



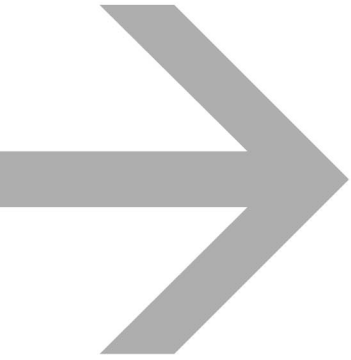
Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Évaluation d'implantation du projet *Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal*

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

Québec 



Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Évaluation d'implantation du projet *Soutien
à la cessation tabagique dans les hôpitaux
de Montréal***

***Simon Tessier
Viviane Leaune***

2011

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

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

Québec 

Une réalisation du secteur Services préventifs en milieu clinique
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Collaboration

Caroline Cejka
Francine D'Amours
André Gervais
Chantal Gosselin

Emanuelle Huberdeau
Chantal Lacroix
Garbis Meshefedjian

Louise Quenneville
Hawa Sissoko
Diane Villeneuve

Révision et mise en page

Luigia Ferrazza

Remerciements

Les hôpitaux participants au projet en cessation tabagique :

Centre hospitalier de St. Mary
Hôpital de LaSalle
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Hôpital général du Lakeshore
Hôpital général juif

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Hôpital Royal Victoria (CUSM)
Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de
l'Université de Montréal (CHUM)

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

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-099-5 (version imprimée)
ISBN 978-2-89673-100-8 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2011

Prix : 20 \$

Mot du directeur

En collaboration avec les Centres de santé et de services sociaux et les établissements de santé du territoire, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal maintient depuis plusieurs années son engagement soutenu dans la lutte contre le tabagisme. Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT), les acteurs de santé publique montréalais ont déployé différentes mesures de soutien à l'abandon du tabagisme venant s'arrimer aux services offerts dans l'ensemble du Québec par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces mesures incluent la mise en œuvre d'une ordonnance collective pour les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN), l'ouverture de 13 Centres d'abandon du tabagisme, l'organisation de groupes de cessation et de maintien en cessation tabagique ainsi qu'un projet de soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal.

Le projet *Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal* a été développé afin d'intervenir de façon proactive auprès des fumeurs hospitalisés et de la clientèle fumeuse des départements d'obstétrique. L'hospitalisation représente, en effet, un moment privilégié pour offrir des interventions d'aide à la cessation tabagique aux fumeurs et pour amorcer une démarche de changement. Ce projet s'inscrit, par ailleurs, dans une approche plus large d'intervention en matière de prévention et de promotion de la santé, tel que le préconise le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (HPS) fondé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le projet représente un exemple d'application des normes 2 et 3 HPS, soit l'évaluation des facteurs de risques pour la santé et l'intervention pour les atténuer.

Ce rapport présente les résultats d'une démarche évaluative permettant de faire un bilan du déploiement du projet dans les hôpitaux montréalais. Il offre des éléments qui permettront d'améliorer son implantation future dans les hôpitaux et de consolider l'offre de service offerte aux Montréalais souhaitant cesser de fumer.

Le directeur de santé publique,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Lessard', written in a cursive style.

Richard Lessard, M.D.

Sommaire

Entre 2005 et 2009, le projet *Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal* est instauré dans 14 hôpitaux du territoire. Ce projet vise à promouvoir la cessation tabagique auprès des patients hospitalisés, à leur offrir du soutien et à les diriger vers des ressources dans la communauté. L'intervention individuelle est réalisée par une infirmière en cessation tabagique auprès de la clientèle admise à l'hôpital. Depuis 2007, la priorité a été donnée à la clientèle en obstétrique.

Ce rapport présente les résultats de l'évaluation d'implantation du projet dans huit hôpitaux. Ils portent principalement sur le niveau d'engagement de chaque hôpital au regard de l'implantation du projet et sur la conformité de l'implantation des différentes composantes prévues par le modèle régional. De plus, une caractérisation des personnes rejointes par l'intervention individuelle est réalisée selon certaines caractéristiques individuelles (démographiques et habitudes tabagiques) et le type d'exposition à l'intervention.

Des recommandations sont formulées à la lumière des faits saillants afin de favoriser une meilleure implantation du projet dans les institutions hospitalières qui souhaiteraient le mettre en œuvre.

Table des matières

Introduction	1
1. Implantation du projet.....	3
1.1 Historique du projet.....	3
1.2 Objectifs du projet	5
1.3 Rôles et responsabilités des partenaires dans la mise en œuvre du projet	5
1.4 Activités organisationnelles reliées à la mise en œuvre du projet	5
1.5 Intervention individuelle offerte auprès de la clientèle	7
1.5.1 Intervention individuelle à l'hôpital	7
1.5.2 Intervention de suivi au congé	8
2. Aspects méthodologiques	11
2.1 Questions et objectifs de l'évaluation d'implantation.....	11
2.2 Méthodologie.....	11
2.2.1 Revue documentaire	11
2.2.2 Entrevues téléphoniques.....	11
2.2.3 Données de la base de <i>monitoring</i>	12
3. Résultats	13
3.1 Engagement de l'hôpital dans l'implantation du projet	13
3.2 Conformité de l'implantation au modèle régional	14
3.3 Conformité de l'intervention individuelle au modèle proposé	17
3.4 Portrait des personnes rejointes et exposition aux composantes de l'intervention.....	18
3.4.1 Nombre et caractéristiques des personnes rejointes	18
3.4.2 Caractéristiques démographiques et habitudes tabagiques des personnes rejointes	19
3.4.3 Exposition à l'aide pharmacologique	20
3.4.4 Exposition de la clientèle aux interventions offertes à la suite de l'intervention à l'hôpital	21
4. Faits saillants et recommandations	23
Bibliographie	28
Annexe I	29
Annexe II	33

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 –	Liste des hôpitaux participant au projet de <i>Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal</i>	4
Tableau 2 –	Obligations des mandataires, DSP et hôpitaux partenaires	6
Schéma 1 –	Intervention offerte par le projet de soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux.....	9
Tableau 3 –	Collecte qualitative par hôpital.....	12
Tableau 4 –	Engagement des hôpitaux dans l’implantation du projet	14
Tableau 5 –	Conformité de l’implantation au modèle régional	16
Tableau 6 –	Conformité de l’intervention individuelle réalisée à l’hôpital et au congé	17
Tableau 7 –	Nombre de personnes rejointes et distribution selon le type de clientèle par hôpital.....	19
Tableau 8 –	Distribution des personnes rejointes selon le sexe, l’âge, selon la consommation quotidienne de cigarettes et selon la motivation à cesser de fumer, par type de clientèle rejointe.....	20
Tableau 9 –	Exposition aux composantes du suivi selon le type de clientèle.....	22

Introduction

En 2004, la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal et l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) signent une entente de collaboration pour un projet pilote de soutien à la cessation tabagique auprès de fumeurs qui sont hospitalisés dans l'établissement. L'implantation de ce projet pilote a mené à la création d'un projet régional désigné comme le projet *Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal*. Entre 2005 et 2007, le projet est implanté dans 14 hôpitaux montréalais. La mise en œuvre du projet dans diverses unités de soins permet de rejoindre différents types de clientèle au sein des hôpitaux participants.

Depuis 2007, la DSP décide de prioriser les interventions réalisées auprès de la clientèle en obstétrique. Le financement de nouveaux projets est alors proposé uniquement aux hôpitaux ayant un département d'obstétrique. L'intervention cible prioritairement les femmes en périnatalité et leur conjoint fumeur, mais elle est offerte aussi dans certaines unités.

Une démarche d'évaluation est amorcée en 2008 pour documenter l'implantation du projet et évaluer les résultats de l'intervention auprès de la clientèle en obstétrique. L'évaluation inclut huit hôpitaux :

- Hôpital général du Lakeshore
- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Hôpital de LaSalle
- Centre hospitalier de St. Mary
- Hôpital général juif
- Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
- Hôpital Royal Victoria (CUSM)

Ce rapport présente les principaux résultats de l'évaluation réalisée entre l'automne 2008 et le printemps 2010. La première section du rapport présente le contexte d'implantation du projet dans les hôpitaux. La seconde section porte sur les aspects méthodologiques de la démarche évaluative, alors que la troisième présente les résultats de différentes collectes de données. Enfin, la dernière section présente les faits saillants et les principales recommandations.

1. Implantation du projet

Le projet *Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal* s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005 et sa mise à jour 2006-2010 (MSSS, 2001; MSSS, 2006). Le projet est lié au second axe qui préconise la mise en place d'une offre de service de soutien à l'abandon du tabagisme (ligne téléphonique gratuite, le site Internet j'Arrête, le réseau d'environ 150 Centres d'abandon du tabagisme (CAT) répartis dans les régions du Québec et la couverture par le régime d'assurance médicaments des aides pharmacologiques liées à l'abandon du tabagisme) (MSSS, 2006 : 35). L'organisation des services de soutien est spécifiquement explicitée dans le Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) (MSSS, 2002) qui proposent la mise en place d'un réseau de services intégrés de soutien.

À Montréal, l'offre de service en matière de cessation tabagique déployée dans le cadre du PQAT inclut des services régionaux et provinciaux, notamment :

Sur le plan régional

- 13 CAT répartis sur le territoire;
- des groupes de soutien à la cessation tabagique et de maintien de la cessation pour les ex-fumeurs;
- un projet de soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux.

Sur le plan provincial

- la ligne téléphonique de soutien : ligne j'Arrête (Ligne);
- un site Web (la ligne « j'Arrête »);
- un évènement thématique annuel (le *Défi J'arrête, j'y gagne !*).

1.1 Historique du projet

Le projet de cessation tabagique dans les hôpitaux résulte d'un projet pilote d'intervention en cessation tabagique implanté à l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) en novembre 2004. Élaboré par l'équipe d'intervention du secteur des Services préventifs en milieu clinique (SPMC) de la DSP, le projet vise à promouvoir la cessation tabagique auprès des patients hospitalisés, à leur offrir du soutien en ce sens et à les diriger vers des ressources de soutien dans la communauté (Lacroix et Villeneuve, 2008 : 10-14).

Une première série d'ententes d'implantation du projet ont été signées entre la DSP et neuf hôpitaux en 2005-2006 (voir tableau 1). L'intervention est implantée dans différents départements ou programmes¹.

Durant cette première période d'implantation, trois types de clientèles ont été ciblés par l'intervention, soit la clientèle générale (les adultes hospitalisés), la clientèle en pédiatrie (les adolescents et les parents d'enfants traités dans ces hôpitaux) et la clientèle en obstétrique (les femmes et les conjoints)².

En 2006, il est décidé d'accorder la priorité à la clientèle en obstétrique. Certaines études ont démontré que la grossesse constitue un moment propice à l'adoption de meilleures habitudes de vie, notamment l'arrêt tabagique (Guyon, 2007; French, 2007; Reitzel, 2007). Ce réalignement fait en sorte que les ententes avec les hôpitaux desservant exclusivement une clientèle hospitalisée pour des problèmes de santé ou

¹ Départements de médecine (cardiologie, pneumologie, endocrinologie, etc.); Départements de chirurgie (cardiovasculaire, thoracique, oncologie); Unités de périnatalité (hospitalisation ante partum ou postpartum, clinique externe, clinique en échographie fœtale, etc.); Programmes d'oncologie (chirurgie, cliniques externes, hémato-oncologie, etc.); Centres de jour; Cliniques spécialisées (diabète, asthme, etc.); Unité d'enseignement (Unité de médecine familiale); Unités de médecine interne (Gosselin et al., 2010 : 38).

