

Évaluation de la formation en cessation tabagique offerte aux agents de soins de santé des établissements de détention de Québec, Rivière-des-Prairies et Montréal (Bordeaux)

**Ann Royer, Ph. D.
Michael Cantinotti, Ph. D.**

Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

Avril 2008

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire du présent rapport :

M^{me} Sylvie Bélanger

Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

2400, avenue D'Estimauville

Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000, poste 217

Télécopieur : (418) 666-2776

Courriel : sbelanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût : 10 \$ plus TPS 0,50 \$ Total : 10,50 \$

Payable à l'avance par chèque à l'ordre de ASSS de la Capitale-Nationale-DSP

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2008

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

ISBN : 978-2-89496-372-2 (Version imprimée)

ISBN : 978-2-89496-373-9 (Version PDF)

Note sur les auteurs

Ann Royer, Ph. D., est chercheure au Partenariat pour la recherche sur l'intégration sociale et la marginalisation (PRISM) du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, (Centre affilié universitaire), professeure associée au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval et agente de programmation, de planification et de recherche dans l'équipe Habitudes de vie / Maladies chroniques de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Michael Cantinotti, Ph. D. en psychologie, est boursier du Programme stratégique de formation en recherche en santé publique et en santé des populations des Instituts de recherche en santé du Canada et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec. Il est chercheur postdoctoral à l'Université McGill et poursuit ses travaux de recherche à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Référence bibliographique :

A. Royer, et M. Cantinotti (2008). *Évaluation de la formation en cessation tabagique offerte aux agents de soins de santé des établissements de détention de Québec, Rivière-des-Prairies et Montréal (Bordeaux)*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux, Direction de santé publique, 54 p.

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale.

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation de ce projet d'évaluation et nous tenons à les remercier très sincèrement.

Nos remerciements vont d'abord aux agents de soins de santé qui ont reçu la formation en cessation tabagique et au personnel de direction des établissements de détention de Québec, Montréal (Bordeaux) et Rivière-des-Prairies, sans qui cette évaluation n'aurait pu être réalisée.

Des remerciements particuliers vont à M^{me} Isabelle Auclair et à M^{me} Suzanne Cardinal, respectivement directrice des Services opérationnels et chef d'unité à l'Établissement de détention de Québec, ainsi qu'à M. Martin Jarry, chef d'unité, Service de santé à l'Établissement de détention de Montréal (Bordeaux), qui ont rendu possible la coordination de l'étude à l'intérieur des établissements de détention.

Nous voulons aussi exprimer toute notre reconnaissance à M. Réjean Lamontagne, formateur régional en cessation tabagique et intervenant à la Clinique d'aide aux fumeurs de la région de Québec, qui a donné la formation aux agents de soins de santé.

Nous sommes redevables à M. Mario Champagne et à M^{me} Luiza Maria Manceau, de la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, ainsi qu'à M. Michel Beauchemin, coordonnateur de l'équipe Habitudes de vie / Maladies chroniques, pour leur soutien tout au long du projet. Nos remerciements vont également au D^r Gilles Paradis, professeur au Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail de l'Université McGill, pour sa relecture du rapport.

Nous souhaitons enfin remercier M^{me} Christine Simard pour son aide à l'édition de ce document.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Toxicité et mortalité associées au tabac et à la fumée de tabac dans l'environnement	1
Évolution du tabagisme dans la population générale au Canada et au Québec	1
L'établissement de détention : un milieu défavorisé en matière de tabagisme	2
Pourquoi faut-il intervenir sur le tabagisme des personnes détenues ?	2
Contexte de l'évaluation	3
MÉTHODE	7
Objectifs et instruments d'évaluation	7
Participants	7
Contenu de la formation	7
Procédure	8
RÉSULTATS	9
Aspects sociodémographiques	9
Habitudes tabagiques personnelles et du milieu de vie.....	9
Attitude envers la formation, connaissances et interventions tabagiques au prétest .	10
Habitudes tabagiques du milieu de travail	10
Perception du tabagisme et de la fumée de tabac dans l'environnement (FTE)	10
Perceptions par rapport au changement de règlement sur le tabagisme	11
Aide pour la cessation tabagique.....	11
DISCUSSION.....	13
CONCLUSION	17
RÉFÉRENCES	19
ANNEXE 1 Questionnaire préformation	25
ANNEXE 2 Questionnaire post-formation	39

INTRODUCTION

Toxicité et mortalité associées au tabac et à la fumée de tabac dans l'environnement

La consommation de produits du tabac constitue la première cause de mortalité évitable dans le monde¹. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 100 millions de personnes sont décédées des conséquences du tabagisme au cours du xx^e siècle². Au Canada, on estime que plus de 45 000 personnes décèdent chaque année à cause du tabac³. Entre 80 % et 90 % des cas de cancer du poumon sont attribuables au tabagisme⁴.

Plus de 4 000 substances chimiques ont été identifiées dans la fumée de tabac inhalée par les fumeurs. En combinant la fumée inhalée et celle dégagée par la combustion du tabac, on dénombre au moins 250 substances toxiques ou cancérogènes⁴. En 2002, le Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS concluait au lien causal entre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE), aussi appelée « tabagisme passif », et le cancer du poumon. Ainsi, le risque de cancer du poumon des non-fumeurs exposés à la FTE sur leur lieu de travail est de 12 % à 19 % supérieur à celui des travailleurs qui n'y sont pas exposés. En outre, le risque de développer des maladies coronariennes aiguës augmente de 25 % à 35 % chez les personnes involontairement exposées à la fumée de tabac⁵. Les formes de FTE les plus associées à une augmentation du risque de cancer sont le fait de vivre avec une personne qui fume et le travail dans un environnement où il est permis de fumer⁴. En 1998, on estimait que le tabagisme passif avait provoqué le décès de 1 107 non-fumeurs au Canada, dont 359 au Québec³.

La FTE constitue un enjeu de santé important dans le milieu carcéral. En effet, le *Surgeon General* des États-Unis rapportait en 2006 que les prisons constituaient un des lieux habités où la concentration de FTE était la plus élevée⁶.

Évolution du tabagisme dans la population générale au Canada et au Québec

Au cours des dernières années, la proportion de fumeurs dans la population générale (prévalence du tabagisme) a diminué. Selon l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), 18 % des Canadiens de 25 ans ou plus consommaient du tabac en 2007, alors qu'ils étaient 24 % en 1999. Au Québec, ce taux était de 19 % en 2007, comparativement à 29 % en 1999^{7,8}. Cette baisse est attribuable à une combinaison de facteurs, comme les politiques et règlements antitabac, les programmes de prévention, la sensibilisation par les médias ainsi que les interventions dans les écoles et les entreprises⁹. Les réglementations qui limitent le tabagisme restreignent aussi l'exposition à la FTE, renforcent la motivation à diminuer de fumer et augmentent la cessation tabagique¹⁰.

En 2007, neuf des treize provinces et territoires canadiens avaient adopté des lois interdisant le tabagisme dans les lieux publics ou de travail¹¹. L'OMS estime qu'actuellement, 90 % de la population canadienne vit dans un environnement bénéficiant de lois qui limitent le tabagisme².

L'établissement de détention : un milieu défavorisé en matière de tabagisme

Ces données encourageantes sur le plan de la santé masquent néanmoins certaines disparités vis-à-vis du tabagisme. À cet égard, il convient de souligner que les grandes enquêtes nationales sur le tabac, comme l'ESUTC, n'incluent pas les pensionnaires à temps plein d'un établissement institutionnel. Or la tendance globale à la baisse de la consommation du tabac ne se vérifie guère chez ces personnes, qui continuent à présenter une prévalence du tabagisme deux à trois fois supérieure à la moyenne nationale. C'est le cas, notamment, des clients des centres de traitement des dépendances¹² et des établissements psychiatriques^{13,14}, ainsi que des personnes détenues dans les prisons.

Selon la majorité des études publiées dans des revues scientifiques, les taux de tabagisme en milieu carcéral se situent entre 60 % et 85 %, que ce soit en Australie, aux États-Unis, au Royaume-Uni ou encore en France¹⁵⁻²⁴. Au Canada, le Sondage national auprès des détenus de 1995 révélait que 72 % des détenus incarcérés dans des établissements pénitentiaires fédéraux fumaient²⁵. Nous n'avons pas eu connaissance d'étude scientifique sur le tabagisme dans les établissements de détention du Québec, mais les estimations rapportées dans les médias correspondent aux chiffres de prévalence rapportés pour les États mentionnés ci-dessus^{26,27}.

Bien que les établissements de détention aient traditionnellement été exclus des lois interdisant de fumer sur les lieux de travail, la tendance actuelle est à la généralisation de l'interdiction de fumer dans les prisons. Par exemple en 1993, aux États-Unis, aucun État n'avait banni complètement le tabagisme dans son système carcéral. Or à la fin de l'année 2006, 29 des 50 États américains, plus le district fédéral de Columbia, avaient instauré une interdiction complète de fumer dans leurs prisons, c'est-à-dire autant dans les lieux intérieurs qu'extérieurs²⁸ (voir la figure 1).

