A B R É G É

Objectif : L'objectif de cette étude était de mesurer l'impact sur le taux de cessation, chez les fumeurs hospitalisés, d'un programme d'abandon du tabagisme intégré aux activités courantes du personnel soignant.

Méthodes : Une étude quasi-expérimentale a été menée dans un centre hospitalier où le programme était offert aux fumeurs et dans deux centres hospitaliers témoins.

Résultats : Un an après le congé, 15 % des patients fumeurs sont devenus non-fumeurs dans le milieu exposé contre 8 % dans les milieux témoins. Cette différence n'est toutefois pas significative ($p = 0,08$). Cependant, le petit échantillon dans les milieux témoins influe sur la puissance statistique. Une analyse de régression logistique fait ressortir la participation au programme comme variable prédictive d'un statut non-fumeur après un an, lorsque l'on considère l'ensemble des milieux exposés et témoins.

Conclusions : Les résultats observés dans cette étude corroborent la pertinence d'une offre de programme de cessation du tabagisme aux fumeurs hospitalisés. Ils mettent également en lumière l'insuffisance des seules interventions hospitalières et militent en faveur d'interventions post-hospitalisation complémentaires à celles en milieu hospitalier.

A B S T R A C T

Purpose: The purpose of this study was to evaluate the impact of a smoking cessation intervention for hospitalized patients, implemented by regular staff and incorporated into their routine care of patients.

Methods: The intervention was conducted in one experimental hospital and in two control hospitals.

Results: One year after discharge, 15% of smokers became non-smokers in the experimental hospital versus 8% in the control hospitals. This difference is not statistically significant ($p = 0.08$), however a small sample in the control hospitals had an influence on the statistical power. A logistic regression highlights program participation as the only variable predictive of a non-smoker status one year after discharge, considering both types of hospitals (experimental and control).

Conclusion: Establishing relevancy of smoking cessation intervention for hospitalized patients is probably no longer needed. But research should be carried on towards finding better ways to convince the staff to intervene, towards establishing relevancy for specialized staff and defining intensity of required interventions before and after hospitalization.

Cessation du tabagisme chez les patients hospitalisés : une étude quasi-expérimentale au Québec

Jocelyne G. Pelletier, MSc,¹ Jocelyne T. Moisan, PhD²

Le tabagisme est la principale cause de décès prématurés dans les pays développés¹ et demeure une habitude de vie encore largement répandue au Québec, puisque 30 % de la population s'y adonne quotidiennement.² La période de l'hospitalisation apparaît dans la littérature comme une période propice à la remise en question de cette habitude de vie puisque même sans intervention spécifique, un certain nombre de patients hospitalisés cessent de fumer.³ Bien que peu d'études aient été publiées sur l'efficacité des programmes de cessation du tabagisme auprès des patients hospitalisés, celles qui sont connues ont démontré que la proportion de non-fumeurs dans les groupes exposés au programme était supérieure à celle des groupes non-exposés.³⁻⁵ Ces études utilisaient cependant toutes du personnel spécifiquement chargé de cette tâche et comportaient des interventions post-hospitalières.

Comme le milieu hospitalier dispose déjà de ressources professionnelles pouvant théoriquement appliquer des mesures de prévention et de promotion de la santé auprès des patients, nous avons expérimenté l'utilisation des ressources courantes en soins infirmiers pour implanter un programme de cessation du tabagisme auprès des patients fumeurs, en limitant l'intervention à la période de l'hospitalisation, donc un programme ne générant pas de demande supplémentaire de ressources humaines.

L'objectif de cette étude était donc de mesurer l'impact sur le taux de cessation chez les fumeurs hospitalisés, d'un programme éducatif d'abandon du tabagisme intégré aux activités courantes du personnel soignant.

MÉTHODES

Le devis utilisé est de type quasi-expérimental avec une mesure pré-intervention et trois mesures post-intervention. L'étude s'est déroulée dans trois centres hospitaliers d'une région rurale du Québec. Le programme a été implanté dans un des centres, les deux autres servant de témoins. L'hôpital exposé est un centre sous-régional offrant des soins généraux et spécialisés et comptant au moment de l'étude 197 lits de courte durée. Les hôpitaux témoins comptaient respectivement 85 et 50 lits et offraient des soins généraux et certains soins spécialisés à des populations locales.

