



**MAISON L'ALCÔVE**  
**Programme d'abandon du tabac**

Présentation du programme « *J'Tabac maintenant !* »

Chantal Levesque, M. Sc.  
Septembre 2006

## **Remerciements**

La réalisation du programme « *J'Tabac maintenant!* » est un projet pour lequel la contribution de plusieurs partenaires était indispensable pour être en mesure de relever le défi. Il s'agissait d'atteindre des objectifs ambitieux : premièrement celui d'aider les personnes alcooliques ou toxicomanes à cheminer vers une initiative d'abandon du tabac et deuxièmement, celui de modifier de manière importante la culture et les pratiques d'intervention d'intervenants expérimentés. Le défi était de taille aussi parce que le programme s'avérait non seulement novateur, mais controversé, étant donné les philosophies des pratiques et les caractéristiques des clientèles visées par les interventions.

J'aimerais d'abord remercier Maison L'Alcôve d'avoir cru au projet en acceptant de relever le défi. Un merci tout particulier s'adresse au conseil d'administration de l'organisme, à madame Manon Desrosiers, à monsieur Marc Caya, ainsi qu'à tous les intervenants du centre et aux employés de soutien.

Les résidants qui ont participé à certaines étapes de l'élaboration du programme d'intervention ont permis de bien circonscrire l'intervention en fonction des réalités de cette clientèle fumeuse. Nous tenons à les remercier pour leur collaboration et leur contribution enrichissante.

Il est important aussi de mentionner la contribution extraordinaire de madame Marion Schnebelen à la plupart des étapes de réalisation du projet. Cette collaboratrice a été à la hauteur des attentes des promoteurs du projet.

Messieurs Jacques Deguise, André Castonguay PhD. et Stéphane Groulx M.D. ont aussi contribué de manière exceptionnelle au niveau de la formation des intervenants et nous leur en sommes reconnaissants.

L'équipe d'évaluation est un autre élément important à souligner pour la réalisation du projet d'expérimentation. Nous remercions donc madame Ann Royer ainsi que monsieur Michael Cantinotti pour leur contribution et leur beau travail.

Enfin la réalisation de ce projet n'aurait évidemment pas été possible sans une contribution financière permettant l'élaboration, l'implantation ainsi que l'évaluation du programme « J'Tabac *maintenant !* ». Nous tenons donc à remercier Santé Canada pour avoir accepté de contribuer financièrement à la réalisation du programme.

## **Avant propos**

Les programmes de prévention du tabagisme comme les campagnes de sensibilisation de masse et les services d'abandon du tabac ont permis de réduire de façon considérable le nombre de fumeurs au sein de la population en général. Depuis quelques années, la prévalence du tabagisme semble toutefois stagner et, lorsqu'elle diminue, il s'agit que d'un faible pourcentage de réduction du nombre de fumeurs.

D'après certains analystes, le nombre actuel de fumeurs ne pourra diminuer de façon aussi marquée que par le passé puisqu'il s'agit de fumeurs qui présentent des problèmes multiples comme : l'alcoolisme, la toxicomanie, la maladie mentale, la pauvreté, etc. Nous sommes donc confrontés à une clientèle fumeuse avec laquelle nous devons désormais travailler différemment, afin d'être en mesure de les inciter à mettre fin à leur problème de dépendance aux produits du tabac. Certains auteurs les caractérisent comme des fumeurs irréductibles. De notre point de vue, nous les considérons comme un groupe de fumeurs qui nécessitent une attention particulière et qui requièrent des approches d'intervention différentes de celles existantes jusqu'à présent dans le cadre des programmes offerts au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Le programme « *J'Tabac maintenant!* » est une réponse à ce besoin actuel d'offrir des programmes dont l'approche diffère des modèles plus traditionnels. En d'autres mots, ces nouveaux modes d'intervention devraient permettre de rejoindre la clientèle qui favorise actuellement le maintien des taux de prévalence élevés. L'approche d'intervention doit s'adapter aux réalités de ce groupe de fumeurs; à savoir aux multiples problèmes auxquels ces personnes sont confrontées. Ces réalités

favorisent en quelque sorte l'usage des produits du tabac et le maintien du comportement de fumeur.

Les résultats d'expérimentations nous ont permis de démontrer qu'il est possible de réduire le taux de tabagisme au sein de cette clientèle et il s'avère intéressant de constater que les taux d'abandon sont supérieurs et se maintiennent dans le temps, lorsqu'on les compare à ceux obtenus dans le cadre des programmes offerts à la population en général. La leçon retenue par l'expérimentation du programme « *J'Tabac maintenant!* » demeure essentiellement le fait qu'il est possible d'intéresser ces personnes fumeuses à mettre fin à leur tabagisme, dans la mesure où leur réalité est prise en considération dans les initiatives d'intervention et à la condition que les intervenants soient outillés convenablement pour pouvoir intervenir adéquatement en fonction des besoins particuliers de cette clientèle.

À titre d'auteure de ce programme, je suis heureuse d'avoir cru aux capacités de ces fumeurs à mettre fin à leur dépendance au tabac et d'avoir fait confiance aux habiletés des intervenants à soutenir efficacement les fumeurs qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne du traitement de la dépendance aux substances.

Chantal Levesque, M.Sc.

## TABLE DES MATIÈRES

Remerciements . . . . .	2
Avant-propos . . . . .	4
Introduction . . . . .	8
1. Problématique . . . . .	10
1.1 Prévalence du tabagisme chez les fumeurs ayant un problème d'abus de substances . . . . .	10
1.2 Paradigme de la réduction des méfaits . . . . .	10
1.3 Motivation des usagers de centres de traitement d'abus de substances d'arrêter l'usage du tabac simultanément au premier traitement. . . . .	12
2. Présentation du programme « <i>J'Tabac maintenant!</i> » . . . . .	13
2.1 Programme de formation . . . . .	14
2.1.1 Approche de formation . . . . .	14
2.1.1.1 L'andragogie . . . . .	15
2.1.1.2 Le constructivisme . . . . .	15
2.1.2 Composantes du programme de formation . . . . .	16
2.1.3 Objectifs visés par le programme de formation . . . . .	19
2.1.4 Atteinte des objectifs de formation . . . . .	20
2.2 Programme d'intervention . . . . .	25
2.2.1 Approche d'intervention . . . . .	26
2.2.2 Composantes du programme d'intervention. . . . .	28
2.2.2.1 L'intervention brève . . . . .	30
2.2.2.2 L'intervention de groupe . . . . .	31
2.2.2.3 L'intervention intensive . . . . .	32
2.2.3 Objectifs visés par le programme d'intervention . . . . .	33
2.2.4 Atteinte des objectifs d'intervention. . . . .	33

3. Facteurs facilitant et contraignant l'intervention lors de l'implantation du programme « <i>J'Tabac maintenant!</i> » . . . . .	34
3.1 Facteurs facilitants . . . . .	35
3.1.1 La formation . . . . .	36
3.1.2 Les outils développés pour soutenir l'intervention et le processus d'abandon . . . . .	36
3.1.3 Les composantes du programme . . . . .	37
3.1.4 La continuité des services . . . . .	38
3.1.5 Le tabagisme des intervenants . . . . .	38
3.2 Facteurs contraignants . . . . .	39
3.2.1 La philosophie et la culture d'intervention. . . . .	40
3.2.2 La charge de travail . . . . .	41
3.2.3 Le journal de bord . . . . .	42
3.2.4 Les délais d'attente pour l'accès aux substituts à la nicotine. . . . .	42
3.2.5 Le fumoir . . . . .	43
4. Prévention de la rechute . . . . .	44
4.1 Considération de la rechute dans le programme « <i>J'Tabac maintenant!</i> » . . . . .	44
4.2 Facteurs qui favorisent la tentation ou la rechute . . . . .	45
4.3 Stratégies de gestion de la tentation ou de la rechute . . . . .	46
5. Résultats d'expérimentation . . . . .	48
Conclusion . . . . .	49
Bibliographie . . . . .	51

## **Introduction**

La culture d'intervention, au Québec comme au Canada, considère la cessation tabagique comme un traitement difficilement conciliable avec un traitement d'abus de substances. La documentation récente démontre toutefois que ces deux traitements suivis simultanément sont non seulement possibles, mais se définissent désormais comme un moyen efficace de prévenir la rechute chez les personnes alcooliques ou toxicomanes. En effet, la littérature fait état d'expérimentations récentes qui se sont avérées efficaces pour aider à prévenir la rechute chez la clientèle de centres de traitement des toxicomanies qui entreprennent simultanément un programme d'abandon du tabac. En d'autres termes, toujours selon la littérature sur le sujet, un programme d'abandon du tabac offert au même moment qu'un traitement d'abus de substances ne mettrait pas en péril le succès de ce dernier. La combinaison des deux types de traitement s'avérerait plutôt une formule gagnante pour cette clientèle, tant au niveau de la prévention de la rechute qu'à celui de la protection de la santé, puisque la santé de ces personnes serait estimée plus à risque que les autres fumeurs sans problèmes d'abus de substances.

Maison l'Alcôve est un organisme qui offre des services de traitement depuis déjà plus de 20 ans. L'une des principales préoccupations au coeur des programmes de traitement offerts par cet organisme est d'outiller la clientèle avec des moyens et des trucs concrets les rendant aptes à traiter autant leurs dépendances que pour les aider à prévenir la rechute. C'est dans le contexte particulier de la prévention des rechutes que s'introduit l'offre d'un service de cessation tabagique concomitant à des traitements d'abus de substances à Maison l'Alcôve.

La démarche d'abandon du tabac demeure toutefois en harmonie avec la littérature voulant que seul le fumeur puisse décider si le moment est propice ou non à l'arrêt tabagique. Ce qui signifie que la démarche d'abandon du tabac à Maison l'Alcôve est à la convenance du résidant. La répétition des interventions tabagiques est aussi un élément d'intervention efficace puisqu'elle permet d'aider le fumeur à cheminer vers une initiative concrète d'abandon du tabac. Il est alors important que les intervenants de Maison l'Alcôve s'assurent de sensibiliser la clientèle aux bienfaits de l'arrêt tabagique pendant tout leur séjour ainsi que dans le cadre du suivi en externat.

La formation des intervenants est la première phase d'implantation du programme d'intervention en arrêt tabagique et, la deuxième est la prestation des services à la clientèle. Le présent document brosse un tableau des approches et des composantes de ces deux volets du programme, des objectifs visés, des facteurs qui facilitent et ceux qui contraignent l'implantation du programme ainsi qu'un bref aperçu des résultats obtenus par la formation et l'intervention dans le cadre du programme « J'Tabac *maintenant!* » développé et expérimenté à Maison l'Alcôve.

## **1. Problématique**

### **1.1 Prévalence du tabagisme chez les fumeurs ayant un problème d'abus de substances**

La prévalence du tabagisme parmi cette clientèle est de deux à trois fois supérieure à la population en général. En effet, 80 % à 95 % des personnes ayant un problème d'abus de substances sont aussi fumeurs. De plus, la très grande majorité de cette clientèle fume quotidiennement plus de 30 cigarettes (Fertig : 1999).

D'après certaines études, cette clientèle serait encore plus à risque de développer une maladie chronique, comme un cancer ou une maladie cardio-vasculaire, toujours en comparaison avec les fumeurs sans problème de toxicomanie (Bobo : 1992, Abrams, et al. : 1996, McIvain, et al. : 1998). Des recherches démontrent aussi que les gens avec un historique d'abus d'alcool demeurent plus à risque de développer des problèmes de santé s'ils continuent à fumer, et ce, même après l'arrêt de leur consommation abusive.

La clientèle de Maison l'Alcôve ne fait pas exception à cette réalité décrite précédemment puisque les personnes qui fréquentent ce centre de traitement de la dépendance sont majoritairement fumeuses. En effet, d'après des statistiques internes, plus de 80 % des résidants fument lors de l'inscription.

### **1.2 Paradigme de la réduction des méfaits**

Dans le domaine du traitement des toxicomanies, le maintien du tabagisme est souvent préconisé. Cette pratique est motivée par la crainte que l'abandon du tabac compromette les initiatives du traitement

des autres substances. Au départ, les intervenants de Maison l'Alcôve endossaient cette pratique; pour plusieurs, le tabagisme n'était qu'une mauvaise habitude.

C'est à partir de telles croyances que les intervenants en sont venus à croire qu'il est préférable de ne pas encourager les usagers à cesser de fumer. Selon les tenants de cette philosophie, il est moins dommageable de fumer que de reprendre de l'alcool ou des drogues. Selon eux, cette argumentation se justifie dans le cadre de la réduction des méfaits.

Ce raisonnement n'est pas valable si l'on considère que les méfaits causés par le tabagisme sur la santé sont plus importants que toutes les drogues réunies y compris l'alcool. D'autant plus que les recherches scientifiques démontrent que la synergie des effets du tabac combinés avec ceux de l'alcool s'avère encore plus dommageable pour la santé des personnes alcooliques.

Des recherches scientifiques ont révélé que le tabac et l'alcool stimulent les mêmes neurones. Cesser de fumer réduit les risques de reprendre de l'alcool et vice-versa. Dans cette optique, encourager la poursuite du tabagisme va à l'encontre de la théorie classique de la réduction des méfaits qui vise essentiellement à atténuer les problèmes liés à la consommation abusive.

Des résultats d'expérimentations démontrent que le nombre total de jours d'abstinence était plus élevé parmi ceux qui ont cessé de fumer de façon concomitante avec l'arrêt de substances, comparativement aux usagers qui avaient soit maintenu leur tabagisme ou recommencé à fumer (Kohn, Tsoh et Weisner : 1996). En tenant compte de ces résultats de recherches et du contexte favorable qu'offre un programme tel que « *J'Tabac maintenant!* », nous croyons qu'une véritable réduction des

méfais serait possible grâce à un arrêt tabagique lors du traitement d'une toxicomanie.