Au Canada, en février 2008, 11 des 13 provinces et territoires avaient adopté des lois décrétant une interdiction complète de fumer dans les établissements de détention (figure 2). Seuls le Québec et les Territoires du Nord-Ouest n'interdisaient pas complètement l'usage du tabac dans leurs établissements de détention. Par ailleurs, les pénitenciers fédéraux prévoient, à compter de mai 2008, d'étendre à leurs lieux extérieurs l'interdiction de fumer qui prévaut dans les lieux intérieurs depuis janvier 2006²⁹. En règle générale, l'interdiction de fumer s'applique autant aux employés des établissements de détention qu'aux personnes détenues. Certains établissements permettent toutefois à leurs employés de fumer dans des lieux extérieurs strictement délimités, et qui se trouvent en dehors du champ de vision des détenus.

Pourquoi faut-il intervenir sur le tabagisme des personnes détenues ?

Le tabagisme est souvent considéré comme intrinsèquement relié à la vie en établissement de détention. On fume pour combattre l'ennui et le stress de la vie en prison, et comme la grande majorité des détenus sont des fumeurs, le fait de fumer favorise le sentiment d'appartenance³⁰. En raison de ce contexte, le tabac sert de monnaie d'échange pour se procurer des biens et des services et pour régler des dettes envers d'autres détenus³¹. En

1995, 53 % des personnes détenues par les services correctionnels du Canada affirmaient dépenser la majeure partie de leur argent pour le tabac²⁵.

Force est de reconnaître, donc, que les personnes détenues retirent des bénéfices de l'usage du tabac. Cependant, l'atteinte majeure à la santé que constitue le fait de fumer et les dangers de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement nécessitent des mesures susceptibles de protéger la santé des non-fumeurs, qu'ils soient détenus ou employés des établissements de détention. Des études ont d'ailleurs démontré que l'instauration de règlements interdisant l'usage du tabac permettait de réduire de façon significative l'exposition à la FTE dans les établissements de détention⁴⁴. En outre, le taux élevé de tabagisme chez les personnes détenues est révélateur à lui seul de l'importance d'un service d'aide à la cessation tabagique en milieu carcéral. Par ailleurs, la majorité des détenus viennent de milieux socialement et économiquement défavorisés. L'intervention en cessation tabagique dans le milieu carcéral permet donc de rejoindre des personnes qui ne l'auraient vraisemblablement pas été par les mesures visant la population générale. Dans les prisons du Royaume-Uni, l'offre de soutien à la cessation tabagique a aussi été motivée par la volonté d'appliquer aux personnes détenues les mêmes standards de soins qu'à la population générale³⁰.

Il importe enfin de ne pas négliger l'aspect de prévention du tabagisme auprès des non-fumeurs. En effet, comme le tabagisme est largement répandu dans le milieu carcéral, un règlement interdisant l'usage du tabac est susceptible de limiter le risque que les non-fumeurs soient initiés au tabagisme.

Contexte de l'évaluation

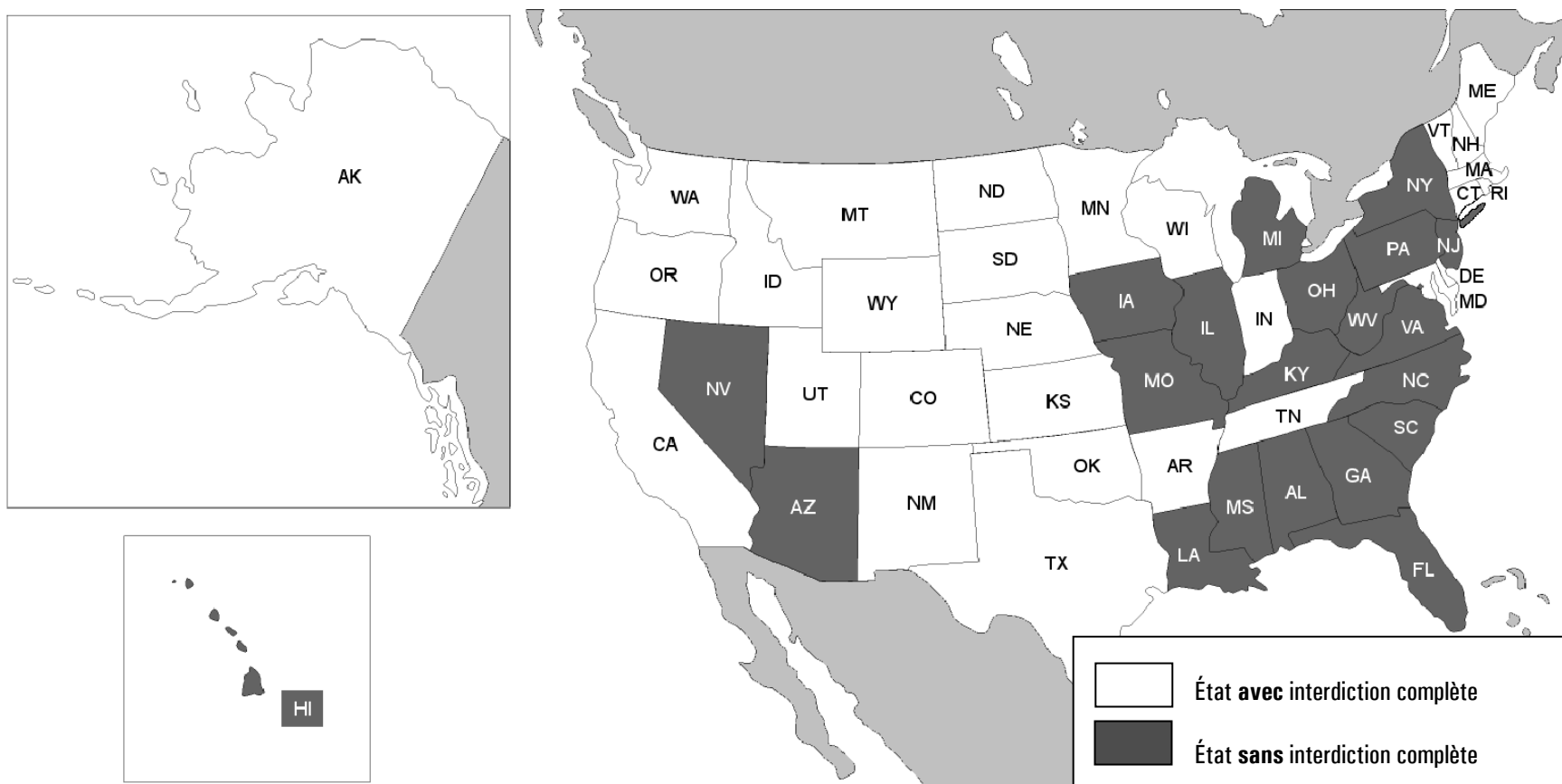
Le 14 août 2007, le ministère de la Sécurité publique du Québec annonçait l'abolition du tabagisme dans les établissements de détention provinciaux à compter du 5 février 2008, afin de protéger la santé de son personnel et des personnes détenues.

Dans ce contexte, le ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé aux directions de santé publique de conclure des ententes locales de service avec les gestionnaires des établissements de détention du Québec. Cette démarche avait pour objectif de soutenir ces établissements en offrant des services d'aide à la cessation tabagique à la clientèle incarcérée et au personnel. En outre, il était prévu d'offrir une formation en cessation tabagique aux agents de soins de santé (ASS) des établissements de détention.

C'est ainsi qu'à l'automne 2007, un comité d'implantation de l'interdiction totale de fumer était mis en place à l'Établissement de détention de Québec (ÉDQ). Le comité était formé de dix personnes, soit : M^{mes} Isabelle Auclair, Suzanne Cardinal, Johanne Migneault et Christine Saint-Laurent, respectivement directrice des Services professionnels et chefs d'unité à l'ÉDQ; MM. Karl Thibault et Tommy Martel ainsi que M^{me} Cindy Bastien, agents de services correctionnels à l'ÉDQ; M^{me} Cynthia Gravel, responsable du dossier tabac au Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord; M. Réjean Lamontagne, formateur régional en cessation tabagique et intervenant à la Clinique d'aide aux fumeurs de la région de Québec; M. Mario Champagne, responsable du programme de lutte contre le tabagisme à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. La mise sur pied du comité a conduit à l'élaboration d'un plan d'action sur