² Pour les conjoints des femmes en obstétrique et les patients hospitalisés pour des raisons de santé, l'intervention s'adresse à ceux qui déclarent avoir fumé au cours des 30 derniers jours. Pour les femmes en obstétrique, l'intervention vise celles qui ont fumé au cours de la dernière année. La période d'une année retenue pour les femmes en obstétrique afin de déterminer le statut tabagique se justifie du fait que la grossesse amène plusieurs à cesser temporairement, mais qu'un grand nombre recommence à fumer quelque temps après l'accouchement.

une clientèle de pédiatrie ne sont pas renouvelées en 2007-2008.

En 2007, le projet est implanté dans les départements d'obstétrique de quatre nouveaux hôpitaux (voir tableau 1). Bien que l'intervention soit offerte prioritairement en obstétrique, la clientèle hospitalisée pour des problèmes de santé est aussi rencontrée dans certaines unités de soins.

Le tableau 1 présente la liste des hôpitaux ayant participé au projet, la clientèle ciblée dans leur établissement, les dates de début et de fin de l'implantation ainsi que la durée du financement. Seuls les huit hôpitaux identifiés d'un «³» font l'objet de la présente démarche d'évaluation.

Tableau 1 – Liste des hôpitaux participant au projet de Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal¹

Hôpital	Clientèles ciblées	Durée de l'entente-financement ²		
		Date de début	Date de fin	Durée du financement
Institut de Cardiologie de Montréal (ICM)	Adultes en cardiologie	Novembre 2004	Juin 2007	30 mois
Hôpital Maisonneuve-Rosemont ³	Obstétrique/Adultes	Octobre 2005	Mars 2008	30 mois
Hôpital Fleury	Adultes	Novembre 2005	Février 2007	18 mois
CHU Sainte-Justine	Pédiatrie (parents)	Décembre 2005	Janvier 2007	13 mois
Hôpital de Verdun	Adultes	Janvier 2006	Septembre 2007	15 mois
Hôpital Jean-Talon	Adultes	Février 2006	Mars 2007	13 mois
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ³	Obstétrique/Adultes	Février 2006	Juin 2010	30 mois
Hôpital de LaSalle ³	Obstétrique	Février 2006	Août 2008	30 mois
Hôpital de Montréal pour enfants	Pédiatrie (parents)	Mars 2006	Mars 2008	24 mois
Hôpital général du Lakeshore ³	Obstétrique/Adultes	Avril 2006	Septembre 2008	30 mois
Centre hospitalier de St. Mary ³	Obstétrique	Mars 2007	Août 2009	30 mois
Hôpital Saint-Luc – CHUM ³	Obstétrique	Avril 2007	Avril 2010	30 mois
Hôpital général juif ³	Obstétrique	Avril 2007	Avril 2010	18 mois
Hôpital Royal Victoria – CUSM ³	Obstétrique	Juillet 2007	Avril 2010	30 mois

¹ Chantal Lacroix et Diane Villeneuve, *Implantation du Plan québécois d'abandon du tabagisme dans la région de Montréal : Rapport d'activités du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2007*, Montréal, Québec, 2008, p. 10.

² Il y a des écarts entre la date de début de l'entente, la date de fin et la durée du projet dans la mesure où le projet n'a pas nécessairement commencé à cette date précise. Les délais pour la mise sur pied du comité de gestion, le moment d'embauche et d'entrée en fonction de l'infirmière en cessation tabagique, les périodes d'interruption du projet sont quelques-uns des facteurs qui peuvent expliquer ces écarts.

³ Hôpitaux inclus dans la démarche d'évaluation.

1.2 Objectifs du projet

L'objectif général du projet dans les hôpitaux est d'implanter des mesures de soutien à la cessation tabagique pour les fumeurs hospitalisés et de les diriger vers des ressources de soutien dans la communauté à la sortie de l'hôpital (Gosselin et *al.*, 2010 : 35). De façon plus spécifique, le projet vise principalement les quatre objectifs suivants :

1. Implanter des mesures systématiques d'identification du statut tabagique.
2. Réaliser des activités de sensibilisation et de formation en cessation tabagique auprès des professionnels de l'hôpital.
3. Offrir une intervention individuelle en cessation tabagique aux fumeurs, incluant :
 - information sur les risques associés au tabagisme;
 - interventions motivationnelles d'aide à la cessation tabagique;
 - médicaments d'aide à la cessation tabagique à la clientèle admissible;
 - lettres motivationnelles au congé.
 - références vers des ressources de soutien dans la communauté (Lacroix, 2006 : 3-4).
4. Favoriser la réduction de l'exposition du nouveau-né à la fumée secondaire.

1.3 Rôles et responsabilités des partenaires dans la mise en œuvre du projet

Les responsabilités des partenaires sont précisées dans les ententes signées entre la DSP et chacun des hôpitaux participants. Le tableau 2 présente une synthèse des engagements respectifs de la DSP et de chaque hôpital dans le cadre de ces ententes.

1.4 Activités organisationnelles reliées à la mise en œuvre du projet

En vertu des obligations, différents mandats généraux sont confiés aux responsables du projet dans l'hôpital.

➤ *Mise en œuvre d'un comité de gestion*

Au sein de l'hôpital, les principaux rôles de gestion sont assumés par le comité de gestion du projet et par l'infirmière en cessation tabagique. Le comité est formé des responsables du projet à la DSP et des responsables locaux regroupant, notamment l'infirmière en cessation tabagique, des médecins, des gestionnaires, des infirmières chefs d'unités et le directeur local de santé publique, s'il y a lieu. Le comité doit se réunir périodiquement afin d'assurer la coordination et le suivi de l'implantation du projet (Lacroix et Villeneuve, 2008 : 14).

➤ *Formation en cessation tabagique*

Les infirmières en cessation tabagique reçoivent une formation d'une durée de deux jours portant sur l'intervention en cessation tabagique, l'utilisation de la base de *monitoring* et la formation des autres professionnels de l'hôpital sur l'intervention brève en cessation tabagique. Par ailleurs, des médecins-conseils de la DSP offrent des formations sur l'intervention en cessation tabagique aux médecins et aux résidents des hôpitaux participants afin de favoriser leur adhésion et leur participation au projet (Lacroix et Villeneuve, 2008 : 13).

➤ *Promotion du projet et sensibilisation à l'intervention en cessation tabagique*

L'infirmière réalise des activités de sensibilisation auprès du personnel soignant en lien avec l'intervention en cessation tabagique. Elle fait aussi de la sensibilisation à l'importance du projet auprès du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ainsi qu'auprès du personnel et des responsables des différents départements où l'intervention est offerte (Gosselin et *al.*, 2010 : 93).

Tableau 2 – Obligations des mandataires, DSP et hôpitaux partenaires

Obligations des mandataires	Hôpitaux partenaires	DSP
1. Allocation et gestion des ressources	Gestion des ressources.	Attribution de subventions.
2. Implantation du projet	Soutien de l'implantation, la promotion et l'institutionnalisation à long terme.	
3. Pharmacothérapie	Inclusion des médicaments d'aide à la cessation tabagique au formulaire de médicaments de l'hôpital.	
4. Mise en œuvre d'un comité de gestion	Facilitation de la participation des personnes pertinentes au comité de gestion.	Participation au comité de gestion.
5. Allocation de ressources	Infirmière engagée à 18,125 h/sem.	
6. Formation et soutien de l'infirmière	Libération pour formation de l'infirmière.	Offre de formations (de base et continues) et de soutien à l'infirmière.
7. Rencontres de sensibilisation et de formation	Organisation d'activités de sensibilisation et de formation en lien avec le projet à l'attention du personnel.	Habilitation de l'infirmière à donner une formation et à fournir des outils facilitants. Offre d'une mise à jour des connaissances aux médecins des départements concernés.
8. Conception et diffusion des outils	Diffusion de différents outils éducatifs ou promotionnels pour leur établissement ¹	Conception des outils et du matériel d'intervention pour les hôpitaux. Conception de lettres motivationnelles.
9. <i>Monitoring</i> ²	Mise à la disposition de temps et de matériel pour assurer la saisie de données de <i>monitoring</i> par l'infirmière.	Gestion, compilation et validation de la base de données de <i>monitoring</i> ainsi que soutien aux infirmières pour l'utilisation.
10. Suivi des patients	Suivi des patients par l'envoi de lettres ou courriels motivationnels.	Soutien pour favoriser la collaboration avec la ligne j'Arrête pour le rappel téléphonique et pour l'accès à la base de <i>monitoring</i> .

1 Si l'entente prévoit que les hôpitaux partenaires participent à la conception des outils, dans les faits, c'est la DSP qui assume cette tâche. Certains hôpitaux ont cependant ajusté les outils à leurs besoins spécifiques.

2 L'entente prévoit que la DSP développe des outils pour le *monitoring*, mais elle ne fait pas mention des fonctions de gestion, de compilation et de validation de la base de données attendues de la DSP, d'une part, et, d'autre part, de la mise à la disposition de ressources pour assurer la saisie des données à l'hôpital.

➤ **Mesures d'identification du statut tabagique**

L'identification des fumeurs est un préalable à la réalisation de l'intervention par l'infirmière dans la mesure où elle doit être capable d'identifier les patients fumeurs. Le modèle d'intervention ne propose pas une procédure standard pour identifier le statut tabagique. Les modalités sont à la discrétion des gestionnaires qui doivent établir des procédures adaptées à leur milieu. Les infirmières peuvent utiliser différents moyens pour identifier les fumeurs, notamment une note au dossier, une feuille de suivi, un autocollant sur le dossier. L'identification nécessite une collaboration avec différentes instances impliquées dans l'offre de soins, principalement l'admission, les départements ou les cliniques externes ou encore les unités de soins.

1.5 Intervention individuelle offerte auprès de la clientèle

La place accordée à l'intervention individuelle est prépondérante par rapport aux autres dimensions prévues par le projet. L'infirmière y consacre la majeure partie de son temps de travail dans l'ensemble des hôpitaux. Le schéma 1 résume les principales composantes de cette intervention.

L'intervention individuelle prévoit une intervention à l'hôpital et l'offre d'un suivi au congé. À l'hôpital, l'intervention auprès du fumeur comprend :

- 1) une évaluation du stade de changement de l'individu;
- 2) un *counselling* bref en cessation tabagique, incluant de l'information et la remise de documentation;
- 3) l'offre de pharmacothérapie pour les personnes admissibles; et,
- 4) l'offre d'une intervention de suivi au congé.

Au congé, l'intervention varie en fonction de la motivation ou non à cesser de fumer exprimée par le patient lors de l'intervention à l'hôpital. Pour la per-

sonne prête à cesser de fumer ou qui a cessé récemment¹, l'intervention comprend :

- l'offre d'une pharmacothérapie;
- l'envoi mensuel de six lettres motivationnelles (ou courriels);
- une référence vers une ressource de soutien complémentaire (soit la ligne j'Arrête ou un CAT).

Pour les individus qui ne souhaitent pas arrêter, l'intervention inclut :

- la remise d'une liste de ressources de soutien en cessation tabagique;
- l'offre de trois lettres motivationnelles (ou courriels) envoyées tous les deux mois.

