



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

Principaux résultats

Le projet *Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal* a été développé par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal afin d'intervenir de façon proactive auprès des fumeurs hospitalisés et de la clientèle fumeuse des départements d'obstétrique. L'hospitalisation représente 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 qui porte sur l'implantation du projet dans les hôpitaux montréalais et l'effet de l'intervention individuelle auprès de la clientèle en obstétrique au regard du processus d'arrêt tabagique.

Ces informations apportent un éclaircissement sur les mesures à prendre pour mieux adapter le service aux besoins des fumeurs. Il identifie des éléments qui permettront d'améliorer son implantation future dans les hôpitaux ainsi que de consolider des services disponibles aux Montréalais souhaitant cesser de fumer.

Problématique

Dans le cadre de la mise en œuvre du *Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT, 2002)*, la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, en collaboration avec des hôpitaux du territoire, a initié le projet *Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal*. Entre 2005 et 2007, le projet est implanté dans 14 hôpitaux. Il vise à :

- 1) implanter des mesures d'identification du statut tabagique;
- 2) réaliser des activités de sensibilisation et de formation en cessation tabagique auprès du personnel;
- 3) offrir des interventions individuelles en cessation tabagique aux fumeurs et référer vers les ressources dans la communauté;
- 4) favoriser la réduction de l'exposition du nouveau-né à la fumée secondaire.

À l'origine, l'intervention visait la clientèle hospitalisée pour un problème de santé. Depuis 2007, l'intervention cible principalement la clientèle en obstétrique afin de rejoindre les femmes en périnatalité et les conjoints fumeurs.

Évaluation d'implantation¹

Objectifs et méthode de l'évaluation d'implantation

L'évaluation d'implantation inclut les huit hôpitaux où le projet était toujours en cours au moment de la collecte et vise quatre objectifs, soit :

- 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 au regard du modèle proposé;
- 4) caractériser la clientèle rejointe et son exposition aux composantes de l'intervention.

Les trois sources de données suivantes ont été utilisées :

- documentation relative au projet (documentation régionale et bilans d'activités des hôpitaux) afin de documenter le modèle d'intervention et l'avancement des activités réalisées dans les hôpitaux;
- entrevues téléphoniques auprès des infirmières en cessation tabagique qui réalisent les interventions individuelles (n = 7) et des gestionnaires responsables du projet (n = 5) afin de documenter le niveau d'engagement de l'hôpital au regard du projet, le processus d'implantation des différents volets du projet et le déroulement de l'intervention individuelle effectuée par l'infirmière auprès des clientèles ciblées;
- la base de *monitoring* portant sur les interventions individuelles (n = 6 458) afin de dresser un portrait des personnes rejointes par l'intervention et documenter l'intervention reçue.

¹ Évaluation d'implantation du projet *Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal*.

Principaux résultats

❖ Engagement institutionnel

Coordination et soutien de l'administration	Dans l'ensemble des hôpitaux, les gestionnaires et la direction ont soutenu l'implantation du projet. Un comité de gestion a été mis en place dans tous les hôpitaux et s'est réuni périodiquement pour assurer le suivi de la mise en œuvre.
Allocation des ressources	Le budget prévu a été affecté à l'embauche d'une infirmière en cessation tabagique. Certains hôpitaux ont éprouvé des difficultés dans le recrutement en raison de la pénurie d'infirmières et des conditions du poste (temps partiel réparti sur cinq jours). Certaines infirmières ont été parfois réaffectées à d'autres tâches sur le temps normalement alloué au projet afin de suppléer au manque de personnel dans leur établissement malgré la volonté des gestionnaires d'allouer les ressources prévues au projet.
Mise en œuvre de l'implantation	La mise en œuvre du projet a reposé essentiellement sur les infirmières en cessation tabagique. Elles ont réalisé les principales composantes du projet dans les départements ou les unités impliqués. Les gestionnaires auprès de qui relevaient directement les infirmières ont eu un rôle limité dans la mise en œuvre.
Engagement du personnel soignant	Dans la plupart des hôpitaux, l'engagement des infirmières et des médecins des départements impliqués est resté limité. Dans certains hôpitaux, l'engagement des infirmières a été plus élevé.