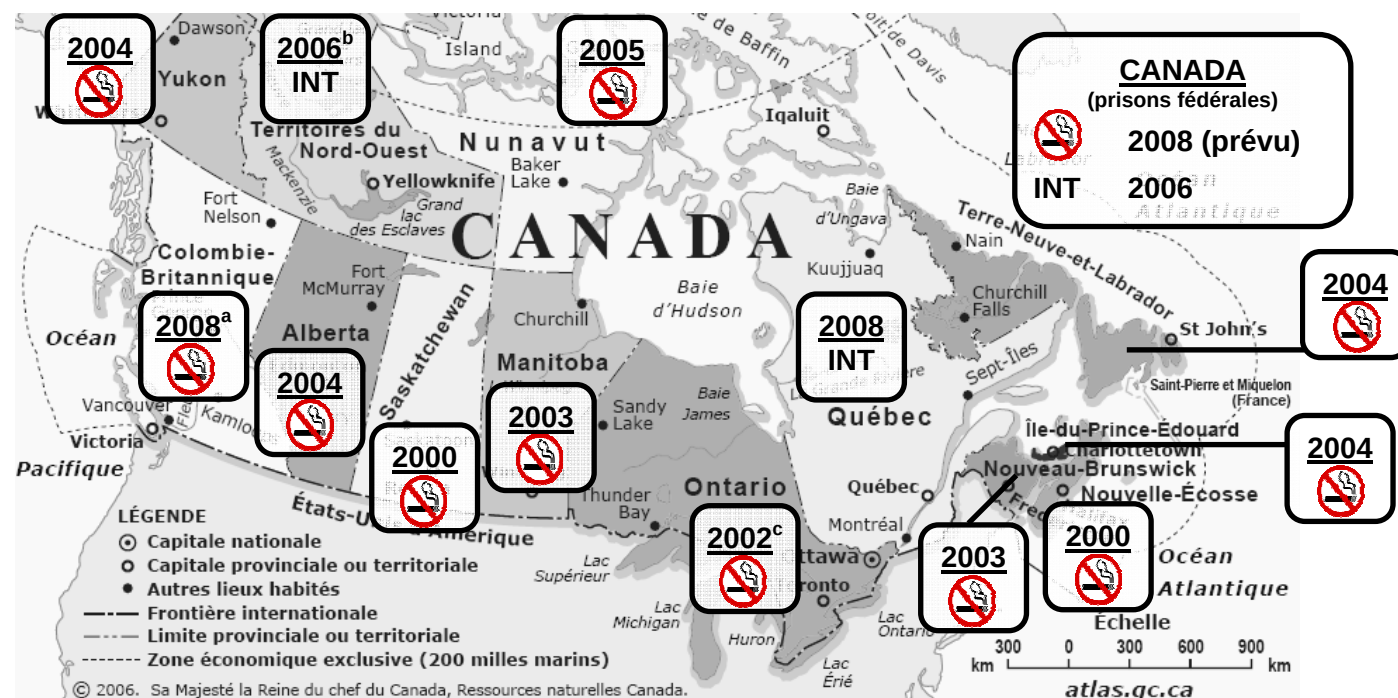
l'interdiction de fumer à l'ÉDQ et d'une formation en cessation tabagique destinée aux agents de soins de santé des services correctionnels du Québec. La formation a été donnée par M. Réjean Lamontagne, entre novembre 2007 et janvier 2008, aux agents de l'ÉDQ, de l'Établissement de détention de Montréal (Bordeaux) et de l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies. Ce rapport présente les résultats de l'évaluation de cette formation.

Figure 1. États américains avec ou sans interdiction complète de fumer dans leurs systèmes carcéraux (situation à la fin de 2006)



Notes : Aux 29 États avec interdiction complète de fumer s'ajoute le district fédéral de Columbia. Cette carte a été élaborée à partir de données présentées par Wilcox en 2007²⁸; la carte géographique des États-Unis a été extraite du site [<http://english.freemap.jp>].

Figure 2. Interdictions de fumer dans les systèmes carcéraux des provinces, des territoires et du gouvernement du Canada



INT : Interdiction de fumer seulement dans les lieux intérieurs des établissements de détention.

 : Interdiction **complète** de fumer dans les établissements de détention (lieux intérieurs et extérieurs).

Note : L'année qui figure dans les cases rectangulaires indique l'entrée en vigueur du règlement interdisant le tabagisme dans tous les établissements de détention de chaque province ou territoire. Adapté de Ressources naturelles Canada, 2006³².

^a Pour les prisons à sécurité maximale, dès 2001.

^b La généralisation de l'interdiction aux lieux extérieurs est à l'étude.

^c Interdiction introduite en 1997 dans certaines prisons.

MÉTHODE

Il convient de souligner que le règlement sur l'interdiction complète (lieux intérieurs et extérieurs) du tabagisme dans les établissements de détention provinciaux du Québec, qui avait été annoncé en août 2007, a été assoupli trois jours après son entrée en vigueur. Le 8 février 2008, l'interdiction de fumer ne s'appliquait plus qu'aux seuls lieux intérieurs des établissements de détention³³. Comme la présente évaluation a eu lieu avant ces changements de politique, on gardera à l'esprit que plusieurs des questions posées aux fins de l'évaluation étaient en prévision d'une interdiction généralisée de fumer.

Objectifs et instruments d'évaluation

Les effets de la formation donnée aux ASS ont été évalués à l'aide d'un questionnaire préformation comprenant 39 questions et d'un questionnaire post-formation de 30 questions. Les questionnaires portaient sur les variables suivantes :

- les modifications de connaissances, d'attitudes, de perceptions et de comportements en matière de tabagisme associées au programme de formation;
- les interventions d'aide à la cessation tabagique à l'égard des personnes détenues;
- les perceptions associées au changement de règlement sur le tabagisme (interdiction de fumer dans les lieux intérieurs et extérieurs des établissements de détention).

Plusieurs items des questionnaires ont été tirés d'une étude sur la cessation tabagique réalisée auprès de clients d'un centre résidentiel de traitement des dépendances¹².

Participants

Quarante agents de soins de santé des établissements de détention de Québec, Rivière-des-Prairies et Montréal (Bordeaux) ont bénéficié d'une formation en cessation tabagique. Pour chaque milieu, la formation était répartie sur deux ou trois jours, en fonction de la disponibilité des participants, et a été donnée par le formateur régional en cessation tabagique de la Clinique d'aide aux fumeurs de la région de Québec.

Contenu de la formation

La formation couvrait les aspects suivants :

1. *La problématique du tabagisme* : cette section visait à faire connaître aux participants l'ampleur et la gravité du tabagisme, ainsi que les risques associés à la FTE;
2. *L'efficacité des interventions* : cette section décrivait l'efficacité relative des différents modes d'intervention en cessation tabagique (counseling en arrêt tabagique, aides pharmacologiques, méthodes autodidactes, thérapies alternatives);
3. *Les aides pharmacologiques* : cette section visait à sensibiliser les participants à l'utilisation adéquate des aides pharmacologiques (timbres, gommes, inhalateur, varénicline, bupropion, etc.);
4. *Le processus de changement* : cette section présentait les principes du changement comportemental dans le processus d'arrêt tabagique;

5. *Les outils d'intervention* : cette section visait à familiariser les participants avec les outils d'évaluation et d'intervention;
6. *Les difficultés liées à l'arrêt* : cette section décrivait les stratégies à utiliser pour aider les fumeurs à surmonter les difficultés éprouvées au cours de leurs tentatives de cessation;
7. *Des histoires de cas* : cette section était composée d'exemples permettant aux participants de mettre en pratique les compétences acquises au cours de la formation;
8. *Le tabagisme et la santé mentale* : cette section visait à amener les participants à comprendre les liens entre le tabagisme et les problèmes de santé mentale;
9. *Le tabagisme et les autres dépendances* : cette section visait à permettre aux participants de comprendre les liens entre le tabagisme et les dépendances;
10. *La nutrition, l'activité physique, la gestion du stress et la relaxation* : cette section présentait le rôle positif de ces facteurs dans les tentatives de cessation tabagique.

Procédure

Le consentement éclairé des répondants a d'abord été obtenu (formulaire de consentement). Deux questionnaires leur étaient ensuite administrés : le premier (préformation) avant le début de la formation et le second (post-formation), à la fin de la dernière séance de formation. Le temps requis pour remplir chacun de ces questionnaires était approximativement de 15 minutes.

RÉSULTATS

Note terminologique

Dans cette section, les conventions et termes suivants seront utilisés :

n = nombre de personnes visées par une statistique. Lorsque le n n'est pas précisé, cela signifie que la totalité de l'échantillon (soit 40 personnes) a permis de calculer la statistique présentée.

$\acute{E}\text{-}T$ = écart-type, mesure de dispersion autour de la moyenne pour 68 % de la population, lorsque la distribution est normale.

McNemar = test non paramétrique sur des variables dichotomiques pour devis avant-après, qui évalue si les sujets modifient leur façon de répondre avant et après la formation⁴⁷.

Les tests statistiques sont effectués avec une probabilité d'erreur alpha de 5 %. Cela signifie que les résultats associés à une statistique $p < ,05$ indiquent des différences ou des évolutions statistiquement significatives.

Aspects sociodémographiques

Parmi les 40 agents de soins de santé ayant pris part à la formation, 16 (40 %) travaillent à l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies, 13 (32,5 %) à l'Établissement de détention de Montréal (Bordeaux), 8 (20 %) à l'Établissement de détention de Québec, 2 (5 %) à l'Établissement de détention de Saint-Jérôme et 1 (2,5 %) à la Maison Tanguay.

La majorité de ces ASS, soit 75,5 % ($n = 29$), sont des femmes. Ils travaillent en moyenne 39,7 heures par semaine dans leur établissement de détention ($n = 39$, $\acute{E}\text{-}T = 8,5$) et sont à l'emploi de leur milieu de travail actuel depuis plus de six ans ($n = 39$, $\acute{E}\text{-}T = 5,7$).

Habitudes tabagiques personnelles et du milieu de vie

Dix participants (29,4 %) sont des fumeurs. Ils ont commencé à fumer depuis environ quinze ans ($\acute{E}\text{-}T = 8,5$) et fument 13,8 cigarettes par jours en moyenne ($\acute{E}\text{-}T = 6,7$). L'âge moyen des fumeurs est de 42,2 ans ($\acute{E}\text{-}T = 9,9$). Les ex-fumeurs représentent 20,6 % de l'échantillon et ont un âge moyen de 39,4 ans ($n = 7$, $\acute{E}\text{-}T = 9,2$). Dix-sept participants sont des non-fumeurs à vie (âge moyen = 38,9 ans, $\acute{E}\text{-}T = 8,7$). Six participants n'ont pas répondu à la question sur le statut tabagique.