### **1.3 Motivation des usagers de cesser l'usage du tabac simultanément à un traitement d'abus de substances**

À la lumière de plusieurs publications, un nombre considérable de personnes qui suivent une thérapie souhaiteraient aussi mettre fin à leur tabagisme (Irving et al., 1995). Similairement à cet auteur, Elingstat et al. (1999) rapportent que cette clientèle considère le tabac comme un stimulant à la prise d'alcool et que la cessation tabagique serait un bénéfice résultant de la résolution de leur problème de consommation. Enfin, plusieurs affirment que le séjour en milieu thérapeutique offre une opportunité d'accompagnement favorisant la cessation tabagique qu'ils ne retrouveraient pas en d'autres circonstances.

Les discussions réalisées avec des résidants et des clients en externat de Maison l'Alcôve, avant l'implantation du programme d'abandon du tabac, viennent appuyer les précédents propos. En d'autres termes, la plupart des usagers rencontrés disent considérer intéressante l'idée de l'arrêt tabagique intéressante simultanément au traitement. De plus, plusieurs d'entre eux ont mentionné que leur tabagisme avait augmenté lors de la thérapie. Ils précisent aussi que le fait d'être entourés de fumeurs et la possibilité de fumer qui leur est offerte par le centre constituent inévitablement un obstacle important à une initiative d'abandon du tabac. Par contre, tous les usagers soulignent, qu'ils n'étaient pas au courant de l'existence d'un fumoir avant leur arrivée au centre, ce qui ne constituait donc pas un critère pour la sélection d'un lieu de thérapie.

## **2. Présentation du programme « J’Tabac maintenant!»**

Le programme « J’Tabac maintenant!» se divise en deux grands volets : un programme de formation pour les intervenants et un programme d’intervention pour la clientèle inscrite à un traitement d’abus de substances. Ces programmes ont été développés spécifiquement en vue d’intervenir sur le tabagisme dans un contexte d’abus de substances, ainsi que dans la logique qu’il s’agit d’une clientèle requérant un soutien différent de celui déjà offert par les programmes mis en place dans le réseau public de la santé et des services sociaux. Les gestionnaires, les intervenants ainsi que les usagers ont été des collaborateurs importants dans l’élaboration des volets du programme. Ils ont été invités à participer activement à toutes les étapes d’élaboration, d’implantation et d’évaluation des programmes de formation et d’intervention. La conception des programmes inspirés par la littérature et réalisée en étroite collaboration avec ces acteurs, s’avérait indispensable pour assurer l’élaboration d’un programme qui refléterait leurs réalités et leurs besoins spécifiques. Il était aussi très important pour les concepteurs du programme de s’assurer d’identifier et de s’inspirer des expérimentations qui se sont déjà démontrées efficaces dans d’autres contextes similaires.

Ce travail en partenariat visait d’abord et avant tout l’atteinte d’une meilleure appropriation des programmes par les personnes interpellées et le respect de la culture d’intervention propre à ce milieu de traitement. Il était alors important pour les concepteurs de s’assurer de bien comprendre les réalités du milieu afin que les composantes du programme s’harmonisent avec la culture de ce milieu d’intervention et qu’elles correspondent aux dites réalités et aux besoins spécifiques de la clientèle et de l’organisme. Il était aussi indispensable que les intervenants puissent percevoir le tabagisme comme une dépendance au

même titre que les autres dépendances auxquelles ils sont confrontés quotidiennement lorsqu'ils interviennent avec la clientèle du centre.

## **2.1 Programme de formation**

Ce programme de formation considère le tabagisme comme une dépendance et il permet aux intervenants d'accueillir une clientèle fumeuse identifiée comme étant plus difficile à rejoindre pour du soutien à une initiative d'abandon du tabac.

La philosophie du programme de formation repose aussi sur le fait que les intervenants de Maison L'Alcôve sont habilités à intervenir au niveau de la dépendance ce qui constitue un atout important pour la réussite de l'intervention dans le domaine du tabagisme.

### **2.1.1 Approche de formation**

La formation est un univers en mouvement, ce qui favorise une évolution dans les approches de transmission de l'information. En effet, celles-ci sont en continuelle transformation afin de répondre aux besoins et aux changements qui s'opèrent avec l'évolution de la société et à l'avènement des technologies de plus en plus utiles pour soutenir l'apprentissage. Par conséquent, ces transformations impliquent aussi un changement important dans le rôle et les responsabilités des formateurs comme des apprenants.

L'approche adoptée pour la conception du programme de formation offert à Maison L'Alcôve repose sur des principes et des postulats du domaine de l'andragogie et du courant des pratiques constructivistes.

### **2.1.1.1 L'andragogie**

L'andragogie s'adresse spécifiquement à l'enseignement aux adultes, à l'inverse de la pédagogie qui vise l'enseignement aux enfants. Il est désormais bien établi que l'adulte apprend différemment de l'enfant; de ce fait, il est donc nécessaire d'adapter les pratiques d'enseignement afin de favoriser un apprentissage de meilleure qualité et correspondant aux réalités et attentes des adultes.

Il y a quelques années, Malcom Knowles a regroupé des observations pratiques qu'il a par la suite utilisées pour définir des lignes de conduite utiles pour mieux outiller les formateurs qui s'adressent à une clientèle d'apprenants adultes. Le programme de formation de Maison L'Alcôve a tenu compte de ces principes d'andragogie qui stipulent que : les adultes sont autonomes, ils possèdent des connaissances et une expérience de vie, ils sont orientés vers des objectifs, ils ont besoin de savoir pourquoi ils apprennent quelque chose, ils ont un sens pratique et ils s'attendent au respect.

### **2.1.1.2 Le constructivisme**

Les théories éducatives ont puisé dans différents courants pour définir des approches de formation. L'instructivisme est une approche éducative qui prévaut depuis fort longtemps dans les divers programmes de formation.

L'instructivisme considère l'apprenant comme une personne passive devant l'enseignant puisque ce dernier détient les informations

nécessaires. À l'inverse, le courant constructivisme considère l'apprenant comme une personne active dans son apprentissage.

Le formation des intervenants dans le cadre du programme « J'Tabac *maintenant!* » a plutôt favorisé l'approche du constructivisme à cause justement des principes qu'elle soutient. Angéline Martel présente un tableau<sup>1</sup> comparatif des deux approches que vous pouvez consulter en annexe du présent document. Ces informations ont largement guidé les processus d'élaboration et de prestation du programme de formation.

En résumé, l'approche de formation privilégiée repose sur des principes d'enseignement qui respectent les apprenants en tant qu'adultes possédant déjà un bagage d'intervention et des habiletés propres à leur univers. Les techniques de formation permettent donc l'acquisition de nouvelles connaissances et l'appropriation d'un nouveau modèle d'intervention puisque la considération des participants et de leur réalité est à la base du programme de formation.

### **2.1.2 Composantes du programme de formation**

Le programme de formation se compose de volets théoriques et pratiques. Au total, les intervenants ont reçu quatre jours complets de formation et quelques sessions de formation continue.

La première phase de la formation s'intéresse aux aspects plus généraux du tabagisme et de l'intervention. La deuxième partie se définit plus comme le volet pratique et comprend des demandes de précisions exprimées par les intervenants suite à une série de rencontres individuelles, à des techniques d'intervention, à l'expérimentation

---

<sup>1</sup> <http://www.refad.ca/recherche/constructivisme/constructivisme.html>

concrète de ces modèles d'intervention et à la familiarisation avec les outils d'intervention et de collecte de données.

Les sessions de formation ont été offertes à tous les intervenants au service de Maison l'Alcôve et un certificat leur a été remis lors de la dernière session. Des sessions de formation continue ont eu lieu à différents moments du processus d'expérimentation. Les formations continues permettent l'apprentissage de nouvelles connaissances mais ces rencontres ont aussi comme effet de maintenir la motivation des intervenants à agir sur le tabagisme des clients.

Les intervenants ont eu le privilège, dans le cadre des sessions de formation, de côtoyer des professionnels et des experts liés aux divers volets du tabagisme (toxicologie, marketing social, médecin-conseil, intervenant en abandon du tabac, etc.). L'apport de ces professionnels a permis aux intervenants de recevoir des informations variées. L'interaction continue avec les intervenants a aussi été au cœur des sessions de formation. Les principaux thèmes abordés dans le cadre de ces sessions de formation sont :

- Les objectifs du programme de formation et du programme d'intervention;
- Les volets du programme d'intervention (intervention brève, intervention intensive et intervention de groupe);
- Le rôle des intervenants de Maison l'Alcôve dans le traitement de l'abus de substances vis-à-vis la dépendance au tabac;
- Les peurs de l'intervenant;
- Le paradigme de la réduction des méfaits dans le domaine du traitement d'abus de substances;
- Le tabagisme et l'abus de substances : impacts d'un traitement concomitant;

- Les effets du tabagisme sur la santé en général et spécifique à la clientèle;
- Les avantages de l'abandon du tabac;
- Les principales barrières des fumeurs;
- L'acquisition du tabagisme;
- Le désir des fumeurs de cesser de fumer;
- La démystification du tabagisme – volets social, comportemental et biochimique;
- Les différences de genres et les différences socio-économiques des fumeurs actuels;
- La fumée de tabac environnementale et ses effets;
- Le traitement du tabagisme – traitement psychosocial et traitement médical;
- Ateliers pratiques.

La participation des gestionnaires de Maison l'Alcôve a aussi été indispensable pour mieux outiller les intervenants sur la question du tabagisme puisqu'il était important pour eux d'intégrer les nouvelles connaissances dans leur domaine d'intervention. Après tout, les intervenants du domaine du traitement de l'abus de substances ne sont-ils pas des acteurs incontournables pour soutenir une démarche de traitement du tabagisme, puisque cette dépendance est comparable à la dépendance à l'alcool ou aux drogues? En d'autres mots, ces intervenants sont déjà habilités à agir sur les dépendances. Il leur suffit donc de mieux comprendre le tabagisme et d'en saisir les subtilités pour être en mesure d'associer les habiletés d'intervention qu'ils possèdent déjà par leur travail dans le domaine du traitement des dépendances, aux nouvelles techniques d'intervention du domaine du tabagisme.

### **2.1.3 Objectifs visés par le programme de formation**

Les principaux objectifs d'une formation complète en cessation tabagique spécifique à la clientèle en traitement d'abus de substances, offerte à tous les intervenants de Maison l'Alcôve, se veulent comme suit :

- 1) Aider les intervenants à mieux appréhender leur rôle et l'importance de leur implication dans les nouvelles initiatives du centre soit l'offre systématique à tous les clients d'un traitement du tabagisme;
- 2) Offrir les apprentissages et le soutien nécessaires pour permettre aux intervenants d'améliorer leur compréhension du tabagisme et de la dépendance à la nicotine;
- 3) Présenter les connaissances de base considérées indispensables pour habiliter les intervenants à agir dans le traitement de la dépendance au tabagisme dans un contexte de multi dépendances (drogues, alcool, médicaments, jeu pathologique, etc.);
- 4) Présenter le traitement du tabagisme comme un processus qui s'accompagne d'étapes de changements identifiables et influençables;
- 5) Aider l'intervenant à identifier et à adapter l'intervention en fonction de l'étape de changement de comportement des clients fumeurs;
- 6) Informer l'intervenant au sujet des traitements de la dépendance à la nicotine et des particularités de la clientèle en traitement d'abus de substances;

- 7) Familiariser les intervenants avec les possibilités de rechutes et les interventions adéquates à ces moments précis.

#### **2.1.4 Atteinte des objectifs de formation**

Comme nous l'avons déjà mentionné tout au long de ce document, la formation visait le changement et le renforcement de perceptions, de connaissances et de motivation chez les intervenants de Maison l'Alcôve en ce qui a trait au tabagisme des résidants. De la même manière que le programme d'intervention, la formation s'inscrit dans un processus d'expérimentation.

L'un des principaux défis auxquels étaient confrontés les concepteurs de cette formation était de permettre aux intervenants d'acquérir de nouvelles connaissances et d'être en mesure de transférer et d'associer ces nouveaux apprentissages aux techniques d'intervention déjà maîtrisées par ce type d'intervenant. Il était aussi important de motiver ces derniers à intervenir sur le tabagisme étant donné que cette préoccupation n'était pas nécessairement au cœur de leurs interventions quotidiennes. Au contraire, les intervenants avaient souvent tendance à suggérer aux clients de s'approvisionner suffisamment en cigarettes avant d'entrer en thérapie puisqu'ils observaient que la consommation de cigarettes des résidants augmentait considérablement pendant le séjour. De plus, les intervenants fumeurs avaient tendance à fumer avec les clients au moment des pauses. Enfin, le centre était responsable des emplettes des clients, ce qui incluait aussi l'achat de cigarettes. Bien entendu, l'introduction d'un programme d'aide à l'abandon du tabac, pour être cohérent avec la mission du centre, soit le traitement des dépendances, obligeait inévitablement les personnes impliquées à

changer certaines coutumes, dont celles énumérées précédemment. La formation était donc le premier pas vers ce changement des habitudes d'intervention et de services à la clientèle afin que le centre s'engage de manière cohérente dans un processus de traitement du tabagisme. Tout comme il est inacceptable pour le centre de tolérer la consommation d'alcool ou de drogues dans son environnement ou encore d'en fournir à la clientèle, il devait en devenir de même pour les produits du tabac.

Les données recueillies dans le cadre de la compilation des questionnaires écrits et des entrevues individuelles semblent démontrer que les objectifs de la formation ont été atteints. Ce chapitre se veut plutôt une synthèse des points saillants des sessions de formation et de ses résultats d'évaluation. Une description plus détaillée des résultats est présentée dans le cadre du rapport final d'évaluation que le lecteur peut consulter en contactant directement Maison l'Alcôve. Les principaux thèmes abordés dans le cadre de l'évaluation pré et post-formation sont :

- *La perception du tabagisme;*
- *La connaissance liée au tabagisme;*
- *La perception de la cessation tabagique;*
- *La connaissance des moyens pour cesser de fumer;*
- *La motivation à suivre la formation;*
- *Les modalités d'intervention sur le tabagisme;*
- *La motivation à intervenir sur le tabagisme de la clientèle;*
- *La perception de la formation et des apprentissages;*
- *La participation de l'intervenant au processus d'intégration d'un programme de cessation tabagique;*
- *Les éléments de formation utilisés dans l'intervention;*
- *L'utilisation des documents;*
- *L'intervention systématique sur le tabagisme des clients;*
- *Le retour sur la question du tabac avec les clients;*
- *L'adaptation et le transfert du programme d'intervention dans un contexte d'abus de substances;*
- *Les éléments de la formation ardues à intégrer, les suggestions pour l'amélioration du programme;*
- *Les éléments qu'ils souhaitent approfondir;*
- *Les points d'intérêt qu'ils souhaitent aborder.*

Tous ces points ne seront pas abordés dans le cadre de ce document. Nous nous concentrerons plutôt sur les objectifs de formation.

