

Élaboration, validation et impact d'une formation interactive en cessation tabagique à l'intention du personnel infirmier

Mario Lepage ^a, inf., Ph.D., Lise Renaud ^b, Ph.D., François Champagne ^c, Ph.D.

^a Professeur-chercheur, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

^b Professeure-chercheure, Département de communication sociale et publique,
Université du Québec à Montréal

^c Professeur-chercheur, Département de santé publique, Université de Montréal,

Soutenir les personnes désirant cesser de fumer est l'une des interventions peu coûteuses et efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité reliée au tabagisme. Or peu d'infirmières réalisent des interventions en cessation tabagique dans leurs pratiques cliniques en milieu hospitalier. Afin d'améliorer les pratiques cliniques, la formation interactive s'est démontrée efficace dans de nombreuses études. Le but de cet article est de décrire l'élaboration et la validation d'une formation interactive en cessation tabagique, d'évaluer la satisfaction de la formation, et de mesurer ces impacts sur les pratiques cliniques en cessation tabagique. La formation interactive a été créée en fonction du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) et du contenu d'une formation offerte par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ). Sept experts ont validé cette formation en termes de contenu et de son interactivité. Au total, 65,7 % (136/207) des infirmières et infirmières auxiliaires de deux centres hospitaliers ont suivi l'une des 25 formations de 90 minutes offertes. Les participants ont évalué cette formation de façon très positive. La formation interactive de 90 minutes a été démontrée efficace pour modifier les pratiques cliniques en cessation tabagique et les infirmières se sont senties plus confiantes pour intervenir en cessation tabagique. En conclusion, le format interactif et court de cette formation a un potentiel d'implantation réel dans les milieux de soins afin de rejoindre le personnel infirmier.

Mots-clés : Intervention éducative; cessation tabagique; formation interactive; infirmière.

Le tabagisme est encore très présent dans notre société. Au Canada, une personne sur cinq (20,8 %) âgée de 12 ans et plus fumait en 2010 alors qu'au Québec, c'était presque une personne sur quatre (23,3 %) (Statistique Canada, 2012). La dépendance au tabac est considérée comme une maladie chronique (Fiore et al., 2008) entraînant des effets néfastes sur la santé, tels que plusieurs types de cancers, de maladies pulmonaires et de maladies cardiovasculaires (Benowitz, 2008). Aider les fumeurs à cesser de fumer fait partie des interventions peu coûteuses (Gordon, Andrews, Lichtenstein, Severson, & Akers, 2005) et reconnues efficaces en cessation tabagique (Bao, Duan, & Fox, 2006; Fiore et al., 2008; Lancaster & Stead, 2005; Rice & Stead, 2008; Stead et al., 2013) pour les professionnels de la santé puisque

plusieurs effets néfastes du tabagisme sur la santé sont réversibles (Fagerstrom, 2002).

Pour soutenir les personnes désirant cesser de fumer, le Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) a mis sur pied plusieurs voies d'accès à des services de cessation, soit la ligne téléphonique « J'Arrête », le site Internet « J'Arrête », les centres d'abandon du tabagisme (CAT) ainsi que la promotion des interventions de courte durée (minimales et brèves) en cessation tabagique par des professionnels de la santé de tous les milieux de soins. Or, la recherche démontre que les interventions de cessation tabagique de courte durée réalisées par un professionnel de la santé sont généralement efficaces (Lancaster & Stead, 2005; Stead et al., 2013).

Cette recherche a été menée au cours des études doctorales du premier auteur grâce à l'obtention de deux bourses d'études du Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport, d'une subvention de recherche de la Financière Sun Life et des contributions financières de Pfizer Canada et de l'OIIQ. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mario Lepage, département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, Boite postale 1250, Station B, Gatineau, Québec, J8X 3X7. Courrier électronique : mario.lepage@uqo.ca

À cette fin, l'Institut national de santé publique (INSPQ) a lancé une démarche auprès de six ordres professionnels, dont l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), afin d'engager les professionnels de la santé à offrir de l'aide aux fumeurs. L'OIIQ s'implique dans cette démarche en structurant le dépistage du tabagisme et l'offre d'un counseling, même bref, par toutes les infirmières (Tremblay & Thibault, 2005). Le résultat optimal attendu est que toutes les infirmières effectuent des interventions de courte durée en cessation tabagique qui comprennent les étapes suivantes : 1) évaluer le statut tabagique; 2) déterminer où se situe le patient dans son intention de cesser de fumer; 3) conseiller la cessation; 4) répondre aux questions et préoccupations de la clientèle; 5) l'informer des services offerts; 6) faire un counseling de moins de 10 minutes; 7) référer à un CAT; et 8) distribuer du matériel documentaire.