Une minorité de participants (12,5 %) vivent avec une personne qui fume. En revanche, la majorité des ASS interrogés (85 %) ont établi des règles sur le tabagisme à leur domicile. Parmi ces derniers, 68,8 % affirment qu'il est totalement interdit de fumer à l'intérieur de leur domicile.

Attitude envers la formation, connaissances et interventions tabagiques au prétest

Au prétest, la majorité (77,5 %) des ASS interrogés mentionnent ne jamais avoir eu de formation pour l'intervention en cessation tabagique, ni s'être documentés sur la question. Par ailleurs, 90 % des participants estiment que la formation en cessation tabagique leur serait très ou assez utile pour leur travail auprès des détenus, et 85 % se disent assez ou très motivés à suivre la formation.

Les trois aspects de la formation qui ont le plus intéressé les répondants sont ceux relatifs aux aides pharmacologiques (80 %), aux difficultés liées à l'arrêt de la consommation de tabac (55 %) ainsi qu'à la problématique du tabagisme en général (42,5 %). Interrogés sur les éléments de la formation qui les ont particulièrement marqués, les ASS relèvent le plus souvent les problèmes de santé mentale liés au tabagisme (25 % des répondants).

Habitudes tabagiques dans le milieu de travail

Les ASS de l'Établissement de détention de Québec estiment en moyenne que 29 % des employés de leur établissement fument. En revanche, les ASS des deux établissements de Montréal estiment cette proportion à plus de 40 %. Quant au tabagisme des détenus, les ASS des trois établissements de détention le situent autour de 75 %. Le tableau 1 présente les pourcentages de fumeurs estimés par les ASS des établissements de détention de Québec, Rivière-des-Prairies et Montréal (Bordeaux).

Tableau 1. Estimation par les ASS des taux de tabagisme chez les employés et les détenus

Établissement de travail des ASS	Perception du taux de tabagisme			
	Parmi le personnel		Parmi les détenus	
Québec (n = 7)	28,6 %	(É-T = 16,8)	73,9 %	(É-T = 8,6)
Rivière-des-Pariries (n = 16)	41,4 %	(É-T = 15,4)	75,2 %	(É-T = 15,5)
Montréal (Bordeaux) (n = 13)	46,5 %	(É-T = 17,0)	77,7 %	(É-T = 14,7)

Note : Quatre ASS n'ont pas répondu à cette question.

De plus, 92 % des ASS pensent que les détenus sont plus susceptibles de fumer qu'une personne de la population générale.

Perception du tabagisme et de la fumée de tabac dans l'environnement (FTE)

Les ASS estiment que le tabagisme constitue principalement un moyen de gestion du stress (45 %), un choix personnel (42,5 %), une mauvaise habitude (42,5 %) et une toxicomanie

(32,5 %). La FTE est considérée comme ayant un effet nocif élevé sur la santé des non-fumeurs par 77,5 % des répondants.

Perceptions par rapport au changement de règlement sur le tabagisme

Avant la formation, 75 % des ASS considéraient que l'interdiction de fumer dans les lieux intérieurs et extérieurs des établissements de détention serait assez ou très utile. Après la formation, cette proportion est demeurée inchangée ($p_{\text{McNemar}} = ,29$).

Le tableau 2 montre les principaux obstacles perçus par les ASS quant à l'application du règlement qui visait à interdire complètement le tabagisme en établissement de détention. On constate qu'après la formation, le manque de connaissances pour traiter le tabagisme n'apparaît plus comme un obstacle; on peut donc en déduire qu'à la suite de la formation, les ASS s'estimaient adéquatement outillés pour intervenir auprès des personnes détenues qui fument. En revanche, les perceptions de manque de temps pour intervenir sur le tabagisme et d'opposition des détenus au changement de règlement n'ont pas évolué.

Tableau 2. Principaux obstacles perçus par les ASS relativement à l'interdiction complète de fumer

Obstacles perçus par les ASS	Pourcentage d'ASS		Test de McNemar
	Avant la formation	Après la formation	
Manque de temps pour le traitement	60,0 %	72,5 %	$p = ,33$
Désaccord des détenus	47,5 %	47,5 %	$p = ,99$
Manque de connaissances pour le traitement	32,5 %	0 %	$p < ,001$

Une proportion importante d'ASS (85 %) estime que l'interdiction de fumer dans les lieux intérieurs et extérieurs des établissements de détention aura un effet négatif sur le comportement des personnes détenues. L'effet négatif le plus souvent évoqué est l'agressivité et la violence (79 % des répondants). La formation n'a pas permis de modifier cette crainte, puisque 77,5 % des répondants croyaient toujours que le changement de règlement aurait des effets négatifs sur le comportement des personnes détenues ($p_{\text{McNemar}} = ,51$). L'agressivité et la violence demeuraient les effets les plus souvent évoqués (53 % des répondants).

Aide à la cessation tabagique

Avant la formation, environ les deux tiers des ASS (67,5 %) estimaient qu'il existait des moyens efficaces pour aider les détenus à cesser de fumer. Cette proportion est grimpée à

95 % après la formation, ce qui constitue une augmentation significative ($p_{\text{McNemar}} < ,01$). Les principaux moyens évoqués par les répondants sont les aides pharmacologiques telles que le bupropion et la varenicline (75 % des participants), les timbres de nicotine (37,5 %), la gomme de nicotine (32,5 %) et la modification des habitudes de vie (25 %).

La proportion d'ASS qui jugent indispensable ou très utile de traiter la dépendance au tabac chez les détenus est de 62,5 % avant la formation et de 80 % après la formation, ce qui ne constitue pas une variation statistiquement significative ($p_{\text{McNemar}} = ,16$).

Parallèlement à l'augmentation des connaissances sur les moyens de cessation tabagique, la perception de compétence augmente avec la formation. Avant la formation, un peu plus de la moitié des répondants (51,4 %) se disent assez ou très confiants de pouvoir aider les personnes détenues à cesser de fumer, alors que cette proportion s'élève à 82,5 % ($n = 37$) une fois la formation terminée ($p_{\text{McNemar}} < ,01$).

La proportion de personnes assez ou très motivées à intervenir auprès des détenus pour les aider à cesser de fumer s'est également accrue, passant de 65 % à 87,5 % ($p_{\text{McNemar}} < ,01$). Ce résultat est encourageant si l'on considère qu'au cours de l'année précédant l'administration du questionnaire, 85 % des répondants étaient intervenus « jamais » ou « rarement » pour aider des détenus à cesser de fumer, et 52,5 % avaient rarement conseillé à des détenus de cesser de fumer. Par ailleurs, à la suite de la formation, la totalité des répondants affirment qu'ils changeront leur façon d'intervenir en matière de la cessation tabagique. Les modifications le plus fréquemment évoquées se rapportent aux aspects suivants : une intervention plus active (encouragements, aide) (45 %), l'information, la sensibilisation et les conseils sur le tabagisme (27,5 %) ainsi qu'une meilleure écoute et une meilleure compréhension des problèmes liés au tabagisme (17,5 %).

DISCUSSION

L'introduction de nouvelles pratiques en matière de tabagisme dans le milieu carcéral constitue un défi. Pour souscrire à ces nouvelles pratiques et les soutenir, le personnel médical doit être sensibilisé aux problèmes qu'entraîne le tabagisme et aux avantages associés à un environnement de travail qui protège la santé des employés et des détenus. Étant donné les coûts de santé élevés causés par le tabagisme, la formation des ASS à l'intervention en cessation tabagique peut constituer une mesure intéressante pour favoriser la cessation chez les détenus.

Dans une étude réalisée auprès de détenus dont 81 % étaient des fumeurs, Sieminska, Jassem et Konopa soulignent que les trois quarts d'entre eux avaient déjà tenté de cesser de fumer³⁴. Or la perception que dans le milieu carcéral, le tabac constitue une substance normative, intégrée au mode de vie, pourrait limiter la motivation du personnel médical à intervenir. Un phénomène similaire a été relevé dans une étude québécoise réalisée auprès d'intervenants du milieu du traitement des dépendances. Ceux-ci étaient réticents à agir en matière de tabagisme auprès de la clientèle, par crainte de réactions négatives qui auraient nui au traitement. La philosophie de traitement « une chose à la fois » qu'ils avaient utilisée jusque-là était également en opposition avec le nouveau mode d'intervention qui leur était proposé et qui visait un traitement intégré et simultané des différentes dépendances. Plusieurs séances de sensibilisation ont été nécessaires pour que les intervenants se convainquent du bien-fondé de cette approche et qu'ils actualisent leur pratique professionnelle¹². La formation adéquate du personnel médical des établissements de détention constitue donc une étape importante pour favoriser les interventions en cessation tabagique auprès des personnes détenues. À cet égard, il convient de souligner que moins du quart des ASS interrogés aux fins de cette évaluation avaient dans le passé bénéficié d'une formation ou consulté de la documentation sur le tabagisme; par conséquent, ils offraient rarement aux détenus de l'aide ou un soutien à la cessation tabagique. Par ailleurs, la sensibilisation des ASS à la problématique du tabagisme, conjointement à l'adoption de règlements visant des environnements sans fumée, pourrait contribuer à « dénormaliser » l'usage du tabac en établissement de détention⁴⁶.

