



Évaluation des effets d'une formation en ligne sur le counseling en abandon du tabac des inhalothérapeutes

Annie Montreuil, Michèle Tremblay & Hélène Poirier
Institut national de santé publique du Québec

INTRODUCTION

En 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confiait à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat d'élaborer conjointement avec six ordres professionnels québécois (Collège des médecins, Ordre des pharmaciens, Ordre des dentistes, Ordre des hygiénistes dentaires, Ordre des infirmières et infirmiers, Ordre professionnel des inhalothérapeutes) un projet visant à optimiser les pratiques de counseling en abandon du tabac de leurs membres. Inscrite dans le cadre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme (2001-2005/2006-2010), cette demande faisait partie d'une initiative pour inciter les fumeurs à cesser de fumer et les soutenir dans une démarche de renoncement au tabac : campagnes médiatiques, Défi J'arrête, j'y gagne, couverture d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique par les régimes publics et privés d'assurance-médicaments et mise en place de services j'Arrête (ligne téléphonique, site Internet, consultation individuelle ou de groupe dans les centres d'abandon du tabagisme) (Tremblay & Roy, 2013). Au cours des années 2005-2012, quelque 75 activités différentes ont été développées par les ordres professionnels visés, avec le soutien scientifique de l'INSPQ (Tremblay & Poirier, 2011).

Les inhalothérapeutes comptent parmi leur clientèle une part importante de fumeurs, puisqu'ils offrent des soins à des patients atteints de maladies respiratoires comme l'asthme, la bronchite chronique, l'emphysème, ou le cancer du poumon. Or, ces maladies sont toutes hautement associées à l'usage de tabac, ce qui explique probablement pourquoi ces professionnels considèrent qu'ils ont un rôle très important à jouer auprès de leurs patients fumeurs (Boone, 2013).

Toutefois, ils se sentent peu outillés pour le faire et leur manque de connaissances sur le counseling est un facteur qui les limiterait dans leurs interventions (Tremblay et coll., 2006). Selon une étude menée en 2005 auprès d'un échantillon aléatoire d'inhalothérapeutes québécois, la perception de compétences à intervenir, la connaissance des ressources pour arrêter de fumer et la formation seraient associées à de meilleures pratiques de counseling auprès de fumeurs qui se préparent à cesser de fumer (Tremblay et coll., 2009).



information



formation



recherche



coopération
internationale

Afin d'améliorer les actions de leurs membres auprès des fumeurs, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ), en collaboration avec l'INSPQ, a élaboré et offert plusieurs interventions, dont :

- la tenue de 28 ateliers de formation interactifs au cours des années 2005-2007 ayant rejoint 687 inhalothérapeutes (21 % des 3 308 membres de l'ordre en 2007) : *Intervenir auprès de vos patients fumeurs : le rôle de l'inhalothérapeute*; cette formation de trois heures incluait des mises en situation clinique afin de favoriser le développement d'habiletés de counseling selon le niveau de motivation des fumeurs à renoncer au tabac;
- la distribution d'un outil d'aide à la pratique à l'ensemble des inhalothérapeutes en 2007 et aux nouveaux diplômés en 2008 et 2009, sous forme de livret pouvant se glisser dans une poche de sarrau; cet outil permet aux patients de consulter les sections qui les intéressent et d'en discuter avec l'inhalothérapeute;
- et la publication de nombreux articles sur l'abandon du tabac chaque année dans la revue *l'Inhalo* (Tremblay & Poirier, 2011).

En 2007, l'OPIQ prenait la décision d'offrir à ses membres uniquement des activités de formation en ligne afin d'en favoriser l'accessibilité. La formation *Intervenir auprès de vos patients fumeurs : le rôle des inhalothérapeutes* a donc été adaptée par l'OPIQ en collaboration avec l'INSPQ afin d'être offerte sur le site Web de l'Ordre. Les objectifs spécifiques de cette formation sont d'amener les inhalothérapeutes à : (1) reconnaître l'importance du tabagisme comme problème de santé publique (2) expliquer le rôle de l'inhalothérapeute en abandon du tabagisme et (3) identifier les éléments de counseling associés à une intervention efficace en abandon du tabagisme. La formation vise également à augmenter le sentiment de compétence à intervenir auprès des fumeurs, une dimension associée à de meilleures pratiques (Tremblay et coll., 2009). Basée sur les stratégies d'intervention en abandon du tabagisme démontrées efficaces (Fiore et coll., 2008) ainsi que sur les fondements de l'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2002), la formation est composée d'une présentation PowerPoint narrée par deux inhalothérapeutes et de capsules vidéo illustrant des mises en situation clinique avec trois patients à des niveaux différents