1.5.1 Intervention individuelle à l'hôpital

➤ **Intervention individuelle de counselling bref en cessation tabagique**

Lors de l'intervention, l'infirmière présente, dans un premier temps, les risques liés au tabagisme et à l'exposition à la fumée secondaire, notamment pour le nouveau-né. Ensuite, elle évalue le stade de changement de la personne au regard de la cessation tabagique. Cette évaluation repose sur le modèle de changement élaboré par Prochaska et DiClemente (Prochaska et DiClemente, 1986; Prochaska, Norcross et DiClemente, 1995). Si la personne est prête à cesser de fumer (stade de *préparation*) ou qu'elle a déjà cessé (stades d'*action* ou de *maintien*), l'infirmière réalise une intervention motivationnelle brève afin de la soutenir dans sa démarche de changement et de prévenir la rechute. De la documentation relative au tabagisme, au processus de cessation et à la fumée secondaire est offerte à l'ensemble de la clientèle.

¹ La période de cessation varie selon la clientèle. Elle est de moins de un an pour les femmes en obstétrique et de moins de trente jours pour les autres. Cette question est approfondie plus loin.

➤ **Offre d'une pharmacothérapie**

Pour ceux qui le souhaitent chez les conjoints des femmes en obstétrique et les autres fumeurs hospitalisés pour des raisons de santé, l'infirmière offre une pharmacothérapie – principalement des thérapies de remplacement de la nicotine – pour soutenir l'arrêt et contrôler les symptômes de sevrage durant l'hospitalisation. Dans la mesure où il y a des contre-indications médicales pour les femmes enceintes ou qui allaitent, les médicaments d'aide à la cessation tabagique doivent être prescrits par le médecin traitant pour cette clientèle.

➤ **Offre d'une intervention de suivi au congé**

L'infirmière propose une intervention de suivi au congé à toutes les personnes fumeuses rencontrées à l'hôpital, qu'elles souhaitent cesser ou non.

1.5.2 Intervention de suivi au congé

L'intervention de suivi proposée au congé varie en fonction de la motivation ou non des individus à cesser de fumer.

➤ **Offre de soutien pour la personne prête à cesser de fumer**

Lorsque la personne est prête à cesser de fumer ou qu'elle a déjà cessé de fumer, l'intervention propose les trois interventions suivantes.

- **Pharmacothérapie**

Pour les fumeurs hospitalisés pour des raisons de santé et les conjoints des femmes en obstétrique, l'infirmière offre une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) par le biais de l'ordonnance collective régionale ou locale¹. Pour les autres médicaments d'aide à la cessation, l'ordonnance doit être réalisée par un médecin.

¹ L'ordonnance collective en vigueur à Montréal – individualisée au nom du directeur de santé publique de l'ASSS de Montréal – permet à l'infirmière de prescrire une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) à l'individu qui souhaite cesser de fumer et qui ne présente pas de contre-indications. L'infirmière doit évaluer la situation tabagique de l'individu et déterminer la TRN à prescrire en fonction de ses besoins. Depuis octobre 2009, les professionnels habilités à exécuter l'ordonnance incluent l'ensemble de pharmaciens communautaires, les intervenants des CAT et les intervenants de la ligne j'Arrête. Dans certains hôpitaux, une ordonnance collective interne peut aussi être utilisée par les infirmières.

- **Envoi de six lettres motivationnelles**

L'infirmière propose ensuite l'envoi de lettres motivationnelles (ou courriels) mensuelles pour une période de six mois. Ces lettres visent à soutenir la personne dans son processus de cessation tabagique ou le maintien de l'arrêt tabagique.

- **Référence vers une ressource de soutien complémentaire**

Le modèle d'intervention en place jusqu'au 18 février 2008 prévoyait la référence de l'ensemble de la clientèle vers un centre d'abandon du tabagisme, peu importe si les individus se disaient motivés ou non à cesser de fumer. Après cette date, la référence au CAT a été remplacée par la référence à la ligne j'Arrête qui n'est offerte qu'aux personnes motivées à cesser de fumer.

Un premier appel est réalisé par un intervenant de la ligne j'Arrête une semaine après l'intervention à l'hôpital. Lors de cet appel, un suivi est proposé pour aider le fumeur dans sa démarche de cessation. Si la personne accepte, l'intervenant de la Ligne propose un suivi téléphonique². Si l'individu préfère une consultation en face à face, l'intervenant de la Ligne le réfère (par télécopieur) au CAT le plus près de sa résidence. L'intervenant de la Ligne effectue un suivi après trois semaines afin de s'assurer que la personne a été rejointe par un intervenant du CAT.

² Le suivi offert par la ligne j'Arrête comporte généralement une série d'appels de soutien suivant la cessation à la 3^e et 5^e semaines, puis au 2^e et 4^e mois. Le suivi téléphonique peut être plus intensif ou prolongé pour les personnes qui en font la demande.

➤ **Offre de soutien pour la personne ne désirant pas cesser de fumer**

Pour l'individu qui n'est pas prêt à cesser de fumer, l'infirmière propose un suivi qui inclut deux éléments.

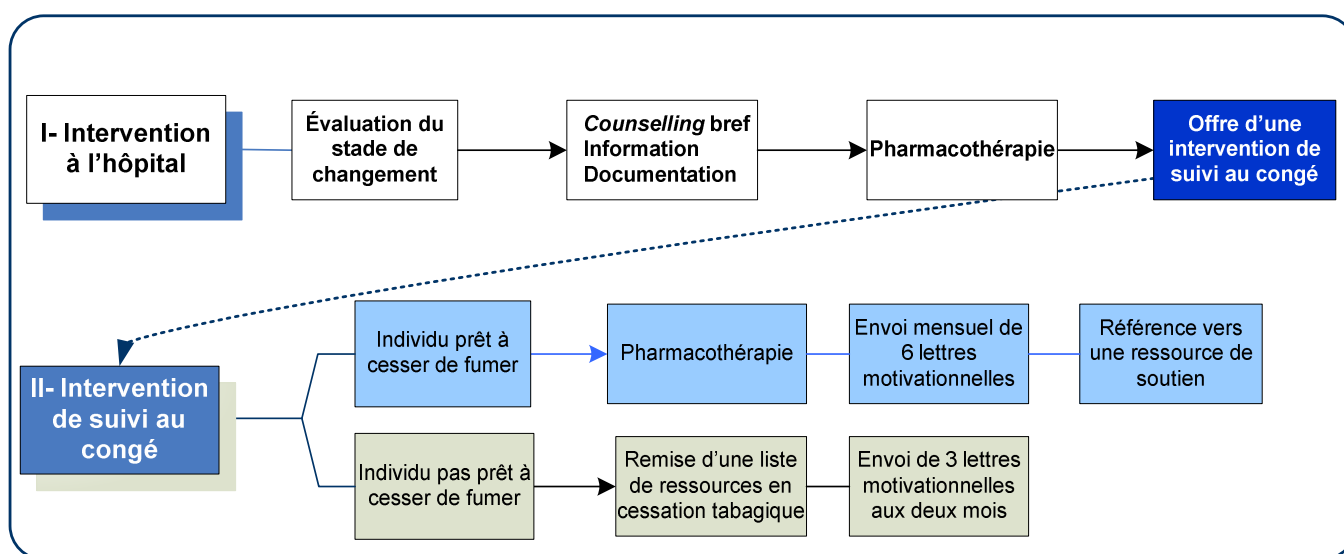
- **Remise d'une liste de ressources en cessation tabagique**

L'infirmière remet un carton d'information présentant les ressources en cessation tabagique offertes dans la communauté.

- **Envoi de trois lettres motivationnelles**

Il s'agit de trois lettres motivationnelles (ou courriels) envoyées tous les deux mois. Ces lettres offrent de l'information sur la cessation tabagique, de la documentation pour permettre au fumeur d'évaluer les avantages et les inconvénients liés au tabagisme, une liste des bienfaits d'une vie sans fumer, et des trucs pour cesser.

Schéma 1 – Intervention offerte par le projet de soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux



2. Aspects méthodologiques

2.1 Questions et objectifs de l'évaluation d'implantation

L'évaluation d'implantation vise à répondre aux questions suivantes :

- Dans quelle mesure la mise en œuvre du projet de soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux est-elle conforme aux attentes prévues par le modèle régional?
- Quels sont les facteurs favorisant ou non la conformité au modèle?

Pour répondre à ces questions, l'évaluation d'implantation vise quatre objectifs :

1. Déterminer le degré d'engagement des hôpitaux dans l'implantation du projet;
2. Déterminer la conformité de l'implantation au modèle régional;
3. Déterminer la conformité de l'intervention individuelle réalisée par l'infirmière au regard du modèle proposé;
4. Caractériser la clientèle rejointe selon certaines variables démographiques et d'exposition aux différentes composantes de l'intervention.

Pour chacun de ces quatre objectifs, la démarche évaluative vise aussi à identifier les éléments facilitateurs et les obstacles qui pourraient expliquer les résultats obtenus.

2.2 Méthodologie

L'information utilisée dans le cadre de l'évaluation d'implantation provient de documents administratifs (bilans), d'entrevues qualitatives et de données de *monitoring*.

Pour le volet qualitatif, la revue documentaire repose sur l'analyse des documents régionaux relatifs au projet et des bilans d'activités des hôpitaux. Des entrevues téléphoniques ont été réalisées auprès des infirmières en cessation tabagique et des gestionnaires responsables du projet. Pour le volet quantitatif, les analyses sont réalisées à partir des données de la base de *monitoring* recueillies lors des interventions individuelles.

2.2.1 Revue documentaire

L'analyse documentaire a été réalisée à l'automne 2008 afin de colliger les principales informations relatives à l'implantation du projet, autant sur le plan régional que pour chacun des huit hôpitaux.

L'ensemble de la documentation produite par l'équipe d'intervention de la DSP dans le cadre du projet a été consulté. Il s'agit des documents relatifs aux ententes entre la DSP et les hôpitaux, du guide et du modèle d'intervention du projet, et des bilans des activités réalisées. Par ailleurs, les rapports d'activités 2007-2008 de sept des huit hôpitaux participants ont été analysés. Cependant, la qualité des informations incluses dans ces rapports varie selon l'hôpital, ce qui limite l'interprétation des données recueillies.

Un tableau synthèse a été élaboré afin de consigner les informations recueillies en tenant compte des dimensions suivantes : l'allocation et la gestion des ressources, l'implantation du projet, la pharmacothérapie, les comités de gestion, l'allocation de ressources, les rencontres de sensibilisation et de formation pour le personnel, la conception et la diffusion de différents outils, et les liens de collaboration avec un CAT et d'autres ressources.

2.2.2 Entrevues téléphoniques

Le tableau 3 présente la collecte qualitative réalisée par hôpital. Sept entrevues sur une possibilité de huit ont été réalisées auprès des infirmières en cessation tabagique, alors que seulement cinq entrevues l'ont été auprès de gestionnaires. L'ensemble des bilans d'activités 2007-2008 ont été analysés à l'exception de celui d'un hôpital qui n'en a pas produit, puisque le projet a débuté en mai 2008.

Les entrevues téléphoniques semi-dirigées ont été réalisées par un membre de l'équipe d'évaluation à l'automne 2008 auprès des infirmières responsables du projet de cessation tabagique et auprès des gestionnaires des huit hôpitaux participants. La durée des entrevues varie de 45 à 90 minutes avec les infirmières et de 30 à 60 minutes avec les gestionnaires. Il n'a pas été possible de réaliser des entrevues auprès de une infirmière et de trois gestionnaires.