La formation des ASS des établissements de détention de Québec, Rivière-des-Prairies et Montréal (Bordeaux) a permis d'augmenter leurs connaissances sur le tabagisme, de leur fournir des ressources et d'améliorer leurs compétences dans l'intervention auprès des détenus fumeurs. Après la formation, les ASS étaient plus motivés à intervenir, se percevaient comme plus compétents, et estimaient avoir une meilleure compréhension du phénomène du tabagisme en milieu de détention.

Les obstacles perçus par les ASS relativement à l'intervention en cessation tabagique doivent être pris en compte si l'on veut optimiser les services offerts aux détenus. Parmi ces obstacles, les perceptions de manque de temps et d'opposition des détenus à l'interdiction de fumer sont les plus susceptibles de freiner les interventions des ASS. Dans un contexte de temps limité, il pourrait être pertinent d'instaurer une procédure formelle d'aide à la cessation tabagique. Cela permettrait de reconnaître la légitimité des interventions en cessation tabagique et d'éviter que celles-ci ne soient considérées comme facultatives ou de moindre priorité. Quant à l'opposition des détenus à la cessation tabagique appréhendée par les ASS, elle mériterait d'être étudiée davantage. En effet, les ASS seront peu portés à intervenir en cessation tabagique s'ils estiment que les détenus sont réticents à recevoir de

l'aide pour cesser de fumer. Or, une étude réalisée en Grande-Bretagne révèle que 79 % des détenus fumeurs interrogés souhaitaient cesser de fumer. Cette étude avait cependant obtenu un faible taux de participation, soit 44 %. Néanmoins, une étude réalisée en 2007 par le Service pénitentiaire d'Écosse³⁵ avec un taux de participation de 74 %, rapporte que 60 % des détenus fumeurs souhaitaient cesser de fumer. En outre, une enquête réalisée en 1995 auprès de 4 285 détenus de prisons fédérales canadiennes rapporte une proportion identique de fumeurs qui voudraient cesser de fumer (60 %)²⁵. Cela permet de supposer qu'une proportion appréciable des détenus fumeurs seraient désireux de recevoir de l'aide pour cesser de fumer. Il convient par ailleurs de souligner que ces résultats sont similaires à ceux obtenus auprès de la population générale : dans une enquête québécoise réalisée à l'automne 2007, 58 % des fumeurs disaient vouloir cesser de fumer au cours des six mois suivant l'enquête³⁶. Par ailleurs, malgré des caractéristiques propres à l'univers carcéral, les détenus qui souhaitent cesser de fumer semblent avoir des besoins similaires aux fumeurs de la population générale³⁰.

Lorsque le gouvernement fédéral a annoncé l'interdiction de fumer dans les lieux intérieurs des pénitenciers canadiens (entrée en vigueur le 31 janvier 2006), le personnel des établissements de détention appréhendait des perturbations graves dans le comportement des détenus. Or dans un document publié sept mois après l'entrée en vigueur de la mesure, le Service correctionnel du Canada souligne que ces craintes étaient sans fondement³⁷.

La crainte des réactions agressives de pensionnaires que provoquerait la mise en vigueur d'un règlement interdisant de fumer a également été exprimée par le personnel du milieu psychiatrique (Smith et Grant, 1989, cités dans Harris, Parle et Gagné¹⁴). Dans une étude réalisée au cours de la période 2002-2004 dans un établissement psychiatrique ontarien à sécurité maximale, des chercheurs ont évalué l'effet de l'interdiction de fumer sur le comportement des patients envers le personnel médical, sur le comportement entre patients et au regard de la symptomatologie psychiatrique¹⁴. Les principaux résultats obtenus présentent un intérêt pour le contexte des établissements de détention, car l'échantillon de cette étude est une population captive éprouvant des troubles de comportement. Tout d'abord, lorsque la modification de règlement a été annoncée, le personnel craignait un débordement de violence de la part des personnes internées, spécialement des personnes qui avaient commis des crimes violents. Or le niveau d'agression de ces personnes envers le personnel n'a pas augmenté à la suite de l'interdiction complète du tabagisme; en revanche, les agressions de la part des patients dans les secteurs à sécurité plus faible ont augmenté. Pourtant, l'introduction de l'interdiction de fumer n'a pas été associée à une aggravation des symptômes psychiatriques. Selon les auteurs de l'étude, ces résultats pourraient être attribuables à deux facteurs principaux. D'une part, les patients du secteur à sécurité maximale pourraient avoir été mieux préparés au changement de règlement que les patients des autres secteurs. D'autre part, la motivation du personnel à faire respecter le règlement pourrait avoir joué un rôle décisif. En effet, les pensionnaires des secteurs à sécurité plus faible avaient davantage d'occasions de se procurer du tabac (visites de la famille, sorties occasionnelles), d'où vraisemblablement une plus grande réticence chez eux à accepter le changement de règlement.

Parmi la population carcérale, les problèmes d'abus d'alcool et de drogues, ainsi que le phénomène de polyconsommation de substances psychoactives sont fréquents²⁴. Or, l'intervention portant sur le tabagisme est appelée à jouer un rôle dans le traitement des

dépendances. En effet, la nicotine inhalée par le fumeur diminue les propriétés sédatives de l'alcool, ce qui permet de consommer davantage d'alcool. De plus, l'utilisation conjointe d'alcool et de nicotine augmente l'effet des deux substances sur le système nerveux³⁸. Les connaissances actuelles en matière de traitement des dépendances indiquent que le traitement des personnes avec un diagnostic d'abus de substances n'est pas entravé par des interventions en cessation tabagique. En fait, la majorité des personnes dépendantes à l'alcool et aux drogues souhaitent recevoir de l'aide pour cesser de fumer^{12,39}. Il paraît donc important de discuter avec ces personnes des avantages liés à la cessation tabagique durant leur incarcération. Dans le contexte du traitement des dépendances en milieu carcéral, la Fédération française d'addictologie recommandait d'ailleurs, en 2007, de « favoriser le démarrage des traitements des addictions, [...] notamment les substituts nicotiniques, pendant l'incarcération⁴⁰ » (p. 309).

En ce qui concerne les caractéristiques des ASS, il convient de souligner que 29,4 % d'entre eux sont des fumeurs : une proportion élevée pour un corps de métier spécialisé en santé. En outre, plusieurs études montrent que le fait de fumer rend moins probable l'intervention en cessation tabagique de la part du personnel médical⁴¹. Le fait d'être soi-même un fumeur rend le conseil à la cessation tabagique difficile, en raison de l'incohérence qui peut être ressentie⁴². Étant donné que le personnel médical des établissements de détention est le mieux placé pour intervenir en matière de tabagisme³⁰, il s'avère essentiel que ces personnes soient soutenues dans leurs propres tentatives de cessation tabagique.

En ce qui concerne la proportion d'employés fumeurs perçue par les ASS dans leur établissement, les résultats portent à croire à des taux plus élevés dans les deux établissements de la région de Montréal que dans celui de Québec. Il convient toutefois de nuancer les chiffres du tableau 1, car ceux-ci ne constituent que des estimations basées sur la perception du personnel médical. Ils ne sont donc pas nécessairement des indicateurs de la prévalence réelle du tabagisme dans le milieu carcéral. Néanmoins, on notera qu'une évaluation réalisée auprès de 206 membres du personnel non médical de l'Établissement de détention de Québec révèle un taux de tabagisme de 28,2 %, soit quasi identique au taux moyen estimé par les ASS de cet établissement⁴³. Ces données portent à croire qu'il est important de prendre en compte le tabagisme du personnel, de mettre en place des moyens d'aide à la cessation tabagique à son intention et de lui faire connaître les ressources existantes en la matière.

L'une des limites de cette évaluation est le nombre modeste de participants (40), ce qui restreint la puissance statistique des tests effectués (c'est-à-dire une plus faible probabilité de mettre en évidence des effets dus à la formation comparativement à un échantillon de taille plus importante). En outre, le questionnaire post-formation a été administré immédiatement après la fin de la formation, ce qui ne permet pas d'en connaître l'effet à plus long terme. Un suivi après six mois ou un an serait utile pour vérifier comment la pratique des ASS en matière de cessation tabagique évolue dans le temps. Cela serait d'autant plus pertinent que le règlement sur l'interdiction totale du tabagisme a été assoupli le 8 février 2008, soit trois jours après son entrée en vigueur. Il n'est donc pas possible de connaître les effets de cette modification sur la pratique des ASS en cessation tabagique.

CONCLUSION

En conclusion, il apparaît que la formation en cessation tabagique a été reçue favorablement par les participants; elle leur a permis de mieux cerner la problématique du tabagisme en milieu carcéral et d'avoir des outils pour intervenir adéquatement auprès des personnes détenues. Toutefois, la formation n'a pas permis de dissiper les craintes des ASS quant aux risques de comportements agressifs des personnes détenues. Ces craintes viennent probablement de la croyance voulant que le tabac constitue un incontournable dans le milieu carcéral³¹. La formation aurait pu insister davantage sur les succès constatés dans d'autres systèmes carcéraux lorsqu'ils ont introduit l'interdiction de fumer. Il aurait également été souhaitable de tirer profit des stratégies de résolution de problème qui ont été utilisées ailleurs.