Dans chaque centre, la population visée était constituée des fumeurs hospitalisés, âgés de 15 à 64 ans, excluant les individus hospitalisés pour cause psychiatrique, les individus en phase terminale et les hospitalisés d'un jour.

Lors de la collecte des données effectuée par les infirmières pour établir le plan de soins infirmiers, le statut fumeur du patient était déterminé par le fait de fumer au moins une cigarette par jour avant l'admission au centre hospitalier. Un formulaire était complété par l'infirmière pour les patients fumeurs acceptant que les informations nous soient transmises. Dans le centre exposé, le programme était offert aux patients fumeurs qui y adhéraient sur une base volontaire.

1. Régie de la Santé et des Services Sociaux du Bas-Saint-Laurent

2. Faculté de Pharmacie, Université Laval

Correspondance : Jocelyne G. Pelletier, Direction de la santé publique, RSSS du Bas-Saint-Laurent, 75 rue St-Henri, Rivière-du-Loup, (Qué.) G5R 2A4, Tél : 418-868-1010 # 275, Téléc : 418-868-1033, Courriel élect : jocelpsp@icrdl.net

Ce projet a été réalisé dans le cadre du programme de subventions pour projets d'interventions d'études et d'analyses en santé communautaire

Cueillette des données

Les données recueillies par entrevue par le personnel soignant étaient très succinctes pour éviter une surcharge de travail et ne comportaient dans les milieux témoins que des informations sur les habitudes tabagiques avant l'admission (combien de cigarettes en moyenne par jour). Dans le centre exposé étaient également recueillies des données sur le désir ou non de cesser de fumer et l'acceptation ou non de participer au programme. Dans tous les cas, des renseignements sur l'âge et le sexe étaient inscrits et la signature du patient était demandée pour que les informations nous soient transmises. Lors de la sortie, le personnel complétait les informations en inscrivant sur le formulaire le diagnostic principal, la date d'admission et de sortie et le statut fumeur ou non-fumeur du patient à la sortie. Les diagnostics principaux entrant dans les catégories « maladies de l'appareil circulatoire » ou « maladies de l'appareil respiratoire » de la classification internationale des maladies (CIM-9) furent identifiés comme étant potentiellement reliés au comportement tabagique.

Une entrevue téléphonique était réalisée, deux mois et un an après le congé, par un même technicien de recherche. Lors de cette entrevue le patient rapportait ses habitudes tabagiques, l'utilisation ou non de substituts de la nicotine, le nombre de consultations auprès de médecins généralistes et spécialistes ainsi que les avis et conseils reçus des médecins consultés.

Intervention

L'intervention a été grandement inspirée du programme de Stanford University,⁵ ayant obtenu d'excellents résultats auprès de patients présentant des pathologies cardiaques. Ce programme est basé sur la théorie sociale cognitive de Bandura, plus spécifiquement sur l'élément de la croyance en l'efficacité personnelle dans l'adoption d'un comportement.⁶ Le programme de Stanford a été traduit et adapté à la clientèle générale hospitalisée. Neuf infirmières et infirmières-auxiliaires de l'établissement exposé participèrent bénévolement à l'adaptation du programme au milieu, assistées en cela par la responsable du projet et l'infirmière coordonnatrice de l'intervention. La version adaptée du pro-

gramme fut agrémentée d'un ensemble de pensées positives susceptibles de renforcer chez les utilisateurs la croyance en leur capacité de devenir non-fumeurs.

Le programme consistait à offrir aux patients fumeurs un ensemble de matériel d'aide personnelle, à les encourager et à les conseiller au besoin. Les infirmières devaient offrir le programme à chaque patient fumeur qui était libre d'y adhérer ou non. Elles répondaient aux questions des fumeurs intéressés par le programme, leur remettait la pochette contenant le matériel du programme et leur offrait les cassettes de relaxation et de musique. Tout le personnel soignant devait encourager le patient lors des visites à la chambre. Il était également prévu que le médecin traitant transmette un message clair au patient adhérent au programme (« Le tabac est néfaste à la santé et il est temps de cesser de fumer »), encourage le patient lors des visites et lui fournisse au besoin des timbres de nicotine, lesquels étaient offerts gratuitement pour la durée de l'hospitalisation.