de motivation à cesser de fumer. La formation est complétée par des outils facilitant l'apprentissage : algorithme d'intervention, quiz, cahier du participant, et liens vers des ressources québécoises en arrêt tabagique (centres d'abandon du tabagisme, ligne téléphonique et site internet *j'Arrête*). En 2010, l'INSPQ a proposé d'évaluer la formation en ligne et l'OPIQ a accepté de collaborer à l'évaluation. La formation et les outils d'évaluation ont été mis en ligne le 22 septembre 2010 sur le campus virtuel de l'OPIQ. La formation *Intervenir auprès de vos patients fumeurs* a été annoncée dans les numéros d'octobre 2010 et de janvier 2011 de la revue *l'Inhalo*, publiée quatre fois par année et destinée aux membres de l'OPIQ.

OBJECTIFS D'ÉVALUATION

Selon Kirkpatrick (1996), l'évaluation d'une formation destinée à des professionnels de la santé devrait cibler les quatre niveaux suivants :

- 1) la satisfaction de l'apprenant, soit sa réaction immédiate à différents éléments de l'activité;
- 2) l'apprentissage, soit l'acquisition de connaissances ou le changement d'attitudes;
- 3) le changement de comportement, soit le transfert des apprentissages dans le milieu de pratique;
- 4) l'impact sur les patients, soit les changements observés chez les patients.

L'évaluation de la formation en ligne destinée aux inhalothérapeutes cible les trois premiers niveaux. La présente publication décrit les effets de la formation sur :

- les connaissances de la problématique du tabagisme et des éléments d'une intervention efficace;
- les perceptions de compétences et de connaissances nécessaires pour intervenir auprès des fumeurs;
- les pratiques de counseling telles que rapportées par les inhalothérapeutes.

Une brève description du profil des inhalothérapeutes ayant complété la formation est également présentée.

La satisfaction à l'égard de la formation en ligne, les raisons ayant motivé les inhalothérapeutes à suivre cette formation, de même que les éléments susceptibles d'améliorer celle-ci ont été recueillis, mais ne font pas l'objet de la présente publication.