Enfin, une meilleure connaissance des attitudes et perceptions des personnes détenues vis-à-vis du changement de règlement est nécessaire, afin de pouvoir éventuellement réajuster les croyances et perceptions du personnel médical à cet égard.

RÉFÉRENCES

1. R.N. PROCTOR. « Tobacco and the global lung cancer epidemic », *National Reviews Cancer*, vol. 1, n° 1, 2001, p. 82-86.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package*, Genève, World Health Organization, 2008.
3. E.M. MAKOMASKI ILLING, et M.J. KAISERMAN. « Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, n° 1, 2004, p. 38-44.
4. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *11th Report on Carcinogens*, 2005.
5. CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER. *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*, Lyon, 2002.
6. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to tobacco Smoke. A Report of the Surgeon General*, Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
7. SANTÉ CANADA. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2007.
8. SANTÉ CANADA. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1999.
9. L.W. GREEN et coll. « Inferring strategies for disseminating physical activity policies, programs, and practices from the successes of tobacco control », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 4, suppl. 1, 2006, p. S66-S81.
10. M.J. CARPENTER et coll. « Smoking in correctional facilities: A survey of employees », *Tobacco Control*, vol. 10, n° 1, 2001, p. 38-42.
11. CONSEIL CANADIEN POUR LE CONTRÔLE DU TABAC. *Smoke-free Legislation in Canada*, [En ligne], 2007. [<http://www.cctc.ca/cctc/EN/mediaroom/factsheetshslegislation>].
12. A. ROYER, et M. CANTINOTTI. « Intégrer la cessation tabagique au traitement des dépendances : Obstacles, défis et solutions », *Drogues, santé et société*, vol. 6, n° 1, 2007, p. 211-240.
13. K. JOCHELSON, et B. MAJROWSKI. *Clearing the air. Debating smoke-free policies in psychiatric units*, Londres, King's Fund, 2006.
14. G.T. HARRIS, D. PARLE et J. GAGNÉ. « Effects of a tobacco ban on long-term psychiatric patients », *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, vol. 34, n° 1, 2007, p. 43-55.

15. K.L. CROPSEY et coll. « Expired carbon monoxide levels in self-reported smokers and nonsmokers in prison », *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 8, n° 5, 2006, p. 653-659.
16. K.L. CROPSEY, K.M. CREWS et S.L. SILBERMAN. « Relationship between smoking status and oral health in a prison population », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 12, n° 4, 2006, p. 240-248.
17. C.K. HENG, V.M. BADNER et K.D. FREEMAN. « Relationship of cigarette smoking to dental caries in a population of female inmates », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 12, n° 3, 2006, p. 164-174.
18. J.M. BELCHER et coll. « Smoking and its correlates in an Australian prisoner population », *Drug and Alcohol Review*, vol. 25, n° 4, 2006, p. 343-348.
19. T.L. DURRAH, et T.J. ROSENBERG. « Smoking among female arrestees: Prevalence of daily smoking and smoking cessation efforts », *Addictive Behaviors*, vol. 29, n° 5, 2004, p. 1015-1019.
20. K. CROPSEY, G.D. ELDRIDGE et T. LADNER. « Smoking among female prisoners: An ignored public health epidemic », *Addictive Behaviors*, vol. 29, n° 2, 2004, p. 425-431.
21. T. BUTLER et coll. « Drug use and its correlates in an Australian prisoner population », *Addiction Research & Theory*, vol. 11, n° 2, 2003, p. 89-101.
22. M.C. MOUQUET. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats*, n° 386, 2005, p. 1-12.
23. F. SAHAJIAN, P. LAMOTHE et J. FABRY. « Consommation de substances psychoactives chez les personnes en prison », *Santé publique*, vol. 18, n° 2, 2006, p. 223-234.
24. N. SINGLETON, M. FARRELL et H. MELTZER. « Substance misuse among prisoners in England and Wales », *International Review of Psychiatry*, vol. 15, n°s 1-2, 2003, p. 150-152.
25. B. MOLOUGHNEY. « Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, suppl. 1, 2004, p. S1-S69.
26. C. TOUZIN. « Les détenus pourraient avoir la mèche courte », *La Presse*, 24 janvier 2008, p. A8.
27. SRC TÉLÉVISION. « Sevrage de force : Finie la cigarette dans les prisons du Québec », *Le Téléjournal / Le Point*, 5 février 2008.
28. S.C. WILCOX. « Secondhand smoke signals from prison », *Michigan Law Review*, vol. 105, n° 8, 2007, p. 2081-2103.

29. SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. « Mise en application prochaine d'une interdiction complète de fumer dans tous les établissements correctionnels fédéraux du Service correctionnel du Canada », Communiqué de presse, 27 juin 2007.
30. UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH AND PRISON HEALTH SERVICE. *Toolkit for Developing Smoking Cessation Services in Prisons*, Londres, UK Department of Health and Prison Health Service, 2003.
31. C. LESTER, L. HAMILTON-KIRKWOOD et N.K. JONES. « Health indicators in a prison population: Asking prisoners », *Health Education Journal*, vol. 62, n° 4, 2003, p. 341-349.
32. RESSOURCES NATURELLES CANADA. *Divisions politiques*, carte, [En ligne], 2006. [<http://www.atlas.nrcan.gc.ca>].
33. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. « Interdiction de fumer dans les établissements de détention du Québec : application de mesures d'assouplissement », Communiqué de presse, 8 février 2008.
34. A. SIEMINSKA, E. JASSEM et K. KONOPA. « Prisoners' attitudes towards cigarette smoking and smoking cessation: A questionnaire study in Poland », *BMC Public Health*, vol. 6, n° 1, 2006, p. 181.
35. SCOTTISH PRISON SERVICE. *10th Prisoner Survey*, [En ligne], 2007. [<http://www.sps.gov.uk>].
36. JOLICŒUR ET ASSOCIÉS. *L'usage du tabac, les habitudes des fumeurs et l'opinion de la population à l'égard du tabac – Automne 2007*, Montréal, ministère des Finances et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007.
37. SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. « Révision de la politique du Service correctionnel du Canada sur l'exposition à la fumée secondaire », Communiqué de presse, 24 août 2006.
38. D. GULICK, et T. GOULD. « Interactive effects of ethanol and nicotine on learning in C57BL/6J mice depend on both dose and duration of treatment », *Psychopharmacology*, vol. 196, n° 3, 2008, p. 483-495.
39. S.M. HALL. « Nicotine interventions with comorbid populations », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 33, n° 6, suppl. 1, 2007, p. S406-S413.
40. COMMISSION DE L'AUDITION PUBLIQUE « ABUS, DÉPENDANCES ET POLYCONSOMMATIONS : STRATÉGIES DE SOINS ». « Recommandations de la Commission d'audition, mai 2007 », *Alcoologie et Addictologie*, vol. 29, n° 7, 2007, p. 305-313.
41. J. HEATH et coll. « Caught in the middle: Experiences of tobacco-dependent nurse practitioners », *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol. 16, n° 9, 2004, p. 396-401.

42. E. CLARK et coll. « Cognitive dissonance and undergraduate nursing students' knowledge of, and attitudes about, smoking », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 46, n° 6, 2004, p. 586-594.
43. Cantinotti, M., et A. Royer. *Interdiction de fumer en prison : Perceptions et comportements tabagiques au sein du personnel de l'Établissement de détention de Québec*, 2008, Manuscrit en préparation.
44. S.K. HAMMOND, et K.M. EMMONS. « Inmate exposure to secondhand smoke in correctional facilities and the impact of smoking restrictions », *Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology*, vol. 15, n° 3, 2005, p. 205-211.
45. S. FAZEL, P. BAINS et H. DOLL. « Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review », *Addiction*, vol. 101, n° 2, 2006, p. 181-191.
46. D.G. BAL, J.C. LLOYD et M.W. MANLEY. « The role of the primary care physician in tobacco use prevention and cessation », *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 45, n° 6, 1995, p. 369-374.
47. D.J. SHESKIN. « The McNemar test », dans *Parametric and nonparametric statistical procedures*, Chapman & Hall/CRC: Boca Raton, FL., 2004, p. 633-664.

ANNEXES

ANNEXE 1

Questionnaire PRÉFORMATION

Décembre 2007

⇒ Indiquez votre lieu de travail

- ☐ Établissement de détention de Québec
- ☐ Établissement de détention de Bordeaux
- ☐ Établissement de détention de Rivière-des-Prairies
- ☐ Autre, précisez : _____

INSTRUCTIONS

Ce questionnaire est **confidentiel** et doit être rempli de façon individuelle. Nous vous demandons d'inscrire sur ce questionnaire un code (voir ci-dessous) qui nous permettra de faire un suivi relativement à la formation en cessation tabagique qui vous sera offerte. Ce code ne nous permet pas de vous identifier de façon nominative.

Aucune donnée nominative n'est requise pour remplir le questionnaire. Seuls les chercheurs de la Direction régionale de santé publique pourront avoir accès au contenu des questionnaires et seuls les résultats d'ensemble seront communiqués à votre établissement. De cette façon, il sera impossible de vous identifier.

Nous avons joint au questionnaire un formulaire de consentement. Ce formulaire indique que la démarche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale auquel nous sommes affiliés et précise vos droits en tant que participant et participante à une recherche. Vous pouvez conserver ce formulaire.