Une information générale sur le contenu du programme fut présentée d'abord aux infirmières-chefs et autre personnel d'encadrement des soins infirmiers. Le programme fut également présenté aux médecins chefs de département. Par la suite furent tenues des séances de formation à l'intention du personnel devant appliquer le programme. Ces séances furent offertes à différents moments de la journée et de la soirée. Les personnes s'y présentant étaient rémunérées. Toutefois, peu de personnes participèrent aux séances. La coordonnatrice de l'intervention dispensa, par la suite, de la formation individuelle ou à de petits groupes sur les unités mêmes. Le personnel régulier de toutes les unités fut ainsi rencontré et informé.

Le programme fut implanté pendant dix mois. La coordonnatrice de l'intervention consacra deux jours par semaine à la sensibilisation du personnel infirmier et médical des unités de soins durant les premiers six mois et une journée par semaine par la suite. L'objectif était d'institutionnaliser le programme pour qu'il puisse faire partie intégrante du rôle du personnel soignant, donc être offert sans coût supplémentaire lié aux ressources humaines.

Analyse des données

Les données ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel SPSS-Windows V6.0. Sont d'abord décrites les caractéristiques des individus à l'admission en centre hospitalier. Les caractéristiques des individus dans les établissements témoins ont par la suite été comparées à celles des individus dans l'établissement exposé. Puis les caractéristiques des non-adhérents et des adhérents de l'établissement exposé sont comparées. Afin de comparer les proportions, le test statistique du χ^2 fut utilisé; un facteur de correction de la continuité, lorsque le degré de liberté était égal à 1 a été appliqué.

Le taux d'arrêt du tabagisme à la sortie, à deux mois puis à un an ont été comparés. Les cas perdus à deux mois et à un an sont considérés fumeurs. Une analyse de régression logistique (par la méthode des entrées forcées) comportant les variables pour lesquelles le test du χ^2 s'est avéré significatif ($p < 0,05$) dans au moins l'une des analyses comparatives entre les groupes, a permis de dégager les variables les plus prédictives d'arrêt du tabagisme. Les rapports de cotes ajustés sont présentés avec leur intervalle de confiance à 95 %.

RÉSULTATS

Caractéristiques des patients échantillonnés

L'intervention auprès des patients fumeurs s'est déroulée du 1^{er} février 1994 au 11 décembre 1994 dans l'établissement exposé. Durant cette période 479 fumeurs répondant aux critères d'inclusion (soit 24 % des patients, les autres étant des non-fumeurs ou des fumeurs qu'on a omis de solliciter) furent sollicités. Nous avons dû retirer 67 personnes parce que les coordonnées nous permettant de les rejoindre étaient absentes ou parce qu'elles n'avaient pas signé l'autorisation demandée. L'analyse a donc porté sur 412 patients fumeurs dont 158 adhèrent au programme de cessation du tabagisme. Dans les milieux témoins, les données furent recueillies du 1^{er} février 1994 au 31 mars 1995, auprès de 99 patients fumeurs auxquels aucun programme ne fut offert. Sept patients furent retirés, faute d'autorisation signée; l'analyse porta donc sur 92 patients.

TABLEAU I
Nombre (%) d'individus échantillonnés dans les milieux exposé et témoins,
selon certaines variables, à l'admission

Caractéristiques	Établissement exposé n (%)	Établissements témoins n (%)
Sexe *		
masculin	148 (35,9)	22 (23,9)
féminin	264 (64,1)	70 (76,1)
Âge (ans)		
15-24	73 (17,7)	16 (17,4)
25-34	115 (27,9)	39 (42,4)
35-44	104 (25,2)	14 (15,2)
45-54	61 (14,8)	12 (13,0)
55-64	59 (14,3)	11 (12,0)
Nombre de cigarettes fumées		
1-9	95 (23,1)	24 (26,1)
10-19	125 (30,3)	31 (33,7)
20-29	151 (36,7)	27 (29,3)
30 et +	41 (10,0)	10 (10,9)
Durée du séjour (jours) *		
1-6	298 (72,3)	81 (88,0)
7 et +	114 (27,7)	11 (12,0)
Catégorie diagnostique		
possiblement reliée au tabagisme	91 (22,1)	13 (14,1)
autre	321 (77,9)	79 (85,9)
Total	412 (100,0)	92 (100,0)

* Différence statistiquement significative entre les individus de l'établissement exposé et ceux des établissements témoins ($p < 0,05$)