MÉTHODOLOGIE

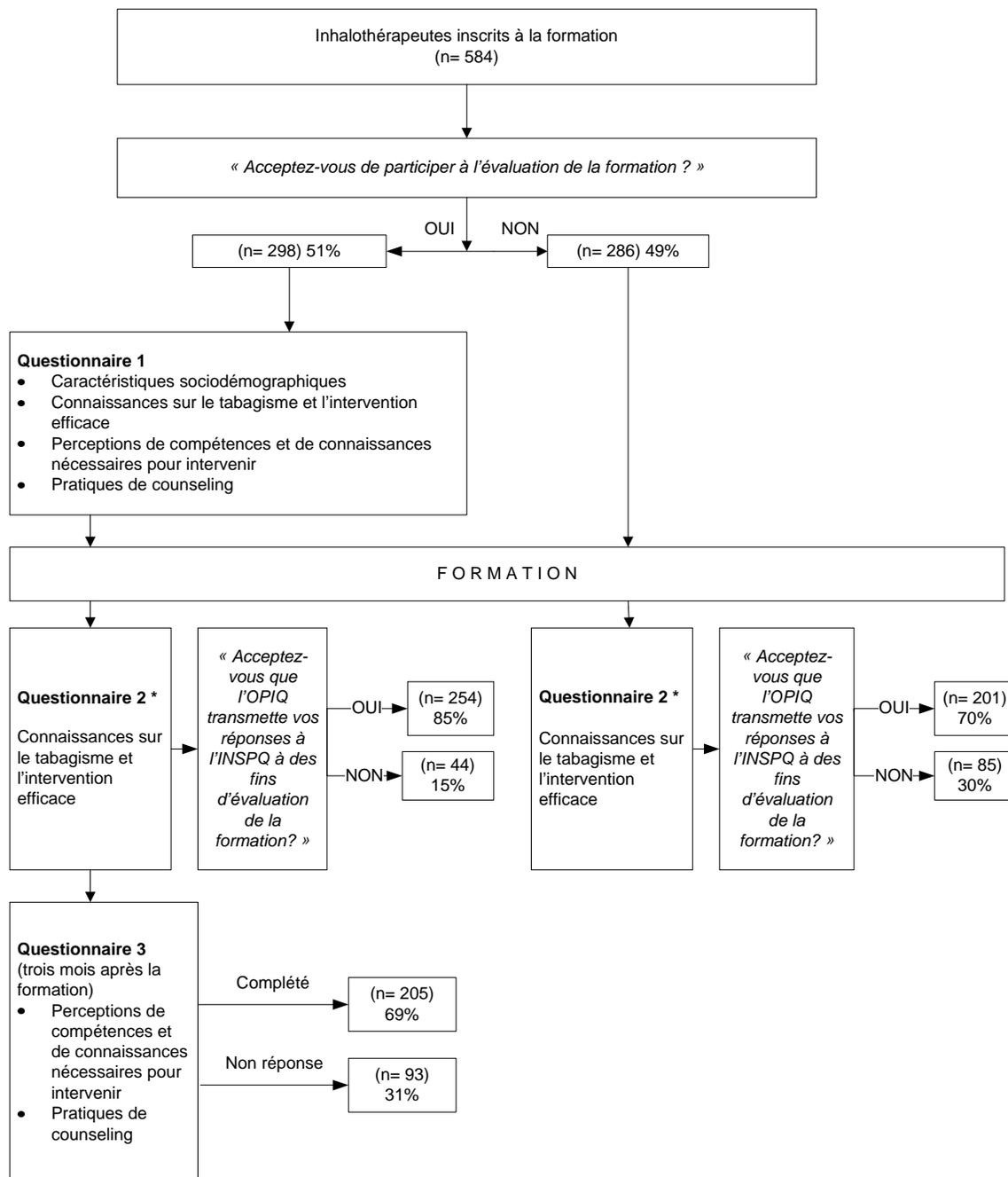
Cette évaluation se base sur un devis pré-post sans groupe de comparaison.

Procédure

De septembre 2010 à juin 2012, tous les inhalothérapeutes inscrits à la formation en ligne ont été invités à participer à l'évaluation (figure 1). Les participants ont été interrogés par questionnaires à trois reprises : immédiatement avant de commencer la formation, immédiatement après avoir complété la formation, et trois mois plus tard. Seuls les participants qui ont rempli le questionnaire avant la formation ont été invités à remplir le questionnaire trois mois plus tard. Par contre, tous les inhalothérapeutes qui complétaient la formation, incluant ceux qui n'avaient pas rempli le premier questionnaire, pouvaient transmettre à l'INSPQ leur résultat au deuxième questionnaire, utilisé par l'OPIQ comme test de validation des acquis (figure 1).

Tous les questionnaires, élaborés à l'aide du logiciel LimeSurvey, ont été remplis en ligne. Les deux premiers questionnaires étaient accessibles en cliquant sur un lien à partir de la page web de la formation. Afin de remplir le troisième questionnaire (trois mois après la formation), un lien était envoyé aux participants par courriel. Les participants qui remplissaient les trois questionnaires d'évaluation se sont vus offrir par l'OPIQ, en guise de remerciement, des unités additionnelles de formation continue équivalant à 30 minutes. Les participants étaient assurés que les réponses aux questionnaires seraient traitées de manière confidentielle et anonyme, et que d'aucune manière celles-ci ne porteraient préjudice à leur dossier à l'OPIQ. Seules les questions de validation des acquis permettant d'obtenir des unités de formation continue étaient accessibles par l'OPIQ. La procédure de collecte et les instruments de mesure ont été mis à l'essai par trois inhalothérapeutes professionnels avant leur mise en ligne.

Figure 1 Procédure de recrutement et de collecte de données, et taux de participation des inhalothérapeutes, Québec, 2012



* Questionnaire obligatoire pour obtenir les unités de formation continue remises par l'OPIQ

Variables

Identification et contact : Le numéro de permis de pratique à cinq chiffres de l'inhalothérapeute était demandé au début de chaque questionnaire pour jumeler les réponses d'une même personne aux différents questionnaires (tableau 1). Une adresse courriel était demandée avant de commencer la formation pour envoyer aux participants l'invitation à remplir le troisième questionnaire et pour leur faire parvenir l'attestation de participation à l'évaluation leur permettant d'obtenir auprès de l'OPIQ les unités additionnelles de formation.

Informations sociodémographiques : Avant de commencer la formation, les participants devaient indiquer dans le premier questionnaire leur sexe, année de naissance, région et lieu de pratique, nombre d'années de pratique, et champ de pratique (tableau 1).

Connaissances sur le tabagisme et l'intervention efficace : Les connaissances sur le tabagisme, le renoncement au tabac et sur les éléments d'une intervention efficace auprès des fumeurs ont été mesurés à partir de 13 questions à choix multiples (voir libellés au tableau 3). Les mêmes questions ont été posées avant la formation et immédiatement après (tableau 1). L'ordre des questions des deux questionnaires était différent. Le nombre de bonnes réponses a été additionné pour créer un score allant de 0 à 13.

Perception d'avoir les compétences et les connaissances nécessaires pour intervenir : Les participants ont été interrogés à l'aide de questions fermées sur leurs perceptions d'avoir les compétences et les connaissances nécessaires pour intervenir auprès de leurs patients fumeurs à partir d'items utilisés lors d'une enquête antérieure (Tremblay et coll., 2006). Les participants indiquaient leur degré d'accord à propos de sept items sur une échelle de 1 à 5 (où 1 = entièrement en désaccord et 5 = entièrement d'accord) avant la formation et trois mois après l'avoir complétée (tableau 1). Quatre de ces items décrivaient des perceptions de compétences, deux items, des perceptions de connaissances et un item décrivaient la croyance selon laquelle c'est le rôle de l'inhalothérapeute de donner des conseils pour arrêter de fumer (voir libellés au tableau 4).

Pratiques de counseling : Les participants ont indiqué la fréquence à laquelle ils réalisent, auprès des fumeurs, 10 interventions recommandées dans les lignes directrices américaines (Fiore et coll., 2008). Les participants ont indiqué le nombre de patients auprès de qui ils avaient réalisé ces interventions en se référant aux dix derniers patients vus en consultation (aucun patient, un patient, deux, trois, etc. jusqu'à un maximum de dix c'est-à-dire tous les patients). Les pratiques de counseling ont été mesurées avant la formation et trois mois après (tableau 1).

Tableau 1 Moments de mesure des variables

Variables	Questionnaire 1		Questionnaire 2	Questionnaire 3
	Immédiatement avant la formation	FORMATION	Immédiatement après la formation	Trois mois après la formation
Identification et contact				
• Numéro de permis de pratique	✓		✓	✓
• Adresse courriel	✓			
Informations sociodémographiques	✓			
Connaissances sur le tabagisme et l'intervention efficace	✓		✓	
Perception d'avoir les compétences et les connaissances nécessaires pour intervenir	✓			✓
Pratiques de counseling	✓			✓

Analyses

Les inhalothérapeutes ayant complété la formation (n = 584) ont été comparés à l'ensemble des membres de l'OPIQ (N = 3 794) quant à leur sexe, principaux champs de pratique, et régions de pratique. Des analyses descriptives ont été réalisées (proportions, moyennes) afin de décrire les 298 inhalothérapeutes ayant participé à l'évaluation. Ceux-ci ont été comparés aux inhalothérapeutes ayant complété la formation quant à leur âge, sexe, années de pratique, principaux lieux et champs de pratique, et régions de pratique. Des analyses de variance à mesures répétées et des tests-t appariés ont été réalisés auprès des participants à l'évaluation sur les résultats avant et après la formation au test de connaissance, aux perceptions de compétences et connaissances pour intervenir, et aux pratiques de counseling rapportées.

RÉSULTATS

Caractéristiques des inhalothérapeutes ayant complété la formation en ligne

De septembre 2010 à juin 2012, 584 inhalothérapeutes ont complété la formation en ligne. Ceux-ci comptent une proportion un peu plus élevée de femmes que la proportion de femmes parmi les membres de l'OPIQ (88,0 % vs 84,5 %; tableau 2). La formation semble intéresser davantage les membres pratiquant en soins cardiorespiratoires généraux (59,5 % vs 48,5 %), et moins les inhalothérapeutes pratiquant en assistance anesthésique (14,3 % vs 29,3 %; tableau 2). Les inhalothérapeutes pratiquant à Montréal sont également sous-représentés par rapport à leur poids au sein de l'OPIQ (22,5 % vs 33,6 %; tableau 2).

Caractéristiques des participants à l'évaluation

Parmi les 584 inhalothérapeutes qui ont complété la formation, 298 ont accepté de participer à l'évaluation (51 %). Parmi ceux-ci :

- 298 participants ont fourni des informations de nature sociodémographique;
- 254 participants ont complété le test de connaissances avant et après la formation;
- 205 participants ont rapporté leurs perceptions de compétences et connaissances et leurs pratiques de counseling avant et après la formation (figure 1).

Comme le démontre le tableau 2, les inhalothérapeutes qui ont participé à l'évaluation (n = 298) ont en moyenne 31,3 ans, 90,3 % sont des femmes et 65,1 % ont 10 ans d'expérience ou moins. Ils travaillent surtout en centre hospitalier ou en CSSS/CLSC (93,6 %). Toutes les régions sont représentées. Le profil des participants à l'évaluation ne diffère pas significativement du profil des inhalothérapeutes qui ont complété la formation (n = 584) sauf en ce qui concerne certains champs de pratique. Parmi les participants à l'évaluation, on retrouve une proportion moins élevée d'inhalothérapeutes qui pratiquent en soins cardiorespiratoires généraux comparé aux inhalothérapeutes qui ont complété la formation (51,9 % vs 59,5 %; voir tableau 2).

Connaissances sur le tabagisme et l'intervention efficace

Les connaissances des inhalothérapeutes quant au tabagisme et aux éléments d'une intervention efficace de renoncement au tabac se sont significativement améliorées après la formation. Le score moyen au test de connaissances (n = 254) est passé de 5,4 sur 13 avant la formation à 11,6 sur 13 immédiatement après (tableau 3). Toutes les questions ont vu leur taux de réussite augmenter de manière significative après la formation.

➤ *Perceptions de compétences et de connaissances nécessaires pour intervenir*

Trois mois après avoir suivi la formation, les perceptions de compétences et de maîtrise des connaissances nécessaires à l'intervention se sont significativement améliorées chez les inhalothérapeutes (n = 205) comparativement à la période précédant la formation (tableau 4). L'amélioration est significative pour chaque item. On observe un écart avant-après plus grand pour la perception de posséder les connaissances nécessaires pour aider les patients à cesser de fumer (de 3,2/5 avant à 4,1/5 après) et pour la connaissance des ressources vers lesquelles diriger les patients (de 3,2/5 avant à 4,1/5 après). La croyance des inhalothérapeutes concernant leur rôle de conseiller auprès de leurs patients fumeurs est passée de 4,2/5 à 4,4/5. Notons que cette croyance était endossée très fortement au départ par les inhalothérapeutes inscrits à la formation. Enfin, la perception d'avoir les compétences nécessaires pour aider les patients à renoncer au tabac a augmenté de 3,3/5 avant à 4,1/5 après.

➤ *Pratiques de counseling*

Trois mois après avoir suivi la formation, les inhalothérapeutes (n = 205) rapportent être intervenus auprès d'un plus grand nombre de patients qu'avant la formation. Dans l'ensemble, les interventions sont réalisées auprès de plus de quatre patients sur dix après la formation comparativement à plus de trois patients sur dix avant la formation, soit un patient sur dix de plus (3,6/10 avant à 4,6/10 après; tableau 5). Certaines interventions se sont améliorées davantage, c'est le cas pour :

- évaluer l'intention du fumeur à cesser de fumer ou non (2,3/10 à 4,1/10);
- discuter des perceptions des avantages et inconvénients apportés par la cigarette avec les fumeurs qui ne sont pas prêts à cesser de fumer (2,7/10 à 3,9/10);
- discuter des symptômes de sevrage avec les fumeurs prêts à cesser de fumer (2,0/10 à 3,4/10).

Il est à noter qu'avant la formation, ces interventions étaient les moins souvent effectuées par les participants. D'autres

interventions plus fréquemment réalisées avant la formation ont moins augmenté après la formation. C'est le cas de l'identification du statut tabagique des patients (de 5,7 à 6,4) et de l'inscription du statut tabagique au dossier du patient (de 4,0 à 4,6). Conseiller aux patients fumeurs de cesser de fumer est la seule intervention qui n'a pas augmenté de manière significative après la formation (5,3 à 5,6).

DISCUSSION

Les principaux objectifs de cette étude réalisée auprès d'inhalothérapeutes étaient de mesurer les effets d'une formation en ligne sur l'acquisition de connaissances, le sentiment d'avoir les compétences et les connaissances nécessaires pour intervenir auprès des fumeurs et les pratiques de counseling en abandon du tabac. Les résultats démontrent qu'après avoir suivi la formation, les participants ont de meilleures connaissances sur le tabagisme et sur les éléments d'une intervention efficace, ils se sentent plus compétents à intervenir, et ils rapportent intervenir auprès d'un plus grand nombre de patients, soit en moyenne une personne de plus sur 10.

Les formations en ligne démontrées efficaces pour améliorer les connaissances, les attitudes et les perceptions de compétences comportent plusieurs éléments communs avec la formation en ligne offerte par l'OPIQ aux inhalothérapeutes, dont des présentations PowerPoint narrées et des illustrations d'interactions professionnel-patient en contexte clinique (Carpenter et coll., 2012; Pederson et coll., 2006; Schmelz et coll., 2010). Les formations en ligne qui visent l'amélioration d'une pratique relationnelle, telle que le counseling en abandon du tabac, et qui démontrent des résultats positifs incluent habituellement des éléments interactifs (Carpenter et coll., 2012; McLoed et coll., 2013; Mitchell et coll., 2013; Pederson et coll., 2006; Schmelz et coll., 2010; Sears et coll., 2008; Shafer et coll., 2004; Weingardt et coll., 2009). Les plus courants sont des extraits audios ou vidéos et des liens vers des ressources complémentaires, mais certaines formations comprennent de la supervision individuelle offerte par des experts, en personne ou à distance.

La présente étude comporte certaines limites. D'abord, les pratiques de counseling des participants sont rapportées plutôt qu'observées. Deuxièmement, les inhalothérapeutes qui ont choisi de suivre cette formation optionnelle avaient probablement un intérêt pour une telle formation, ce qui représente un biais de sélection. De plus, comme c'est le cas pour la plupart des études, ceux qui ont accepté de participer à l'évaluation sont susceptibles d'avoir une opinion plus favorable à l'égard de la formation que ceux qui ne participent pas, ou qui abandonnent en cours de route. Finalement, le taux de réponse de 51 % limite la généralisation des résultats. Notons toutefois que plusieurs des études réalisées auprès de cliniciens et de professionnels de la santé rapportent des taux de réponse similaires ou plus faibles à celui obtenu dans la présente étude (Carpenter et coll., 2012; Sears et coll., 2008).

Parmi les forces de cette étude, mentionnons l'échelle de mesure des pratiques de counseling en dix points, qui faisait référence aux dix derniers patients vus en consultation ce qui a permis de déceler une petite augmentation du nombre de patients auprès de qui les pratiques étaient réalisées. Cette échelle avait aussi l'avantage d'être facile à répondre pour les participants et d'être moins sujette au biais qui fait en sorte que les participants veulent se conformer aux attentes des chercheurs, par exemple l'échelle utilisée par Carpenter et coll. (2012). Ensuite, l'utilisation de questions provenant d'enquêtes réalisées antérieurement auprès d'inhalothérapeutes québécois sur leurs besoins de formation et leurs pratiques de counseling en abandon du tabac ajoutait à la qualité et la pertinence des questions. Finalement, la collaboration de l'OPIQ pour adapter leurs procédures aux besoins de l'évaluation et l'utilisation de questionnaires en ligne accessibles directement dans la grille de parcours de la formation ont vraisemblablement facilité le recrutement et contribué à la rétention des participants.

Parmi toutes les formations continues offertes par l'OPIQ, la formation *Intervenir auprès de vos patients fumeurs : le rôle des inhalothérapeutes* a été de loin la plus populaire au cours des trois années suivant sa mise en ligne en 2010 (OPIQ, communication personnelle). En août 2013, plus de 880 inhalothérapeutes avaient complété la formation en ligne (OPIQ, communication personnelle), soit 22 % des membres inscrits à l'ordre en 2012-2013 (Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, 2013). En 2012, l'OPIQ et six ordres professionnels québécois ont souscrit à un énoncé de position commun sur l'importance d'aborder la question du tabagisme et sur le rôle essentiel que doivent jouer les professionnels de la santé en accompagnant leurs patients fumeurs dans une démarche de renoncement au tabac (Institut national de santé publique du Québec et coll., 2012). Dans cette déclaration, l'OPIQ s'est engagé à : i) offrir de la formation sur le counseling en abandon du tabac à ses membres et à en faire la promotion; ii) fournir des outils pour aider ses membres à soutenir leurs patients qui fument; iii) promouvoir les ressources communautaires en abandon du tabac; et iv) statuer sur la nécessité d'inclure dans les programmes d'études obligatoires de base les connaissances sur le tabagisme et sur le counseling en abandon du tabac.

Les effets positifs observés de la formation sur les connaissances, le sentiment de compétence à intervenir et les pratiques de counseling, de même que l'intérêt qu'elle suscite auprès des inhalothérapeutes sont encourageants et laissent penser que les pratiques de counseling des inhalothérapeutes auprès des fumeurs pourraient s'améliorer au cours des prochaines années. La présente évaluation d'une formation continue offerte en ligne démontre le potentiel prometteur de cette technologie pour améliorer les pratiques cliniques de professionnels de la santé, en particulier dans un contexte de compression budgétaire, où le déplacement de personnel est limité et où les professionnels sont dispersés sur un grand territoire.

Tableau 2 Description des membres de l'OPIQ, des inhalothérapeutes qui ont complété la formation et des participants à l'évaluation

	Membres de l'OPIQ ¹ N = 3 794	Inhalothérapeutes qui ont complété la formation ² N = 584	Participants à l'évaluation N = 298
Âge (moyenne)	nd	35,0	31,3
Sexe (%)			
Femmes	84,5	88,0†	90,3
Hommes	15,5	12,0†	9,7
Années de pratique (%)			
Moins de 5 ans	nd	29,2	35,9
5 à 10 ans	nd	31,1	29,2
11 à 15 ans	nd	11,8	11,7
16 à 20 ans	nd	10,3	7,7
21 à 25 ans	nd	7,4	7,0
26 à 30 ans	nd	3,9 ^E	3,4 ^E
31 à 35 ans	nd	4,0 ^E	4,0 ^E
Plus de 35 ans	nd	2,3 ^E	F
Principaux lieux de pratique (%)			
Centre hospitalier-CSSS/CLSC	nd	92,5	93,6
Principaux champs de pratique (%)³			
Soins cardiorespiratoires généraux	48,5	59,5†	51,9*
Assistance anesthésique	29,3	14,3†	15,8
Assistance à la ventilation	20,4	2,4 ^E †	12,1*
Administration	3,3	F	F
Laboratoire physiologie respiratoire	8,2	2,2 ^E †	5,0 ^E *
Polysomnographie	4,7	2,2 ^E †	3,7 ^E
Rééducation respiratoire	1,7	F	F
Soins à domicile (soins généraux)	9,2	3,7 ^E †	5,1 ^E
Autre	3,9	13,6†	4,0 ^E *
Régions de pratique			
Outaouais/Abitibi-Témiscamingue	4,7	6,5	8,4 ^E
Montréal	33,6	22,5†	17,8
Laval/Laurentides/Lanaudière	10,6	9,9	11,4
Montréal	13,5	13,3	14,4
Saguenay-Lac-Saint-Jean/Côte-Nord	5,4	8,8†	10,4 ^E
Québec/Chaudières Appalaches/Bas-St-Laurent/Gaspésie–Iles-de-la-Madeleine	19,7	23,0	20,2
Mauricie-Bois-Francs/Centre-du-Québec	5,7	8,9†	12,1
Estrie	5,3	4,7 ^E	5,4 ^E
Hors Québec	1,4	F	nd
Autre	nd	2,2 ^E	nd

¹ Source : Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (2012).