Comme nous souhaitons vous contacter de nouveau dans quelques mois, nous recueillons des informations qui permettront de regrouper les questionnaires remplis par une même personne. Afin de protéger la confidentialité de votre participation, nous recueillons des informations qui réduisent la probabilité d'être identifié, même par un membre de l'équipe de recherche. Ce code descriptif sera uniquement utilisé par les chercheurs dans le but de regrouper les questionnaires et ne sera communiqué à aucune autre personne.

Veuillez indiquer

Exemple

La <u>dernière lettre</u> de votre <u>prénom</u> :		<i>Jean</i>	N
La <u>dernière lettre</u> de votre <u>lieu de naissance</u> :		<i>Québec</i>	C
La <u>dernière lettre</u> de votre <u>mois de naissance</u> :		<i>Juin</i>	N
Le <u>dernier chiffre</u> de votre <u>année de naissance</u> :		<i>1959</i>	9

Une fois que vous aurez rempli le questionnaire, merci de le remettre au formateur.

1) Êtes-vous :

- ☐ un(e) fumeur(se) (passez à la question 2)
- ☐ un(e)x-fumeur(se) (passez à la question 5)
- ☐ un(e) non-fumeur(se) (passez à la question 6)

2) Depuis combien de temps fumez-vous ?

_____ années

_____ mois

3) Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

_____ cigarettes

4) Fumez-vous le cigare ou la pipe ? ☐ Oui

☐ Non

Si oui, indiquez la fréquence : _____ fois par jour

Passez à la
question 6

5) Depuis combien de temps avez-vous cessé de fumer ?

_____ année(s)

_____ mois

_____ semaine(s)

6) Vivez-vous avec une personne qui fume ?

☐ Oui

☐ Non

7) Avez-vous adopté des règles sur l'utilisation du tabac dans votre domicile ?

☐ Oui (précisez) :

☐ Il n'est pas permis de fumer chez moi

☐ Il est permis de fumer chez moi, mais seulement à certains endroits

☐ Autre : _____

☐ Non

8) Comment percevez- vous le fait de fumer (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) ?

☐ C'est un loisir

☐ C'est un style de vie

☐ C'est une mauvaise habitude

☐ C'est un choix personnel

☐ C'est une toxicomanie

☐ C'est un moyen pour gérer le stress

☐ Autre : _____

9) D'après vous, le **risque pour la santé** associé au fait de fumer est :

- ☐ moins grave que l'**alcoolisme**
- ☐ comparable à l'**alcoolisme**
- ☐ plus grave que l'**alcoolisme**

10) D'après vous, le **risque pour la santé** associé au fait de fumer est :

- ☐ moins grave que la dépendance au **pot / hash**
- ☐ comparable à la dépendance au **pot / hash**
- ☐ plus grave que la dépendance au **pot / hash**

11) Comparativement aux personnes de la population générale, les détenus :

- ☐ ont moins de probabilités d'être fumeurs
- ☐ ont la même probabilité d'être fumeurs
- ☐ ont plus de probabilités d'être fumeurs

12) Selon vous, quel est le pourcentage de fumeurs dans la population générale ?

_____ % de la population générale fume

13) Selon vous, quel est le pourcentage de fumeurs au sein de la population détenue dans votre établissement ?

_____ % des détenus fument

- 14)** Selon vous, quel est le pourcentage de fumeurs parmi les employés de votre établissement (tous types d'employés confondus, y compris les administrateurs) ?

_____ % des employés fument

- 15)** Selon vous, quel est l'effet de la fumée de tabac dans l'environnement sur la santé des non-fumeurs ?

- ☐ Cela n'a aucun effet sur leur santé
- ☐ Cela a un effet nocif faible sur leur santé
- ☐ Cela a un effet nocif modéré sur leur santé
- ☐ Cela a un effet nocif élevé sur leur santé

- 16)** Selon vous, existe-t-il des moyens efficaces pour aider les détenus à cesser de fumer ?

- ☐ Oui
- ☐ Non (passez à la question **18**)

- 17)** Indiquez les trois moyens principaux que vous connaissez pour aider les détenus à cesser de fumer :

(1) _____

(2) _____

(3) _____

18) Selon vous, le tabagisme a-t-il des conséquences à court et moyen terme ?

☐ Oui

☐ Non (passez à la question **20**)

19) Indiquez les trois principales conséquences du tabagisme (à court et moyen terme) que vous connaissez :

(1) _____

(2) _____

(3) _____

20) Selon vous, y a-t-il des avantages à cesser de fumer ?

☐ Oui

☐ Non (passez à la question **22**)

21) Indiquez les trois principaux avantages à cesser de fumer que vous connaissez :

(1) _____

(2) _____

(3) _____

22) Avez-vous déjà eu une formation pour l'intervention en cessation tabagique ?

☐ Oui, précisez le type de formation :

☐ Non, je n'ai pas eu de formation, mais je me suis déjà documenté(e) à ce sujet (précisez le type de documentation) :

☐ Non, je n'ai pas eu de formation et je ne me suis pas documenté(e) à ce sujet

23) Décrivez à quel degré vous estimez qu'il est utile de traiter la dépendance au tabac chez les détenus :

- ☐ C'est indispensable
- ☐ C'est très utile
- ☐ C'est moyennement utile
- ☐ C'est peu utile
- ☐ Ce n'est pas utile

24) Quels obstacles percevez-vous par rapport à l'interdiction de fumer en établissement de détention (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) ?

- ☐ Le temps nécessaire pour traiter ce problème n'est pas disponible
- ☐ Je n'ai pas vraiment confiance dans mes capacités d'aider efficacement les détenus à cesser de fumer
- ☐ Je n'ai pas suffisamment de connaissances à ce sujet
- ☐ Je pense que cela peut nuire aux détenus
- ☐ Je pense que les détenus ne seront pas d'accord
- ☐ Je pense que cela pourrait entraîner une moins bonne relation avec les détenus
- ☐ Autre : _____

- ☐ Je pense qu'il n'y a pas d'obstacles

25) L'interdiction de fumer dans les lieux intérieurs et extérieurs :

- ☐ aura un effet négatif sur le comportement des détenus
- ☐ n'aura pas d'effet sur le comportement des détenus
- ☐ aura un effet positif sur le comportement des détenus

25a) Quel type d'effet ?

26) Actuellement, quel est votre degré de confiance à pouvoir aider les détenus à cesser de fumer ?

- ☐ Je suis très confiant(e) de pouvoir aider les détenus à cesser de fumer
- ☐ Je suis assez confiant(e) de pouvoir aider les détenus à cesser de fumer
- ☐ Je suis peu confiant(e) de pouvoir aider les détenus à cesser de fumer
- ☐ Je ne suis pas confiant(e) de pouvoir aider les détenus à cesser de fumer

27) Actuellement, quel est votre niveau de motivation à **intervenir** auprès des détenus pour les **aider à cesser de fumer** ?

- ☐ Je suis très motivé(e) à intervenir
- ☐ Je suis assez motivé(e) à intervenir
- ☐ Je suis peu motivé(e) à intervenir
- ☐ Je ne suis pas motivé(e) à intervenir

28) Au cours des **12 derniers mois**, à quelle fréquence êtes-vous intervenu(e) pour aider des détenus à cesser de fumer ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

29) Au cours des **12 derniers mois**, à quelle fréquence avez-vous conseillé à des détenus de cesser de fumer ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

30) Au cours des **12 derniers mois**, à quelle fréquence avez-vous assisté des détenus dans leurs tentatives de cesser de fumer ?

- ☐ Jamais (passez à la question **32**)
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Toujours

31) Quels moyens avez-vous utilisé pour aider des détenus à cesser de fumer ?

32) Décrivez à quel degré vous estimez que la formation en cessation tabagique auprès des détenus vous sera utile dans votre travail auprès de ces personnes :

- ☐ Cette formation me sera très utile
- ☐ Cette formation me sera assez utile
- ☐ Cette formation me sera peu utile
- ☐ Cette formation ne me sera pas utile

33) Décrivez à quel degré vous êtes motivé(e) à suivre la formation sur la cessation tabagique auprès des détenus :

- ☐ Je suis très motivé(e)
- ☐ Je suis moyennement motivé(e)
- ☐ Je suis peu motivé(e)
- ☐ Je ne suis pas motivé(e)

34) Indiquez le degré d'utilité qu'a selon vous le règlement visant l'interdiction de fumer dans les lieux intérieurs et extérieurs de l'établissement de détention :

- ☐ Ce règlement est très utile
- ☐ Ce règlement est assez utile
- ☐ Ce règlement est peu utile
- ☐ Ce règlement n'est pas utile

35) Quelle est votre fonction dans l'établissement de détention ?

_____ (titre de votre poste)

36) Actuellement, combien d'heures par semaine travaillez-vous dans cet établissement de détention?

_____ heures par semaine

37) Depuis combien d'années travaillez-vous dans l'établissement de détention actuel ?

_____ années

38) Quel est votre sexe ?

☐ Homme

☐ Femme

39) Quel est votre âge ?

_____ ans

Merci d'avoir participé !

ANNEXE 2



Questionnaire POST-FORMATION

Décembre 2007

⇒ Indiquez votre lieu de travail

- ☐ Établissement de détention de Québec
- ☐ Établissement de détention de Bordeaux
- ☐ Établissement de détention de Rivière-des-Prairies
- ☐ Autre, précisez : _____

INSTRUCTIONS

Ce questionnaire est **confidentiel** et doit être rempli de façon individuelle. Nous vous demandons d'inscrire sur ce questionnaire un code (voir ci-dessous) qui nous permettra de faire un suivi relativement à la formation en cessation tabagique qui vous sera offerte. Ce code ne nous permet pas de vous identifier de façon nominative.