❖ Conformité au modèle proposé

<p>Activités de promotion</p>	<p>Les activités de promotion ont surtout été réalisées au début de l’implantation, peu ont été faites en cours de la mise en œuvre. Ces activités ont été généralement développées par les infirmières en cessation tabagique. Il n’y a pas eu de plan de promotion standardisé à l’échelle régionale.</p>
<p>Formations</p>	<p>Des activités de formation en cessation tabagique ont été réalisées auprès de médecins dans tous les hôpitaux par des médecins-conseils de la DSP. Dans la moitié des hôpitaux, l’infirmière en cessation tabagique a réalisé des formations auprès des infirmières. Dans aucun hôpital, un plan de formation du personnel soignant en cessation tabagique a été développé.</p>
<p>Mise en œuvre de mesures pour soutenir la cessation tabagique de la clientèle fumeuse</p>	<p>Aucun hôpital n’est parvenu à institutionnaliser les mesures suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) l’identification systématique du statut tabagique des patients; 2) la réalisation d’un <i>counselling</i> bref en cessation tabagique par le personnel soignant (dont la référence des fumeurs vers les ressources de soutien dans la communauté); 3) l’offre de pharmacothérapies aux fumeurs souhaitant cesser de fumer. <p>Cette faible institutionnalisation compromet la pérennité des pratiques en matière de cessation tabagique après la fin du financement.</p>
<p>Intervention individuelle</p>	<p>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, et la majorité accepte au moins une composante du suivi qui est offerte à la suite de la rencontre¹. Les infirmières ne rencontrent pas d’obstacles majeurs dans l’approche de la clientèle et la réalisation de l’intervention.</p> <pre> graph LR A[I- Intervention à l'hôpital] --> B[Évaluation du stade de changement] B --> C["Counselling bref Information Documentation"] C --> D[Pharmacothérapie] D --> E[Offre d'une intervention de suivi au congé] E -.-> F[II- Intervention de suivi au congé] F --> G[Individu prêt à cesser de fumer] F --> H[Individu pas prêt à cesser de fumer] G --> I[Pharmacothérapie] I --> J[Envoi mensuel de 6 lettres motivationnelles] J --> K[Référence vers une ressource de soutien] H --> L[Remise d'une liste de ressources en cessation tabagique] L --> M[Envoi de 3 lettres motivationnelles aux deux mois] </pre>

¹ L’appel d’un intervenant de la ligne téléphonique j’Arrête n’a été proposé qu’aux personnes prêtes à cesser de fumer.

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

Caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> • Parmi les personnes hospitalisées pour un problème de santé : <ul style="list-style-type: none"> ▪ autant de femmes que d'hommes sont rejoints; ▪ 85 % sont âgées de 45 ans et plus (38 % de 65 ans et plus); • La majorité des femmes et des conjoints rejoints dans les services d'obstétrique sont âgés de moins de 35 ans.
Motivation à l'arrêt tabagique au moment de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • 77 % des personnes hospitalisées pour un problème de santé étaient motivées à cesser de fumer; • 52 % des femmes et 55 % des conjoints en obstétrique étaient motivés.
Exposition aux composantes du suivi à la suite de l'intervention à l'hôpital	<p>Parmi les personnes motivées à cesser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La majorité des personnes motivées à cesser de fumer ont accepté qu'un intervenant de la ligne téléphonique j'Arrête les rappelle : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 68 % des personnes hospitalisées pour un problème de santé; ▪ 80 % des femmes fumeuses en obstétrique et des conjoints; • 39 % des personnes avec un problème de santé ont été exposées à un suivi plus intensif par la ligne téléphonique (au moins deux appels), comparativement à 21 % des femmes et 30 % des conjoints en obstétrique. <p>Parmi les personnes non motivées à cesser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 53 % des personnes avec un problème de santé ont accepté l'envoi de lettres motivationnelles, comparativement à 79 % des femmes et 74 % des conjoints en obstétrique.