Les grilles d'entrevues ont été développées par l'équipe d'évaluation du secteur Services préventifs en milieu clinique de la DSP et validées auprès des membres de l'équipe d'intervention régionale (voir les annexes I et II). Les entrevues visaient à évaluer la perception des infirmières et des gestionnaires concernant l'intervention en cessation tabagique et son implantation. Les mêmes thèmes ont été abordés lors des entrevues avec les infirmières et les gestionnaires :

- l'engagement de l'hôpital dans l'implantation du projet (modalités de gestion, ressources allouées à l'implantation, soutien de la direction et du personnel soignant, mise en place de mesures d'institutionnalisation, etc.);
- le processus d'implantation des différents volets du projet (activités de promotion, de sensibilisation et de formation, aspects liés à l'intervention individuelle, etc.);
- le déroulement de l'intervention individuelle réalisée par l'infirmière auprès des clientèles ciblées.

Une retranscription détaillée des entrevues a été réalisée et transmise à chacune des personnes interviewées, afin qu'elles en valident le contenu et qu'elles apportent des précisions à certains éléments de réponse. Une fois validées, les informations recueillies ont été classifiées par grands thèmes sur des grilles de collecte.

2.2.3 Données de la base de *monitoring*

Les données de la base de *monitoring* permettent de dresser un portrait des personnes rejointes par l'intervention individuelle dans chacun des hôpitaux. La base de données inclut des informations sociodémographiques (sexe, âge, langue), des informations sur les habitudes tabagiques (statut tabagique, nombre de cigarettes fumées par jour, la motivation à l'arrêt tabagique), et des informations sur l'intervention reçue (nombre d'interventions, pharmacothérapie, envois motivationnels et référence à une ressource de soutien).

L'échantillon compte un total de 6 458 personnes rejointes lors de l'intervention individuelle entre le 1^{er} mars 2006 et le 31 mars 2010 dans l'un des huit hôpitaux. Les données, colligées par les infirmières au moment ou après l'intervention individuelle, sont transmises directement sur le serveur de la DSP. Des analyses descriptives ont été réalisées.

Tableau 3 – Collecte qualitative par hôpital

Hôpital	Entrevue		Analyse du bilan d'activités 2007-2008
	Infirmière	Gestionnaire responsable	
Hôpital général juif (HGJ)	Oui	Non	Non
Hôpital général du Lakeshore	Oui	Non	Oui
Hôpital de LaSalle	Oui	Oui	Oui
Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR)	Non	Oui	Oui
Hôpital Royal Victoria – CUSM (HRV)	Oui	Oui	Oui
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSC)	Oui	Non	Oui
Hôpital Saint-Luc – CHUM	Oui	Oui	Oui
Centre hospitalier de St. Mary	Oui	Oui	Oui

3. Résultats

L'évaluation d'implantation s'est principalement intéressée à trois dimensions :

- 1) l'engagement de l'hôpital dans l'implantation du projet;
- 2) la conformité de l'implantation au modèle régional;
- 3) la conformité de l'intervention individuelle au modèle proposé.

Le portrait de la clientèle réalisé à partir des données de *monitoring* permet de caractériser les personnes rejointes, leur exposition à l'intervention et le soutien en cessation tabagique attendu de leur part.

3.1 Engagement de l'hôpital dans l'implantation du projet

Pour mesurer le niveau d'engagement de l'hôpital au regard de l'implantation du projet, les indicateurs retenus pour l'analyse sont :

- 1) les modalités de gestion;
- 2) les ressources allouées à l'implantation;
- 3) le soutien de la direction pour implanter et institutionnaliser le projet;
- 4) le soutien du personnel soignant à l'implantation du projet;

Le tableau 4 présente une synthèse des résultats concernant le niveau d'engagement par hôpital.

➤ **Modalités de gestion**

Dans tous les hôpitaux, la responsabilité du suivi de l'implantation a été attribuée à un gestionnaire qui assume aussi le rôle de supérieur immédiat de l'infirmière en cessation tabagique. Le poste occupé par le gestionnaire varie selon l'hôpital¹.

Dans l'ensemble des hôpitaux, la coordination et le suivi du déploiement du projet dans l'hôpital sont assurés par un comité de gestion. La fréquence des

¹ Gestionnaire du programme mère-enfants (n = 2), infirmière chef d'unité (n = 2), directeur local de santé publique (n = 1), directeur en soins spécialisés (n = 1) ou encore directeur de la formation et du développement (n = 1).

rencontres de ces comités varie entre quatre et six fois par année selon l'hôpital.

➤ **Ressources allouées à l'implantation**

L'ensemble des hôpitaux consacre les ressources prévues pour l'embauche d'une infirmière en cessation tabagique à temps partiel à raison de 18,125 heures par semaine² à raison de cinq demi-journées, répartie sur cinq jours. Toutefois, le temps que les infirmières consacrent à leurs mandats varie selon l'hôpital : quatre consacrent le temps prévu au projet ou davantage et trois n'arrivent pas à réaliser pleinement leurs mandats. Ces dernières sont appelées régulièrement à d'autres tâches dans le cadre du temps alloué au projet.

Trois gestionnaires précisent qu'ils ont éprouvé des difficultés à recruter une infirmière, notamment en raison des conditions d'horaires atypiques du poste et de la pénurie d'infirmières dans le réseau de la santé.

Par ailleurs, trois gestionnaires et deux infirmières recommandent d'accroître les ressources financières afin de disposer d'une infirmière à temps plein pour rejoindre un plus grand nombre de départements de l'hôpital. Un gestionnaire préconise plutôt de cibler des clientèles particulières au sein de l'hôpital afin de pallier le problème de disponibilité à temps partiel de l'infirmière.

➤ **Soutien de la direction**

Quatre gestionnaires considèrent que la direction de leur hôpital a une implication positive dans le projet et qu'elle offre le soutien nécessaire pour sa mise en place. L'ensemble des gestionnaires considère que la direction de leur établissement possède une bonne connaissance du projet.

➤ **Soutien du personnel soignant à l'implantation du projet**

Le soutien des intervenants du milieu – principalement les infirmières et les médecins – représente un élément essentiel au bon déroulement de l'implantation. Si la majorité des infirmières (5/7) considère recevoir

² La majorité des infirmières (5/7) assume aussi d'autres fonctions dans l'hôpital.

un soutien de la part des infirmières des départements impliqués dans le projet, la difficulté d'obtenir une collaboration des médecins des unités où le projet est implanté est mentionnée par la majorité des répondantes (5/7).

Tableau 4 – Engagement des hôpitaux dans l'implantation du projet

Indicateurs	N ^{bre} d'hôpitaux
Modalités de gestion	
• Présence d'un gestionnaire responsable du projet	8/8
• Présence d'un comité de gestion	8/8
Ressources allouées à l'implantation	
• Engagement d'une infirmière 18,125 h/semaine	8/8
• Temps affecté conforme aux attentes	4/7
Soutien de la direction	
• Connaissance de la direction	6/6
• Soutien reçu de la direction	7/8
Soutien du personnel soignant	
• Soutien des infirmières	5/7
• Soutien des médecins	2/7

3.2 Conformité de l'implantation au modèle régional

Quatre indicateurs ont été considérés pour caractériser la conformité de l'implantation du projet au modèle régional, soit :

- 1) les objectifs retenus;
- 2) les mandats attribués à l'infirmière pour accomplir ces objectifs;
- 3) les activités organisationnelles réalisées dans le cadre de l'implantation;
- 4) les mesures d'institutionnalisation.

Le tableau 5 présente une synthèse des informations recueillies sur ces différents éléments de l'implantation pour chaque hôpital.

➤ **Objectifs du projet de cessation tabagique**

Les objectifs retenus par l'ensemble des hôpitaux sont conformes à ceux du modèle régional. Le principal objectif poursuivi par les hôpitaux est celui que prévoit le modèle d'intervention, soit la réalisation d'une intervention individuelle en cessation tabagique auprès de la clientèle cible. Par ailleurs, des objectifs complémentaires à l'intervention individuelle sont aussi ciblés dans la plupart des hôpitaux. Une majorité vise à réaliser des activités de sensibilisation et d'information auprès des infirmières. Dans deux hôpitaux, le projet vise aussi à sensibiliser les médecins et les infirmières à l'importance de l'intervention brève en cessation tabagique. Enfin, dans trois hôpitaux, le projet vise aussi à diriger la clientèle fumeuse vers de ressources complémentaires de soutien en cessation tabagique (groupes de cessation tabagique, ligne téléphonique j'Arrête, CAT, etc.).

➤ **Mandats attribués à l'infirmière**

Les objectifs ciblés par les hôpitaux se traduisent dans les mandats accordés à l'infirmière en cessation tabagique dans la réalisation du projet.

Dans l'ensemble des hôpitaux, le mandat principal des infirmières est la réalisation d'interventions individuelles auprès des patients fumeurs. Les infirmières réalisent aussi d'autres mandats, notamment la promotion, la sensibilisation et la formation.

➤ **Activités organisationnelles réalisées dans le cadre de l'implantation du projet**

- **Identification et référence des fumeurs à l'infirmière en cessation tabagique**

Dans l'ensemble des hôpitaux, les unités où le projet est implanté participent à l'identification des fumeurs. Certains hôpitaux bénéficient aussi de la collaboration du personnel au triage ou de l'admission pour identifier les fumeurs. Le mode d'identification des fumeurs n'est pas uniforme au sein des différentes unités ou des départements d'un même hôpital. Le statut tabagique est consigné principalement dans le questionnaire d'admission, dans le dossier patient. Un auto-

collant d'identification du statut tabagique est aussi parfois apposé sur le dossier patient afin de faciliter le repérage des fumeurs. Cependant, les informations recueillies ne permettent pas de détailler ces modes d'identification.

Une fois identifiés, les fumeurs sont dirigés vers l'infirmière en cessation tabagique. Les modalités de référence varient entre les hôpitaux et à l'intérieur de chacun des départements ou des unités où le projet est implanté. Les informations disponibles ne permettent pas de caractériser de façon précise les modalités en place dans les différentes unités de chaque hôpital. De façon générale, la référence directe des fumeurs à l'infirmière en cessation demeure le mode le plus utilisé dans la majorité des hôpitaux (5/7).

Par contre, dans certains hôpitaux (4/7), les infirmières doivent alors consulter les dossiers des personnes hospitalisées afin d'identifier les fumeurs pour leur proposer une intervention.

- **Intervention individuelle auprès des fumeurs**

Dans l'ensemble des hôpitaux, l'infirmière réalise des interventions individuelles, tel que le prévoit son principal mandat; l'ensemble de ces composantes font l'objet de la section suivante.

- **Activités de promotion, de sensibilisation et de formation**

Différentes activités de promotion, de sensibilisation et de formation ont été réalisées par les infirmières en cessation tabagique, surtout au début de l'implantation du projet. Ces activités ont été développées et organisées localement à l'initiative des infirmières. Cependant, les informations recueillies concernant la portée, la fréquence et la participation de ces activités organisées dans chacun des hôpitaux sont insuffisantes pour caractériser l'ampleur des efforts déployés dans chaque établissement.

Dans la majorité des hôpitaux, l'infirmière a réalisé des activités de promotion auprès des professionnels: présentation du projet aux infirmières des autres unités ou aux médecins, tenue de stand d'information à l'attention du personnel et rédaction d'articles dans le journal

interne. Dans sept hôpitaux, l'infirmière a également réalisé des activités de sensibilisation à la cessation tabagique auprès du personnel.

Seulement quatre hôpitaux ont organisé des activités de formation en cessation tabagique auprès des infirmières des départements concernés par le projet. En revanche, des formations à l'attention des médecins ont été organisées en collaboration avec la DSP dans l'ensemble des hôpitaux. Les informations concernant le contenu des formations, la durée et le nombre de participants ne sont pas disponibles.