TABLEAU II
Nombre (%) d'individus adhérents et non-adhérents dans le milieu exposé
selon certaines variables, à l'admission

Caractéristiques	Adhérents n (%)	Non-adhérents n (%)
Sexe		
masculin	62 (41,9)	86 (58,1)
féminin	96 (36,4)	168 (63,6)
Âge (ans) *		
15-24	23 (31,5)	50 (68,5)
25-34	36 (31,3)	79 (68,7)
35-44	37 (35,6)	67 (64,4)
45-54	33 (54,1)	28 (45,9)
55-64	29 (49,2)	30 (50,8)
Nombre de cigarettes fumées		
1-9	37 (38,9)	58 (61,1)
10-19	47 (37,6)	78 (62,4)
20-29	54 (35,8)	97 (64,2)
30 et +	20 (48,8)	21 (51,2)
Durée du séjour (jours) *		
1-6	100 (33,6)	198 (66,4)
7 et +	58 (50,9)	56 (49,1)
Catégorie diagnostique *		
possiblement reliée au tabagisme	56 (61,5)	35 (38,5)
autre	102 (31,8)	219 (68,2)
Total	158 (38,3)	254 (61,7)

* Variables liées à l'adhésion au programme dans le milieu exposé ($p < 0,05$)

Les échantillons des milieux exposé et témoins ne présentent pas de différences au regard de la répartition par groupes d'âge et de la répartition des fumeurs selon le nombre de cigarettes fumées. Par contre, on note des différences significatives en ce qui concerne la répartition selon le sexe ($p = 0,04$) et la répartition selon la durée du séjour ($p = 0,04$). Les hommes sont significativement moins nombreux dans le groupe témoin et les durées de

séjour y sont significativement plus courtes (tableau I).

Dans le milieu exposé, les fumeurs adhérent au programme ne se différencient pas des non-adhérents pour ce qui est des variables : sexe et nombre de cigarettes fumées (tableau II). Par contre, on retrouve significativement plus d'adhérents parmi les gens ayant eu un séjour de sept jours et plus ($p = 0,002$) et parmi les gens ayant un diagnostic principal se classifiant dans les

catégories « maladies de l'appareil circulatoire » et « maladies de l'appareil respiratoire », donc potentiellement reliées au tabagisme ($p = 0,000$). On note également un lien entre la répartition dans les différents groupes d'âge et la proportion d'adhérents, celle-ci étant plus importante chez les 45-54 ans et les 55-64 ans ($p = 0,009$).

Statut des patients lors de la sortie, deux mois et un an plus tard

Le tableau III présente les résultats à la sortie, deux mois après et un an après. Bien que des différences en faveur de l'établissement exposé soient présentes à chaque moment, elles n'atteignent pas le seuil habituellement reconnu comme significatif, $p = 0,05$. Les différences entre les taux de non-fumeurs et de fumeurs chez les adhérents et les non-adhérents, dans le milieu d'étude, sont significatives aux trois moments.

Dans le milieu exposé (tableau IV), un an après la sortie, le statut non-fumeur est relié positivement à l'adhésion au programme ($p = 0,000$), au sexe masculin ($p = 0,008$), à un diagnostic potentiellement lié au tabagisme ($p = 0,002$), à plus de 55 ans d'âge ($p = 0,02$), à un nombre quotidien de cigarettes fumées à l'admission inférieur à 10 ($p = 0,02$), à une durée de séjour de 7 jours et plus ($p = 0,01$) et à 10 visites et plus à un médecin dans l'année suivant la sortie ($p = 0,02$). (Il n'y a pas de lien entre le nombre de visites et le type de diagnostic.) Dans les établissements témoins, le sexe masculin est la seule variable semblant influencer positivement le statut non-fumeur après un an ($p = 0,009$). Uniquement chez les adhérents au programme (tableau V), le sexe et la catégorie diagnostique sont les deux variables pour lesquelles des différences significatives sont notées au regard du statut fumeur/non-fumeur ($p = 0,04$ et $p = 0,02$).

L'utilisation de substituts de la nicotine (timbres, gomme à mâcher) ne fut pas considérée dans l'analyse, à cause du trop petit nombre d'utilisateurs (10 dans le milieu exposé et un seul dans les milieux témoins).