Évaluation de résultats

Objectifs et méthode de l'évaluation de résultats

L'évaluation des résultats vise à documenter le processus d'arrêt tabagique et à mesurer le taux de cessation à six mois. Les données ont été recueillies par sondage téléphonique auprès d'un échantillon de femmes fumeuses en postpartum et d'un échantillon de conjoints fumeurs qui ont consenti à être contactés six mois après l'intervention à l'hôpital. Les échantillons proviennent de la clientèle de six hôpitaux. Le sondage porte sur les dimensions suivantes : le statut tabagique au cours des sept derniers jours au moment du sondage, le processus de cessation, l'exposition aux interventions offertes par le projet et l'appréciation qu'en fait le répondant, les autres services en cessation tabagique utilisés par le répondant, l'environnement tabagique (statut tabagique des autres personnes du ménage et exposition à la fumée secondaire dans le ménage) et les intentions futures face au tabagisme.

Principaux résultats

La majorité des personnes (82 %) ont donné leur consentement à être appelées six mois plus tard pour répondre à un questionnaire. La taille visée de l'échantillon était de 170 personnes¹ pour chacun des échantillons (femmes et conjoints) pour obtenir une très bonne estimation du taux de cessation d'au moins 10 %. Un total de 169 femmes et 200 conjoints ont répondu au questionnaire. Le taux de réponse obtenu est 74 % pour les femmes (169/228) et de 61 % (200/329) pour les conjoints. Il n'y a pas de différences significatives entre les caractéristiques des répondants et des non-répondants (âge, années de tabagisme, consommation de cigarettes et motivation à cesser)².

¹ La méthode de calcul est basée sur *Statistical Methods for Rates and Proportion* (Fleiss, J. L.), et les choix de calcul ont été : taux de cessation = 10 %, marge d'erreur = 5 %, puissance = 90 %.

² Les caractéristiques des non-répondants sont colligées à partir des données de la base de *monitoring*.

❖ Caractéristiques de la clientèle rejointe

Caractéristiques démographiques des répondants	<p>Femmes en postpartum :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 86 % nées au Canada; • 82 % ont répondu en français au questionnaire; • 50 % sont âgées de 30 ans et plus. <p>Conjoints¹ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 57 % nés au Canada; • 33 % ont répondu en anglais au questionnaire; • 74 % sont âgés de 30 ans et plus.
Dépendance à la nicotine	<p>La proportion des répondants ayant une plus grande dépendance à la nicotine est significativement supérieure chez les femmes (46 %) que chez les conjoints (35 %)².</p>

❖ Motivation à cesser et exposition aux composantes du suivi proposé à la suite de l'intervention à l'hôpital

Motivation à cesser	<p>Au moment de l'intervention, moins de la moitié des femmes (44 %) étaient motivées à cesser de fumer, comparativement à près des deux tiers des conjoints (62 %).</p>
Exposition au suivi après l'intervention à l'hôpital	<p>Parmi les répondants motivés à cesser lors de l'intervention à l'hôpital :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 53 % des femmes et 50 % des conjoints ont reçu au moins un appel de la ligne j'Arrête; • 39 % des femmes et 40 % des conjoints ont reçu seulement des lettres motivationnelles; • 8 % et 10 % n'ont eu aucun suivi. <p>Parmi les répondants non motivés à cesser lors de l'intervention à l'hôpital :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60 % des femmes et 79 % des conjoints ont reçu des lettres motivationnelles; • 38 % et 21 % n'ont été exposés à aucun suivi. <p>Parmi les répondants ayant reçu au moins un appel de la Ligne ou des lettre motivationnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 55 % des conjoints jugent que le soutien de la Ligne les a beaucoup aidés dans leur processus d'arrêt tabagique, comparativement à 32 % des femmes; • 40 % des femmes et des conjoints considèrent que les lettres les ont beaucoup aidés dans leur processus d'arrêt tabagique. <p>À quelques exceptions près, les femmes et les conjoints n'ont utilisé aucune autre ressource d'aide à la cessation tabagique (CAT, groupes de maintien, groupes de cessation, etc.).</p>
Utilisation des TRN	<p>Environ le quart des partenaires (26 %) ont utilisé un médicament d'aide à la cessation tabagique pour les aider à cesser de fumer. La majorité d'entre eux l'ont obtenu sur la base d'une prescription d'un médecin.</p>

¹ Les proportions plus élevées d'individus s'exprimant en anglais et qui ne sont pas nés au Canada parmi les conjoints s'expliquent du fait que l'intervention auprès des conjoints s'est réalisée principalement dans des hôpitaux desservant une population constituée d'un plus grand nombre de personnes s'exprimant en anglais ou issues de l'immigration.