Or, une étude québécoise auprès de 500 infirmières (lieux de pratique variés) rapporte que 62 % des infirmières évaluent le statut tabagique, mais que seuls 20 % déterminent si le patient est prêt à cesser de fumer et 38 % donnent un conseil de cessation tabagique (Tremblay, Cournoyer, Jukic, & O'Loughlin, 2006). Quant au personnel infirmier en milieu hospitalier, on constate qu'on évalue et conseille peu les patients fumeurs. En effet, une étude québécoise auprès de 158 infirmières et infirmières auxiliaires travaillant sur des unités de médecine et/ou de chirurgie rapporte que 35,7 % évaluent le statut tabagique et que seuls 17,6 % déterminent la motivation à cesser de fumer (Lepage, 2010; Lepage, Renaud, Champagne, & Rivard, *sous presse*).

Le défi pour la profession infirmière est donc d'intégrer les interventions de courte durée (minimales et brèves) en cessation tabagique dans les standards de la pratique des infirmières. Or, une étude québécoise démontre que 69 % des infirmières disent manquer de connaissances pour intervenir en cessation tabagique (Tremblay et al., 2006). De nombreuses études confirment ce fait (Shishani, Nawafleh, & Sivarajan Froelicher, 2008; Whyte, Watson, & McIntosh, 2006; Yan et al., 2008). Par conséquent, si l'on veut intégrer des pratiques cliniques en cessation tabagique dans le milieu hospitalier, on doit d'abord privilégier des stratégies axées sur le développement des connaissances et sur les habiletés des infirmières.

La plupart des disciplines du domaine de la santé n'offrent pas de formation sur l'intervention en cessation tabagique. Pourtant, il est établi que la formation des professionnels de la santé permet d'augmenter le pourcentage de fumeurs qui reçoivent une intervention en cessation tabagique (Fiore et al., 2008). Dans une revue systématique de 17 études randomisées, Carson et al., (2012) ont démontré que les professionnels de santé

ayant reçu une formation en cessation tabagique étaient plus susceptibles d'effectuer des interventions que ceux qui sont non formés, notamment: demander aux patients de fixer une date d'arrêt ($p < 0,0001$); faire des visites de suivi ($p < 0,00001$); conseiller les fumeurs ($p < 0,00001$); et fournir du matériel d'autoassistance ($p < 0,0001$). Victor et al., (2010) ont examiné l'impact de la pratique en cessation tabagique de 900 médecins et pédiatres canadiens selon la formation reçue (initiale et continue). Les résultats de cette étude indiquent que les médecins sont plus confiants pour intervenir et le font davantage s'ils ont reçu une formation en cessation tabagique durant leur formation initiale (1,7 fois plus confiants que ceux n'ayant reçu aucune formation) ou une formation continue (1,5 à 2,5 fois plus confiants que ceux ayant reçu une formation initiale). Cependant, les auteurs ne décrivent pas le type ni la durée des formations reçues. Pour leur part, Matten et ses collaborateurs (2011), dans une étude auprès de 107 infirmières, ont permis d'établir, après un an, qu'une formation de trois heures permettait aux infirmières d'intervenir en cessation tabagique et de mieux évaluer la motivation de leurs patients à cesser de fumer.

Quelles sont les formations en cessation tabagique offertes au Québec ? Dans les cours et dans les programmes menant au titre d'infirmière, peu de place est donnée au contenu en cessation tabagique. En moyenne, moins d'une heure de cours par année est offerte dans les cours de de base et dans ce cours on aborde davantage les aspects physiologiques de la consommation du tabac et très peu les interventions à réaliser en cessation tabagique (Lepage, Dumas, & Saint-Pierre, 2013 sous presse-a, sous presse-b). En formation continue, on retrouve une formation de 6 heures offertes par l'OIIQ basée sur les travaux de Kayser et Thibault (2006). Aucune autre formation n'a été identifiée dans la littérature. C'est pourquoi la création d'une formation continue spécifique et adaptée à la réalité des infirmières travaillant dans les hôpitaux s'avère une avenue intéressante.

La formation en cours d'emploi (ou la formation continue) permet la mise à jour des connaissances et des habiletés, de même que la modification d'attitudes et d'habitudes en milieu de travail (Umble & Cervero, 1996). La formation influence donc le comportement dans la pratique clinique si les valeurs, les attitudes et les compétences des professionnels sont liées à leurs connaissances et non à des habitudes ou à des automatismes (Koutsavlis, Paradis, Renaud, & Bergeron, 2001). La formation interactive est une formation qui stimule la participation active des participants afin d'apprendre ou de parfaire des connaissances et des habiletés (Koutsavlis et al., 2001; Siddiqi, Newell, & Robinson, 2005). Elle a été démontrée

efficace dans l'ensemble des études et des revues systématiques (Bolman, de Vries, & van Breukelen, 2002; Carson et al., 2012; Robertson, Umble, & Cervero, 2003).

On retient 10 % de ce qu'on lit, 20 % de ce qu'on entend, 30 % de ce qu'on voit, 50 % de ce qu'on voit et entend, 80 % de ce qu'on dit ou écrit, 90 % de ce qu'on dit tout en le faisant (Hagan, 2006; Hainsworth, 2008). La formation interactive fait donc appel à un engagement actif de l'apprenant, par exemple une discussion, une simulation ou un jeu de rôles, et favorise l'atteinte d'objectifs cognitifs, affectifs et psychomoteurs de haut niveau : elle rend plus durable la maîtrise de ces acquis (Hagan, 2006).

Parmi les interventions éducatives interactives étudiées, on ne trouve pas de constante dans les méthodes utilisées ni dans le temps requis afin d'obtenir un changement de comportement. Par ailleurs, la discussion, l'étude de cas et le jeu de rôles sont les méthodes les plus souvent utilisées pour stimuler le changement de pratique clinique chez les professionnels.

Le but de cet article est de décrire l'élaboration et la validation d'une formation interactive en cessation tabagique auprès des infirmières, d'évaluer leur satisfaction suite à la formation, et de mesurer son impact sur les pratiques cliniques en cessation tabagique.

Méthodologie

Une pratique basée sur le modèle transthéorique

Dans le PQAT, les pratiques cliniques de changement de comportement sont basées sur le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1983). Ce modèle sépare en cinq étapes le processus de changement de comportement (DiClemente, 2003) : la préréflexion, la réflexion, la préparation, l'action et le maintien. Le changement d'étape se réalise à partir des expériences internes et externes de l'individu. En effet, selon l'étape où se situe le fumeur, Kayser et Thibault (2006) et DiClemente (2003) proposent de courtes interventions spécifiques afin de l'aider à progresser vers la cessation (tableau 1). Dans une méta-analyse de 148 articles traitant des interventions en cessation tabagique basées sur le modèle transthéorique, les auteurs concluent que ce modèle est efficace pour déterminer le soutien à accorder au fumeur ou à l'ex-fumeur (Spencer, Pagell, Hallion, & Adams, 2002).

Élaboration de la formation interactive

La formation dont nous faisons état a été créée et utilisée lors d'une étude expérimentale dans le cadre d'une étude doctorale (Lepage, 2010; Lepage, Renaud, et al., *sous presse*) qui cherchait à comparer l'efficacité de trois stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique réalisées par le personnel infirmier en milieu hospitalier : une stratégie de formation interactive, une stratégie de rappel et une stratégie multiple (formation interactive couplée de rappel). Le but de la formation interactive est d'amener le personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires) à réaliser des interventions en cessation tabagique de courte durée.

La formation a été construite en fonction du programme déjà offert dans les centres d'abandon du tabagisme et en fonction du contenu offert par l'OIIQ (Kayser & Thibault, 2006). La durée idéale pour ce type de formation est de trois heures. Toutefois, elle a été réduite à 90 minutes suite aux demandes des milieux hospitaliers concernant les difficultés appréhendées pour le remplacement du personnel infirmier. Lors de cette formation, le nombre d'apprenants par groupe n'est pas prédéterminé, mais celui-ci ne devrait pas excéder 20, étant donné la difficulté à libérer le personnel infirmier pour la formation, et afin de s'assurer de la participation de tous les sujets. Les méthodes interactives choisies ont tenu compte du temps limité alloué à la formation; il s'agit de la discussion, des histoires de cas et des jeux de rôles.

Validation de la formation par les experts

Une validation du contenu de la formation a été obtenue à la suite du consensus des sept experts consultés, au début de février 2008. Il s'agissait de quatre experts pour évaluer le contenu théorique de la formation et trois pour évaluer la méthode interactive. Tous les experts ont reçu les documents associés à la formation, soit la présentation PowerPoint et le cahier du formateur.

Les quatre experts qui ont évalué le contenu de la formation devaient s'assurer de son adéquation avec les orientations du PQAT. Ce groupe était composé de trois responsables du dossier sur le tabac dans des directions de santé publique et d'un intervenant spécialisé en cessation tabagique reconnu par l'OIIQ. Les experts ont jugé que la formation était conforme aux visées du PQAT.

Tableau 1
Interventions spécifiques en cessation tabagique selon les étapes de changement du modèle transthéorique

Étapes de changement	Interventions spécifiques
Préréflexion	<p>Aider le fumeur à réfléchir sur sa consommation tabagique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les bienfaits et les inconvénients de sa consommation; • Exprimer votre inquiétude face à sa consommation en lien avec son état de santé; • Donner un avis de cessation tout en lui mentionnant que la décision lui revient; • Offrir du matériel éducatif; • Se rendre disponible;
Réflexion	<p>Aider le fumeur à prendre la décision à cesser de fumer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les inconvénients et les bienfaits face à une cessation tabagique éventuelle; • Discuter des inconvénients mentionnés par le patient à cesser de fumer et discuter des stratégies possibles pour y faire face; • Se concentrer sur les raisons invoquées à cesser de fumer; • Conseiller de réfléchir à une cessation éventuelle; • Offrir du matériel éducatif; • Offrir un guide de ressources; • Assurer un suivi;
Préparation	<p>Aider le fumeur à se préparer à cesser de fumer et à trouver des stratégies pour devenir non-fumeur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier ses inquiétudes; • Discuter de ses inquiétudes, des symptômes de sevrages, du gain de poids et de la gestion du stress; • Discuter de certains préparatifs à la cessation tabagique; • Encourager le client et renforcer sa confiance en sa capacité de cesser de fumer; • Offrir du matériel éducatif; • Conseiller une pharmacothérapie; • S'assurer d'un suivi; • Référer au besoin;
Action et Maintien	<p>Aider l'ex-fumeur à demeurer non-fumeur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répondre à ses questions; • Évaluer son statut de non-fumeur et des stratégies utilisées; • Ajuster la pharmacothérapie; • Discuter des problèmes soulevés; • Discuter des stratégies utilisées; • Discuter de nouvelles stratégies; • Encourager à poursuivre et renforcer sa confiance à poursuivre;

Sources : Kayser et Thibault (2006) et DiClemente (2003)

Trois experts membres de l'OIIQ et titulaire d'un diplôme d'études supérieures en éducation ont évalué la formation afin de s'assurer du respect des critères d'une formation interactive destinée à des adultes. Ils devaient d'abord juger le contenu de chacune des cinq sections sur une échelle de

Likert de 1 à 6 (1 = didactique à 6 = interactive). Seuls les éléments de l'introduction et de la conclusion ont reçu des cotes inférieures aux autres. En fait, un seul expert avait jugé ces éléments de façon plus faible (2) réduisant ainsi la moyenne globale obtenue pour ces deux éléments

(moyenne de 3,7 et 4,3). Par ailleurs, cet expert mentionnait qu'il était pertinent que ces sections soient plus didactiques qu'interactives. Tous les autres éléments ont été jugés à 5 et plus, soit interactifs. Les experts ont ajouté des commentaires sur les éléments pouvant nuire au déroulement de la formation. Le temps alloué a été jugé un élément important. En effet, les experts se sont inquiétés de la durée de la formation qu'ils ont jugée trop courte pour le contenu présenté et la formule pédagogique utilisée. Un expert a également présenté une mise en garde face à l'attitude et au langage non verbal du formateur, car ce sont des éléments qui pourraient ultimement nuire à la formation.

Les experts ont jugé que les formules pédagogiques et l'humour utilisés dans la présentation PowerPoint favorisaient l'interactivité. En ce qui a trait au formateur, un des experts a indiqué qu'il devrait faire attention à ne pas juger les participantes et demeurer à l'écoute des besoins du groupe tout au long de la formation. Les experts ont conseillé au formateur d'aller chercher les expériences personnelles et professionnelles des participantes dès le départ afin d'éviter de dire « vous savez déjà », à plusieurs reprises. Enfin, les experts ont recommandé, à cause du temps limité de la formation, de couper l'enseignement sur le modèle transthéorique.

Les auteurs ont tenu compte de la majorité des commentaires pour améliorer la formation interactive, cependant, la section sur le modèle transthéorique a été conservée puisqu'il s'agissait d'un élément-clé du contenu recommandé par le PQAT. En effet, toutes les interventions à réaliser dépendent de l'évaluation des étapes de changement où se situe le fumeur et de la détermination de sa motivation à cesser de fumer. Les auteurs demeurent toutefois conscients que le facteur temps peut nuire au bon déroulement de la formation.

Contenu de la formation interactive

Les objectifs de la formation sont : 1) de discuter du rôle et des responsabilités du personnel infirmier face à la cessation tabagique; 2) d'habiliter le personnel infirmier à intervenir auprès des fumeurs par des interventions de courte durée en centre hospitalier; et 3) de mener une intervention individuelle en cessation tabagique. Le contenu de la formation est présenté au tableau 2.

En introduction, le formateur souhaite la bienvenue aux participants, puis un tour de table est effectué afin que chacun puisse se présenter. Les problèmes liés au tabagisme, à la dépendance, aux symptômes de sevrage ainsi que

Tableau 2

les expériences personnelles des participants sont ensuite abordés sous forme de discussion.

Dans la première partie, le rôle de l'infirmière dans l'intervention en cessation tabagique, l'efficacité des interventions et la pharmacologie sont présentés sous forme d'un jeu interactif et sous forme de discussion. En deuxième partie, les interventions de courte durée, le modèle transthéorique et la motivation à cesser de fumer selon l'étape du processus de changement sont abordés sous forme d'histoire de cas, de travail de groupe et de discussion. Puis, dans la dernière partie, les interventions brèves, les outils (balance décisionnelle, échelle de motivation, etc.), documentation au dossier et les ressources sont présentés sous forme d'histoire de cas, de discussion et de jeux de rôle.

En conclusion, un retour, sous forme de discussion, est entamé sur la formation, et une période de questions et une évaluation sont réalisées. Enfin, une pochette contenant plusieurs documents est remise aux participants.

Résultats

Évaluation de la formation interactive par les infirmières et infirmières auxiliaires

La stratégie de formation interactive a été implantée durant les deux dernières semaines de mars 2008 et la première semaine d'avril 2008 dans le cadre d'une étude expérimentale (Lepage, 2010; Lepage, Renaud, et al., *sous presse*) dans deux centres hospitaliers du Québec. Au total, 207 infirmières et infirmières auxiliaires des unités de médecine et/ou de chirurgie étaient visées par la formation interactive, mais seulement 136 d'entre elles en ont bénéficié, soit 65,7 % du personnel visé.

Au départ, 30 sessions de formation de 90 minutes avaient été planifiées sur des plages horaires différentes afin de permettre au personnel de jour et de soir de se libérer plus facilement pour y assister. L'horaire des formations avait été planifié avec les gestionnaires des unités afin de répondre aux préférences du personnel infirmier de chacune des unités visées (avant le quart de travail, après le quart de travail, durant le quart de travail ou lors des repas). Au total, 25 sessions ont été données. L'annulation de cinq formations est due à la difficulté de libérer le personnel infirmier des unités de soins, surtout en soirée. Le nombre de participants présents aux formations a été en moyenne de $5,4 \pm 2,3$ personnes (2 à 10). Tout le contenu de la formation a pu être présenté à tous les groupes. Si le temps commençait à manquer

Contenu de la formation interactive

Section	Contenu	Moyens d'apprentissage	Durée
Introduction	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des personnes (inscription des noms sur des cartons) • Problème du tabagisme et cessation tabagique 	<input type="checkbox"/> Tour de table <input type="checkbox"/> Documentation	10 min.
Interventions en cessation tabagique	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle de l'infirmière en cessation tabagique à l'hôpital • Efficacité des interventions en cessation tabagique • Pharmacologie en cessation tabagique • Interventions minimales • Processus de changement de comportement • Nombre de fumeurs selon les processus de changement • Interventions brèves • Outils (balance décisionnelle, degré de motivation, etc.) • Documentation au dossier • Ressources 	<input type="checkbox"/> Jeu « Le Cercle » <input type="checkbox"/> Discussion <input type="checkbox"/> Tableau et velcro <input type="checkbox"/> Discussion	20 min.
		<input type="checkbox"/> Tableau et velcro <input type="checkbox"/> Discussion <input type="checkbox"/> Documentation <input type="checkbox"/> Jeux de rôles	35 min.
Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur le contenu de la formation • Évaluation 	<input type="checkbox"/> Discussion <input type="checkbox"/> Documentation	10 min.

durant une formation à cause de la trop grande participation des infirmières, le formateur réduisait le temps accordé aux histoires de cas.

Tous les participants ont été invités à évaluer la formation reçue sur un formulaire conçu à cet effet. Sur les 136 participants, 132 ont rempli le formulaire, soit un taux de réponse de 97,1 %. Le formulaire évaluait l'enseignement donné (structure, intérêt suscité, durée, déroulement), le formateur (maîtrise du sujet, réponses données aux participants), le matériel remis (documentation), l'environnement (physique et humain) et l'utilité de la formation pour la pratique quotidienne. Ces items étaient évalués sur une échelle de Likert de 4 à 1 (4 = très satisfaisant à 1 = non satisfaisant). Les participants pouvaient également ajouter des commentaires.

Tous les items ont reçu une cote supérieure à 3,3 sur 4. Parmi les items qui ont reçu une cote moins élevée (3,5 et moins), on trouve la durée de la formation (3,3) et l'environnement physique (3,5). Plusieurs participants ont trouvé la formation beaucoup trop courte et auraient aimé qu'elle dure plus longtemps. Certains locaux étaient inappropriés pour la formation (coin de la cafétéria ou local trop chaud).

Près de la moitié des participants ont émis des commentaires, soit 59 participants sur 132 (44,7

%). Beaucoup de commentaires avaient trait à la satisfaction au sujet de la formation. La majorité des participants l'a beaucoup appréciée : « La formation est très utile, car elle nous permet de démystifier les mythes et croyances concernant la cessation du tabagisme. »; « malgré une journée de travail chargé, il a su attirer notre attention et l'a soutenue. » « Il est intéressant de varier les méthodes d'apprentissage »; « Je suis arrivée sceptique et je repars convaincue!! Bravo!... »; « J'étais un peu réticente à venir pour la formation, une fois venue je suis très satisfaite. »; « Je vois l'enseignement sur la cessation de fumer d'un autre point de vue. » Parmi les aspects négatifs notés, plusieurs participants ont indiqué que la formation était trop courte : « Malheureusement c'était trop court! Formation aurait pu durer ½ journée. » Un seul commentaire a signalé que le nombre de participants était insuffisant (deux personnes), mais cette situation ne s'est produite qu'une seule fois.

La majorité des participants ne connaissaient pas le modèle transthéorique. Avant de recevoir la formation, ils intervenaient de façon identique avec tous les patients alors que le modèle enseigné suggère des interventions différenciées selon l'étape de changement où se situe le fumeur. Plusieurs participants ont grandement apprécié

recevoir des outils pour intervenir : « Ça me donne plus le goût d'intervenir auprès des patients. » « Merci pour les outils fonctionnels et réalistes dans l'application au quotidien... »; « ... Je me sens mieux outillé face à l'arrêt tabagique. » Seulement deux participants ont mentionné la difficulté d'intégrer cette connaissance dans leur pratique, à cause du manque de temps : « Avec nos tâches de travail et le manque fréquent de personnel, il nous est difficile d'accorder du temps aux patients pour intervenir en cessation de tabac. Non réaliste pour l'instant. » Deux autres participants ont signalé le manque de soutien de leurs organisations comme étant un obstacle à l'application de ces apprentissages.

Discussion

Impact de la formation interactive

L'étude expérimentale visait à évaluer si les infirmières et infirmières auxiliaires réalisaient davantage d'interventions en cessation tabagique après avoir reçu la formation. Une triangulation des données a été choisie afin de répondre aux hypothèses de recherche. Des questionnaires validés (Lepage, Champagne, & Renaud, 2013) auprès du personnel infirmier (avant la formation, un mois et trois mois après la formation), des entrevues auprès des patients hospitalisés ainsi qu'une vérification des dossiers (Lepage, 2010; Lepage, Renaud, et al., sous presse) ont permis d'observer une augmentation statistiquement significative de l'évaluation du statut tabagique ($p < 0,01$), de l'inscription de l'évaluation du statut tabagique au dossier ($p < 0,01$), une augmentation significative de l'évaluation de la motivation à cesser de fumer des patients ($p < 0,05$) et une augmentation du nombre d'interventions réalisées en cessation tabagique ($p < 0,05$). De plus, le personnel infirmier percevait beaucoup moins d'obstacles à intervenir en cessation tabagique ($p < 0,05$). De façon plus spécifique, après avoir reçu la formation, les infirmières ont indiqué être davantage en mesure d'intégrer les pratiques cliniques en cessation tabagique dans leur travail quotidien avec peu d'impact pour les soins des autres patients. Elles se sentent plus compétentes pour intervenir et croient que leurs interventions ont plus d'influence sur leurs patients. En effet, elles ont rapporté avoir une meilleure perception de leur efficacité personnelle pour intervenir en cessation tabagique; plusieurs participantes ont rapporté pouvoir inclure ces pratiques cliniques dans leur quotidien. Ces données sont appuyées par les propos des patients et par la vérification des dossiers.

Conclusion

La formation interactive d'une heure trente a eu un impact sur la réalisation et le nombre d'interventions réalisées en cessation tabagique (Lepage, 2010; Lepage, Renaud, et al., sous presse). De plus, les infirmières et infirmières auxiliaires qui ont suivi la formation interactive l'ont grandement apprécié. En effet, la formation interactive a permis de faire tomber certaines barrières et a sensibilisé les infirmières à l'importance d'intervenir tout en conservant une approche non culpabilisante.

Sur la base de ces résultats, nous croyons que tout le personnel infirmier devrait pouvoir bénéficier d'une formation interactive d'au moins une heure trente dans leurs milieux de travail. Or, dans tous les milieux québécois de soins, une partie du budget est obligatoirement réservée à la formation continue du personnel. Toutefois, pour faire en sorte que tout le personnel infirmier reçoive une formation en cessation tabagique, une priorité doit être accordée à cette formation. La formation continue est une des stratégies pour y arriver.

La formation choisie se doit toutefois d'être valide autant dans le contenu que dans sa forme. La formation présentée dans cet article a été validée par sept experts, quatre pour l'évaluation du contenu et trois pour l'évaluation de la formation pratique. Par ailleurs, la formation devrait respecter les orientations ministérielles en matière de cessation tabagique. De plus, comme la formation interactive a démontré une meilleure efficacité dans le changement des pratiques cliniques, elle devrait respecter les standards de la formation interactive. Tous les experts ont jugé que la formation présentée respectait les critères pour le contenu et pour l'interactivité.

Certaines préoccupations demeurent surtout en ce qui concerne le temps de formation limité de 90 minutes. De fait, lors des évaluations, plusieurs infirmières et infirmières auxiliaires ont indiqué qu'elles auraient aimé avoir plus de 90 minutes de formation afin d'expérimenter davantage les pratiques cliniques en cessation tabagique. Pour des questions de gestion du temps des infirmières, il apparaît difficile de proposer une formation de 3 heures, mais il serait peut-être possible de proposer l'ajout d'une autre formation de 90 minutes à un autre moment. Cette nouvelle période de formation permettrait de revenir sur l'expérience vécue par le personnel suite à la première formation. D'autres types de formation pourraient également être réalisées et évaluées, par exemple une formation en ligne afin de rejoindre un plus grand nombre de personnes, et ce, à moindre coût.

Vu l'importance des effets du tabagisme sur la santé et comme les infirmières représentent 50%

des effectifs du réseau de la santé (Langlois, Marleau, & Montmarquette, 2013), toutes les infirmières devraient être formé adéquatement pour intervenir en cessation tabagique et ce, peu importe le lieu de travail. C'est en faisant preuve de créativité et d'innovation que nous arriverons à lutter pour réduire la consommation du tabagisme.

Références

- Bao, Y., Duan, N., & Fox, S. A. (2006). Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *HSR: Health Services Research, 41* (6), 2114-2135.
- Benowitz, N. L. (2008). Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *The American Journal of Medicine, 121* (4A), S3-S10.
- Bolman, C., de Vries, H., & van Breukelen, G. (2002). Evaluation of a nurse-managed minimal-contact smoking cessation intervention for cardiac inpatients. [Article]. *Health Education Research, 17* (1), 99-116.
- Carson, K. V., Verbiest, M. E. A., Crone, M. R., Brinn, M. P., Esterman, A. J., Assendelft, W. J. J., & Smith, B. J. (2012). Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5), 144 pages.
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and Change. How addictions develop and addicted people recover*. New York: The Guilford Press.
- Fagerstrom, K. (2002). The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs, 62* (Suppl 2), 1-9.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N., L., Christiansen, B. A., . . . Williams, C. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public health service report. *American Journal of Preventive Medicine, 35*(2), 158-176.
- Gordon, J. S., Andrews, J. A., Lichtenstein, E., Severson, H. H., & Akers, L. (2005). Disseminating a smokeless tobacco cessation intervention model to dental hygienists: a randomized comparison of personalized instruction and self-study methods. *Health Psychology, 24* (5), 447-455.
- Hagan, L. (2006). L'éducation pour la santé: notions théoriques et guide d'intervention. In G. Carroll (Ed.), *Pratiques en santé communautaire* (pp. 75-90). Montréal: Chenelière Éducation.
- Hainsworth, D. S. (2008). Instructional materials. In S. B. Bastable (Ed.), *Nurse as educator. Principles of teaching and learning in nursing practice* (3 ed., pp. 473-514). Toronto: Jones & Bartlett.
- Kayser, J. W., & Thibault, C. (2006). *Counseling en abandon du tabac. Orientations pour la pratique infirmière : pour le bien-être et la santé des populations*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Koutsavlis, A. T., Paradis, G., Renaud, L., & Bergeron, P. (2001). *Dissémination des guides de pratiques chez les médecins*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Lancaster, T., & Stead, L. F. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD001292.
- Langlois, P. É., Marleau, D., & Montmarquette, C. (2013). *Le rehaussement de la formation de la relève infirmière: un levier de transformation du système de santé. Une analyse coûts/bénéfices*. Westmount: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Lepage, M. (2010). *Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de milieux hospitaliers*. (Doctorat santé publique (Ph.D.) Thèse de doctorat numérique), Université de Montréal, Montréal. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1866/3568>
- Lepage, M., Champagne, F., & Renaud, L. (2013). Un outil pour évaluer les pratiques cliniques des infirmières auprès des patients fumeurs en cessation tabagique à l'hôpital. *Recherche en Soins Infirmiers, 112*, 36-45.
- Lepage, M., Dumas, L., & Saint-Pierre, C. (2013). Teaching tobacco cessation to future nurse: Quebec educators' belief *Western Journal Of Nursing Research, 11* November, DOI: 10.1177/0193945913510629. Retrieved from <http://wjn.sagepub.com/content/early/2013/11/11/0193945913510629>
- Lepage, M., Dumas, L., & Saint-Pierre, C. (sous presse-a). Enseigne-t-on l'intervention en cessation tabagique aux futures infirmières? *Global Health Promotion*.
- Lepage, M., Dumas, L., & Saint-Pierre, C. (sous presse-b). L'intervention en cessation tabagique dans la formation infirmière au Québec : Enquête auprès des responsables de programmes. *Santé Publique*.
- Lepage, M., Renaud, L., Champagne, F., & Rivard, M. (sous presse). Évaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée en cessation tabagique auprès du personnel infirmier de milieux hospitaliers : résultats d'une étude expérimentale. *Recherche en soins infirmiers*.
- Matten, P., Morrison, V., Rutledge, D. N., Chen, T., Chung, E., & Wong, S. (2011). Evaluation of tobacco cessation classes aimed at hospital staff nurses. *Oncology Nursing Forum, 38*(1), 67-73. doi: 10.1188/11.onf.67-73