L'analyse de régression logistique, portant sur les patients des milieux exposé et témoins, met en lumière les variables les

plus susceptibles d'entraîner un comportement non-fumeur après une année. Les variables considérées dans cette analyse sont les suivantes :

- l'adhésion au programme (oui ou non);
- la catégorie diagnostique (maladies de l'appareil circulatoire ou respiratoire ou autres catégories);
- le sexe (féminin, masculin);
- le groupe d'âge (15-44 ans, 45-64 ans);
- la durée du séjour (1 à 6 jours, 7 jours et plus).

Deux variables d'interaction ont également été introduites puisque ces interactions étaient présentes dans le milieu exposé; il s'agit de :

- l'interaction sexe et catégorie diagnostique;
- l'interaction catégorie diagnostique et durée de séjour.

La variable la plus prédictive d'un comportement non-fumeur, et la seule en-deçà du seuil de signification statistique, est alors l'adhésion au programme (tableau VI).

DISCUSSION

En dépit de certaines lacunes dans l'implantation, une différence en faveur du milieu exposé a été observée après un an. Le fait que cette différence ne soit pas statistiquement significative ($p = 0,08$) peut être dû aux échantillons trop petits (particulièrement dans les milieux témoins) pour générer une puissance statistique suffisante. Toutefois, les résultats de l'analyse multivariée montrent une association entre la participation au programme et l'arrêt du tabagisme. La participation au programme serait donc plus déterminante que le fait d'avoir été hospitalisé dans un milieu où le programme est offert. Il se peut que les patients qui ont accepté de participer au programme aient eu avant l'hospitalisation, une motivation plus grande à arrêter de fumer que les non-participants. Le programme aurait alors agi comme facteur de renforcement. Une limite de notre étude tient au fait que nous n'avons pas mesuré les facteurs prédisposant à l'arrêt du tabagisme avant l'hospitalisation. Toutefois, nous n'avons pas de raison de croire que la distribution de ces facteurs était différente dans le milieu exposé et dans les milieux témoins.

	Établissement exposé (n=412)			p*	Établissements témoins (n=92)	
	Adhérents n (%)	Non-adhérents n (%)	Total n (%)		Total n (%)	p†
À la sortie	75,3 (119)	24,7 (51)	41,3 (170)	0,000	38,0 (35)	0,66
+ 2 mois	26,6 (42)	5,9 (15)	13,8 (57)	0,000	7,6 (7)	0,15
+ 1 an	25,9 (41)	8,7 (22)	15,3 (63)	0,000	7,6 (7)	0,08

* comparaison entre les adhérents et les non-adhérents de l'établissement exposé

† comparaison entre l'établissement exposé et les établissements témoins

Caractéristiques	Fumeurs n (%)	Non-fumeurs n (%)
Sexe		
masculin *	116 (78,4)	32 (21,6)
féminin	233 (88,3)	31 (11,7)
Âge (ans)		
15-24	63 (86,3)	10 (13,7)
25-34	102 (88,7)	13 (11,3)
35-44	90 (86,5)	14 (13,5)
45-54	51 (83,6)	10 (16,4)
55-64 *	43 (72,9)	16 (27,1)
Nombre de cigarettes fumées		
1-9 *	73 (76,8)	22 (23,2)
10-19	107 (85,6)	18 (14,4)
20-29	136 (90,1)	15 (9,9)
30 et +	33 (80,5)	8 (19,5)
Durée du séjour (jours)		
1-6	258 (86,6)	40 (13,4)
7 et +	91 (79,8)	23 (20,2)
Adhésion au programme		
Adhérents *	117 (74,1)	41 (25,9)
Non-adhérents	232 (91,3)	22 (8,7)
Nombre de visites à un médecin†		
0	21 (80,8)	5 (19,2)
1-3	136 (90,1)	15 (9,9)
4-9	88 (75,9)	28 (24,1)
10 et +	55 (78,6)	15 (21,4)
Catégorie diagnostique		
possiblement reliée au tabagisme *	67 (73,6)	24 (26,4)
autre	282 (87,9)	39 (12,1)
Total	349 (84,7)	63 (15,3)

* Variables liées positivement au statut non-fumeur ($p < 0,05$)

† Le total n'égale pas 412 à cause des cas perdus au suivi, lesquels ne sont pas inclus pour cette variable

Seulement 38 % des patients à qui on a offert le programme dans le milieu exposé ont accepté d'y participer. Cette faible participation constitue une limite de l'intervention.

Nous n'avons pas mesuré si le programme était offert de la façon prévue par le personnel infirmier. Nous ne connaissons donc pas l'intensité du programme auquel les participants ont été exposés. Il se peut que les interventions aient été faibles. Il aurait été intéressant de mesurer le temps de travail consacré au programme par le personnel infirmier, mais cette charge de

travail supplémentaire pour le personnel aurait pu diminuer le temps consacré aux patients. Nous avons préféré ne pas augmenter la charge de travail du personnel pour les tâches de collecte de données. Ce manque d'information sur l'intensité de l'exposition ne nous permet pas de savoir si l'effet du programme aurait été plus grand s'il avait été appliqué avec plus d'intensité.

Efficacité du programme

En ne considérant que les adhérents au programme, on note un succès plus grand auprès des hommes et des gens atteints de

TABLEAU V

Nombre (%) d'individus adhérant au programme dans l'établissement exposé selon leur statut (fumeur ou non-fumeur) après un an et certaines variables

Caractéristiques	Fumeurs n (%)	Non-fumeurs n (%)	Total n (%)
Sexe			
masculin *	40 (64,5)	22 (35,5)	62 (100,0)
féminin	77 (80,2)	19 (19,8)	96 (100,0)
Âge (ans)			
15-24	18 (78,3)	5 (21,7)	23 (100,0)
25-34	29 (80,6)	7 (19,4)	36 (100,0)
35-44	28 (75,8)	9 (24,3)	37 (100,0)
45-54	25 (75,8)	8 (24,2)	33 (100,0)
55-64	17 (58,6)	12 (41,4)	29 (100,0)
Nombre de cigarettes fumées			
1-9	24 (64,9)	13 (35,1)	37 (100,0)
10-19	34 (72,3)	13 (27,7)	47 (100,0)
20-29	46 (85,2)	8 (14,8)	54 (100,0)
30 et +	13 (65,0)	7 (35,0)	20 (100,0)
Durée du séjour (jours)			
1-6	78 (78,0)	22 (22,0)	100 (100,0)
7 et +	39 (67,2)	19 (32,8)	58 (100,0)
Catégorie diagnostique			
possiblement reliée au tabagisme *	35 (62,5)	21 (37,5)	56 (100,0)
autre	82 (80,4)	20 (19,6)	102 (100,0)
Total	117 (74,1)	41 (25,9)	158 (100,0)

* Variables liées positivement au statut non-fumeur ($p < 0,05$)

TABLEAU VI

Les variables les plus prédictives d'un comportement non-fumeur après un an parmi les patients des milieux exposé et témoins (n = 504)

Variables	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %
Participation au programme	3,1	(1,8 à 5,4)
Catégorie diagnostique	2,4	(0,8 à 6,6)
Sexe	2,0	(0,7 à 5,7)
Durée du séjour	1,8	(0,7 à 5,0)
Interaction durée de séjour et diagnostic	0,6	(0,2 à 2,1)
Âge	1,1	(0,6 à 2,0)
Interaction sexe et diagnostic	0,9	(0,2 à 2,1)

maladies de l'appareil circulatoire ou respiratoire. Comme on observe également de meilleurs taux de non-fumeurs dans ces catégories de gens dans l'ensemble du milieu d'étude et pour le sexe masculin dans les milieux témoins, le programme semble donc avoir servi de catalyseur auprès de ces clientèles déjà plus enclines à cesser de fumer.

Le programme a eu un succès égal auprès des adhérents, quel que soit leur groupe d'âge et la durée de leur séjour. Le programme a également eu autant de succès auprès de ceux fumant 9 cigarettes et moins par jour qu'auprès de ceux en fumant 30 et plus—ce qui est aussi un aspect intéressant.

Comparaison avec d'autres études

Les études portant sur des interventions auprès de clientèles spécifiques en milieu hospitalier (avec diagnostics de maladies

cardiovasculaires, maladies respiratoires, cancers ou chirurgies liées à ces pathologies) présentent des résultats supérieurs à ceux que nous avons obtenus auprès d'une clientèle générale de patients hospitalisés, taux atteignant jusqu'à 61 % d'arrêt après un an.^{4,5,7,8} Une étude réalisée auprès de gens hospitalisés, membres de Health Maintenance Organization, a démontré des taux se rapprochant de ceux que nous avons observés (14 % de cessation après un an dans le groupe exposé).⁸ Une autre étude auprès de clientèles générales hospitalisées affiche des taux relativement modestes (20 % d'arrêt du tabagisme après un an) pour le groupe ayant bénéficié d'une intervention qualifiée de minimale mais plus intense que celle que nous avons expérimentée.⁹

Dans toutes ces études, les interventions auprès des patients étaient exécutées par du personnel chargé de cette tâche (et non par

le personnel régulier des unités de soins) et les programmes comportaient des interventions après l'hospitalisation.

RECOMMANDATIONS

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les patients fumeurs hospitalisés, comme la plupart des fumeurs, préfèrent des interventions brèves et des guides d'aide personnelle (ce qui est le cas du programme que nous avons offert), plutôt que des programmes formels et plus longs. Toutefois, les résultats que nous avons observés, suite à l'intervention minimale faite par le personnel courant, nous laissent croire qu'une intervention post-hospitalière est essentielle (ex. : un suivi téléphonique hebdomadaire pendant un certain nombre de semaines). Les interventions réalisées auprès de patients fumeurs hospitalisés devraient donc inclure une composante post-hospitalisation et peut-être même pré-hospitalisation, puisque pour les cas de chirurgie, les patients sont de plus en plus rencontrés par une infirmière avant leur hospitalisation pour préparer leur admission. Plusieurs patients de notre programme ont d'ailleurs fait la remarque, lors de la collecte de données à deux mois, qu'ils auraient apprécié avoir une communication téléphonique d'encouragement ou pouvoir eux-mêmes téléphoner au besoin. La diminution de la durée des séjours hospitaliers milite également en faveur d'un suivi post-hospitalisation, puisque le temps d'intervention en milieu hospitalier sera de plus en plus court.

L'implantation du programme par le personnel régulier des soins infirmiers ne fut pas sans difficultés. Un investissement (probablement plus important que celui que nous avons fait) auprès du personnel soignant visant à sensibiliser ces professionnels au bien-fondé de l'objectif du programme et au programme lui-même apparaît essentiel, avant l'implantation. Dans les études consultées, les dispensateurs des programmes étaient des éducateurs sanitaires ou du personnel infirmier spécialement formé et chargé de cette tâche. On peut cependant considérer l'intervention préventive comme partie intégrante du rôle du personnel infirmier régulier en milieu hospitalier et plusieurs intervenantes ont

agi avec diligence et efficacité. Il nous faut donc trouver des façons plus efficaces de dispenser ce type de programme par le personnel régulier des soins infirmiers auquel pourrait s'adjoindre le personnel des programmes de médecine de jour pour le suivi post-hospitalisation et l'intervention pré-hospitalisation s'il y a lieu.

Emmons et Goldstein¹⁰ décrivent l'hospitalisation comme une « window of opportunity » et un « teachable moment », où la vulnérabilité aux dangers perçus du tabagisme, la motivation à cesser de fumer et la réceptivité à une intervention de cessation sont à un point culminant. Les études réalisées à ce jour se révèlent suffisamment concluantes pour que les expérimentations futures portent non pas sur la pertinence d'implanter des programmes de cessation du tabagisme auprès des patients

hospitalisés mais plutôt sur : les meilleures façons d'augmenter la fidélité du personnel au programme, la pertinence d'utiliser du personnel spécifiquement chargé de cette tâche, la place des interventions pré-hospitalières et l'intensité re-prise des interventions après l'hospitalisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Boyle P. Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: A review including the recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, October 1996. *Lung Cancer* 1997;17(1):1-60.
2. Bellerose C, Lavallée C, Camirand J. Enquête sociale et de santé 1992-1993. Faits saillants. Gouvernement du Québec. Santé-Québec. p.18.
3. Glasgow RE, Stevens VJ, Vogt TM, et al. Changes in smoking associated with hospitalization: Quit rates, predictive variables and intervention implications. *Am J Health Prom* 1991;6(1):24-29.
4. Simon JA, Browner WS, Mangano DT. Predictors of smoking relapse after noncardiac surgery. *Am J Public Health* 1992;82(9):1235-37.

5. Taylor CB, Houston-Miller N, Killen JD, DeBusk RF. Smoking cessation after acute myocardial infarction: Effects of a nurse-managed intervention. *Ann Intern Med* 1990;113(2):118-23.
6. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. In: Santé et Société: collection promotion de la santé. MSSS, 1988; 10-12.
7. Wewers ME, Bowen JM, Stanislaw AE, Desimone VB. A nurse-delivered smoking cessation intervention among hospitalized postoperative patients - influence of a smoking-related diagnosis: A pilot study. *Heart & Lung* 1994;23(2):151-56.
8. Orleans CT, Kristeller JL, Gritz ER. Helping hospitalized smokers quit: New directions for treatment and research. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(5):778-89.
9. Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, et al. Smoking cessation in hospitalized patients. *Arch Intern Med* 1993;157:409-12.
10. Emmons KM, Goldstein MG. Smokers who are hospitalized: A window of opportunity for cessation interventions. *Prev Med* 1992;21:262-69.

Reçu : 23 juin 1997

Accepté : 30 janvier 1998

Éditorial, suite de la page 223

Prochaines étapes

Il va sans dire que les écoles sont le principal endroit où prévenir le tabagisme des enfants et des jeunes. Nous devons convaincre les éducateurs, les parents et les membres de la communauté de l'importance de la prévention du tabagisme, et collaborer avec eux pour mettre en oeuvre des programmes éducatifs de toute première qualité. Le choix que font les étudiants vis à vis du tabagisme aura des répercussions sur tous les aspects de leur vie. Par rapport à la vie qui les attend, finir leurs études sans être fumeur est suffisamment important pour justifier qu'on en fasse un objectif du programme scolaire. Les nombreuses interventions nécessaires doivent comprendre des programmes de renforcement continu adaptés à la catégorie d'âge, la formation des enseignants, l'appui à la cessation du tabagisme et l'évaluation régulière des programmes mis en oeuvre.

Les étudiants continuent de recevoir des messages contradictoires au sujet du tabagisme. Ainsi, pourquoi si nous interdisons aux jeunes de moins de 19 ans d'acheter du tabac et de fumer sur les lieux de l'école, leur permettons-nous d'avoir en leur possession du tabac à l'école? L'interdiction

totale de fumer dans les lieux publics pour les personnes qui n'ont pas l'âge ne constitue toujours pas la norme réglementaire. Comme le font remarquer les représentants des écoles dans l'article de Northrup et al., d'une part on dit aux étudiants qu'il est illégal de fumer sur les lieux de l'école, et d'autre part on ne les empêche pas de fumer dans les lieux publics «...que ces lieux soient éloignés ou au contraire à proximité de l'école».¹

De toute évidence, il y a des lacunes à combler pour que le message anti-tabac et la législation d'accompagnement soient bien clairs, cohérents et renforcés en permanence. Quoi qu'il en soit, l'OTCA est un pas important dans la bonne direction qui doit être fait dans toutes les provinces et les territoires. Nous devons également continuer de revendiquer des règlements municipaux interdisant le tabagisme et soutenir les grandes initiatives lancées par le gouvernement fédéral pour limiter la publicité du tabac, sans jamais oublier que ce sont les mesures d'application de la loi qui la rendent efficace et qui, en fin de compte, déterminent son acceptation et son respect généralisés par le public. Ce n'est pas chose facile. Faire appliquer une

loi est par nature un processus antagoniste qui nous fait jouer un rôle impopulaire et souvent inconfortable. Mais qui a jamais prétendu que se battre contre le tabac était un concours de popularité pour les moins vaillants? Mettons-nous à la tâche et continuons le combat pour protéger la prochaine génération, nos enfants, contre la tyrannie du tabac.

BIBLIOGRAPHIE

1. Northrup DA, Ashley MJ, Ferrence R. The Ontario ban on smoking on school property: Perceived impact on smoking. *Revue can. de santé publique* 1998;89(4):224-28.
2. Ashley MJ, Northrup DA, Ferrence R. The Ontario ban on smoking on school property: Issues and challenges in enforcement. *Revue can. de santé publique* 1998;89(4):229-32.
3. Santé Canada. Profile of youth aged 15-19. Survey on smoking in Canada, Cycle 1. Ottawa, 1994.
4. Ottawa-Carleton Department of Health. Tobacco use facts. Ottawa, 1998.
5. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
6. Santé Canada. Smoking policies in schools. Ministère des Approvisionnements et Services Canada. Ottawa, 1995.