² Déterminé à partir de deux des six critères du test de Fagerström, soit le nombre de cigarettes fumées quotidiennement et la durée après le réveil de la première cigarette (le score se situant entre 4 et 6 inclusivement est considéré comme un niveau de dépendance). Le mode de calcul est celui proposé par R. Borland et al. « The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: Findings from the International Tobacco Control Four Country study », *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 12 (supplément 1), 2010, S45-S50.

❖ Taux d'abandon et processus de cessation

Taux d'abandon	<p>Le taux d'abandon à six mois¹ s'élève à :</p> <ul style="list-style-type: none">• 12 % pour les femmes;• 18 % pour les conjoints.
Tentative de cessation	<p>42 % des femmes et 60 % des hommes ont fait au moins une tentative pour cesser de fumer au cours des six mois précédant le sondage.</p>
Processus de cessation	<p>Parmi les femmes rejointes par le sondage :</p> <ul style="list-style-type: none">• 55 % n'ont fait aucune tentative de cessation durant les six mois précédant le sondage;• 27 % étaient fumeuses au moment du sondage, mais ont fait au moins une tentative de cessation depuis l'intervention à l'hôpital (parmi ces femmes, 59 % ont cessé à la suite de l'intervention reçue à l'hôpital);• 9 % ne fumaient pas depuis moins de six mois au moment du sondage;• 6 % avaient maintenu leur statut de non-fumeuse depuis la naissance de leur dernier enfant. <p>Parmi les conjoints rejoints par le sondage :</p> <ul style="list-style-type: none">• 40 % n'ont fait aucune tentative de cessation durant les six mois précédant le sondage;• 33 % étaient fumeurs au moment du sondage, mais ont fait au moins une tentative de cessation depuis l'intervention à l'hôpital (parmi ces répondants, 74 % ont cessé à la suite de l'intervention reçue à l'hôpital);• 14 % ne fumaient pas depuis moins de six mois au moment du sondage;• 13 % avaient maintenu leur statut de non-fumeur depuis la naissance de leur dernier enfant.
Motivation à cesser de fumer chez les non-fumeurs	<p>La grossesse ou la naissance du dernier enfant a été la principale motivation à cesser de fumer parmi les femmes (69 %) et les conjoints (65 %) qui étaient non-fumeurs au moment du sondage; les inquiétudes pour la santé (personnelles ou de la famille) constituent une motivation pour seulement 4 % des femmes et 15 % des conjoints.</p>

¹ Il s'agit du taux d'abstinence au cours des 7 jours précédant l'appel du sondeur. Le taux est le rapport des répondants abstinents au cours des 7 derniers jours sur l'ensemble des répondants non abstinents et des non-répondants considérés comme des fumeurs : 26/209 pour les femmes et 55/301 pour les conjoints.

❖ Facteurs associés à la cessation

Femmes	<p>La motivation à cesser au moment de l'intervention et le fait d'avoir cessé à la suite de l'intervention à l'hôpital sont les facteurs les plus associés au fait d'avoir cessé de fumer six mois après l'intervention pour les femmes :</p> <ul style="list-style-type: none">• les femmes motivées à cesser de fumer au moment de l'intervention à l'hôpital sont 3 fois plus susceptibles d'avoir cessé six mois plus tard : 27 % ne fumaient pas comparativement à 6 % des femmes non motivées;• les femmes ayant cessé de fumer à la suite de l'intervention à l'hôpital sont 5 fois plus susceptibles d'avoir cessé : 37 % ne fumaient pas comparativement à 7 % des femmes qui n'ont pas cessé à la suite de l'intervention.
Conjoints	<p>Le fait d'avoir cessé à la suite de l'intervention à l'hôpital, d'être âgé de 30 ans et plus et de consommer moins de 10 cigarettes par jour au moment de l'intervention sont les facteurs les plus associés au fait d'avoir cessé de fumer six mois après l'intervention pour les conjoints :</p> <ul style="list-style-type: none">• les conjoints ayant cessé de fumer à la suite de l'intervention à l'hôpital sont 5 fois plus susceptibles d'avoir cessé six mois plus tard : 44 % ne fumaient pas comparativement à 15 % des conjoints qui n'ont pas cessé à la suite de l'intervention;• les conjoints âgés de 30 ans et plus sont 3 fois plus susceptibles d'avoir cessé : 29 % ne fumaient pas comparativement à 16 % des conjoints âgés de moins de 30 ans;• les conjoints consommant moins de 10 cigarettes par jour au moment de l'intervention sont 2 fois plus susceptibles d'avoir cessé : 37 % ne fumaient pas comparativement à 21 % des conjoints qui consommaient plus de 10 cigarettes par jour.

