une pharmacothérapie ☐ Des situations déclenchant l'envie de fumer et de stratégies ☐ Des ressources pour soutenir la cessation et de l'importance d'avoir du soutien ☐ Des dangers de la fumée secondaire et de l'importance de ne pas exposer les autres (fumer dehors)	<u>Demander à la personne :</u> ☐ Ce qu'elle apprécie du fait d'avoir cessé de fumer ☐ Si elle prend une médication d'aide à la cessation ☐ Les problèmes rencontrés <u>Discuter :</u> ☐ Des récompenses journalières pour se féliciter de ne pas fumer ☐ Des problèmes rencontrés et des solutions ☐ De l'importance de ne pas fumer de façon occasionnelle ☐ De l'importance d'être toujours vigilant car le goût de fumer peut persister très longtemps ☐ Des dangers de la fumée secondaire et de l'importance de ne pas exposer les autres (fumer dehors)

Aides pharmacologiques suggérés (voir page suivante)

Pendant l'hospitalisation : ☐ Timbre ☐ Gomme ☐ Bupropion ☐ Varénicline ☐ Inhalateur

Au congé : ☐ Timbre ☐ Gomme ☐ Bupropion ☐ Varénicline ☐ Inhalateur

Souligner

- ☐ La plupart des fumeurs doivent s'y prendre à plusieurs reprises avant de réussir à cesser de fumer définitivement
- ☐ Le fait d'avoir réussi à arrêter de fumer pendant une période est très positif
- ☐ Les expériences d'arrêt antérieures permettent de mieux planifier le prochain arrêt et d'augmenter les chances de réussite

Donner

- ☐ Feuille expliquant le suivi
- ☐ Matériel d'aide à la cessation
- ☐ Documentation sur les ressources en cessation
- ☐ Documentation sur les effets de la fumée secondaire

Faire

- ☐ Référence à la Ligne J'arrête _____
- ☐ Envoi de lettres motivationnelles
- ☐ Consentement verbal pour rappel à 6 mois

COMMENTAIRES

Date : ____/____/____

18.02.09

Infirmière responsable de la cessation tabagique (514)

Soutien à la cessation tabagique - patient

Médicaments d'aide à la cessation tabagique

Personne fumant _____ cigarettes/jour

Prise antérieure de médicaments pour cesser de fumer

	Expérience positive	Expérience négative
☐ Gomme de nicotine :	☐	☐
☐ Timbre de nicotine :	☐	☐
☐ Bupropion (Zyban) :	☐	☐
☐ Varénicline (Champix)	☐	☐
☐ Autre :	☐	☐

Contre-indications gommes et timbres de nicotine

- ☐ Allergie aux diachylons (pour les timbres)
- ☐ Maladie cutanée généralisée (pour les timbres)
- ☐ Maladie bucco-dentaire sévère (pour les gommes)
- ☐ Infarctus du myocarde au cours des 2 semaines précédentes
- ☐ Angine instable ou sévère
- ☐ Arythmie sévère
- ☐ Accident vasculaire cérébral au cours des 2 semaines précédentes
- ☐ Grossesse ou allaitement

Contre-indications à la prise de Bupropion	Contre-indications à la prise de Varénicline
☐ Allergie au Bupropion	☐ Allergie à la varénicline
☐ Troubles convulsifs	☐ Moins de 18 ans
☐ Prise de Wellbutrin	☐ Grossesse ou allaitement
☐ Utilisation depuis < de 14 jours d'un antidépresseur IMAO ou de la thioridazine	☐ Insuffisance rénale sévère
☐ Sevrage éthylique abrupt	☐ Aucune expérience : épilepsie ; Colon irritable et autres problèmes gastro-intestinaux, Chimiothérapie
☐ Retrait soudain de Benzodiazépines ou autres sédatifs	☐ Mise en garde de risques de détérioration de maladies psychiatriques
☐ Diagnostic/antécédents de boulimie ou d'anorexie mentale	☐ Surveillance fonction rénale chez les personnes âgées
	☐ Mise en garde de risques d'étourdissements et de somnolence
	☐ Vigilance : apparition de symptômes neuropsychiatriques (humeur dépressive, idées /comportements suicidaires etc.)