En ce qui concerne *l'appréhension du rôle et l'importance de l'implication des intervenants dans le nouveau programme d'abandon du tabac*, il semble que l'information reçue dans le cadre de la formation a permis de changer les perceptions des intervenants quant à l'offre d'un traitement d'abandon du tabac simultanément à celui de l'abus de substances. Ce changement de perception s'avère important pour que les intervenants se sentent à l'aise d'offrir les services d'abandon du tabac. En d'autres termes, l'implantation du programme d'intervention est en quelque sorte tributaire de la compréhension du rôle et de la motivation des intervenants qui peuvent parfois être influencés par des croyances erronées.

*Quant aux apprentissages et au soutien nécessaire pour permettre aux intervenants d'améliorer leur compréhension du tabagisme et de la dépendance à la nicotine, ainsi qu'aux connaissances de base considérées indispensables pour habiliter les intervenants à agir dans le traitement de la dépendance au tabagisme dans un contexte de multi dépendances (drogues, alcool, médicaments, jeu pathologique, etc.), les sessions de formation semblent y avoir très bien répondu puisque les intervenants disent maintenant mieux saisir l'univers du tabagisme et de la dépendance aux produits du tabac.*

Les données recueillies auprès des intervenant confirment que les sessions de formation ont aussi favorisé leur sentiment général d'être désormais habilités à intervenir sur le tabagisme puisque les informations reçues ont permis *de mieux comprendre les étapes de changement d'un cheminement vers l'abandon du tabac et des différents traitements offerts pour soutenir la clientèle et ainsi être en mesure*

*d'identifier et d'adapter l'intervention en fonction de l'étape de changement de comportement des fumeurs.* D'après les résultats d'évaluation, la formation a permis à l'ensemble des intervenants d'avoir une meilleure connaissance des moyens thérapeutiques existants pour soutenir les fumeurs dans une démarche d'abandon du tabac concomitant à un traitement d'abus de substances. De plus, les intervenants ont mentionné avoir apprécié certains thèmes particuliers abordés dans le cadre de la formation, par exemple, l'entrevue clinique pour la cessation tabagique, son côté pratique et technique, les jeux de rôles, la bataille économique de l'industrie du tabac, la fumée secondaire, les liens de rechute avec les autres types de dépendances, la dépendance à la nicotine et ses effets et enfin, les liens avec la médication et le traitement d'abandon du tabac. Ces derniers aspects sont en lien avec le dernier objectif de formation voulant *permettre aux intervenants de se familiariser avec les rechutes et les interventions adéquates dans ces moments précis.* En d'autres termes, ce dernier objectif a aussi été atteint par l'effet de la formation.

Puisque la démarche adoptée par les concepteurs des programmes de formation et d'intervention valorise la participation active des acteurs impliqués directement, il a été intéressant de permettre aux intervenants de signaler certains aspects de la formation qui leur ont semblé problématiques ou insuffisants. Les propos recueillis sont riches en apprentissages autant pour les formateurs, pour les gestionnaires que pour les concepteurs du programme. La considération de ces informations a été utile pour l'amélioration de la formation et pour la préparation des sessions de formation ultérieures qui devaient répondre aux besoins exprimés par les intervenants.

D'après les résultats d'évaluation, les intervenants considèrent que les informations reçues sont nombreuses et pertinentes, mais surtout en

quantité suffisante pour permettre l'augmentation de leurs connaissances au sujet du tabagisme et de son traitement. Par contre, leur grand nombre requiert un certain temps d'assimilation. La dernière session de formation a donc permis aux intervenants de mieux intégrer les informations reçues et ainsi de mieux travailler avec les techniques d'intervention par l'exercice concret de simulation de cas.

La formation a permis d'établir qu'une véritable réduction des méfaits auprès des fumeurs toxicomanes s'accomplit simultanément à un arrêt tabagique, contrairement aux anciennes croyances du milieu d'intervention. Les intervenants paraissent maintenant déterminés à agir sur cette dépendance et ils trouvent désormais incohérent d'avoir un fumoir sur place et de suggérer aux clients de faire une grande provision de tabac avant d'entrer en traitement. Ces constats confirment leur nouvelle compréhension du tabagisme à titre de dépendance au même niveau que les autres toxicomanies sur lesquelles ils interviennent régulièrement dans le cadre de leur travail.

En conclusion, suite aux résultats des évaluations réalisées avant et après la prestation du programme de formation conçu dans le cadre spécifique du programme « J'Tabac *maintenant!* » de Maison l'Alcôve, nous considérons que ce programme a très bien répondu aux besoins des intervenants qui oeuvrent dans ce centre de traitement des dépendances. Il nous semble alors possible de fortement suggérer l'offre d'un tel programme à des centres de thérapie comparables à Maison l'Alcôve qu'ils soient des organismes privés, communautaires ou publics. Le programme de formation pourrait aussi, avec quelques ajustements, très bien outiller et soutenir des intervenants qui travaillent dans le domaine du traitement de l'abus de substances dont la clientèle est reçue en externe.

L'implication active des intervenants et l'écoute de leurs besoins sont aussi au cœur des objectifs atteints par ce programme de formation. Le renforcement de leurs habiletés d'intervention et le soutien au transfert de connaissances d'un type de dépendance à un autre sont aussi primordiaux pour favoriser un changement de pratique, mais aussi pour permettre aux intervenants d'avoir confiance en leurs capacités et habiletés d'intervention. Les outils de formation se doivent d'être simple afin de favoriser autant l'apprentissage par l'intervenant que la diffusion du contenu auprès de la clientèle.

L'enseignement doit permettre également à l'intervenant de se défaire de préjugés liés à des concepts d'interventions désuets.

## **2.2 Programme d'intervention**

De la même manière que dans le cas du programme de formation, l'intervention auprès des clientèles fumeuses doit être teintée de respect et de la reconnaissance du bagage d'expérience comme du vécu de chacun des fumeurs. Le programme d'intervention n'oblige d'aucune manière le client à s'inscrire à une démarche d'abandon du tabac. Par contre, il permet aux individus fumeurs de prendre conscience que le tabagisme est une dépendance, qui peut contribuer à un risque de rechute pour les autres dépendances qu'ils souhaitent traiter, et qu'ils peuvent bénéficier d'un soutien adéquat pour entreprendre une démarche d'abandon du tabac ou une réflexion à l'égard de leur tabagisme.

Le programme d'intervention repose aussi sur des recommandations d'experts quant aux particularités propres à ce type de clientèle qui nécessite le recours à des techniques différentes d'intervention dont l'intervention intensive. De plus, le programme permet une relance

continue pendant le séjour en thérapie et lors du suivi à l'externe. La tradition d'utilisation des rencontres de groupe comme celles qui sont offertes par des fratries, dont le mouvement des Alcooliques Anonymes, a aussi été respectée et mise à contribution dans le cadre du programme d'intervention, tant au niveau des outils d'intervention que dans le développement de rencontres de groupe. L'amalgame des recommandations et des considérations variées quant à la réalité de cette clientèle a permis aux auteurs du programme de développer un programme capable d'atteindre les objectifs d'intervention et, par conséquent, la réussite du programme.

### **2.2.1 Approche d'intervention**

Le volet intervention du programme « *J'Tabac maintenant!* » a été développé spécifiquement pour une clientèle fumeuse, toxicomane. En d'autres mots, il s'agit d'un programme qui vient compléter le traitement de la dépendance des clients de Maison l'Alcôve.

Le traitement du tabagisme requiert un soutien particulier pour que le fumeur puisse se défaire de cette assuétude. En fait, il s'agit d'une dépendance sévère qu'il faut considérer au même titre que l'alcoolisme, les drogues, et la pharmacodépendance.

L'intervention dans le domaine du tabagisme nécessite la transmission de nouvelles informations et de connaissances variées qui se confrontent inévitablement à des croyances populaires dans le domaine spécifique du traitement de l'abus de substances. C'est pour ces raisons que le programme a retenu certaines approches d'intervention et de transmission des informations.

Les principes et postulats du domaine de l'andragogie et du constructivisme ont été les approches privilégiées lors de la conception et l'expérimentation de la stratégie d'intervention du programme « J'Tabac *maintenant!* » Puisque la clientèle de Maison l'Alcôve est constituée d'adultes, il s'avérait important d'avoir recours à des stratégies et à des principes d'intervention susceptibles de rejoindre les personnes qui sont accueillies pour un traitement. Les principes d'andragogie ont semblé les plus appropriés pour la transmission de nouvelles connaissances à des personnes adultes qui ont déjà une longue expérience de consommation et de dépendance, ce qui présuppose inévitablement le façonnement d'idées préconçues par rapport aux différents types de dépendance ainsi qu'à leur traitement.

Les principes d'andragogie présentés par Knowles dont la stratégie d'intervention tire son inspiration suggèrent que les adultes : *sont autonomes, possèdent des connaissances et une expérience de vie, sont orientés vers des objectifs et s'attendent à savoir pourquoi ils apprennent quelque chose, ont un sens pratique et s'attendent au respect.*

Quant aux principes du constructivisme définis par Martel, il est principalement question de façons d'apprendre qui reposent sur trois dimensions<sup>2</sup> soit les dimensions individuelles, les dimensions sociales ainsi que l'utilisation d'outils et de technologies. Dans un tel contexte d'intervention/apprentissage, la personne est directement impliquée dans le processus d'abandon du tabac; elle sera soutenue pour transformer l'information en connaissances et reconnue pour posséder certaines notions et croyances qui lui sont propres. De plus, l'utilisation de différents types d'activités permet de rejoindre les divers styles d'apprentissage des clients de Maison L'Alcôve. Les activités sont aussi

---

<sup>2</sup> A. Martel, 2002.

basées sur une relation interactive et un soutien continu tout au long du processus de traitement en internat, comme en externat, dans lequel s'inscrit le traitement du tabagisme. Enfin, les approches privilégiées permettent aussi à la clientèle de pouvoir faire des transferts d'outils dans le traitement des divers types de dépendances. À titre d'exemple, si une personne alcoolique expérimente des moyens efficaces pour gérer les moments de tentation de consommer de l'alcool, elle pourra fort probablement utiliser ces mêmes moyens pour repousser une tentation de fumer. Les sentiments et émotions qui accompagnent la toxicomanie sont semblables à ceux qui favorisent le tabagisme.

### **2.2.2 Composantes du programme d'intervention**

Le programme d'intervention est composé d'éléments qui ont été jugés efficaces pour intervenir auprès des clientèles dites particulières. En effet, les programmes actuels d'abandon du tabac s'adressent à la population en général. De nos jours, nous constatons de plus en plus que les fumeurs sont des personnes qui ont habituellement des problèmes supplémentaires à divers niveaux comparativement aux fumeurs des années antérieures qui ont été bien guidés et soutenus par les campagnes médiatiques populationnelles et les services standards offerts par les organisations du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que par les organismes communautaires. La littérature démontre clairement qu'actuellement le bassin de fumeurs se compose essentiellement des populations défavorisées, des personnes dépendantes aux substances, des personnes confrontées à des problèmes de santé mentale, etc. Il est alors plus difficile d'utiliser les mêmes types de programmes de lutte au tabagisme pour soutenir efficacement ce bassin de fumeurs qui nécessite de nouvelles façons

d'intervenir afin qu'ils se sentent interpellés par les services d'aide à la cessation tabagique.

L'élaboration d'un nouveau programme d'intervention sur le tabagisme dans le domaine précis du traitement de la dépendance a permis à ses concepteurs d'innover, de s'inspirer des programmes et directives qui se sont démontrés efficaces, mais surtout d'utiliser les recommandations d'experts pour l'intervention auprès des types de fumeurs actuels. C'est pour cette raison que les acteurs impliqués dans la conception et l'élaboration de ce tout nouveau programme d'intervention se sont permis de rassembler la majorité des directives appropriées à l'intervention de clientèles particulières. Il s'agit par exemple de services d'intervention intensive et répétitive ainsi que d'un suivi postprogramme.

Travailler avec des fumeurs en thérapie fermée comporte certains avantages comparativement à travailler avec des fumeurs de la population en générale. Par contre, les problèmes de dépendance auxquels est confrontée la clientèle de Maison l'Alcôve viennent ajouter un niveau de difficulté qui nous permet peut-être de dire que, malgré la captivité de la clientèle, sa problématique d'abus de substances constitue un défi supplémentaire dans la conception, l'élaboration et l'implantation d'un programme de traitement du tabagisme. De plus, la réalité des clientèles des centres ou organismes d'aide au traitement d'abus de substances entraîne certains obstacles à l'intervention compte tenu du taux élevé de tabagisme chez cette clientèle et de son aptitude à transférer les dépendances à l'alcool ou aux drogues en compensant, entre autres, par l'usage de produits du tabac, la consommation abusive d'aliments ou de café, etc.

La stratégie d'intervention dans le cadre du programme « J'Tabac maintenant! » offre trois types de traitement de la dépendance aux

produits du tabac : *l'intervention brève, l'intervention intensive et l'intervention de groupe*

### **2.2.2.1 L'intervention brève**

L'intervention brève est reconnue par les experts dans le domaine du tabagisme comme un moyen efficace et respectueux d'encourager les fumeurs à réfléchir sur leur dépendance aux produits du tabac. Les directives mondiales dans le domaine de l'intervention sur le tabagisme considèrent que tous les fumeurs devraient être relancés régulièrement sur leur tabagisme, et ce, à chacune des rencontres avec un intervenant ou un professionnel de la santé. Toujours d'après ce consensus mondial, la relance continue et régulière, qui ne requiert que quelques minutes, favorise un cheminement plus rapide du fumeur vers une réflexion au sujet de son tabagisme et vers une initiative éventuelle d'abandon du tabac.