Aucune donnée nominative n'est requise pour remplir le questionnaire. Seuls les chercheurs de la Direction régionale de santé publique pourront avoir accès au contenu des questionnaires et seuls les résultats d'ensemble seront communiqués à votre établissement. De cette façon, il sera impossible de vous identifier.

Nous avons joint au questionnaire un formulaire de consentement. Ce formulaire indique que la démarche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale auquel nous sommes affiliés et précise vos droits en tant que participant et participante à une recherche. Vous pouvez conserver ce formulaire.

Comme nous souhaitons vous contacter de nouveau dans quelques mois, nous recueillons des informations qui permettront de regrouper les questionnaires remplis par une même personne. Afin de protéger la confidentialité de votre participation, nous recueillons des informations qui réduisent la probabilité d'être identifié, même par un membre de l'équipe de recherche. Ce code descriptif sera uniquement utilisé par les chercheurs dans le but de regrouper les questionnaires et ne sera communiqué à aucune autre personne.

Veuillez indiquer

Exemple

La dernière lettre de votre prénom :

Jean

La dernière lettre de votre lieu de naissance :

Québec

La dernière lettre de votre mois de naissance :

Juin

Le dernier chiffre de votre année de naissance :

1959

Une fois que vous aurez rempli le questionnaire, merci de le remettre au formateur.

1) Cochez les trois parties de la formation qui vous ont **le plus intéressé(e)** (référez-vous à toutes les journées auxquelles vous avez participé) :

- ☐ La problématique du tabagisme
- ☐ L'efficacité des interventions
- ☐ Les aides pharmacologiques
- ☐ Le processus de changement
- ☐ Les difficultés liées à la cessation
- ☐ L'histoire de cas
- ☐ La nutrition, l'activité physique
- ☐ L'exercice de compréhension du client
- ☐ Le stress et la relaxation
- ☐ Les jeux de rôles
- ☐ Les questions de santé mentale et de dépendances

2) Cochez les trois aspects de la formation qui vous ont **appris le plus** d'éléments nouveaux sur le tabagisme (référez-vous à toutes les journées auxquelles vous avez participé) :

- ☐ La problématique du tabagisme
- ☐ L'efficacité des interventions
- ☐ Les aides pharmacologiques
- ☐ Le processus de changement
- ☐ Les difficultés liées à la cessation
- ☐ L'histoire de cas
- ☐ La nutrition, l'activité physique
- ☐ L'exercice de compréhension du client
- ☐ Le stress et la relaxation
- ☐ Les jeux de rôles
- ☐ Les questions de santé mentale et de dépendance

- 3) Y a-t-il des éléments de la formation qui vous ont spécialement marqué(e) ? Si oui, pourquoi ?

- 4) Auriez-vous souhaité obtenir davantage d'information sur certaines questions relatives au tabagisme ? Si oui, lesquelles ?

- 5) Si vous aviez des craintes par rapport à vos aptitudes pour intervenir auprès des détenus fumeurs, sont-elles maintenant **plus élevées, inchangées** ou **moins élevées** ?

- ☐ Je n'avais pas de craintes à ce sujet
- ☐ Mes craintes sont plus élevées actuellement
- ☐ Mes craintes sont inchangées actuellement
- ☐ Mes craintes sont moins élevées actuellement

5a) Pourquoi ?

6) Comment percevez-vous le fait de fumer (cochez tous les réponses qui s'appliquent) ?

- ☐ C'est un loisir
- ☐ C'est un style de vie
- ☐ C'est une mauvaise habitude
- ☐ C'est un choix personnel
- ☐ C'est une toxicomanie
- ☐ C'est un moyen pour gérer le stress
- ☐ Autre : _____

7) D'après vous, le **risque pour la santé associé au fait de fumer est :**

- ☐ moins grave que l'**alcoolisme**
- ☐ comparable à l'**alcoolisme**
- ☐ plus grave que l'**alcoolisme**

8) D'après vous, le **risque pour la santé associé au fait de fumer est :**

- ☐ moins grave que la dépendance au **pot / hash**
- ☐ comparable à la dépendance au **pot / hash**
- ☐ plus grave que la dépendance au **pot / hash**

9) Comparativement aux personnes de la population générale, les détenus :

- ☐ ont moins de probabilités d'être fumeurs
- ☐ ont la même probabilité d'être fumeurs
- ☐ ont plus de probabilités d'être fumeurs

10) Selon vous, quel est le pourcentage de fumeurs dans la population générale ?

_____ % de la population générale fume

11) Selon vous, quel est le pourcentage de fumeurs au sein de la population détenue dans votre établissement ?

_____ % des détenus fument

12) Selon vous, quel est le pourcentage de fumeurs parmi les employés de votre établissement (tous types d'employés confondus, y compris les administrateurs) ?

_____ % des employés fument

13) Selon vous, quel est l'effet de la fumée de tabac dans l'environnement sur la santé des non-fumeurs ?

- ☐ Cela n'a aucun effet sur leur santé
- ☐ Cela a un effet nocif faible sur leur santé
- ☐ Cela a un effet nocif modéré sur leur santé
- ☐ Cela a un effet nocif élevé sur leur santé

14) Selon vous, existe-t-il des moyens efficaces pour aider les détenus fumeurs à cesser de fumer ?

- ☐ Oui
- ☐ Non (passez à la question **16**)

15) Indiquez les trois moyens principaux que vous connaissez pour aider les détenus à cesser de fumer :

(1) _____

(2) _____

(3) _____

16) Selon vous, le tabagisme a-t-il des conséquences à court et moyen terme ?

☐ Oui

☐ Non (passez à la question **18**)

17) Indiquez les trois principales conséquences du tabagisme (à court et moyen terme) que vous connaissez :

(1) _____

(2) _____

(3) _____

18) Selon vous, y a-t-il des avantages à cesser de fumer ?

☐ Oui

☐ Non (passez à la question **20**)

19) Indiquez les trois principaux avantages à cesser de fumer que vous connaissez :

(1) _____

(2) _____

(3) _____

20) Décrivez à quel degré vous estimez qu'il est utile de traiter la dépendance au tabac chez les détenus :

- ☐ C'est indispensable
- ☐ C'est très utile
- ☐ C'est moyennement utile
- ☐ C'est peu utile
- ☐ Ce n'est pas utile

21) Quels obstacles percevez-vous par rapport à l'interdiction de fumer en établissement de détention (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) ?

- ☐ Le temps nécessaire pour traiter ce problème n'est pas disponible
- ☐ Je n'ai pas vraiment confiance dans mes capacités d'aider efficacement les détenus à cesser de fumer
- ☐ Je n'ai pas suffisamment de connaissances à ce sujet
- ☐ Je pense que cela peut nuire aux détenus
- ☐ Je pense que les détenus ne seront pas d'accord
- ☐ Je pense que cela pourrait entraîner une moins bonne relation avec les détenus
- ☐ Autre : _____

- ☐ Je pense qu'il n'y a pas d'obstacles

22) L'interdiction de fumer dans les lieux intérieurs et extérieurs...

- ☐ Aura un effet négatif sur le comportement des détenus
- ☐ N'aura pas d'effet sur le comportement des détenus
- ☐ Aura un effet positif sur le comportement des détenus

22.a) Quel type d'effet ?

23) Actuellement, indiquez à quel degré vous êtes confiant(e) de pouvoir aider les détenus à cesser de fumer :

- ☐ Je suis très confiant(e) de pouvoir aider les détenus à cesser de fumer
- ☐ Je suis assez confiant(e) de pouvoir aider les détenus à cesser de fumer
- ☐ Je suis peu confiant(e) de pouvoir aider les détenus à cesser de fumer
- ☐ Je ne suis pas confiant(e) de pouvoir aider les détenus à cesser de fumer

24) Actuellement, quel est votre niveau de motivation à **intervenir** auprès des détenus pour les **aider à cesser de fumer** ?

- ☐ Je suis très motivé(e) à intervenir
- ☐ Je suis assez motivé(e) à intervenir
- ☐ Je suis peu motivé(e) à intervenir
- ☐ Je ne pas motivé(e) à intervenir

25) Décrivez à quel degré vous estimez que la formation sur la cessation tabagique auprès des détenus vous sera utile dans votre travail auprès de ces personnes :

- ☐ Cette formation me sera très utile
- ☐ Cette formation me sera assez utile
- ☐ Cette formation me sera peu utile
- ☐ Cette formation ne me sera pas utile

26) Indiquez le degré d'utilité qu'a selon vous le règlement visant l'interdiction de fumer dans les lieux intérieurs et extérieurs de l'établissement de détention :

- ☐ Ce règlement est très utile
- ☐ Ce règlement est assez utile
- ☐ Ce règlement est peu utile
- ☐ Ce règlement n'est pas utile

27) Croyez-vous que vous changerez votre façon d'intervenir en ce qui concerne la cessation tabagique, à la suite de cette formation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non (passez à la question **29**)

28) Décrivez en quelques lignes les changements que vous pensez faire :

29) Quel est votre sexe ?

- ☐ Homme
- ☐ Femme

30) Quel est votre âge ?

_____ ans

Merci d'avoir participé !