Médication suggérée

- ☐ Bupropion SR ☐ Varénicline **ÉVALUATION ET SUIVI PAR UN MÉDECIN NÉCESSAIRE !**
- ☐ Gommes de 2 mg (fumeurs de moins de 25 cigarettes par jour ; 1 gomme q. 1-2 heures au besoin ; maximum de 24 gommes/jour)
- ☐ Gommes de 4 mg (fumeurs de 25 cigarettes ou plus par jour ; 1 gomme q. 1-2 heures au besoin ; maximum de 24 gommes/jour)
- ☐ Timbres
- ☐ Fumeurs de 10 cigarettes ou plus par jour

4 à 6 semaines de 21 mg/24 heures

2 à 4 semaines de 14 mg/24 heures

2 à 4 semaines de 7 mg/24 heures

(Total de 12 semaines remboursées)

☐ Utilisation combinée du timbre et de la gomme :

☐ Ajout de gommes 2 mg au besoin pendant l'utilisation du timbre

☐ Ajout de gommes 2 mg au besoin après l'utilisation du timbre

☐ Fumeurs de moins de 10 cigarettes par jour

8 semaines de 14 mg/24 heures

4 semaines de 7 mg/24 heures

(Total de 12 semaines remboursées)

Date : __/__/__

Infirmière responsable de la cessation tabagique (514)

18.02.09

Annexe 3f - ii

Formulaire de monitoring

automatique :

Admission	Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Inconnu	Langue : ☐ Français ☐ Anglais	
	Type de patient : patient conjoint (obstétrique)	☐ parent (pédiatrie) ☐ autre	
	Tél. principal : ()	Tél. secondaire : ()	
	Tél. cellulaire : ()	Courriel :	
	Meilleur moment pour rejoindre :		
	Adresse : (si différente de l'adresse principale)		
	Ville :	Province :	Code postal :
	Date d'admission : ____/____/____		
	Unité de soins :		
	Diagnostic d'admission :		
Intervention	Moment de l'intervention (obstétrique) : ☐ en anté-partum ☐ en post-partum		
	Date des rencontres : (1) ____/____/____ (2) ____/____/____ (3) ____/____/____		
	Fumeuse (obstétrique) :	Non fumeuse (obstétrique) : arrêt ≥ 1 semaine arrêt < 1 semaine	
	Nombre d'années de tabagisme : (années)	Nombre de cigarettes par jour : (cigarettes)	
	Usage du tabac autre que cigarette : ☐ Oui ☐ Non		
	Usage de marijuana : ☐ Oui ☐ Non		
	Intervention d'aide en pré-admission : ☐ Oui (indiquez la date) ____/____/____ ☐ Non		
	Aide pharmacologique pdt. l'hospitalisation : ☐ Timbre ☐ Gomme ☐ Bupropion ☐ Varénicline ☐ Inhalateur		
	Conjoint (obstétrique) : ☐ non fumeur ☐ pas de conjoint		
	☐ fumeur → intervention cessation tabagique faite sur place : Oui Non		
	Date de départ : ____/____/____		
	Aide pharmacologique au congé : ☐ Timbre ☐ Gomme ☐ Bupropion ☐ Varénicline ☐ Inhalateur		
	Ordonnance collective remise		
	Démarche de cessation au congé ☐ Ne fume pas Non fumeuse (obstétrique) : ☐ arrêt ≥ 1 semaine ☐ arrêt < 1 semaine ☐ Veut cesser au cours des 30 prochains jours → Date prévue d'arrêt : ____/____/____ ☐ Ne veut pas cesser prochainement		
	Suivi et congé	Consentement verbal référence à la ligne : ☐ oui ☐ refuse	
Consentement au suivi téléphonique après 6 mois : ☐ Accepte ☐ Refuse			
Réponse du pharmacien reçue : ☐ Oui ☐ Non			
Modalité des envois : ☐ Postaux ☐ Courriel ☐ Refuse			
Envois motivationnels	Démarche de cessation pour patient refusant la référence à la ligne ☐ Ne fume pas Non fumeuse (obstétrique) : ☐ arrêt ≥ 1 semaine ☐ arrêt < 1 semaine ☐ Veut cesser au cours des 30 prochains jours → Date prévue d'arrêt : ____/____/____ ☐ Ne veut pas cesser prochainement		

Octobre 2007

Annexe 3f – iii
Autocollant pour le statut tabagique
« Air Pur »



Annexe 3f - iv
Étampe d'identification du statut
tabagique

(Étampe de la note médicale)

INTERVENTION CESSATION TABAGIQUE (pas d'ordonnance collective)

Intérêt pour cesser de fumer

- ☐ N'est pas prêt à cesser
- ☐ Est prêt à cesser : date : _____
- ☐ A cessé de fumer : date : _____