❖ Fumée secondaire

Près de 90 % des femmes et des conjoints, qu'ils soient fumeurs ou non-fumeurs au moment du sondage, rapportent qu'il est interdit de fumer dans la maison, et que cette mesure a été prise il y a plus d'un an.

Grands constats et recommandations

❖ Engagement institutionnel limité

🔗 **Assurer un engagement soutenu**

Le maintien d'un engagement soutenu de la direction de l'hôpital est nécessaire pour favoriser la réussite de l'implantation du projet et sa pérennité. Cet engagement devrait se concrétiser par :

- une planification organisationnelle plus soutenue de la mise en œuvre des différents volets du projet (déterminer des objectifs précis pour chacun des volets et identifier des cibles pour chacun d'entre eux afin d'assurer un meilleur suivi des actions mises en œuvre);
- l'attribution de fonds suffisants pour assurer la mise en œuvre des activités d'aide à la cessation;
- une coordination et un suivi régulier de la mise en œuvre assurés par un comité de gestion dans le cadre duquel un « champion » devrait être nommé pour accompagner et soutenir l'infirmière en cessation tabagique dans les différents volets du projet (promotion, formation et soutien à la pratique individuelle du personnel soignant en matière de cessation tabagique).

🔗 **Consolider ou créer un poste d'infirmière en prévention à plein temps**

L'attribution du mandat d'intervention en cessation tabagique à une infirmière assumant d'autres mandats en prévention dans l'hôpital apparaît comme un facteur facilitant à la mise en œuvre du projet. Dans un hôpital, la combinaison des fonctions d'intervenante en cessation tabagique à celle de conseillère en allaitement a permis de libérer une infirmière à temps plein pour réaliser ces mandats.

❖ Conformité au modèle proposé limitée à l'intervention individuelle : faible institutionnalisation des autres mesures prévues par le modèle

🔗 **Mieux soutenir la pratique en cessation tabagique par la mise en place de mesures institutionnelles**

Une meilleure exposition des patients fumeurs à des aides comportementales (*counselling*) et pharmacologiques en matière de cessation tabagique requiert la mise en place de mesures institutionnelles.

- Identification systématique du statut tabagique

La mise en place d'un système d'identification systématique du statut tabagique des patients admis à l'hôpital facilite l'intervention individuelle offerte par l'infirmière en cessation tabagique ainsi que celle réalisée par d'autres membres du personnel soignant (infirmières ou médecins). L'identification des patients fumeurs permet également de mieux cibler les départements de l'hôpital où les besoins de soutien en cessation sont plus importants.

- Soutien à la pratique individuelle : activités de promotion, formation et outils

Des activités régulières de promotion de la pratique en cessation tabagique favorisent la mobilisation. Ces activités doivent être couplées à l'accès à des formations et à des outils favorisant la pratique (c'est-à-dire des outils, des modes de référence plus performants aux services de soutien à la cessation dans la communauté).