➤ **Mesures d'institutionnalisation**

Par delà la période de financement attribué par la DSP, le projet vise à institutionnaliser certaines activités. L'institutionnalisation se comprend comme *l'institution de mesures officielles susceptibles d'assurer la pérennité de l'intervention en cessation tabagique*. Dans le cadre du projet il s'agissait des mesures suivantes: l'identification du statut tabagique, la réalisation d'intervention brève par le personnel soignant, la référence des patients fumeurs vers des ressources de la communauté et les pharmacothérapies. Très peu de ces mesures ont été adoptées par les hôpitaux.

- **Identification du statut tabagique des patients**

Tous les hôpitaux ont mis en place des mesures d'identification du statut tabagique, cependant, elles ne sont pas institutionnalisées dans les procédures formelles de l'hôpital, et leur pérennité n'est pas assurée. Dans certains hôpitaux, l'identification des fumeurs n'est pas systématique, variant en fonction du personnel présent lors des différents quarts de travail. La principale mesure mise en place est l'inscription du statut tabagique sur le formulaire ou le questionnaire d'admission (variable selon les hôpitaux et les unités de soins où le projet est implanté). Dans deux hôpitaux, l'identification du statut tabagique est faite par l'ajout d'un carton ou un autocollant au dossier du patient.

- **Intervention brève par le personnel soignant**

Aucun hôpital n’a mis en place des mesures qui permettraient de soutenir les interventions brèves en cessation tabagique par le personnel au-delà de la période de financement du projet. Dans un hôpital, on rapporte la réalisation d’un dépliant et d’une affiche pour sensibiliser le personnel à l’importance de l’intervention brève.

- **Références vers les ressources de la communauté**

En dehors de la référence à la ligne j’Arrête, aucun hôpital n’a mis en place de mesures systématiques permettant au personnel soignant d’orienter les fumeurs vers des ressources de soutien à la cessation tabagique. Aucune mesure ne permet d’assurer la pérennité de ces références qui reposent principalement sur l’infirmière en place dans le cadre du projet.

- **Pharmacothérapies**

Trois hôpitaux rapportent avoir inscrit les médicaments de cessation tabagique à leur formulaire de médicaments. Cependant, aucun hôpital n’a institutionnalisé de procédures relatives à l’offre de pharmacothérapies aux fumeurs souhaitant cesser de fumer. Un hôpital a mis en place un protocole d’intervention préconisant la référence systématique à l’infirmière en cessation tabagique des patients ayant reçu une ordonnance de TRN dans un département de l’hôpital.

Tableau 5 – Conformité de l’implantation au modèle régional

Indicateurs	N^{bre} d’hôpitaux
Objectif du projet de cessation tabagique	
• Intervention individuelle	8/8
• Objectifs complémentaires	8/8
Mandats attribués à l’infirmière	
• Promotion du projet	8/8
• Sensibilisation du personnel	7/8
• Réalisation de formations	8/8
• Intervention individuelle	8/8
Activités organisationnelles réalisées dans le cadre de l’implantation	
• Mesures d’identification et de référence des fumeurs	8/8
• Intervention individuelle	8/8
• Promotion	7/8
• Sensibilisation	7/8
• Formations - infirmières	4/7
• Formations - médecins	8/8
Mesures d’institutionnalisation	
• Identification systématique du statut tabagique	0/8
• Intervention brève par le personnel soignant	0/8
• Références vers les ressources de la communauté	0/8
• Pharmacothérapies	0/8

3.3 Conformité de l'intervention individuelle au modèle proposé

Pour évaluer la conformité de l'intervention individuelle offerte par l'infirmière, le déroulement des différentes étapes prévues dans le modèle initial a été examiné, soit :

- la mise en place de mécanismes d'identification du statut tabagique et de référence des fumeurs à l'infirmière;
- l'intervention brève en cessation tabagique;
- les pharmacothérapies;
- l'offre d'un choix de suivi au congé (envois motivationnels, pharmacothérapie et référence à une ressource de soutien complémentaire)¹.

Les résultats des entrevues et des synthèses des bilans d'activités permettent de documenter qualitativement l'intervention individuelle offerte et sont résumés dans le tableau 6. Les données de la base de *monitoring* complètent le portrait de l'intervention offerte au niveau quantitatif.

➤ Intervention réalisée à l'hôpital

Les interventions individuelles réalisées à l'hôpital par les infirmières sont généralement conformes au modèle régional. La durée varie entre 20 et 60 minutes. L'intervention auprès des personnes qui ne souhaitent pas cesser de fumer est cependant plus brève (généralement moins de 10 minutes). Le contenu se module en fonction des particularités des personnes rencontrées et de leur réceptivité. Les étapes du modèle d'intervention sont généralement respectées, incluant les éléments suivants : information sur le tabagisme et les risques associés, évaluation des habitudes tabagiques, évaluation de la motivation à cesser (stade de changement), *counselling* bref en cessation tabagique, ordonnance de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) aux patients admissibles, documentation sur le tabagisme et sur les ressources de soutien. Par ailleurs, l'ensemble des infirmières proposent une intervention de suivi au congé à la clientèle rencontrée.

¹ Les composantes de l'intervention individuelle ont déjà été présentées en détail à la section 1.5.

➤ Intervention réalisée au congé

Dans l'ensemble des hôpitaux, l'intervention de suivi au congé offerte aux individus est aussi conforme au modèle régional. Pour les individus qui souhaitent cesser de fumer dans les 30 prochains jours – ou qui maintiennent la cessation tabagique déjà entreprise – l'ensemble des infirmières offrent une pharmacothérapie (pour ceux qui sont admissibles), des envois motivationnels et une référence vers les ressources de soutien complémentaires en cessation tabagique².

Pour les individus qui ne souhaitent pas cesser de fumer dans les 30 prochains jours, l'ensemble des infirmières en cessation tabagique proposent à la clientèle de recevoir une liste de ressources en cessation tabagique et l'envoi de trois lettres motivationnelles tous les deux mois.

Tableau 6 – Conformité de l'intervention individuelle réalisée à l'hôpital et au congé

Indicateurs	N ^{bre} d'hôpitaux
1. Intervention réalisée à l'hôpital	
• Durée de l'intervention (min)	Varie
• Remise d'information sur le tabagisme	8/8
• Évaluation de la motivation (stade de changement)	8/8
• Réalisation de <i>counselling</i> bref	8/8
• Remise de documentation	8/8
• Offre de TRN (à l'hôpital)	8/8
• Offre d'une intervention de suivi au congé	8/8
2. Intervention réalisée au congé	
➤ Individu motivé à cesser	
• Offre de pharmacothérapies	8/8
• Offre d'envois motivationnels	8/8
• Références vers les ressources en cessation	8/8
➤ Individu non motivé à cesser	
• Remise d'une liste de ressources en cessation	8/8
• Offre d'envois motivationnels	8/8

² Comme présenté à la section 1, la ressource complémentaire est le CAT jusqu'en février 2008, remplacé depuis par la ligne j'Arrête.

3.4 Portrait des personnes rejointes et exposition aux composantes de l'intervention

Les données de la base de *monitoring* permettent de caractériser les personnes rejointes dans les hôpitaux participants et de documenter à quels éléments de l'intervention elles ont été exposées. Les variables disponibles sont les suivantes :

- type de personnes exposées à l'intervention individuelle (patients hospitalisés pour un problème de santé, les femmes en obstétrique et leur conjoint);
- caractéristiques sociodémographiques;
- habitudes tabagiques et intentions face à l'arrêt tabagique;
- aides pharmacologiques obtenues;
- les choix de suivi après le congé (envois motivationnels et référence à la ligne j'Arrête);
- nombre d'appels reçus par un intervenant de la ligne j'Arrête.

Les données de *monitoring* recueillies entre le 1^{er} mars 2006 et le 31 mars 2010 ont été utilisées. La durée de mise en œuvre de l'intervention individuelle varie de 22 à 44 mois selon l'hôpital. Cette durée peut être supérieure ou inférieure à la durée de financement présentée au tableau 7. En effet, certains hôpitaux ont poursuivi la mise en œuvre de l'intervention au-delà du financement, alors que, pour certains, il y a eu un délai entre le début du financement et celui de la mise en place l'intervention individuelle.

3.4.1 Nombre et caractéristiques des personnes rejointes

Un total de 6 458 personnes ont reçu une intervention en cessation tabagique dans l'un des huit hôpitaux participant à l'évaluation. Le tableau 7 présente pour chaque hôpital le nombre de personnes rejointes. Trois hôpitaux, St. Mary, Maisonneuve-Rosemont et LaSalle, ont rejoint le plus grand nombre de personnes. L'Hôpital St. Mary présente le nombre moyen le plus élevé de personnes exposées à l'intervention individuelle sur une base mensuelle (38,3). Trois

hôpitaux ont un nombre moyen de personnes rejointes inférieur à 20 (HGJ, Saint-Luc et Lakeshore).

Des facteurs structurels (volume de la clientèle et le nombre de fumeurs parmi la clientèle visée) et des facteurs directement reliés à la mise en œuvre du projet (mesures d'identification du statut tabagique de la personne, mécanismes de référence des fumeurs à l'infirmière responsable de l'intervention individuelle, la collaboration du personnel soignant, etc.) expliquent ces variations. Cependant, les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact de chacun de ces facteurs sur le nombre de personnes rejointes dans chacun des hôpitaux.

La majorité des huit hôpitaux ont décidé de cibler la clientèle vue en obstétrique, que ce soit les femmes ou les conjoints fumeurs (tableau 7). Dans un seul hôpital (HMR), la majorité des personnes rejointes ont été recrutées parmi la clientèle hospitalisée pour un problème de santé. Dans les sept autres hôpitaux où l'implantation s'est effectuée principalement dans les unités d'obstétrique, la majorité de la clientèle est composée de femmes ou de conjoints fumeurs rencontrés dans ces unités. Dans trois de ces hôpitaux, la majorité de la clientèle est composée de femmes (Saint-Luc, HRV et HGJ), alors qu'un seul hôpital a rejoint principalement des conjoints fumeurs (St. Mary).

Concernant la période de la grossesse à laquelle les personnes ont été rencontrées dans les unités d'obstétrique, la majorité a été rejointe en post-partum. Dans trois hôpitaux, une proportion non négligeable d'interventions (supérieure à 30 %) a été réalisée en période ante partum, soit durant une visite de suivi de grossesse ou lors de l'admission précédant l'accouchement.

Tableau 7 – Nombre de personnes rejointes et distribution selon le type de clientèle par hôpital

Hôpitaux	Nombre de personnes rejointes			Distribution des personnes rejointes selon le type de clientèle (%)		
	N ^{bre} de mois de mise en œuvre	Total	Moyenne mensuelle	Patients avec pathologie (n = 1 541)	Femmes en obstétrique (n = 2 621)	Conjoints en obstétrique (n = 2 152)
HGJ	22	274	12,5	0,8	51,8	47,5
Lakeshore	33	617	18,7	24,6	32,4	43,0
LaSalle	44	1 019	23,2	23,7	44,1	32,1
HMR	37	1 139	30,8	87,5	11,8	0,7
HRV	30	887	29,6	4,0	58,8	37,2
HSC	31	739	23,8	46,0	26,7	27,3
Saint-Luc	27	482	17,8	0,0	77,0	23,0
St. Mary	34	1 301	38,3	2,9	32,4	64,7

3.4.2 Caractéristiques démographiques et habitudes tabagiques des personnes rejointes

Le tableau 8 présente la distribution des personnes rejointes selon le sexe, l'âge, selon le nombre de cigarettes consommées sur une base quotidienne avant l'hospitalisation et la motivation à cesser de fumer. Les résultats pour chacune des trois clientèles ciblées par l'intervention individuelle y sont présentés.