Médication suggérée à l'hôpital

- ☐ timbre de nicotine
- ☐ gomme de nicotine
- ☐ Bupropion

Médication suggérée au congé

- ☐ timbre de nicotine
- ☐ gomme de nicotine
- ☐ Bupropion
- ☐ Inhalateur de nicotine
- ☐ Référence au Centre d'abandon du tabagisme

Signature : _____

INTERVENTION CESSATION TABAGIQUE
(ordonnance collective)

Intérêt pour cesser de fumer

- ☐ N'est pas prêt à cesser
- ☐ Est prêt à cesser : date : _____
- ☐ A cessé de fumer : date : _____

Médication prescrite à l'hôpital

- ☐ timbre de nicotine
- ☐ gomme de nicotine
- ☐ Bupropion

Médication suggérée au congé

- ☐ timbre de nicotine
- ☐ gomme de nicotine
- ☐ Bupropion
- ☐ Inhalateur de nicotine
- ☐ Référence au Centre d'abandon du tabagisme

Signature : _____

Annexe 3g
Facteurs associés à la pérennité du projet

Facteurs associés à la pérennité du projet

Pérennité du projet de soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux

Contexte

Dans le cadre du Plan québécois d'abandon du tabagisme, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a reçu le mandat de coordonner et d'implanter les services de soutien à la cessation tabagique sur le territoire. En plus des Centres d'abandon du tabagisme (CAT) situés dans chacun des CSSS et au CHUM, un projet de soutien à la cessation tabagique auprès des fumeurs hospitalisés a été implanté dans la majorité des hôpitaux de soins généraux et spécialisés. Une subvention assurait un poste à demi temps pour une infirmière responsable de l'implantation du projet ainsi que des interventions auprès de la clientèle ciblée. Le but ultime de ce projet était que le soutien à la cessation tabagique soit institutionnalisé au niveau de l'hôpital, afin que tous les patients fumeurs reçoivent une intervention brève et amorcent ainsi une démarche vers l'arrêt tabagique.

Deux CH ont poursuivi le projet intégralement lorsque le financement de la DSP s'est terminé : l'Institut de cardiologie de Montréal et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. D'autres CH n'ont pas poursuivi le projet sous la même forme auprès de leur clientèle hospitalisée : Hôpital de Montréal pour enfants, CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (CH Fleury), CSSS du Sud-Ouest-Verdun (CH Verdun), CSSS du Coeur-de-l'Île (CH Jean-Talon), CSSS de l'Ouest-de-l'Île (CH Lakeshore). Le projet est encore en implantation dans six autres hôpitaux.

À partir de l'expérience acquise dans nos hôpitaux, nous avons tenté d'identifier les facteurs facilitateurs et les barrières à la pérennité d'un tel projet et au maintien des interventions en cessation tabagique auprès des fumeurs hospitalisés. Les compte rendus des comités de gestion, les données de monitoring, les communications avec les infirmières responsables et les gestionnaires ainsi que les bilans annuels réalisés dans chaque milieu ont servi de base à cette réflexion.