❖ L'intervention individuelle et le suivi proposé à la suite de l'hospitalisation ont un impact variable selon la clientèle ciblée

L'intervention individuelle et le suivi proposé après le séjour à l'hôpital apparaissent mieux adaptés aux patients hospitalisés pour un problème de santé. Ceux-ci sont en majorité motivés à cesser de fumer et présentent une bonne exposition aux interventions proposées au suivi. Par ailleurs, une étude

réalisée auprès des patients de l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) ayant été exposés à la même intervention a montré un taux d'abandon satisfaisant (29 %¹). La clientèle en obstétrique, particulièrement les femmes, semble moins bénéficier de l'intervention individuelle. Cette clientèle, malgré la naissance d'un enfant, est moins motivée à cesser. Une forte proportion de femmes (55 %) et de conjoints (40 %) n'ont fait aucune tentative pour cesser de fumer durant les six mois qui ont suivi l'intervention. L'exposition à un soutien plus intensif lors du suivi est également assez faible. Les taux d'abandon obtenus à six mois pour les femmes et les conjoints sont inférieurs à celui obtenu dans l'étude réalisée à l'ICM¹. Par ailleurs, les femmes rejointes présentent des caractéristiques pour lesquelles le protocole d'intervention n'est peut-être pas bien adapté (faible scolarité et proportion élevée présentant une plus forte dépendance à la nicotine).

Apporter des changements au protocole d'intervention en fonction des clientèles ciblées par l'intervention

Le protocole d'intervention doit être mieux adapté aux clientèles ciblées par l'intervention. En effet, l'intervention auprès des femmes en obstétrique risque de rester peu performante sans changement substantiel (moment de l'intervention et contenu). Par exemple, la majorité des femmes fumeuses en obstétrique ont été rencontrées en postpartum, alors qu'il est suggéré que le soutien soit amorcé en période prénatale et s'intensifier en période postnatale pour favoriser la cessation².

L'intervention auprès des conjoints fumeurs semble plus prometteuse et permet d'atteindre de jeunes hommes fumeurs qui sont habituellement difficiles à rejoindre. Cependant, des changements devraient être apportés, par exemple améliorer l'accès au traitement pharmacologique d'aide à la cessation tabagique pour soutenir la démarche de cessation.

¹ Chantal Lacroix et al. *Smoking cessation support in Montreal's hospitals*, « 14th World Conference on Tobacco or Health », Mumbai, Inde, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Montréal, 2009.

² Greaves, L. et al. *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, 2003, 104 p.

Quant aux personnes hospitalisées pour des problèmes de santé, malgré de meilleurs résultats, une réflexion devrait être amorcée pour renforcer le soutien offert après l'hospitalisation afin d'exposer un plus grand nombre de personnes à du *counselling* plus intensif par le biais de la ligne j'Arrête ou d'un Centre d'abandon du tabagisme (CAT).

Finalement, l'importance du niveau de motivation au moment de l'intervention sur les chances de cessation doit interpeller les responsables de l'intervention à tenir compte de cette dimension dans les changements qui seront apportés au protocole. En ce sens, une approche basée sur les techniques de l'entrevue motivationnelle pourrait être une alternative intéressante.

La Direction de santé publique : un rôle nécessaire et important dans la mise en œuvre des projets en cessation tabagique dans les centres hospitaliers de la région de Montréal

Le rôle de la DSP dans la mise en œuvre des projets en cessation doit principalement favoriser la pérennité des projets dans les centres hospitaliers. En ce sens, le soutien qu'elle apporte devrait prioritairement être accès sur :

- La mise en œuvre de mesures favorisant l'institutionnalisation telles que l'identification systématique du statut tabagique, la promotion et la formation relativement aux pratiques en cessation tabagique auprès du personnel soignant et des procédures facilitant la référence à des ressources en cessation tabagique dans la communauté.

Par ailleurs, les changements relatifs aux pratiques professionnelles et organisationnelles nécessitant un délai assez long pour se réaliser, une plus longue durée de financement pour implanter de nouvelles pratiques pourrait être bénéfique pour consolider ces changements et leur institutionnalisation. Les coûts pourraient être assumés conjointement par les hôpitaux et la DSP afin de favoriser une plus grande période de financement pour l'implantation du projet sans augmenter le budget dévolu.

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.dsp.santemontreal.qc.ca

Rédaction

Viviane Leaune
Simon Tessier

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)

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

ISBN 978-2-89673-079-7 (version imprimée)
ISBN 978-2-89673-080-3 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2011

Prix : 8 \$