À la lumière de ces connaissances, les intervenants de Maison L'Alcôve dans le cadre du programme « *J'Tabac maintenant!* », devront s'assurer de relancer régulièrement leurs clients, et ce, dès leur arrivé au centre. Par la suite, les personnes qui n'ont pas souhaité adhérer au programme intensif seront tout de même relancées régulièrement jusqu'à leur suivi en externat.

Cette relance se fait de façon respectueuse et aucune pression n'est exercée sur les individus fumeurs qui choisissent de ne pas cheminer vers une initiative d'abandon du tabac. Par contre, comme certaines études le mentionnent, l'abandon du tabac peut représenter un moyen efficace pour réduire les risques de rechute de la toxicomanie. C'est donc pour cette raison que le programme « *J'Tabac maintenant!* » s'assure de

relancer la clientèle sur son tabagisme. Cette initiative s'insère bien aux activités de prévention de la rechute de l'organisme.

Lors de la rencontre avec le client, l'intervenant examine ses habitudes tabagiques et les intentions du client envers cette dépendance. Ensemble, ils explorent les avantages de cesser de fumer durant le séjour et les moyens qui lui sont offerts à cet effet. Les personnes traitées et les outils d'intervention pour les intervenants de Maison l'Alcôve rejoignent sensiblement ceux des autres professionnels de la santé qui sont basés sur la stratégie d'intervention proposée par Prochaska et Di Clemente. Par contre, le client se doit d'être informé des risques de rechute que constitue le maintien de son tabagisme, puisqu'il s'agit d'une démarche de traitement de la dépendance dont le tabagisme fait partie.

#### **2.2.2.2 L'intervention de groupe**

Maison l'Alcôve offre des ateliers de groupe qui portent sur différents thèmes en lien avec le traitement de la dépendance et la prévention de la rechute. La conception d'un atelier de groupe portant sur le tabagisme et sur son potentiel à prévenir la rechute de la toxicomanie s'inscrit dans sa mission régulière et dans sa philosophie de traitement.

De plus, les rencontres de groupe sont reconnues, par les experts du domaine du tabagisme, à titre d'intervention efficace pour une clientèle comme celles de Maison L'Alcôve. D'autant plus que ces personnes sont familières avec les fraternités anonymes et les groupes de soutien ce qui augmente l'acceptation de ce type d'intervention. Enfin, d'après les postulats du constructivisme, les rencontres de groupe et le soutien du groupe valorisent le sens de l'appartenance, la communauté, etc.

Les thèmes abordés dans le cadre de l'intervention de groupe sont :

« Vous et le tabac » :

« Pourquoi fumer? Quel type de fumeur êtes-vous?

« Statistiques et information » :

« Questionnaire: tabac vs santé », « La fumée passive »

« Tabac : une dépendance »

« Dépendance physique », « Tabac et la toxicomanie », « Dépendance psychologique », « Arrêter de fumer , j'y gagne quoi? ».

« Le traitement »

« Le programme « J'Tabac *maintenant!* »

### **2.2.2.3 L'intervention intensive**

D'après les recommandations d'un important guide d'intervention publié aux États-Unis<sup>3</sup>, les fumeurs aux prises avec un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme nécessitent une plus grande attention lors d'une initiative d'abandon du tabac. Ces recommandations mentionnent qu'il est fortement conseillé d'offrir une stratégie d'intervention plus intensive comparativement à celles offertes aux fumeurs en général. Plus précisément, il est recommandé de mettre en place des services constitués de rencontres individuelles afin de permettre à cette clientèle particulière de cheminer plus efficacement vers une démarche d'abandon du tabac. Ce type d'intervention devient un élément privilégié dans la conception du programme de cessation tabagique.

Il s'agit plus précisément d'une série de rencontres intégrées à celles du traitement d'abus de substances. Les intervenants abordent plusieurs

---

<sup>3</sup> "Smoking Cessation Clinical Guideline", US agency for health care policy & research's clinical practice guidelines, Number 18, AHCPR Publication No. 96-0692: April 1996

items précis afin de déterminer à quel stade de changement se situe le client afin de le soutenir ou de le motiver selon le cas.

Ces entrevues permettent à l'intervenant d'adapter ses interventions aux étapes de réflexion du client et de s'ajuster aux besoins de son client.

Un journal de bord est remis à toutes les personnes qui s'inscrivent dans cette démarche d'abandon du tabac. Ce document sert d'outil de suivi et d'avancement autant pour le client fumeur que pour l'intervenant.

### **2.2.3 Objectifs visés par le programme d'intervention**

Le programme d'intervention a comme principal objectif d'aider la clientèle en traitement à amorcer une réflexion par rapport à un cheminement vers l'abandon du tabac et, idéalement, à favoriser l'avènement d'initiatives concrètes en ce sens.

### **2.2.4 Atteinte des objectifs d'intervention**

Nous ne présentons pas ici tous les éléments concernant les résultats d'évaluation du programme d'intervention puisque ces informations sont présentées en détail dans le rapport d'évaluation. Nous souhaitons toutefois que le lecteur puisse être informé brièvement des résultats. En résumé, le programme d'intervention permet aux clients de mettre fin à leur tabagisme. Pour ceux qui s'intéressent aux statistiques, 62% des participants au programme « *J'Tabac maintenant!* » ont cessé de fumer à un moment ou un autre durant leur séjour à l'interne.

### **3. Facteurs facilitant et contraignant l'intervention des intervenants dans le cadre du programme**

Plusieurs études ont été en mesure d'identifier des facteurs qui facilitent ou encore qui contraignent l'intervention dans le domaine de l'abandon tabagique. L'expérimentation du programme « J'Tabac *maintenant!* » de Maison l'Alcôve, qui s'adresse spécifiquement à une clientèle aux prises avec un problème d'abus de substances, s'est aussi assurée de documenter ces facteurs. D'une part, l'information recueillie sera utilisée pour améliorer les programmes d'intervention et de formation. En effet, le programme se place dans une perspective d'amélioration continue et de soutien actif aux intervenants appelés à accompagner les clients dans une démarche d'abandon du tabac simultanément à un traitement d'abus de substances. D'autre part, ces informations serviront de point de repère pour d'autres milieux de traitement qui souhaitent soutenir la personne aux prises avec un problème de dépendance lequel englobe aussi le tabagisme. En d'autres termes, la documentation de ces aspects de l'intervention sera aussi utile pour les organismes oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie et offrant des services de traitement des dépendances en internat ou externat.

Le programme «J'Tabac *maintenant!*» comporte un volet de formation continue. Lors de la dernière formation, les intervenants ont été invités à discuter de leur expérience d'intervention en général pour ensuite répondre à des questions précises. Tous les intervenants ont présenté leur point de vue en fonction des questions suivantes : Est-ce que l'année d'intervention a renforcé votre vision quant à l'importance d'intervenir sur le tabagisme de la clientèle? Où en êtes-vous après un an d'intervention? Quels sont les éléments du programme, de la gestion et même de la formation qui soutiennent et facilitent vos interventions sur

le tabagisme auprès des résidants? Quels sont les aspects qui vous apparaissent plus difficiles ou qui seraient susceptibles en quelque sorte, de compliquer votre intervention sur le tabagisme?

Les informations recueillies lors de cette journée serviront aux gestionnaires dans leur tâche d'amélioration incessante des programmes et dans le soutien continu qu'ils offrent aux intervenants qui sont en lien direct avec la clientèle. L'activité ne concerne en rien l'évaluation du programme puisqu'il s'agit d'un processus d'amélioration continue. Par contre, les dites informations pourront être considérées pour d'autres recherches, travaux et expérimentations, étant donné la rigueur du processus de collecte de données.

Les résultats et l'analyse de ces données vous sont présentés à la partie suivante. Nous avons divisé la présentation de ces facteurs en deux catégories : 1) Les facteurs facilitants. 2) Les facteurs contraignants.

Il ne faut pas perdre de vue que l'abandon du tabac n'est pas une obligation pour le résidant fumeur. En effet, comme dans les approches d'intervention au sein de la population en général, les résidants fumeurs sont libres d'entamer ou non une démarche d'abandon du tabac.

### **3.1 Facteurs facilitants**

L'information recueillie dans le cadre de la session de formation continue nous permet de catégoriser le type de données. Nous sommes en mesure de classer les données en fonction de 5 grandes catégories : la formation, les outils développés pour les intervenants et les résidants, le programme d'intervention, la continuité de l'intervention, les caractéristiques personnelles des intervenants.

### **3.1.1 La formation**

D'après les propos recueillis, la formation de base est un élément important dans l'appropriation du programme par les intervenants et dans le changement de pratique à l'égard de l'intervention au niveau du tabagisme des résidants fumeurs.

Ce serait grâce à la formation que les intervenants ont été en mesure de réellement comprendre la notion de dépendance inhérente au tabagisme et, plus particulièrement, dans le cas des personnes aux prises avec un problème de toxicomanie. En effet, la formation a favorisé la découverte et une compréhension plus juste des liens entre la dépendance aux substances et le tabagisme.

L'illustration et les explications relatives aux sites de dépendance au niveau du cerveau sont d'autres éléments qui ont contribué positivement à un changement de pratique. Ces explications concernaient, entre autres, le mode de construction et la consolidation de la dépendance d'un point de vue physiologique et organique. Ces informations sont considérées par les intervenants comme un élément clé dans leur compréhension du tabagisme.

### **3.1.2 Les outils développés pour soutenir l'intervention et le processus d'abandon**

Le programme s'est doté d'instruments déjà éprouvés par les spécialistes, en plus d'avoir développé ses propres outils susceptibles de faciliter et de créer de nouvelles habitudes d'intervention chez les intervenants.

Pour les résidants, l'apport de documents audio et visuels lors des activités contribue à faciliter l'intervention et l'abandon du tabac chez les résidants fumeurs. L'équipe d'intervention considère important d'avoir des outils à offrir aux résidants en vue d'alimenter une meilleure compréhension de la dépendance au tabac comme pour fournir des moyens concrets visant à soutenir les initiatives d'abandon. Enfin, la brochure intitulée « Pour le fumeur qui ne veut pas cesser de fumer » ,produite par l'Association canadienne du cancer, est un outil très utile pour travailler avec les résidants fumeurs en précontemplation.

### **3.1.3 Les composantes du programme**

Les différentes composantes du programme semblent agir positivement et de manière différente selon les moments de la thérapie. Selon les intervenants interviewés, l'intervention à l'accueil est cruciale pour introduire le programme. Cela favorise une réflexion chez les résidants et permet une ouverture d'esprit à l'égard de l'abandon du tabac, et ce, dès la première journée. Par la suite, les interventions brèves prévues tout au long du parcours du résidant favorisent également l'introspection et le développement de la motivation chez le fumeur.

Le cycle de l'intervention se complète avec l'atelier de groupe. C'est l'un des principaux catalyseurs des initiatives d'abandon du tabac chez les résidants. C'est souvent à la suite de cette rencontre que se produit un grand nombre d'inscriptions au programme. La durée de l'atelier permet de transmettre une information complète, ce qu'il n'est pas possible de faire durant les entrevues individuelles. De plus, il se crée durant cet

atelier une dynamique de groupe qui s'avère souvent propice au changement.

À tout cela s'ajoute une rencontre hebdomadaire de groupe qui réunit tous ceux qui ont adhéré au programme ou qui considèrent le faire. Le format s'inspire des groupes d'entraide Nicotine Anonyme, fondés sur le programme en douze étapes mis au point par Alcooliques Anonymes. Ce type de réunion est d'ailleurs bien intégré au sein de l'approche de traitement de la maison.

### **3.1.4 La continuité des services**

L'équipe d'intervention souligne qu'il est important de répéter le message fréquemment et d'effectuer des liens entre le tabagisme et les autres toxicomanies. En d'autres termes, la constance et l'uniformité du message véhiculé auprès des résidants est un facteur efficace pour développer et soutenir la motivation.

### **3.1.5 Le tabagisme des intervenants**

Certains usagers apprécient le fait qu'un intervenant ait lui-même surmonté un problème de consommation. Pour eux, cela rend plus crédible le discours avancé par les intervenants.

L'expérimentation du programme « *J'Tabac maintenant!* » semble soulever le même phénomène par rapport au tabagisme. Les résidants sont plus réceptifs au message de cessation tabagique lorsque celui-ci provient d'un intervenant qui ne fume plus. À l'intérieur de l'équipe d'intervention,

seulement un intervenant est fumeur. Celui-ci avoue trouver cela ardu d'intervenir sur le tabagisme de ses clients puisqu'il se sent en contradiction avec son propre tabagisme. D'ailleurs, il observe qu'il est plus enthousiaste à promouvoir le programme lorsqu'il est lui-même en démarche d'arrêt tabagique.

Par conséquent, il faut considérer que les chances de réussite d'implantation d'un tel programme peuvent se trouver diminuées selon le nombre de fumeurs à l'intérieur d'une équipe d'intervention. Celle-ci est affectée par le tabagisme et les difficultés personnelles de dépendance vécues par l'intervenant fumeur, puisque ce dernier n'est pas très enclin à intervenir.

Par contre, le programme de formation ainsi que le programme d'intervention sont des éléments qui agissent positivement sur le tabagisme des intervenants et des employés du centre. En effet, plusieurs employés du centre se sont intéressés à l'abandon du tabac pour leur propre bénéfice. En résumé, le statut tabagique des intervenants semble être un élément important à considérer dans l'élaboration d'un programme de cessation tabagique.

### **3.2 Facteurs contraignants**

Les facteurs contraignants s'inscrivent à titre d'éléments qui nuisent à l'intervention. De la même manière que les facteurs facilitants, nous avons divisé les résultats de la consultation en catégories :

1. La philosophie et la culture d'intervention;
2. Les horaires de travail;
3. L'utilisation des outils pour la clientèle;

4. Le soutien médical;
5. La présence d'un fumoir au sous-sol.

### **3.2.1 La philosophie et la culture d'intervention**

Dans le domaine du traitement des toxicomanies, le maintien du tabagisme est souvent préconisé. Cette pratique est motivée par la crainte que l'abandon du tabac compromette les initiatives du traitement des autres substances. Au départ, les intervenants de Maison l'Alcôve endossaient cette pratique. Pour plusieurs, le tabagisme n'était qu'une mauvaise habitude.

C'est à partir de telles croyances que les intervenants en sont venus à croire qu'il est préférable de ne pas encourager les usagers à cesser de fumer. Selon les tenants de cette philosophie, il est moins dommageable de fumer que de reprendre de l'alcool ou des drogues. Selon eux, cette argumentation se justifie dans le cadre de la réduction des méfaits.

Ce raisonnement n'est pas valable si l'on considère que les méfaits causés par le tabagisme sur la santé sont plus importants que toutes les drogues réunies, y compris l'alcool. D'autant plus que les recherches scientifiques démontrent que la synergie des effets du tabac combinés avec ceux de l'alcool s'avèrent encore plus dommageables pour la santé des personnes alcooliques.

Des recherches scientifiques ont démontré que le tabac et l'alcool stimulent les mêmes neurones. Cesser de fumer réduit les risques de reprendre de l'alcool et vice-versa. Dans cette optique, encourager la poursuite du tabagisme va à l'encontre de la théorie classique de la

réduction des méfaits qui vise essentiellement à atténuer les problèmes reliés à la consommation abusive.

Des résultats d'expérimentations démontrent que le nombre total de jours d'abstinence était plus élevé parmi ceux qui ont cessé de fumer de façon concomitante avec l'arrêt de substances, comparativement aux usagers qui avaient soit maintenu leur tabagisme ou recommencé à fumer (Kohn, Tsoh et Weisner : 1996). En tenant compte de ces résultats de recherches et du contexte favorable qu'offre un programme tel que « *J'Tabac maintenant!* », nous croyons qu'une véritable réduction des méfaits serait possible grâce à un arrêt tabagique lors du traitement d'une toxicomanie.

### **3.2.2 La charge de travail**

Dans le cadre de la rencontre de groupe avec les intervenants, le manque de temps s'avérerait une barrière à l'intervention. En effet, d'après les propos recueillis, les intervenants considèrent manquer de temps pour aller en profondeur sur la question du tabagisme. Par contre, ils ne pensent pas que le traitement du tabagisme soit mis en péril pour autant. Ils ont tout de même soulevé le fait qu'à certains moments, ils souhaiteraient pouvoir prendre plus de temps pour la question du tabac.

De plus, ils ont mentionné que s'ils avaient plus de temps, il serait probablement plus facile d'aider les clients à faire des parallèles entre le tabagisme et leur consommation. Mais cet aspect est fort heureusement couvert dans le cadre de l'atelier de groupe portant sur le tabagisme auquel participent tous les résidants.

### **3.2.3 Le Journal de bord**

Le Journal de bord est un outil intéressant selon les intervenants. Ces derniers soulignent toutefois qu'ils ne sont pas convaincus que les résidants s'en servent comme il se doit. De plus, ils suggèrent que cet outil puisse désormais intégrer les autres aspects de la thérapie soit le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies.

La discussion concernant le Journal de bord s'avère plus comme une suggestion de bonification de cet outil qu'une identification à titre de barrière. C'est un outil précieux qui pourrait avantageusement couvrir l'ensemble des thérapies et contribuer à faire des liens entre les différentes dépendances afin d'en maximiser l'utilisation.

### **3.2.4 Les délais d'attente pour l'accès aux substituts à la nicotine**

Au départ, les intervenants se plaignaient que les délais pour obtenir des timbres transdermiques étaient trop longs. Les délais encourus occasionnaient malheureusement, dans certains cas, une perte de motivation chez les clients. Les résidants ont souvent la particularité de se retrouver sans carte d'assurance maladie valide; cette réalité constitue une barrière puisqu'elle limite l'accès aux substituts à la nicotine.

Pour contrer ce problème, le centre s'est constitué une provision de timbres et offre la possibilité aux résidants d'en bénéficier sous forme d'avance. Les timbres seront ensuite remis par le résidant dès la réception de son ordonnance.

Malgré cette mesure, il demeurera toujours des cas extrêmes qui ne pourront se prévaloir de la gratuité des timbres, soit parce qu'ils n'ont

pas la carte d'assurance maladie ou parce qu'ils ne peuvent se qualifier auprès des régimes d'assurances.

### **3.2.5 Le fumoir**

D'après les intervenants, les résidants mentionnent fréquemment que la présence du fumoir gêne leurs initiatives d'abandon du tabac. Toujours selon la clientèle, l'accessibilité à un fumoir est trop facile, ce qui a comme conséquence de ralentir le désir de mettre fin à leur tabagisme.

Enfin, ces éléments sont des pistes intéressantes pour implanter le programme dans d'autres lieux d'intervention ou de traitement qui accueillent également des personnes ayant des problèmes de toxicomanie en association avec une dépendance aux produits du tabac.

## 4. La prévention de la rechute

### 4.1 Considération de la rechute du tabagisme dans le programme « J'Tabac maintenant! »

La rechute dans une initiative d'abandon du tabac est de plus en plus reconnue par la littérature comme une étape intrinsèque au traitement du tabagisme (Curry et Mc Bride, 1994, Brigham, Henningfield et Stitzer, 1991). La rechute peut toutefois se définir de plusieurs manières. Pour les uns, il peut s'agir d'une simple « bouffée » tandis que pour les autres il sera question d'une consommation régulière, soit au moins une fois par jour, et ce, à tous les jours pendant au moins 7 jours<sup>4</sup>.

Dans le cadre du programme « J'Tabac maintenant! », il y a une distinction claire à faire entre une tentation et une rechute. En d'autres mots, les termes tentation et rechute se définissent comme suit :

- 1) **la tentation** est un comportement, une faiblesse, un événement isolé;
- 2) **la rechute** est un retour à l'usage quotidien de produits du tabac sans référence ou comparaison à une quantité quelconque ou à un taux de consommation avant une initiative d'abandon du tabac<sup>5</sup>.

La considération des moments de tentation et de rechute est importante à plusieurs égards. C'est pour cette raison que le programme « J'Tabac maintenant! » en tient compte en s'assurant d'outiller le mieux possible

---

<sup>4</sup> Ces distinctions et précision sont inspirées du texte de Brigham, Henningfield et Stitzer, 1991.

<sup>5</sup> op. cit

les clients qui sont en traitement à Maison L'Alcôve afin qu'ils puissent être habilités à prévenir et à gérer plus efficacement le problème de tentation et de rechute lorsqu'ils y seront confrontés.

L'atelier de groupe mis en place dans le cadre du programme est le principal véhicule de sensibilisation et d'outillage de la clientèle à l'égard de la rechute du tabagisme. Il va sans dire aussi que l'abandon du tabac et le traitement d'abus de substances sont l'un et l'autre des moyens de protection contre les rechutes de l'un et de l'autre (Brigham, Henningfield, Stitzer, 1991, Curry, McBride, 1994).

Plusieurs facteurs peuvent interrompre l'état d'abstinence d'une personne qui a cessé de fumer. De plus, une tentation ou une rechute suscite plusieurs sentiments négatifs. Enfin, il est indispensable de mieux outiller les personnes afin qu'elles puissent gérer plus efficacement ces moments de faiblesse ou de découragement.

#### **4.2 Facteurs qui favorisent la tentation ou la rechute**

Il existe des facteurs prédisposant à la tentation ou à la rechutes autant pour les hommes que pour les femmes, tandis que d'autres sont spécifiques au genre :

- chez les hommes comme chez les femmes : le tabagisme de l'entourage et le niveau de stress, la consommation d'alcool, le degré de dépendance à la cigarette, les effets positifs ressentis lors de la violation de l'abstinence, la méconnaissance des stratégies pour faire face à la tentation de fumer;

- chez les femmes : le statut d'emploi, la consommation élevée de cigarettes, la difficile conciliation travail et famille;
- chez les hommes : l'histoire du tabagisme familial, le stress.

Lors d'un épisode de tentation ou de rechute, la personne connaît des sentiments négatifs qui accompagnent les moments de faiblesse, par exemple, un sentiment de blâme, de culpabilité, de dépréciation personnelle, un état d'humeur négatif comme la dépression ou le désespoir.

### **4.3 Stratégies de gestion de la tentation ou de la rechute**

Toujours d'après la littérature, une personne qui possède des outils de gestion de la tentation ou de la rechute réussit mieux à maintenir un état d'abstinence. Les substituts à la nicotine associés aux stratégies de gestion augmentent le maintien de l'abstinence chez une personne qui s'engage dans un processus d'abandon du tabac (Brigham, Henningfield, Stitzer, 1991, Curry, McBride, 1994). Parmi les stratégies de gestion de la tentation ou de la rechute, nous retrouvons régulièrement les outils suivants :

- Traitement d'abus de substances;
- L'éloignement et l'abstention à s'exposer, à court ou moyen terme, à des situations potentiellement risquées (amis fumeurs, difficultés familiales, conflits, nourriture associée à la cigarette, événement qui suscite le tabagisme);
- Révision et réflexion au sujet des raisons pour lesquelles une personne a décidé d'arrêter de fumer.

En conclusion, l'offre d'un programme d'abandon du tabac à une clientèle aux prises avec un problème de consommation représente un outil indispensable au maintien de l'abstinence visé par le traitement de la dépendance. Cesser de fumer doit désormais s'inscrire au cœur de ce type de traitement puisque cela constitue une dépendance importante et un risque de rechute à l'égard de l'alcool ou des autres drogues. Pour s'assurer d'offrir un traitement global de la dépendance, il est important de considérer le tabagisme au même titre que celui qui vise les autres types de substances.

## **5. Résultats d'expérimentation**

Les résultats d'expérimentation du programme « « J'Tabac *maintenant!* » font l'objet d'un important rapport. Ce document est disponible sur demande directement auprès de l'administration de Maison L'Alcôve. En bref, les résultats sont concluants tant au niveau du changement de pratique chez les intervenants qu'à celui des initiatives des clients à mettre fin à leur tabagisme.

## **Conclusion**

L'élaboration, l'implantation et l'évaluation du programme « *J'Tabac maintenant!* » s'inscrivent dans un processus d'amélioration continue et d'expérimentation évolutive. Cette approche permet d'apporter les améliorations et les changements requis au fur et à mesure de la réalisation des étapes inhérentes à l'implantation d'un nouveau programme d'abandon du tabac qui s'adresse directement à une clientèle longtemps considérée difficile à rejoindre et à aider. Le programme a permis de valider notre idée de départ voulant qu'il soit possible d'apporter un soutien aux fumeurs aux prises avec un autre problème de dépendance, en autant que ces personnes se sentent respectées dans leur globalité.

De plus, l'expérimentation du programme « *J'Tabac maintenant!* » corrobore les études qui affirment qu'un arrêt tabagique ne nuit pas à un traitement simultané de la toxicomanie. Le taux d'adhésion au programme nous permet également de conclure que les usagers souhaitent cesser de fumer et se libérer autant de la dépendance à la nicotine qu'à celle de leurs autres substances. Quant à nous, nous considérons désormais le tabagisme comme un incontournable dans le traitement des dépendances; c'est une toxicomanie sévère qu'il faut cesser de banaliser.

Le programme « *J'Tabac maintenant!* » est conçu de sorte qu'il est possible de l'adapter à d'autres milieux d'intervention similaires à celui de Maison l'Alcôve.

Par ce programme, nous considérons participer activement au traitement des dépendances en contribuant, par le fait même, à l'amélioration de la santé et à la prévention des rechutes chez les clientèles présentant un

problème de consommation. Le succès de ce programme se partage avec toutes les personnes qui ont contribué, chacune à leur façon, à la réussite de ce projet ambitieux et audacieux.

## Bibliographie

AL-DELAÏMY W.K., J. Crane, A. Woodward, "Passive Smoking in Children : Effect of Avoidance Strategies at Home as Measured by Hair Nicotine Levels", *Archives of Environmental Health*, March/April 2001 : 56 (2) : 117-122.

ALIGNÉ CA, JJ Stoddard, "Tobacco and Children", *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1997 : 151 : 648-653.

AMDRES RL, MC Day, "Perinatal complications associated with maternal tobacco use.", *Semin Neonatol*, 2000, 5 (3) : 231-241.

AMIR LH, "Maternal smoking and reduced duration of breastfeeding : a review of possible mechanisms", *Early Hum Dev*, 2001 : 64 (1) : 45-67.

AMIR LH, SM Donath, "Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding ? The epidemiological evidence", *Birth*, 2002 : 29 (2) : 112-123.

ARBORELILUS E., A-C Hallberg, A Håkansson, "How to prevent exposure to tobacco smoke among small children : a literature review", *Acta Paediatr Suppl*, 2000 : 434 : Suppl : 65-70.

ASHLEY Mary Jane, Roberta Ferrence, "Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke in homes : issues and strategies", *Tobacco Control*, 1998, 7 : 61-65.

ASHLEY, Mary Jane, Joanna Cohen, Roberta Ferrence, "Smoking in the Home : Changing Attitudes and Current Practices", *American Journal of Public Health*, May 1998 : 88 : 5.

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE, « Répertoire d'information sur la santé en langage clair », 1999, Programme national sur l'alphabétisation et la santé, 4.3 p.

BADLISSI D., A. Guillemette, A. Fadin, « Prématurité et petit poids à la naissance : les effets du tabagisme actif et passif durant la grossesse », *Revue Canadienne de santé publique*, 2001 : 92 (4) : 272-275.

BANDURA A., "Self-Efficacy Mechanism in Human Agency", *American Psychologist*, 1982 : 37 (2) : 122-147.

BANDURA A., "Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change", *Psychological Review*, 1977 : 84 : 2 : 191-215.

BARNES D.E., L.A. Bero, « Why Review Articles on the Health Effects of Passive Smoking Reach Different Conclusions», *JAMA*, May 1998 : 279 (19) : 1566-1570.

BATES C., «Children Exposed to Tobacco Smoke and to Smoking – Children as the raw recruits for the tobacco market». 3 p.

BATES C., « Background on the Covance laboratories study into non-smokers' exposure to ETS», Globalink, 2000.

[www.globalink.org/gt/ets/Convence.shtml](http://www.globalink.org/gt/ets/Convence.shtml)

BAUMAN K.E., V.J. Strecher, R.A. Greenberg, «A comparison of biochemical and Interview measures of the exposure of infants to environmental Tobacco Smoke», *Evaluation & The Health Professions*, 1989 : 12 (2) : 179-191.

BENOWITZ L. N., «Cotinine as a Biomarker of Environmental Tobacco Smoke Exposure», *Epidemiologic Reviews*, 1996 : 18 (2) : 188-203.

BERTINI G., S. Perugi, C. Dani, «Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: A propective study», *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2003: 37 (4) : 447-452.

BIENER L, D Cullen, ZX Di, et al., «Household Smoking Restrictions and Adolescents' Exposure to Environmental Tobacco Smoke», *Preventive Medicine*, 1997 : 26 : 358-363.

BLIZZARD L., A-L. Ponsolby, T. Dwyer, « Parental Smoking and Infant Respiratory Infection : How Important Is Not Smoking in the Same Room With the Baby ?», *American Journal of Public Health*, March 2003 : 93 (3) : 482-488.

BOBO, J.K., Davis, C.M. (1993), Recovering staff and smoking in chemical dependency programs in rural Nebraska, *Journal of Substance Abuse*, 10, 221-227.

BOBO, J.K., Lando H.A., Walker R.D., & McIlvain, H.E. (1996), Predictors of tobacco attempts among recovering alcoholics, *Journal of Substance Abuse*, 8 (4), 431-443.

BOBO, J.K., Gilchrist, L.D. (1983), Urging the alcoholic client to quit smoking cigarettes, *Addictive Behavior*, 8, 297-305.

BOLEGO C., A Poli, R Paoletti, «Smoking and gender», *Cardiovasc Res*, 2002 : 15 : 53 (3) : 568-576.

BORELLI B., Hecht JP, GD Papandonatos, et al., "Smoking-cessation counselling in the home. Attitudes, beliefs, and behaviors of home healthcare nurses", *Am J Prev Med*, 2001 Nov. : 21 (4) : 272-277.

BORLAND Ron, Robyn Mullins, Lisa Trotter, "Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia", *Tobacco Control*, 1999, 8:266-271.

BROWN MA, M. Halonen, "Perinatal events in the development of asthma", *Curr Opin Pulm Med*, 1999 Jan : 5 (1) : 4-9.

BROWN ML, "The effects of environmental tobacco smoke on children : Information and implications for PNPs.", *J Pediatr Health Care*, 2001 Nov-Dec : 15 (6) : 280-286.

BROWNSON RC, Figgs LW, Caisley LE, "Epidemiology of environmental tobacco smoke exposure", *Oncogene*, 2002 Oct. 21:21(48):7341-8.

BRUNEKREEF B., B. Leaderer, R. VS, et al., "Using Nicotine Measurements and Parental Reports to Assess Indoor Air : The Piama Birth Cohort Study", *Epidemiology*, 2000 : 11 (3) : 350-352.

BURGUET A., G. Agnani, "Smoking, fertility and very preterm birth", *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2003 : 32 (1 Suppl) : 1S9-16.

CABANA M.D., C. Rand, K.Slish, et al., "Pediatrician Self-Efficacy for Counseling Parents of Asthmatic Children to Quit Smoking", *Pediatrics* January 2004 : 113(1): 78-81.

CALLAIS F., I. Momas, D. Roche, « Questionnaire of Objective Assessment for Studying Exposure to Tobacco Smoke among Asthmatic and Healthy Children : The French VESTA Study », *Preventive Medicine*, 2003 : 36 : 108-113.

CENTRE OPTION-PRÉVENTION TVDS, *Enquête sur la fumée secondaire dans les véhicules*, 2003, Écho Sondage, Habitudes d'usage de la cigarette dans les véhicules dans la région de Montréal, Montréal.

CHILMONCZYK B.A., GLENN, E., et al., "An Unsuccessful Cotinine-Assisted Intervention Strategy to Reduce Environmental Tobacco Smoke Exposure During Infancy", *Environmental Tobacco Smoke*, 1992 : 146 : 357-360.

CHRISTAKIS DIMITRI A., « Parental Smoking Cessation Counseling – It's About Time », *Arch Pediatr Adolesc Med*, Jan 2001 : 155 : 15.

CHRISTEN AG, JA Christen, “The female smoker : from addiction to recovery”, *Am J Med Sci*, 2003 : 326 (4) : 231-234.

COALITION QUÉBÉCOISE POUR LE CONTRÔLE DU TABAC, « La fumée de tabac dans l’environnement – Un agresseur nocif et sournois », 1997.

COALITION QUÉBÉCOISE POUR LE CONTRÔLE DU TABAC, *La fumée des autres – Québec*, mars 2000, 9 p.

COGHLIN J., S. K. Hammond, P.H. Gann, “Development of Epidemiologic Tools for Measuring Environmental Tobacco Smoke Exposure”, *American Journal of Epidemiology*, 1989 : 130 (4) : 696-704.

COLEMAN Tim, Stephen Barrett, Alison Wynn, “Comparison of the smoking behaviour and attitudes of smokers who believe they have smoking-related problems with those who do not”, *Family Practice*, 2003:20:5:520-523.

COOKE RWI, “Smoking, intra-uterine growth retardation and sudden infant death syndrome”, *International Journal of Epidemiology*, 1998 : 27 : 238-241.

COVELLO V.T., “Risk Communication, Children’s Health, and Environmental Tobacco Smoke, World Health Organization, 1999, 30 p.

CREERY D., Mikrogianakis A., “Sudden infant death syndrome”, *Clin Evid.*, 2002 Jun. (7) : 367-76.

CUNNINGHAM, R. *La guerre du tabac – l’expérience canadienne*. Centre de recherches pour le développement international, Ottawa, 1997. DALY J.B., J.H. Wiggers, R.J. Considine, “Infant exposure to environmental tobacco smoke : A prevalence study in Australia”, *Australian and New Jersey Journal of Public Health*, 2001 : 25 (2) : 132-137.

DAUTZENBERG B., *Le tabagisme passif*, Laussay-les-Châteaux, mai 2001, 191 p.

DE GROH M., H.I. Morrison,, « La fumée de tabac ambiante et les décès attribuables aux cardiologies ischémiques au Canada », *Maladies Chroniques au Canada*, Santé Canada – Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, 2002 : 23 (1) : 1-8.

DELCROIX M. « *Prise en charge du tabagisme par le généraliste : l’intérêt de la mesure du CO* », *Le Quotidien du Médecin*, 2001, N° 6904.

DENSON K.W., "Passive smoking in infants, children and adolescents. The effects of diet and socioeconomic factors", *Int Arch Occup Environ Health*, 2001 : 74 (8) : 525-532.

DESLAURIER J.-P. *Recherche Qualitative – Guide Pratique*, Montréal, Chenière/McGraw-Hill.

DICLEMENTE CC, J.O. Prochaska, "Self-Change and Therapy Change of Smoking Behavior : A comparison of Process of change in cessation and maintenance", *Addictive Behaviors*, 1982 : 7 : 133-142.

DYING E., T. Sanner, "Passive smoking, sudden infant death syndrome (SIDS) and childhood infections", *Hum Exp Toxicol*, 1999 Apr. 18 (4) : 202-205.

EGGER M. et al. «*Méta-analysis: principes and procedures*». *BMJ* 6:315 (7121): 1997, 1533-1537.

EHRlich R.I., D. Du Toit, E. Jordan, et al., « Risk Factors for Childhood Asthma and Wheezing – Importance of Maternal and Household Smoking », *Am J Respir Crit Care Med*, 1996: 154 : 681-688.

EISNER MD, "Environmental tobacco smoke and adult asthma", *Clin Chest Med*, 2002 Dec. : 23 (4) : 749-761.

EL-GUEBALY N, J Cathcart, S Currie, et al., "Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders", *Psychiatry Serv*, 2002 : 53 (9) : 1166-1170.

ELIXHAUSER A., K. Yu, C. Steiner, et al., „Hospitalization in the United States, HCUP Fact Book no. 1, 1997, 1-9, [www.ahrq.gov/data/hcup/factbk1/](http://www.ahrq.gov/data/hcup/factbk1/)

ELLINGSTAD, T.P., Sobell, L.C., M.B. Cleland, et al. (1999), Alcohol abusers who want to quit smoking : Implications for clinical treatment, *Drug and Alcohol Dependence*, 54, 259-264.

EMMONS K.M., "Health Behaviors in a Social Context", dans Lisa F. Berkman et Ichiro Kawachi, Oxford University Press, New York, 2000, p 243-265.

EMMONS Karen. M., Macario Evelyn, Glorian Sorensen, "Nutrition Education for Cancer Prevention among Low-Income Populations : An Extension of the EFNEP Model", *Journal of Nutrition Home Education*, 1999, 31: 1 : 47-53.

EMMONS KM, B Thompson, D McLerran, et al., « The Relationship Between Organizational Characteristics and the Adoption of Workplace Smoking Policies », *Health Education & Behavior*, 2000 : 27 (4) : 483-501.

EMMONS KM, DB Abrams, RJ Marshall, et al., “Exposure to Environmental Tobacco Smoke in Naturalistic Settings”, *American Journal of Public Health*, 1992 : 82 (1) : 24-28.

EMMONS KM, E Macaio, G Sorensen, et al., “Nutrition Education for Cancer Prevention among Low-Income Populations : An Extension of the EFNEP Model”, *Journal Nutrition Education*, 1999 : 31 (1) : 47-53.

EMMONS KM, K. Hammond, JL Fava, et al., « A Randomized Trial to Reduce Passive Smoke Exposure in Low-Income Households With Young Children », *Pediatrics*, 2001 : 108 (1) : 18-24.

EMMONS KM, LÅ Linnan, WG Shadel, et al., « The Working Healthy Projects : A Worksite Health-Promotion Trial Targeting Physical Activity, Diet, and Smoking », *JOEM*, 1999 : 41 (7) : 545-555.

EMMONS KM, M Wong, S Hatharine Hammond, et al., “Intervention and Policy Issues related to Children’s Exposure to Environmental Tobacco Smoke”, *Preventive Medicine*, 2001 : 32 : 321-331.

ERIKSEN W., SORUM K. BRUUSGAARD D., “Effects of information on smoking behaviour in families with preschool children”, *Acta Paediatr*, 1996 : 85 : 209-212.

ESKENAZI B, R. Castorina, “Association of prenatal maternal or postnatal child environmental tobacco smoke exposure and neurodevelopmental and behavioural problems in children”, *Environ Health Perspect*, 1999 Dec. 107 (12) : 991-1000.

ETZEL R.A., “How environmental exposures influence the development and exacerbation of asthma”, *Pediatrics*, 2003 Jul : 112 (1 Pt 2) : 233-239.

ETZEL RA, “Indoor air pollutants in homes and schools”, *Pediatr Clin North Am*, 2001 Oct. 48 (5) : 1153-1165.

EZRA, David B., “Stick and Stones can break my bones, but Tobacco smoke can kill me : Can we protect children from parents that smoke ?”, *Saint Louis University Public Law Review*, 1993-1994: 13:2:547-590.

FARGESTRÖM K-O, “Measuring Degree of Physical Dependence to Tobacco Smoking with Reference to Individualization of Treatment“, *Addictive Behavior*, 1978 : 3 : 235-241.

FARKAS ARTHUR J., E.A. Gilpin, J.M. Distefan, et al., "The effects of households and workplace smoking restrictions on quitting behaviours", *Tobacco Control*, 1999 : 8 : 261-265.

FAUROUX B., "Smoking, fetal pulmonary development and lung disease in children", *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2003 Feb. : 32 (1 Suppl) : 1S17-22.

FINGERHUT L.A.' J.C. Kleinman, J.S. Jendrick, "Smoking Before, During, and After Pregnancy", *American Journal Public Health*, 1990 : 80 (5) : 541-544.

FIGLIORE MC, MF Fleming, ME Burns, "Tobacco and alcohol abuse : clinical opportunities for effective intervention", *Proc Assoc Am Physicians*, 1999 : 111 (2) : 131-140.

GAFFNEY KF, "Infant exposure to environmental tobacco smoke", *J Nurs Scholarsh*, 2001 : 33 (4) : 343-7.

GAFFNEY KF, "Tobacco smoke exposure and pediatric otitis media : an empirical basis for practice", *Lippincotts Prim Care Pract.*, 2000 Sep-Oct. : 4 (5) : 508-514.

GILPIN E.A., Martha M. White, Arthur J. Farkas, et al., "Home smoking restrictions : which smokers have them and how they are associated with smoking behavior", *Nicotine & Tobacco Research*, 1999, 1:153-162.

GIOVANA B., Silvia Perugi, Carlo Dani, Marco Pezzati, Michele Tronchin and Firmino F. Rubaltelli. *Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: A prospective study*. Department of critical Care Medicine and Surgery, Division of Neonatology, Careggi, University Hospital, Viale Morgagni 85, 50134 Florence, Italy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 37(4):447-452, 2003.

GRAHAM H., *When Life's a Drag – Women, Smoking and Disadvantage*, Londres, HMSO Publications Centre, 1994, 105 p.

GREEN E., C Courage, L. Rushton, "Reducing domestic exposure to environmental tobacco smoke : a review of attitudes and behaviours", *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, March 2003, 123:1:46-51.

GREENBERG R.A., TRECHER V.J., "Evaluation of a Home-Based Intervention Program to Reduce Infant Passive Smoking and Lower Respiratory Illness, *Journal of Behavioral Medicine*" 1994: 17 : 3 : 273-291.

GREENLAND S. «Can meta-analysis be salvaged?». *Am J. Epidemiol*, 1994, 140 (9): 783-787.

GREENOUGH A., “Promotion of respiratory health in utero and during infancy”, *Monaldi Arch Chest Dis*, 2000 : 55 (3) : 251-255.

GRONER, J.A., AHJEVYCH K., et al. “The Impact of a Brief Intervention on Maternal Smoking Behavior”, *Pediatrics*, 2000 : 05 (1) : 267-271.

GUIRGIS RR. Et al. «*The effects of smoking on labour after uncomplicated pregnancy: a comparison between the progress and outcome of labour in 400 smokers and 400 matched non-smokers*», *MIDIRS Midwifery Digest*, vol. 7(3): 341-342.

HAGLUND Margaretha, *Smoke-free pregnancy a nationwide intervention programmed in Sweden*, 1998, 7 pages, [www.domino.ama.com.au](http://www.domino.ama.com.au)

HALSAM C., Wendy Lawrence and Karen Heafeli. *Intention to breastfeed and other important health-related behaviour and beliefs during pregnancy*. Institute of Work Health and Organisations, University of Nottingham, William Lee Building 8, Nottingham Science and Technology Park, University Boulevard, Nottingham NG7 2RQ, United Kingdom, *Family practice*, 2003, 20(5):528-530.

HAMMOND S.K., B.P. Leaderer, “A Diffusion Monitor To Measure Exposure to Passive Smoking”, *Environ. Sci. Technol*, 1987 : 21 (5) : 494-497.

HASLAM C., W. Lawrence, K. Haefeli, « Intention to breastfeed and other important health-related behaviour and beliefs during pregnancy », *Family Practice*, 2003 : 20 (5) : 528-530.

HATSUKAMI D.K., SS Hecht, D.J. Hennrikus, et al., « Biomarkers of tobacco exposure or harm : Application to clinical and epidemiological studies », *Nicotine & Tobacco Research*, 2003 : 5 : 387-396.

HAUSTEIN KO, “Cigarette smoking, nicotine and pregnancy”, *Int J Clin Pharmacol Ther*, 1999 : 37 (9) : 417-427.

HELGASON A.R., K.E. Lund, “Environmental tobacco smoke exposure of young children – attitudes and health-risk awareness in the Nordic countries”, *Nicotine & Tobacco Research*, 2001 : 3 : 341-345.

HOPKINS DP, JE Fielding, Task Force on Community Preventive Services, “The Guide to Community Preventive Services : Tobacco Use Prevention and Control – Reviews, Recommendations, and Expert

Commentary”, *American Journal of Preventive Medicine*, 2001 : Supplement to American Journal of Preventive Medicine : 20 (2S).

HOPKINS DP, PA Briss, CJ Ricard, “Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke”, *Am J Prev Med*, 2001 : 20 (2S) : 16-66.

HOPP RJ, “Recurrent wheezing in infants and young children and bronchia hyperresponsiveness : a perspective”, *Clin Rev Allergy Immunol*, 2003 Feb. : 24 (1) : 7-18.

HOVELL F M, JM Zakarian, DR Wahlgren, et al., “Reducing children’s exposure to environmental tobacco smoke : the empirical evidence and directions for future research”, *Tobacco Control*, 2000 : 9 (Suppl II): ii40-ii47.

HOVELL M.F., ZAKARIAN J.M., “Effect of counselling mothers on their children’s exposure to environmental tobacco smoke : randomised controlled trial”, *BMJ*, 2000 : 321 : August : 337-342.

HOVELL, M.F., MELTZER S.B., et al., “Reduction of Environmental Tobacco Smoke Exposure Among Asthmatic Children : A Controlled Trial”, *CHEST*, 1994 : 106 : 2 : 440-446.

HOWARD G., MJ Thun, “Why is environmental tobacco smoke more strongly associated with coronary heart disease than expected ? A review of potential bases and experimental data”, *Environ Health Perspect.*, 1999 Dec. : 107 Suppl 6 : 853-858.

HUGHES D.M., McLEOD M., et al., “Controlled Trial of a Home and Ambulatory Program for Asthmatic Children”, *PEDIATRICS*, 1991 : 87 (1) : 54-61.

HUNT M. *How Science Takes Stock – The Story of Meta-Analysis*, New York, Rusell Sage Foundation, 1997.

ILES K., NK Poplawski, RTL Couper, “Passive exposure to tobacco smoke and bacterial meningitis in children”, *J. Paediatr. Child Health*, 2001 : 37 : 388-391.

IRVINE L., CROMBIE I.K., et al., “Advising parents of asthmatic children on passive smoking : randomised controlled trial”, *BMJ*, 1999 : 318 : 1456-1459.

IRVING, L.M., Seidner, A.L., Powers, K. (1993), A 24-year follow-up of California narcotics addicts, *Archive of General Psychiatry*, 50, 577-584.

JAAKKOLA M.S., JJK Jaakkola, "Assessment of exposure to environmental tobacco smoke", *Eur Respir J*, 1997 : 10 : 2384-2397.

JOBE A.H., "What Do Home Monitors Contribute to the SIDS Problem", *JAMA*, May 2001, 285 (17) : 2244-2245.

JOHNSON Tom, Tapani Tuomi, Markky Hyvärinen, et al. « Occupational Exposure of Non-Smoking Restaurant Personnel to Environmental Tobacco Smoke in Finland, 2003 : 43:523-531.

JOHNSON, Ian L., Mary Jane Ashley, Donna Reynolds, *Prevalence of Smoking Associated with Pregnancy in three Southern Ontario Health Units*, Working Paper Series #79 THE ONTARIO TOBACCO RESEARCH UNIT, 14 p.

JORDAN, Amman, *Best Practices in Poverty Reduction*, UNESCO, 1999, 10 p. <http://www.unesco.org/most/bpcrop2.htm>

KOREN G., D. Chan, J. Klein, et al., "Estimation of fetal exposure to drugs of abuse, environmental tobacco smoke, and ethanol.", *The Drug Monit*, 2002 Feb. 24 (1) : 23-5.

LANCASTER T., C. Silagy, G. Fowler, "Training health professionals in smoking cessation", *Cochrane Database Syst Rev*, 2000 (3) : CD000214.

LARROQUE B., "Prenatal exposure to tobacco smoke and cognitive development epidemiology studies", *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2003 Feb : 32 (1 Suppl) : IS23-9.

LATTS LM, AV Prochazka, N.M. Salas, et al., « Smoking cessation in pregnancy : failure of an HMO pilot project to improve guideline implementation », *Nicotine & Tobacco Research*, 2002 : 4 (Supplement 1) : S25-S30.

LAUGHLIN NT, "Selected secondhand smoke research : summary and comment", *J Addict Dis.*, 2000 : 19 (4) : 25-33.

LAW K.L., L.R. Stroud, L.L. LaGasse, "Smoking During Pregnancy and Newborn Neurobehavior", *Pediatrics*, 2003 : 111 (6) : 1318-1323.

LE SOUEF P.N., "Pediatric origins of adult lung diseases. 4. Tobacco related lung diseases begin in childhood", *Thorax*, 2000 : 55 (12) : 1063-1067.

LECLERE F., JB Wilson, "Smoking Behavior of Recent Mothers, 18-44 Years of Age, Before and After Pregnancy : United States, 1990", U.S. Department of Health and Human Services, 1997 : 288 : 12 p.

LEE Christiana, "Perceptions of Immunity to Disease in Adult Smokers", *Journal of Behavioral Medicine*, 1989:12:3:267-277.

LEISS W., « Risk Perception and Communication : Environmental Tobacco Smoke and Child Health », World Health Organization, 1999, 17 p.

LEVENGHAL H., "Findings and Theory in the Study of Fear Communications", *Advances in Experimental Social Psychology*, 1970 : 7 : 119-186.

LEVESQUE C., *Les pratiques professionnelles au regard du tabagisme et de l'exposition à la fumée de tabac environnementale chez la clientèle périnatale de la région de Québec – Étude exploratoire*, Beauport, Direction de santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, juillet 2002; 44p.

LINNET KM, S Dalsgaard, C Obel, "Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors : review of the current evidence", *Am J Psychiatry*, 2003 : 160 (6) : 1028-1040.

LINNET KM, S Dalsgaard, C Obel, "Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors ; review of the current evidence", *Am J Psychiatry*, 2003 : 160 (6) : 1028-1040.

LODRUP CARLSEN KC, KH Carlsen, "Effects of maternal and early tobacco exposure on the development of asthma and airway hyperreactivity", *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, 2001 Apr. 1 (2) : 125.6.

MATT, G.E., PJE Quintane, MF Hovell et al., « Households contaminated by environmental tobacco smoke : sources of infant exposures, *Tobacco Control*, 2004, 13:29-37.

MAULE Catherine O., Cheryl A. Moyer, Chris Y. Lovato, "Application of a Better Practices Framework to Review Youth Tobacco Use Cessation", *Am J Health Behav*, 2003 : 27 S (Suppl 2) : S132-S143.

MC MARTIN K.I., M.S. Platt, R. Hackman, "Lung tissue concentrations of nicotine in sudden infant death syndrome (SIDS)", *The Journal of Pediatrics*, 2002 : 140 : 205-9.

McINTOSH N., CLARK, N.M., "Reducing Tobacco Smoke in the Environment of the Child with Asthma : A Cotinine-Assisted, Minimal-Contact Intervention", *Journal of Asthma*, 1994 : 31 (6) : 453-462.

McIIVAIN, H.E., Bobo, J.K. (2003), Why do so many drug users smoke ?, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 39-43.

MELVIN C.L., P. Dolan-Mullen, R.A. Windsor, et al., “Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke : a review of the evidence”, *Tobacco Control*, 2000: 9 (Suppl III):iii80-iii84.

MILLER M.D., Melanie A. M., A. Arcus, et al., “Differences Between Children and Adults : Implications for Risk Assessment at California EPA“, *International Journal of Toxicology*, 2002 : 21 : 403-418.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme National de santé publique 2003-2012*, Gouvernement du Québec, Québec, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Naître égaux et en santé*, Gouvernement du Québec, Québec, 1988.

MORAN S., Thorndike AN, K. Armstrong, et al., “Physicians’ missed opportunities to address tobacco use during prenatal care”, *Nicotine & Tobacco Research*, 2003 : 5 : 363-368.

MORRIS JF, W Temple, « Spirometric « Lung Age » Estimation for Motivating Smoking Cessation”, *Preventive Medicine*, 1985 : 14 : 655-662.

NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION, « Taking Action Against Secondhand Smoke, 2003 : 1-4, [www.cdc.gov/tobacco/ETS\\_Toolkit/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/ETS_Toolkit/index.htm)

NELSON E., “The miseries of passive smoking”, *Hum Exp Toxicol*, 2001 Feb. 20 (2) : 61-83.

NIEDERHUBER JE, AA Forastiere, et al., “American Society of Clinical Oncology Policy Statement Update : Tobacco Control – Reducing Cancer Incidence and Saving Lives”, *Journal of Clinical Oncology*, 2003 : 21 (14) : 2777-2786.

NILSSON R., “Environmental tobacco smoke revisited : the reliability of the data used for risk assessment”, *Risk Anal*, 2001 Aug.:21(4):737-760.

NORMAN Gregory J., Kurt M. Ribis, Beth Howard-Pitney et al., “The Relationship Between Home Smoking Bans and Exposure to State Tobacco Control Efforts and Smoking Behaviors”, *American Journal of Health Promotion*, November/December 2000, : 15 : 2 : 81-88.

NORMAN Gregory J., Kurt M. Ribisi, Beth Howard-Pitney, et al., "Smoking Bans in the Home and Car : Do those Who Really Need Them Have Them ?", 1999 : 29 : 582-589.

NURMINEN M.M., M. S. Jaakkola, "Mortality From Occupational Exposure to Environmental Tobacco Smoke in Finland, *J Occup Environ Med*, 2001 : 43 : 687-693.

OCKENE J.K., M. Yunsheng, J.G. Zapka, L.A.Pbert, et al., "Spontaneous Cessation of Smoking and Alcohol Use Among Low-Income Pregnant Women", *Am J Prev Med*, 2002:23(3):150-159.

ODDOZE C., J.C. Durus, M. Badier, et al., "Urinary Cotinine and Exposure to Parental Smoking in a Population of Chirdren with Asthma", *Clinical Chemistry*, 1999 : 45 (4) : 505-509.

OKASHA M., P. McCarron, D. Gunnell, et al., "Exposures in childhood, adolescence and early adulthood and breast cancer risk : a systematic review of the literature", *Breast Cancer Res Treat*, 2003 : 78 (2) : 223-276.

ONTARIO TOBACCO RESEARCH UNIT, *Protection from second-hand tobacco smoke in Ontario – A review of the evidence regarding best practices*, 2001, Toronto, 54 p.

OTT WR., "Mathematical models for predicting indoor air quality from smoking activity", *Environ Health Perspect*, 1999 : 107 Suppl 2 : 375-81.

OWNBY D.R., C.C. Johnson, L. Edward, et al., "Passive Cigarette Smoke Exposure of Infants", *Arch Pediar Adolesc Med*, 2000 : 1554 : 1237-1241.

PATERSON J.M., I.M. Neimanis, E. Bain, "Stopping Smoking During Pregnancy – Are We on the Right Track ?", *Canadian Journal of Public Health*, July-August 2003:94(4):297-299.

PEDEN DB, «Influences on the development of allergy and asthma», *Toxicology*, 2002 Dec. 27 : 181-182:323:8.

PETITTI D.B. *Meta-analysis, Decision Analysis and Cost Effectiveness Analysis – Methods for Quantitative Synthesis in Medicine*, Oxford, Oxford university Press, 1994.

PHYSICIANS FOR A SMOKE-FREE CANADA, *Second Hand Smoke*, September 1999, Ottawa, 69 p.

POLLAK K.I., C.M. McBride, D. Scholes, et al., "Women's Reports of Smoking Cessation Advice During Reproductive Health Visits and

Subsequent Smoking Cessation”, *The American Journal of Managed Care*, 2002 : 8 (10) : 837-844.

POPE M, MJ Ashley, R Ferrence, “The carcinogenic and toxic effects of tobacco smoke : are women particularly susceptible ?”, *J Genet Specif Med*, 1999 : 2 (6) : 45-51.

PROCHASKA J.O., W.F. Velicer, E. Guadagnoli, et al., « Patterns of Change : Dynamic Typology Applied to Smoking Cessation », *Multivariate Behavioral Research*, 1991 : 26 (1) : 83-107.

QUATTROCKI E., A. Baird, D. Yurgelun-Todd, “Biological aspects of the link between smoking and depression”, *Harv Rev Psychiatry*, 2000 : 8 (3) : 99-110.

RADLOFF Lenore Sawyer, “The CES-D Scale : A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population”, *Applied Psychological Measurement*, 1977:1:3:385-401.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – Direction de la santé publique, *Rapport sur l'état de santé et de bien-être des enfants de 0 à 5 ans de la région de Québec - Défis à relever pour soutenir leur développement*, 2000, Québec, 69 p.

REPACE J., “Fact Sheet on Secondhand Smoke”, Repace Associates, Inc., 2000. [www.repace.com/fact\\_CA.html](http://www.repace.com/fact_CA.html).

REPACE James L., Jennifer Jinot, Steven Bayard, « Air Nicotine and Saliva Cotinine as Indicators of Workplace Passive Smoking Exposure and Risk », *Risk Analysis*, 1998:18:1:71-83.

REPACE James, Ichiro Kawachi, Stanton Glantz, “Fact Sheet on Secondhand Smoke”, 2nd European Conference on Tobacco or Health, 1999, 31 p.

RICHTER L. DM Richter, “Exposure to parental tobacco and alcohol use : effects on children’s health and development“, *Am J Orthopsychiatry*, 2001 Apr. 71 (2) : 182-203.

RICKERT W.S., *Environmental Tobacco Smoke : Properties, Measurement Techniques and Applications*, WHO, 1999.

RODRIGO C. “The effects of cigarette smoking on anesthesia”, *Anesth Prog*, 2000 : 47 (4) : 143-150.

ROGER H., Secker-Walker, MB, Laura J. Solomon, et al., "Individualized smoking cessation counselling during prenatal and early postnatal care", *Am J Obstet Gynecol*, 1994 (171): 1347-1355.

ROGER H.m MB Secker-Walker, Laura J. Solomon, et al., "Smoking Relapse Prevention Counseling During Prenatal and Early Postnatal Care", *American Journal of Preventive Medicine*, 1995:11(2):86-93.

ROMANO Patrick S., Joan Bloom, S. Leonard Syme, "Smoking, Social Support, and Hassles in an Urban African-American Community", *American Journal of Public Health*, November 1991, 81(11): 1415-1422.

ROYER, A., Cantinotti, M. (2006), Évaluation du processus d'implantation et de l'impact d'un programme de cessation tabagique en milieu de traitement des dépendances, Québec, Université Laval, Unité québécoise de recherche sur le tabagisme.

SANTÉ Canada , *Prévention et prise en charge de l'asthme au Canada*, 2001, 10 p. [www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/asthma00/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/asthma00/index_f.html)

SANTÉ CANADA, "Rapport sur la santé périnatale au Canada, Système canadien de surveillance périnatale, 2003, Ottawa, 232 p.

SANTÉ CANADA, *ibid*, 1999.

SANTÉ CANADA, *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)*, Résultats pour l'année 2003, [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/index.html)

SANTÉ CANADA, *Second Hand Smoke – The Facts*, 2004, [www.hc.sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/facts/blueribbon/secondHand.html](http://www.hc.sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/facts/blueribbon/secondHand.html)

SASCO A.J., H. Vainio, "From in utero and childhood exposure to parental smoking to childhood cancer : a possible link and the need for action", *Hum Exp. Toxicol*, 1999 Apr. 18 (4) : 192-201.

SCHULTE-HOBEIN, B., D. Schwartz-Bickenbach, S. Abt., et al., "Cigarette smoke exposure and development of infants throughout the first year of life : influence of passive smoking and nursing on cotinine levels in breast milk and infant's urine", *Acta Paediatr*, 1992 : 81 : 550-557.

SERVERSON H.H., ANDREWS J.A., "Reducing Maternal Smoking and Relapse : Long-Term Evaluation of a Pediatric Intervention", *Preventive Medicine*, 1997 : 6 : 120-130.

SHIVERICK KT, C. Salafia, "Cigarette smoking and pregnancy I : ovarian, uterine and placental effects", *Placenta*, 1999 : 20 (4) : 265-272.

SLOVIC P., "Perception of Risk", *Science*, 1987 : 236 : 236-285.

SLOVIC P., B. Fischhoff, S. Lichtenstein, "Behavioral Decision Theory Perspectives on risk and safety", *Acta Psychologica*, 1984 : 56 : 183-203.

SMITH CJ, TH Fischer, SB Sears, "Environmental tobacco smoke, cardiovascular disease, and the nonlinear dose-response hypothesis", *Toxicol Sci.*, 2000 Apr.: 54 (2) : 462-472.

SMOKE-FREE FAMILIES NATIONAL PROGRAM OFFICE, "About Smoke-Free Families", 2004, [www.smokefreefamilies.org/news/about.asp](http://www.smokefreefamilies.org/news/about.asp).

SOCKRIDER M.M., K.S. Hudmon, R. Addy, et al., "An exploratory study of control of smoking in the home to reduce infant exposure to environmental tobacco smoke", *Nicotine & Tobacco Research*, 2003 : 5 (6) : 901-910.

SOLBERG Leif I, Raymond G. Boyle, Gestur Davidson, "Patient Satisfaction and Discussion of Smoking Cessation During Clinical Visits", *Mayo Clin Proc*, 2001:76:138-143.

STEIN RJ, CK Haddock, KK O'Byrne, et al., "The pediatrician's role in reducing tobacco exposure in children", *Pediatrics*, 2000 : 106 (5) : E66.

STICK S., "Pediatric origins of adult lung disease. 1. The contribution of airway development to pediatric and adult lung disease", *Thorax* , 2000 : 55 (7) : 587-594.

STODDARD J.J., T. Miller, "Impact of Parental Smoking on the Prevalence of Wheezing Respiratory Illness in Children", *American Journal of Epidemiology*, 1995 : 141 (2) : 96-102.

STRECHER V.J., K.E. Bauman, B. Boat, et al., "The development and formative evaluation of a home-based intervention to reduce passive smoking by infants", *Health Education Research*, 1989 : 4 (2) : 225-232.

STRECHER, J., BAUMAN E.K. et al., "The role of outcome and efficacy expectations in an intervention designed to reduce infants' exposure to environmental tobacco smoke", *Health Education Research*, 1993 : 8 : 1 : 137-143.

SWEDA Edward L., "Protecting children from exposure to environmental tobacco smoke", *Tobacco Control*, 1998, 7:1:1-2.

TANSKI S.E., JD Klein, JP Winickoff, et al., "Tobacco counselling at well-child tobacco-influenced illness visits : opportunities for improvement", *Pediatrics*, 2003 : 111 (2) : E162-167.

TERRY PD, TE Rohan, "Cigarette smoking and the risk of breast cancer in women : a review of the literature", *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2002 : 11 (10 pt 1) : 953-971.

TROTTER Lisa, Meg Montague, Jane Martin, "Dissemination of Interventions for Pregnant Smokers", *The Net*, Spring 2003 : 3 & 7.

TVERSKY Amos, "Elimination by Aspects : A Theory of Choice", *American Psychological Associations*, July 1972 : 79:4:281-299.

VELICER Wayne F., Joseph L. Fava, James O. Prochaska, "Distribution of Smokers by Stage in Three Representative Samples", *Preventive Medicine*, 1995:24:401-411.

VON EYBEN FE, G. Zeeman, "Health risk from active and passive smoking", *Rev Esp Salud Publica*, 2003 Jan-Feb : 77 (1) : 11-36.

Von MUTIUS E., "Pediatric origins of adult lung disease", *Thorax*, 2001 : 56 (2) : 153-157.

WAHLGREN D.R., HOVELL MA , "Reduction of Environmental Tobacco Smoke Exposure in Asthmatic Children : A 2 Year Follow-up", *CHEST*, 1997 : 111 : 1 : 81-88.

WAKEFIELD M., BANHAM D., et al. "Effect of Feedback Regarding Urinary Cotinine and Brief Tailored Advice on Home Smoking Restrictions among Low-Income Parents of Children with Asthma : A Controlled Trial", *Preventive Medicine*, 2002 : 34 : 58-65.

WAKERFIELD M., D. Banham, J. Martin, "Restrictions on Smoking at Home and Urinary Cotinine Levels Among Children with Asthma", *Am J Prev Med*, 2000 : 19 (3) : 188-192.

WARNER KE, E.G. Martin, The US tobacco control community's view of the future of tobacco harm reduction, *Tobacco Control*, 2003, 12:383-390.

WATERS RR, A Polnay, R Campbell, et al., "Family and Carer Smoking Control Programmes for Reducing Children's Exposure to Environmental Tobacco Smoke (Cochrane Review), In : *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004, Chichester, UK : John Willey & Sons.

WEINGARTEN Scott R., Erin Stone, Alec Green, “A Study of Patient Satisfaction and Adherence to Preventive Care Practice Guidelines”, *The American Journal of Medicine*, December 1995:99:590-596.

WILSON S.R., YAMADA E.G. “A Controlled Trial of an Environmental Tobacco Smoke Reduction Intervention in Low-Income Children With Asthma”, *CHEST*, 2001 : 20 (5) : 1709-1722.

WINDSOR R., “Smoking Cessation or Reduction in Pregnancy Treatment Method : A Meta-Evaluation of the Impact of Dissemination”, *Am J Med Sci*, 2003 : 326 (4) : 216-222.

WINICKOFF JP, PL Hibberd, B Case, et al., « Child hospitalization : an opportunity for parental smoking intervention, *Am J Prev Med*, 2001, 21 (/) :218-220.

WINICKOFF JP, VJ Hillis, JS Palfrey, JM Perrin, et al., “A Smoking cessation intervention for parents of children who are hospitalized for respiratory illness : the stop tobacco outreach program”, *Pediatrics*, 2003, jan : 111(1):140-145.

WOODWARD, A., OWEN, N. et al. “Trial of an Intervention to Reduce Passive Smoking in Infancy”, *Pediatric Pulmonology*, 1987 : 3 : 173-178.

WORLD HEALTH ORGANISATION, The Costs of Environmental Tobacco Smoke (ETS) : An International Review, 1999, 15 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, “Tobacco and the Rights of the Child”, 2001, 62.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Tobacco Free Initiative- Consultation Report, International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child health, 1999, .

YING L., S. Tong, B. Oldenburd, “Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy”, *Health Promotion International*, 2001 : 16 (4) : 355-365.

ZAPKA JG, K. Fletcher, L. Pbert, et al., “The perceptions and practices of pediatricians : tobacco intervention”, *Pediatrics*, 1999 May : 103 (5) : e65.

ZHANG B, R Ferrence, J Cohen, *Smoking Cessation and Lung Cancer Mortality in a Cohort of Middle-Aged Canadian Women*, Working Paper Series no. 78, Ontario Tobacco Research Unit, 2003, 19 p.

## Annexes

<b>Tableau 1 Principes d'enseignement/apprentissage des pratiques selon les constructivismes et les instructivismes</b>		
	<b>Pratiques constructivistes</b>	<b>Pratiques instructivistes</b>
<b>Dimensions individuelles</b>		
1. Rôle de l'apprenant	Constructeur actif de connaissances Collaborateur parfois un expert	Personne qui écoute Toujours un apprenant
2. Conception de l'apprentissage	Transformation de l'information en connaissance et sens	Accumulation de l'information
3. Fondements cognitifs	Interprétation basée sur les pré-connaissances et les croyances	Accumulation basée sur l'information précédemment acquise
4. Types d'activités	Centré sur l'apprenant, varié, selon les styles d'apprentissage Relation interactive	Centré sur l'enseignant Relation didactique Même exercice pour tous les apprenants
5. Type d'environnement	De soutien	Hiérarchique
6. Type de curriculum	Riche en ressources, autour d'activités Fournit l'accès à l'information sur demande	Pré-établi et figé, fournit les seules ressources nécessaires
7. Preuve de succès	Qualité de la compréhension et construction de connaissances	Quantité d'informations mémorisées
8. Flux des activités	Auto-dirigé	Linéaire et dirigé par l'enseignant
9. Évaluation	En référence aux compétences développées portfolios	En référence à l'information Tests à questions courtes Tests standardisés

<b>Dimensions sociales</b>		
1. Conception des savoirs	Comme un processus dynamique qui évolue dans le temps et dans une culture donnée	Une vérité statique qui peut être acquise une fois pour toutes, indépendamment de l'apprenant
2. Rôle de l'enseignant/e	Collaborateur, facilitateur, parfois un apprenant	Expert, transmetteur de connaissances
3. Accent de l'enseignement	Création de relations Réponse à des questions complexes	Mémorisation Accent sur l'information
4. Actions principales	Mis sur le travail en coopération Développement de projets et résolution de problèmes	Lectures et exercices individuels
5. Modèle social	Communauté, sens de l'appartenance Personnes qui agissent sur leur propre environnement et n'en sont pas seulement dépendants Développement de l'autonomie, métacognition et réflexion critique	Salle de classe Apprenants comme récipiendaires de connaissances transmises
6. Rôle du ludique	Jeu et expérimentation comme des formes valables d'apprentissage	Jeu = perte de temps Expérimentation limitée
<b>Outils et technologies</b>		
	Variés : ordinateurs, lecteurs vidéo, technologies qui engagent l'apprenant dans l'immédiat de sa vie quotidienne, livres, magazines, périodiques, films etc.	Papier, crayon, textes, quelques films, vidéos, etc.