Diane Villeneuve
Hawa Sissoko
24 novembre 2008

Élément à considérer	Facteurs facilitants	Barrières
Engagement de la direction envers la prévention et promotion de la santé	- Présence d'une direction de la prévention - Être membre du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé - Être un hôpital à vocation universitaire	
Coordination – gestion	Comité de gestion - gestionnaire responsable du dossier - leader - membre de la direction ou chef de programme - direction de la prévention - gestionnaires des départements impliqués - porteurs du projet - soutien actif à l'infirmière pour faciliter l'implantation dans leur département Soutien de la supérieure immédiate - solution aux problèmes administratifs (bureau, matériel, archives, communications,...) - agent facilitateur auprès des chefs de programmes et départements Soutien sur les départements et cliniques externes - infirmières chef ou assistantes (ASI) adhèrent au projet et soutiennent le changement de pratique	Réorganisation du réseau de la santé - fusion récente des hôpitaux, CLSC et CHSLD - projet clinique et structure organisationnelle à définir pour le CSSS Projet de cessation porté uniquement par le responsable de santé publique du CSSS - leadership à établir à l'hôpital - manque de connaissance du milieu - manque de soutien des gestionnaires de l'hôpital
Infirmière responsable	- temps dédié à l'intervention préservé - remplacement assuré lors des vacances - infirmière bachelière - autres tâches en lien avec la promotion/prévention - conseillère en allaitement - prévention des infections - enseignement asthme ou MPOC - forte implication personnelle - autonomie - habiletés de communication - création de liens avec le personnel soignant - enseignement et transfert de connaissance - caractéristique personnelle : accepter le fait que le changement des habitudes de vie (cessation tabagique) prend du temps – ne pas avoir des attentes trop élevées suite à leur intervention	Autres tâches jugées plus prioritaires - infirmière responsable qui est également infirmière soignante sur un département - infirmière affectée au projet lors de son retrait préventif
Médecins	- médecin champion qui soutient le projet auprès des médecins et chefs de département - CMDP : élaboration et adoption d'une ordonnance collective pour la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)	- chef de département qui ne soutient pas le projet ou qui a des attentes différentes ou incompatibles avec les objectifs du projet (ex : protocole de recherche) - peu de références de la part des médecins
Formation	- infirmière responsable - formation de base et continue assurée - jumelage d'une nouvelle inf. avec une ancienne : mini-stage d'une journée - partage avec les infirmières des autres hôpitaux pendant les rencontres de formation continue	
Sensibilisation et formation des autres professionnels	- infirmières des départements et cliniques externes - sensibilisation et formation à l'intervention brève par l'infirmière responsable - infirmières libérées pour la formation - présence d'infirmières praticiennes - médecins - soutien du CMDP ou des chefs de département - conférence des médecins conseils de la DSP dans le cadre d'activités de formation médicale continue - hôpital universitaire (externes, résidents, sciences inf.)	- sensibilisation des infirmières pendant leurs pauses - peu de collaboration des infirmières (ex : identification du statut tabagique) - peu de références à l'infirmière responsable

Élément à considérer	Facteurs facilitants	Barrières
Ordonnance collective à l'interne pour la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)	▪ TRN au formulaire de la pharmacie ▪ adoption d'une ordonnance collective pour les TRN dans l'établissement ▪ infirmière responsable et infirmières praticiennes visées par cette ordonnance et habilitées à prescrire les TRN aux fumeurs hospitalisés	▪ absence d'ordonnance collective pour les TRN dans l'établissement ▪ démarches longues et incomplètes pour faire adopter une ordonnance collective
Soutien au changement de pratique	▪ disponibilité d'outils simples de soutien à la pratique ○ identification du statut tabagique - identification à l'admission - visibilité du statut tabagique au dossier ou au poste (collant au dossier, magnétiques au poste) ○ formulaire de référence par télécopieur à la Ligne j'arrête pour les cliniques externes ○ fichier de monitoring du nombre d'interventions et de références dans les cliniques externes ▪ disponibilité de matériel éducatif et promotionnel ○ feuillets Cessation en Onco et Pré-chirurgie ○ dépliant Autos et Maisons sans fumée ○ magazine DEUX ○ carton d'information sur les ressources du PQAT dans la communauté (Switch) ▪ soutien proactif par l'infirmière responsable ○ visites de suivi et de soutien dans les départements et cliniques externes ○ feedback positif et messages de soutien réguliers ▪ soutien de la part de l'assistante inf. chef pour : l'identification des patients fumeurs (liste), sensibilisation des autres inf. soignantes du département	▪ roulement du personnel dans les départements ▪ surcharge de travail et réticence face aux tâches supplémentaires ▪ infirmière responsable qui porte seule le dossier, qui est vue comme la «spécialiste» en cessation tabagique ▪ identification du statut tabagique qui n'est pas faite à l'admission ▪ statut tabagique non inscrit de façon très visible sur le dossier ou au poste
Logistique	▪ bureau, ordinateur, accès Internet et Lotus Notes, téléphone avec boîte vocale, pagette pour faciliter les références ▪ locaux pour l'intervention ▪ classeur pour les documents et matériel éducatif ▪ soutien d'une secrétaire ou d'un bénévole pour l'envoi des lettres motivationnelles	▪ aucun bureau attitré pour rencontrer les clients des cliniques externes (cliniques prénatales ou GARE) ▪ aucun soutien pour les tâches administratives
Monitoring	▪ monitoring des interventions de l'infirmière responsable et suivi au comité de gestion pour ○ vérifier l'implantation ○ ajuster l'intervention au besoin ▪ monitoring simple des interventions et références dans les départements et cliniques externes	▪ aucune ressource pour traiter la base de données à l'interne
Soutien de la DSP	▪ soutien de la DSP pour la base de monitoring ○ résolution des problèmes ○ extraction et validation des données ▪ formation de base et continue ▪ disponibilité d'outils éducatifs et promotionnels ▪ ordonnance collective pour les TRN dans la région de Montréal	

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec