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390-395.
- Rice, V. H., & Stead, L. F. (2008). Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD001188.
- Robertson, M. K., Umble, K. E., & Cervero, R. M. (2003). Impact studies in continuing education for health professions: update. [Article]. *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 23* (2), 146-156.
- Shishani, K., Nawafleh, H., & Sivarajan Froelicher, E. (2008). Jordanian nurses' and physicians' learning needs for promoting smoking cessation. *Progress in Cardiovascular Nursing, 23* (2), 79-83.
- Siddiqi, K., Newell, J., & Robinson, M. (2005). Getting evidence into practice: what works in developing countries? *International Journal for Quality in Health Care, 17* (5), 447-454.
- Spencer, L., Pagell, F., Hallion, M. E., & Adams, T. B. (2002). Applying the transtheoretical model to tobacco cessation and prevention: a review of literature. *American Journal of Health Promotion, 17* (1), 7-71.
- Statistique Canada. (2012). Enquête Canadienne sur la santé des collectivités. Retrieved 16 avril 2012, 2012, from http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/ind01/l3_2966_2968-fra.htm?hili_health73
- Stead, L. F., Buitrago, D., Prediado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5), 75 pages.
- Tremblay, M., Cournoyer, D., Jukic, D., & O'Loughlin, J. (2006). *Le counseling en abandon du tabac: Résultats d'une enquête menée auprès des infirmiers et infirmières du Québec - 2005*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Tremblay, M., & Thibault, C. (2005). La lutte au tabagisme: comment quelques minutes peuvent sauver des vies. *Perspective Infirmière, 2* (4), 30-34.
- Umble, K. E., & Cervero, R. M. (1996). Impact studies in continuing education for health professionals: a critique of the research syntheses. *Evaluation & the Health Professions, 19* (2), 148-174.
- Victor, C. J., Brewster, J., M., Ferrence, R., Ashley, M. J., Cohen, J. E., & Selby, P. (2010). Tobacco-related medical education and physician interventions with parents who smoke: Survey of Canadian family physicians and pediatricians. *Canadian Family Physician, 56*(2), 157-163.
- Whyte, R. E., Watson, H. E., & McIntosh, J. (2006). Nurses' opportunistic interventions with patients in relation to smoking. *Journal of Advanced Nursing, 55* (5), 568-577.
- Yan, J., Xiao, S., Ouyang, D., Jiang, D., He, C., & Yi, S. (2008). Smoking behavior, knowledge, attitudes and practice among health care providers in Changsha city, China. *Nicotine & Tobacco Research, 10* (4), 737-744.