Parmi les personnes hospitalisées pour un problème de santé, on retrouve autant d'hommes que de femmes, et la plupart sont âgés de 55 ans et plus (65 %). La moitié des personnes hospitalisées disent consommer plus de 25 cigarettes par jour.

Pour les personnes rencontrées dans les unités d'obstétrique, une majorité de femmes et de conjoints sont âgés de moins de 35 ans (77,1 % et 54,1 % respectivement). Concernant la consommation quotidienne de cigarettes avant l'hospitalisation, plus du tiers des femmes rencontrées en obstétrique (34,6 %) rapportent ne pas fumer¹ (en maintien de la cessation

tabagique), alors que cette proportion est de 4,1 % pour les conjoints et 2,7 % pour les personnes hospitalisées pour un problème de santé.

Parmi les femmes qui ont fumé durant les sept derniers jours, près de la moitié (49,2 % consommait moins de 10 cigarettes par jour et 45,0 % entre 10 et 24. La consommation des conjoints est légèrement supérieure.

Concernant la motivation au regard de la cessation tabagique, un peu plus des trois quarts (77,0 %) des personnes hospitalisées disent être motivées, comparativement à environ la moitié des femmes fumeuses et des conjoints en obstétrique (51,6 % et 55,1 % respectivement).

¹ Il importe de rappeler que les fumeurs en situation de *maintien de la cessation tabagique* étaient aussi ciblés par l'intervention, toutefois la période de référence pour déterminer si la personne est en maintien diffère selon la clientèle. Les femmes

en obstétrique sont considérées en maintien si elles ont arrêté depuis plus d'une semaine et moins d'un an. Pour les personnes hospitalisées pour un problème de santé et les conjoints en obstétrique, la cessation doit s'être produite durant les 30 derniers jours pour qu'ils reçoivent l'intervention.

3.4.3 Exposition à l'aide pharmacologique

Durant leur séjour à l'hôpital, 41,7 % des personnes hospitalisées pour un problème de santé et motivées à cesser de fumer ont reçu une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN). Cette proportion n'est que de 1 % parmi les femmes en obstétrique en raison des contre-indications médicales.

Au congé de l'hôpital, deux tiers (66,8 %) des personnes hospitalisées pour un problème de santé et motivées à cesser de fumer ont reçu une prescription de TRN. Cette proportion n'est que de 5,6 % pour les femmes en obstétrique. Quant aux conjoints en obstétrique, 16,3 % ont reçu une prescription lors de leur exposition à l'intervention individuelle.

Tableau 8 – Distribution des personnes rejointes selon le sexe, l'âge, selon la consommation quotidienne de cigarettes et selon la motivation à cesser de fumer, par type de clientèle rejointe

	Patients avec pathologie		Femmes en obstétrique		Conjoints en obstétrique	
	(N = 1 541)		(N = 2 621)		(N = 2 152)	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
• Homme	741	48,1				
• Femme	800	51,9				
Groupe d'âge						
• 18-34 ans	110	7,2	2 012	77,1	1 085	54,1
• 35-44 ans	119	7,7	575	22,0	775	38,7
• 45-54 ans	309	20,1	22	0,8	137	6,8
• 55-64 ans	417	27,1	0	0,0	8	0,4
• 65 ans et plus	583	37,9	0	0,0	0	0,0
Consommation de cigarettes par jour¹						
• 1 à 9	180	12,0	844	49,2	767	37,2
• 10 à 24	558	37,2	772	45,0	988	47,9
• 25 et plus	761	50,8	98	5,7	309	15,0
Motivation à l'arrêt tabagique au moment de l'intervention individuelle²						
• Motivé	1 181	77,0	888	51,6	1 186	55,1
• Non motivé	352	23,0	832	48,4	966	44,9

¹ Les personnes considérées en maintien de cessation tabagique ont été retirées pour calculer la distribution selon la consommation quotidienne de cigarettes (Patients : N = 1 499; Femmes : N = 1 714; Conjoints : N = 2 064).

² Pour les femmes en obstétrique, la distribution a été calculée pour les femmes qui n'étaient pas en maintien. La motivation à cesser de fumer n'a pas été colligée pour l'ensemble des patients.

3.4.4 Exposition de la clientèle aux interventions offertes à la suite de l'intervention à l'hôpital

Comme il est mentionné à la section 1, l'intervention a évolué durant la période d'implantation du projet. Jusqu'en février 2008, l'infirmière dirigeait directement vers un Centre d'abandon du tabagisme les personnes qui le souhaitaient. Par la suite, une référence proactive¹ à la ligne j'Arrête a été offerte à toutes les personnes motivées à cesser de fumer. Seules les données relatives aux interventions réalisées depuis février 2008 ont été utilisées pour caractériser l'exposition de la clientèle aux différentes composantes du soutien offert dans le cadre du suivi (tableau 9). L'introduction de la référence proactive de la ligne j'Arrête est un changement majeur dans le protocole d'intervention qui rend impossible l'analyse de l'exposition aux interventions proposées au suivi en conciliant les données avant et après la mise en place de cette référence.

La majorité des personnes exposées à l'intervention individuelle à l'hôpital, qu'elles soient ou non motivées à cesser de fumer, ont accepté au moins une composante du suivi proposée par l'infirmière (tableau 9).

Pour les personnes motivées à cesser de fumer, une majorité a accepté au moins la référence à la ligne j'Arrête. La proportion s'élève à 67,5 % pour les personnes hospitalisées pour un problème de santé. En obstétrique, la proportion est à 52,6 % pour les femmes en maintien, à 79,6 % pour les femmes fumeuses et à 80,1 % pour les conjoints.

La majorité des personnes qui ont accepté un suivi par la ligne j'Arrête ont été rejointes au moins une fois par un intervenant de ce service d'aide à la cessation tabagique. Parmi les personnes hospitalisées pour un problème de santé, la majorité a reçu au moins deux appels d'un intervenant de la Ligne (57,7 %), et le nombre moyen d'appels par personne rejointe s'élève à 3,4. Concernant les personnes rencontrées dans les unités d'obstétrique, les proportions de celles rejointes au moins deux fois par la ligne j'Arrête sont plus faibles. Parmi les femmes en maintien, une majorité (54,4 %) a été rejointe qu'une seule fois par la ligne j'Arrête. Plus du tiers (36,8 %) des femmes fumeuses n'ont pas pu être rejointes par un intervenant de la ligne j'Arrête, et seulement 29,3 % ont reçu au moins deux appels. Pour les conjoints, ces proportions sont respectivement de 31 % et de 37,5 %. Le nombre moyen d'appels s'élève à 1,6 pour les femmes en maintien, à 1,9 pour les femmes fumeuses et à 2,2 pour les conjoints.

Pour conclure, 10,4 % des femmes en obstétrique en situation de maintien ont eu un soutien intensif (au moins deux appels d'un intervenant de la ligne j'Arrête) après l'intervention reçue à l'hôpital. Cette proportion s'élève à 21,4 % pour les femmes fumeuses, à 30,1 % pour les conjoints et à 38,9 % pour les personnes hospitalisées pour un problème de santé.

¹ Si la personne exposée à l'intervention individuelle à l'hôpital est motivée à cesser de fumer, l'infirmière lui propose qu'un intervenant de la ligne j'Arrête la rappelle dans une semaine pour lui offrir un soutien pour un arrêt tabagique.

Tableau 9 – Exposition aux composantes du suivi selon le type de clientèle

	Patients avec pathologie (N = 681)		Femmes en obstétrique				Conjoints en obstétrique (N = 1 495)	
	N	%	Femmes en maintien (N = 730)		Femmes fumeuses (N = 1 125)		N	%
			N	%	N	%		
1. Personnes non motivées à cesser								
Total	149	100,0			555	100,0	614	100,0
Ayant accepté les envois postaux motivationnels	79	53,0	s.o.	s.o.	439	79,1	451	73,5
2. Personnes motivées à cesser de fumer								
Total	532	100,0	730	100,0	570	100,0	881	100,0
Aucun suivi	101	19,0	123	16,8	19	3,3	73	8,3
Ayant accepté que les envois postaux motivationnels	72	13,5	223	30,5	97	17,0	102	11,6
Ayant accepté au moins la référence à la ligne j'Arrête	359	67,5	384	52,6	454	79,6	706	80,1
• <i>Suivi de la ligne j'Arrête</i>								
- <i>Un appel</i>	79	22,0	209	54,4	154	33,9	222	31,4
- <i>Au moins deux appels</i>	207	57,7	76	19,8	133	29,3	265	37,5
- <i>Non rejoints</i>	73	20,3	99	25,8	167	36,8	219	31,0
<i>N^{bre} moyen d'appels</i>	3,4		1,6		1,9		2,2	
Proportion des personnes ayant été exposées à un suivi plus intensif (au moins deux appels de la ligne j'Arrête) sur l'ensemble des personnes motivées ou non								
	38,9 %		10,4 %		21,4 %		30,1 %	

4. Faits saillants et recommandations

Les faits saillants sont présentés avec les principales recommandations qui en découlent.

■ Engagement institutionnel limité

Dans l'ensemble des hôpitaux, les gestionnaires et la direction ont soutenu l'implantation du projet. Celle-ci repose cependant surtout sur les responsables locaux – particulièrement sur les infirmières en cessation tabagique – qui assument la mise en œuvre des principales composantes de l'intervention dans les départements ou les unités impliqués. Une des conditions de succès de l'implantation est liée à l'implication du gestionnaire de département et de la direction dans le processus.

✓ *Présence d'une structure de coordination*

Dans l'ensemble, le niveau d'engagement au regard de la coordination et du suivi du projet est bon. La présence d'un comité de gestion qui se réunit périodiquement permet d'assurer le suivi du projet. Cependant, il n'y a pas de plan de gestion structuré de l'implantation permettant de réaliser un suivi du projet en colligeant les informations sur les activités réalisées dans le cadre de sa mise en œuvre et l'atteinte des objectifs ciblés.

Recommandations

Assurer un bon engagement de la direction

Le maintien d'un engagement soutenu de la direction doit être assuré pour favoriser la réussite de l'implantation du projet. Ce soutien peut se manifester sur le plan financier par l'attribution de fonds dédiés au projet ou sur le plan de la gestion par la participation de la direction des soins infirmiers dans le comité de gestion. Par ailleurs, la présence d'un engagement médical et administratif conjoint assure un leader à deux niveaux, contribuant à assurer une meilleure implantation du projet dans les unités ou les départements ciblés.


Développer une planification et une gestion structurées des activités réalisées

Une planification plus structurée des activités réalisées devrait être développée afin de mieux soutenir la gestion de l'implantation des différentes composantes du projet. Cette planification permettrait de déterminer des cibles pour chacun des objectifs afin de guider les responsables locaux dans la gestion des actions mises en œuvre. Par exemple, la détermination d'un nombre de personnes à rejoindre par l'intervention individuelle permettrait d'évaluer ensuite l'atteinte de l'objectif. Par ailleurs, la détermination d'objectifs précis en matière d'activités de promotion, de sensibilisation et de formation améliorerait le suivi du nombre d'activités réalisées, des thèmes abordés, du nombre de personnes rejointes, de la durée, des départements rejoints, etc.

✓ Attribution des ressources prévues

Les hôpitaux ont consacré le budget prévu pour l'embauche de l'infirmière assignée au projet. Certains hôpitaux ont éprouvé des difficultés dans le recrutement en raison de la pénurie d'infirmières et des conditions atypiques du poste (temps partiel réparti sur cinq jours). Par ailleurs, certaines infirmières suppléent au manque de personnel dans leur établissement et sont parfois réaffectées à d'autres tâches sur le temps normalement alloué au projet. La volonté d'engagement des gestionnaires des hôpitaux est ainsi parfois confrontée aux contraintes liées au contexte et aux conditions de travail de l'hôpital.

Recommandation

 *Attribuer le mandat d'intervention à une infirmière en prévention*

L'attribution du mandat d'intervention en cessation tabagique à une infirmière assumant d'autres mandats en prévention dans l'hôpital favorise la réussite du projet. Par exemple, la combinaison des fonctions d'intervenante en cessation tabagique à celle de conseillère en allaitement permet à l'infirmière de réaliser pleinement les mandats sur la base de plein temps. De plus, le soutien à l'allaitement offre un prétexte d'approche des nouveaux parents fumeurs et peut faciliter le contact.

✓ Soutien variable du personnel

Par le soutien qu'ils peuvent apporter au déploiement du projet, les membres du personnel médical peuvent aussi contribuer à l'engagement de l'hôpital. Dans la plupart des hôpitaux, le soutien des infirmières est variable, alors que celui des médecins demeure encore limité.

Recommandation

 *Mobiliser davantage le personnel médical*

La collaboration du personnel médical est une condition importante à la réussite du projet. Il est donc important de sensibiliser et de mobiliser adéquatement le personnel afin d'obtenir leur soutien pour orienter des fumeurs vers l'intervenante en cessation ou pour intervenir directement auprès des patients fumeurs. Des activités de mobilisation devraient se poursuivre tout au long de la période de mise en œuvre du projet. La mobilisation devrait être portée conjointement par l'administration et le personnel médical en désignant, par exemple, un médecin et un gestionnaire de département pour promouvoir le projet.

■ Implantation centrée sur l'intervention individuelle

- ✓ *Faible niveau d'implantation des autres éléments du modèle régional*

L'implantation du projet a été axée sur l'intervention individuelle, et le niveau d'implantation des autres composantes du modèle est faible dans l'ensemble des hôpitaux. Les activités de promotion ont surtout été réalisées au début de l'implantation et développées localement par chaque infirmière. Il n'y a pas eu de plan de promotion standardisé proposé par l'équipe régionale de la DSP.

Bien que des activités de formation en cessation tabagique aient été réalisées auprès de médecins dans tous les hôpitaux par des médecins-conseils de la DSP, la formation par les infirmières responsables du projet auprès de leurs collègues n'a été réalisée que dans la moitié des hôpitaux. Aucun hôpital n'a développé un plan de formation pour le personnel.

Recommandation

- ✚ *Développer une planification organisationnelle des activités de promotion, de sensibilisation et de formation avec le soutien du régional*

La participation de la DSP dans le développement d'un plan de promotion, de sensibilisation et de formation relativement aux pratiques en cessation tabagique permettrait de mieux soutenir les hôpitaux dans l'implantation du projet. Ce plan devrait inclure des stratégies et des outils pour aider les responsables du projet dans la planification et la mise en œuvre.

✓ *Faible institutionnalisation des mesures d'aide à la cessation tabagique*

Aucun hôpital n'est parvenu à institutionnaliser les mesures suivantes :


- 1) l'identification systématique du statut tabagique des patients;
- 2) la réalisation de *counselling* bref en cessation tabagique par le personnel soignant (dont la référence des fumeurs aux ressources de soutien dans la communauté); et,
- 3) l'offre de pharmacothérapies aux fumeurs souhaitant cesser de fumer.

Cette faible institutionnalisation ne permet pas d'assurer la pérennité des pratiques en matière de cessation tabagique après la fin du financement.


Recommandations

 *Accroître la durée du financement*

Les changements relatifs aux pratiques professionnelles et organisationnelles nécessitent un délai assez long pour se réaliser. Par conséquent, une plus longue durée de financement pour implanter de nouvelles pratiques pourrait être bénéfique pour la consolidation des changements et leur institutionnalisation. Les coûts associés pourraient être assumés conjointement par les hôpitaux et la DSP afin de favoriser une plus grande période de financement pour l'implantation du projet.

 *Accroître le soutien de la DSP dans le développement de procédures d'institutionnalisation*

Un soutien plus étroit dans le développement de nouvelles procédures d'institutionnalisation liées aux pratiques en cessation tabagique devrait être offert. Ce soutien doit tenir compte du contexte organisationnel particulier de chaque hôpital. Il devrait être développé par la DSP, avec la collaboration de l'ASSS de Montréal qui pourrait, par exemple, demander aux établissements de santé montréalais d'inclure une mesure d'identification du statut tabagique des patients dans les formulaires d'admission.

 *Systématiser les mesures d'identification du statut tabagique des patients*

Il est important de mettre en place un système d'identification systématique du statut tabagique de l'ensemble des patients admis à l'hôpital. La présence d'un système d'identification systématique facilite l'intervention individuelle proposée par l'infirmière en cessation tabagique ainsi que celle réalisée par d'autres membres du personnel soignant (infirmières ou médecins). De plus, l'identification des patients fumeurs permet de cibler les unités ou les départements où les besoins de soutien en cessation sont plus importants.

■ Bonne conformité de l'intervention individuelle

La réalisation de l'intervention individuelle auprès des fumeurs constitue la dimension du projet à laquelle les hôpitaux ont consacré le plus d'importance. Dans l'ensemble des hôpitaux, le contenu de l'intervention individuelle – à l'hôpital et au congé – est conforme au modèle régional. Les personnes rencontrées sont

généralement réceptives à l'intervention proposée, et la majorité accepte au moins une composante du suivi qui est offerte à la suite de la rencontre à l'hôpital. Les infirmières ne rencontrent pas d'obstacles majeurs dans l'approche de la clientèle et la réalisation de l'intervention.

■ Meilleure exposition des personnes hospitalisées pour un problème de santé aux différentes composantes du suivi offertes après l'intervention à l'hôpital

- ✓ *Motivation à cesser de fumer plus élevée parmi les personnes hospitalisées pour un problème de santé*

Un peu plus des trois quarts des personnes hospitalisées pour un problème de santé disent être motivées à cesser de fumer, comparativement à environ la moitié des femmes et des conjoints rencontrés en obstétrique. Si le problème de santé constitue une motivation souvent importante, on aurait pu s'attendre à ce que la naissance d'un enfant motive aussi dans les mêmes proportions les nouveaux pères et mères.

- ✓ *Meilleure exposition à un soutien intensif à l'arrêt tabagique*

Par ailleurs, le soutien plus intensif (référence à la ligne j'Arrête) offert à la suite de l'intervention individuelle semble mieux correspondre aux besoins des personnes hospitalisées pour un problème de santé. Un peu plus de la moitié (57,7 %) des personnes hospitalisées pour un problème de santé ayant accepté l'intervention de la ligne j'Arrête ont reçu au moins deux appels, comparativement à 29,3 % des femmes fumeuses et 37,5 % des conjoints.

Par ailleurs, les personnes hospitalisées pour un problème de santé utilisent davantage de TRN que la clientèle en obstétrique. Des contre-indications médicales limitent l'utilisation par les femmes enceintes ou qui allaitent, et l'offre de TRN à la sortie de l'hôpital n'est utilisée que par une minorité de conjoints.

Recommandation

- 🎯 Réviser le protocole d'intervention

Une révision du protocole d'intervention devrait être réalisée pour améliorer l'offre de soutien aux fumeurs rencontrés dans les hôpitaux à la lumière des considérations suivantes :

- La motivation à cesser de fumer et l'exposition à une intervention intensive (appels d'un intervenant de la ligne téléphonique j'Arrête) sont supérieures parmi les personnes hospitalisées pour un problème de santé.
- Une importante proportion de personnes rencontrées en obstétrique ne sont pas motivées à cesser de fumer, et une faible proportion a été exposée à un soutien plus intensif pour cesser de fumer.
- La majorité des femmes fumeuses en obstétrique ont été rencontrées en période post-partum. Cependant, il est suggéré que le soutien en cessation tabagique soit amorcé durant la période prénatale et s'intensifier en période postnatale pour favoriser la cessation (Greaves et al., 2003).

Il importe, dans un premier temps, d'amorcer une réflexion sur le choix des clientèles à prioriser ainsi que le moment d'intervention, et, dans un second temps, à modifier le protocole d'intervention, afin qu'il soit le mieux adapté que possible aux caractéristiques et aux besoins des clientèles retenues.

Bibliographie

- French, G.M. et al. 2007. « Staying smoke free: an intervention to prevent postpartum relapse », *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 9, no 6, p. 663-670.
- Gosselin, Chantal et al. 2010. *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*. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 120 p.
- Greaves, L. et al. 2003. *Le renoncement au tabac et la grossesse: Un examen des pratiques exemplaires de renoncement au tabac conçues pour les filles et les femmes pendant la grossesse et la période postnatale*. Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 104 p.
- Guyon, Louise et al. 2007. « Tabagisme et grossesse : représentations sociales chez des mères québécoises ». *Drogues, santé et société*, vol. 6, n° 1, p. 105-142.
- Lacroix, Chantal. 2006. *Soutien à la cessation tabagique auprès des patients fumeurs hospitalisés à Montréal*, document d'accompagnement. Montréal : Direction de santé publique, p. 3-4.
- Lacroix, Chantal et Diane Villeneuve. 2008. *Implantation du Plan québécois d'abandon du tabagisme dans la région de Montréal : Rapport d'activités du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2007*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 122 p.
- Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Service de lutte contre le tabagisme. 2001. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 29 p.
- Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2002. *Plan québécois d'abandon du tabagisme – Cadre de référence* [Document de travail, décembre 2002]. Québec, 31 p.
- Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Service de lutte contre le tabagisme. 2006. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 53 p.
- Prochaska, James O. et Carlo C. DiClemente. 1986. « Toward a Comprehensive Model of Change », *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York : W. R. Miller and N. Heather, Plenum Press, p. 3-27.
- Prochaska, James O., John C. Norcross et Carlo C. DiClemente. 1995. *Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. New York : Harper Collins books, p. 202- 289.
- Reitzel, L.R. et al. 2007. « The influence of subjective social status on vulnerability to postpartum smoking among young pregnant women », *American Journal of Public Health*, vol. 97, n° 8, p. 1476-1482.

Annexe I

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

Grille d'entrevue pour les gestionnaires

Comme convenu, l'entrevue sera enregistrée. Cet enregistrement est réalisé pour ne pas avoir recours à la prise de notes qui risquerait d'allonger l'entretien et compromettre sa fluidité.

Une retranscription intégrale de l'entrevue ne sera pas réalisée, mais l'agente de recherche recueillera les principaux éléments sur une grille de collecte qui vous sera transmise pour validation.

Si vous souhaitez un exemplaire de l'enregistrement de l'entrevue, nous pourrions vous en transmettre une. Une fois l'information recueillie sur la grille de collecte, les enregistrements en notre possession seront effacés.

Les informations recueillies feront l'objet d'un rapport synthèse, et aucune information ne sera nominative.

Nom de la personne :

Titre et fonction dans l'hôpital :

IMPLANTATION DU PROJET

1. Vision et mise en œuvre du projet

- 1.1. Selon vous, quelle est la vision du projet de soutien à la cessation tabagique dans votre hôpital? (Q2.1)
 - 1.1.1. de la direction
 - 1.1.2. dans les départements visés
 - Quels sont les objectifs du projet de soutien à la cessation tabagique dans votre hôpital? (Q2.1)
 - Dans votre hôpital, est-ce qu'il y a un comité de gestion responsable de coordonner la mise en œuvre du projet? (Q4.1)
 - Qui sont les principaux membres? (Q4.2)
 - À quelle fréquence se réunit-il? (Q4.3)
- 1.2. En quoi la direction de l'hôpital est-elle impliquée dans la mise en œuvre du projet? En a-t-elle une bonne connaissance? (Q2.2)
- 1.3. Est-ce que les médicaments de cessation tabagique sont inscrits au formulaire de votre hôpital? Si oui, lesquels et depuis quand? (Q3.1)

2. Activités de promotion, de sensibilisation et de formation

- 2.1. Est-ce que des activités de promotion du projet ont été réalisées auprès du personnel de votre hôpital? (Q7.1) Si oui, quelle a été votre implication?
- 2.2. Est-ce que des activités de sensibilisation en cessation tabagique ont été réalisées auprès des professionnels de la santé de votre hôpital? (Q7.2) Si oui, quelle a été votre implication?
- 2.3. Est-ce que des activités de formation en cessation tabagique ont été réalisées auprès des professionnels de la santé de votre hôpital? (Q7.4) Si oui, quelle a été votre implication?

3. Mandats octroyés pour déployer et assurer le suivi du programme de cessation

- 3.1. Quelles sont les responsabilités et les tâches qui sont confiées à l'infirmière responsable du projet en cessation tabagique? (Q5.2)
 - Quel est le temps dévolu à ces différents mandats et tâches? (Q1.1)
- 3.2. Selon vous, quelles sont ou devraient être les (LA?) principales tâches de l'infirmière responsable du projet de cessation tabagique? (Q5.3)

4. Soutiens local et régional

- 4.1. Quel a été l'apport de la DSP dans le déploiement du projet de soutien à la cessation tabagique dans votre hôpital? (Q6.3)
- 4.2. Quelle forme a pris ce soutien? (activités d'accompagnement à l'implantation et de suivi, présentation du projet, formation, soutien technique pour la base de *monitoring*, soutien clinique, développement d'outils, etc.) (Q6.3)

5. **Appréciation de l'implantation du projet**

- 5.1. De manière globale, quelle est votre appréciation de l'implantation du projet de cessation tabagique dans votre hôpital?
- Quelle est la satisfaction à l'égard de ce service dans votre hôpital?
 - Quels sont les principaux apports du projet pour votre clientèle?
- 5.2. De manière globale, quelle est votre appréciation de la participation de la clientèle du projet de cessation tabagique dans votre hôpital?
- 5.3. Quels seraient les principales modifications ou les principaux changements à apporter à court et à moyen termes pour rejoindre davantage de patients fumeurs?

6. **Institutionnalisation**

- 6.1. Quelles mesures ont été mises en place pour favoriser l'institutionnalisation du projet?
- Identification du statut tabagique
 - Intervention brève par le personnel soignant
 - Référence aux ressources de la communauté
 - Ordonnance collective TRN
- 6.2. Selon vous, quels sont les facteurs facilitants et les obstacles à l'institutionnalisation dans votre milieu?
- 6.3. En vue de l'institutionnalisation du projet, pouvez-vous compter sur le soutien de :
- la haute direction?
 - des gestionnaires des départements et des programmes?
 - des médecins?
 - des professionnels de la santé?

7. **Avez-vous d'autres commentaires?**

Annexe II

Évaluation du projet de soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal

Grille d'entrevue pour les infirmières responsables du projet

Comme convenu, l'entrevue sera enregistrée. Cet enregistrement est réalisé pour ne pas avoir recours à la prise de notes qui risquerait d'allonger l'entretien et compromettre sa fluidité.

Une retranscription intégrale de l'entrevue ne sera pas réalisée, mais l'agent de recherche recueillera les principaux éléments sur une grille de collecte qui vous sera transmise pour validation.

Si vous souhaitez un exemplaire de l'enregistrement de l'entrevue, nous pourrions vous en transmettre une. Une fois l'information recueillie sur la grille de collecte, les enregistrements en notre possession seront effacés.

Les informations recueillies feront l'objet d'un rapport synthèse, et aucune information ne sera nominative.

Nom de la personne :

**Nombre d'heures consacrées au
projet chaque semaine :**

Autres fonctions :

A. IMPLANTATION DU PROJET

1. Vision et mise en œuvre du projet

- 1.1. Selon vous, quelle est la vision du projet de soutien à la cessation tabagique dans votre hôpital?
- 1.2. Quels sont les objectifs du projet de soutien à la cessation tabagique dans votre hôpital?
- 1.3. Qui est la ou le gestionnaire responsable du projet dans votre hôpital? Relevez-vous directement de cette personne?
- 1.4. Dans votre hôpital, est-ce qu'il y a un comité de gestion responsable de coordonner la mise en œuvre du projet?
 - Qui sont les principaux membres?
 - À quelle fréquence se réunit-il?

2. Pharmacothérapie

- 2.1. Est-ce que les médicaments de cessation tabagique sont inscrits au formulaire de votre hôpital?
Si oui, lesquels et depuis quand?
- 2.2. Avez-vous accès à une ordonnance collective pour les TRN dans votre hôpital (autre que celle de la DSP)?

3. Activités de promotion, de sensibilisation et de formation

- 3.1. Est-ce que des activités de promotion du projet ont été réalisées auprès du personnel de votre hôpital? Si oui, quelle a été votre implication?
- 3.2. Est-ce que vous avez réalisé des activités de sensibilisation auprès des professionnels de la santé de votre hôpital sur l'importance de faire une intervention brève auprès des patients fumeurs?
- 3.3. Avez-vous réalisé des activités de formation en cessation tabagique auprès des professionnels de la santé de votre hôpital? Si oui, quels professionnels et dans quels départements?
- 3.4. Est-ce que les médecins de votre hôpital ont reçu de la formation en cessation tabagique en lien avec le projet? Si oui, de quels départements, et qui étaient les formateurs?

4. Mandats octroyés pour déployer et assurer le suivi du programme de cessation

- 4.1. Quelles sont les responsabilités et les tâches qui vous ont été confiées?
 - Quel est le temps dévolu à ces différents mandats et tâches?
- 4.2. Selon vous, quelles devraient être les principales tâches de l'intervenante responsable du projet de cessation tabagique?
- 4.3. Consacrez-vous le temps prévu au projet chaque semaine? Si non, pourquoi?

- 4.4. Quelle proportion de votre temps prévu au projet est consacrée à :
- Intervention auprès des patients
 - Sensibilisation et promotion auprès du personnel
 - Formation des professionnels de la santé
 - Tâches administratives (*monitoring*, lettres motivationnelles)
 - Développement d'outils éducatifs et promotionnels
 - Formation continue
 - Soutien à la cessation tabagique auprès du personnel de l'hôpital

5. Soutiens local et régional

I. Soutien local

Selon vous, est-ce que le projet de cessation tabagique reçoit un soutien approprié et suffisant de la part des gestionnaires de votre hôpital?

- 5.1. Selon vous, est-ce que le projet de cessation tabagique reçoit un soutien approprié et suffisant de la part des médecins de votre hôpital?
- 5.2. Selon vous, est-ce que le projet de cessation tabagique reçoit un soutien approprié et suffisant de la part des infirmières de votre hôpital?

II. Soutien régional

- 5.3. Quel a été l'apport du soutien de la DSP dans le déploiement du projet de cessation dans votre hôpital?
- 5.4. Quelle forme a pris ce soutien? (activités d'accompagnement à l'implantation et de suivi, présentation du projet, formation, soutien technique pour la base de *monitoring*, soutien clinique, développement d'outils, etc.)
- 5.5. Est-ce que vous diffusez les différents outils mis à votre disposition par la DSP? Lesquels?
- 5.6. Quelle appréciation faites-vous de ces outils (valider pour chacun des types) :
- outils d'aide à la pratique;
 - outils de collecte de données pour le *monitoring*;
 - matériel éducatif pour les fumeurs; et
 - matériel promotionnel du projet.
- 5.7. Est-ce que vous souhaiteriez d'autres outils? Lesquels?
- 5.8. Est-ce que vous avez participé aux formations offertes par la DSP? À d'autres formations?
- Si oui, lesquelles?
- 5.9. Quelle appréciation faites-vous des formations de la DSP?

B. ÉVALUATION DE L'INTERVENTION

1. Recrutement et participation de la clientèle

- ***Identification du statut tabagique***

- 1.1. Comment le statut tabagique des patients est-il identifié dans l'hôpital?
- 1.2. Quels sont les différents services qui contribuent à l'identification du statut tabagique des patients?
- 1.3. Quels sont les obstacles rencontrés dans l'identification du statut tabagique?

- ***Intervention de l'infirmière responsable***

- 1.4. Quelles sont les modalités mises en place pour référer les fumeurs?
- 1.5. Comment abordez-vous les patients lors du premier contact?
- 1.6. En général, quelle est la réaction des patients lorsque vous les approchez pour leur offrir l'intervention proposée?
- 1.7. En général, quelle est la réaction des conjoints lorsque vous les approchez pour leur offrir l'intervention proposée?
- 1.8. Quelles sont les principales difficultés rencontrées auprès de la clientèle?
- 1.9. Selon vous, quels sont les éléments de votre intervention qui ont le plus d'impact sur la démarche de cessation des fumeurs rencontrés?
- 1.10. Offrez-vous systématiquement une ordonnance de TRN aux fumeurs hospitalisés?

Sinon, à qui l'offrez-vous?

Offrez-vous systématiquement une pharmacothérapie au congé des fumeurs hospitalisés?

Offrez-vous systématiquement une pharmacothérapie aux conjoints fumeurs?
- 1.11. En ce qui concerne le consentement des clients à participer à l'évaluation, comment demandez-vous aux clients s'ils acceptent de participer à l'évaluation?
- 1.12. Selon vous, quels sont les principaux obstacles au consentement?

- ***Suivi au congé***

- 1.13. Selon vous quelle proportion de la clientèle accepte le suivi proposé (lettres, référence à la Ligne)?
Selon vous, quelles sont les principales raisons qui expliquent les refus?

2. Appréciation de l'implantation du projet

- 2.1. De manière globale, quelle est votre appréciation de l'implantation du projet de cessation tabagique dans votre hôpital?
- 2.2. Quels seraient les principales modifications ou les principaux changements à apporter à court et à moyen termes pour rejoindre davantage de patients fumeurs ?
- 2.3. Quels seraient les principales modifications ou les principaux changements à apporter à court et à moyen termes pour améliorer le suivi des fumeurs que vous rencontrez?

3. Institutionnalisation du projet

- 3.1. Quelles mesures ont été mises en place pour favoriser l'institutionnalisation du projet?
 - Identification du statut tabagique
 - Intervention brève par le personnel soignant
 - Référence vers les ressources de la communauté
 - Ordonnance collective TRN
- 3.2. Selon vous, quels sont les facteurs facilitants et les obstacles à l'institutionnalisation dans votre milieu?
- 3.3. En vue de l'institutionnalisation du projet, pouvez-vous compter sur le soutien de :
 - la haute direction?
 - des gestionnaires des départements et des programmes?
 - des médecins?
 - des professionnels de la santé?

4. Avez-vous d'autres commentaires?

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Évaluation d'implantation du projet <i>Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal</i>	20 \$	
	NUMÉRO D'ISBN (version imprimée) 978-2-89673-099-5		

Nom _____

Adresse _____

No Rue App.

Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la **Direction de santé publique de Montréal**

Veillez retourner votre bon de commande à :

Centre de documentation
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

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

Québec 