² Source : Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, communication personnelle.

³ Un inhalothérapeute peut œuvrer dans plus d'un secteur.

^E Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

^F Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise.

* Différence significative entre les participants à l'évaluation et les inhalothérapeutes qui ont complété la formation, $p < 0,05$.

† Différence significative entre les inhalothérapeutes qui ont complété la formation et les membres de l'OPIQ, $p < 0,05$.

nd : donnée non disponible.

Tableau 3 Taux de réussite aux questions de connaissances sur le tabagisme, avant et après la formation, parmi les participants qui ont rempli les deux questionnaires (n = 254)

	Avant la formation	Immédiatement après la formation
Nombre de bonnes réponses sur 13	5,4	11,6*
Participants qui ont donné la bonne réponse à chaque question (%)		
1. À propos du tabagisme au Québec en 2007, lequel ou lesquels des énoncés suivants est ou sont VRAI(S) ?		
a) Notre province est parmi celles où l'on retrouve les plus grandes proportions de fumeurs.		
b) Une personne sur quatre de plus de 12 ans fumait tous les jours ou à l'occasion.	11,0	76,0*
c) La proportion de personnes qui fument est plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes.		
d) La proportion de personnes qui fument est plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes.		
2. À propos des effets du tabagisme sur la santé, indiquez lequel ou lesquels des énoncés suivants est ou sont VRAI(S) ?		
a) Un fumeur sur deux mourra d'une maladie causée par le tabac.		
b) La fumée secondaire de tabac est une des causes du cancer du sein chez les non-fumeuses.	8,3	53,9*
c) Chaque jour, un peu plus de 28 Québécois meurent des conséquences du tabagisme (ou plus de 10 000 par année).		
d) Le tabagisme est associé à 30 % des cas de cancer du poumon et de MPOC.		
3. À propos des bienfaits de la cessation, indiquez lequel ou lesquels des énoncés suivants est ou sont FAUX ?		
a) En moyenne, les fumeurs meurent 10 ans plus jeunes que les non-fumeurs.		
b) Un fumeur qui cesse de fumer à l'âge de 30 ans aura une espérance de vie similaire à celle des non-fumeurs.	32,7	79,9*
c) Des bénéfices à l'abandon de la cigarette sont constatés moins de 20 minutes après l'arrêt.		
d) Pour les fumeurs âgés de 50 ans et plus, il n'y a aucun avantage à cesser de fumer.		
4. À propos des interventions de counseling en abandon du tabac, lequel ou lesquels des énoncés suivants est ou sont VRAI(S) ?		
a) Les études démontrent que les interventions de counselling pratiquées par les professionnels de la santé auprès des fumeurs augmentent les taux d'abandon.		
b) Plus les interventions de counselling auprès d'un même patient sont longues et répétées, plus les effets sont avantageux.	7,5	95,3*
c) Au Québec, la majorité des fumeurs pensent que c'est le rôle des inhalothérapeutes de les conseiller à cesser de fumer.		
d) Un fumeur à qui l'on ne parle pas de son tabagisme peut croire, à tort, qu'il n'est pas à risque.		
5. Le modèle d'intervention privilégié pour aider un patient à cesser de fumer inclut 5 étapes. La première consiste à S'INFORMER. Indiquez lequel ou lesquels des énoncés suivants font référence aux gestes cliniques à poser pour cette étape?		
a) Demander au patient s'il fume lors de chaque visite.		
b) S'informer du nombre de cigarettes fumées par jour, par semaine ou par mois.	55,9	97,2*
c) Demander depuis combien d'années il fume.		
d) Noter le dossier le statut tabagique du patient.		

Tableau 3 Taux de réussite aux questions de connaissances sur le tabagisme, avant et après la formation, parmi les participants qui ont rempli les deux questionnaires (n = 254) (suite)

	Avant la formation	Immédiatement après la formation
6. La théorie des stades de changement nous aide à mieux comprendre comment les individus changent et nous donne des pistes pour mieux intervenir. Parmi les énoncés suivants, indiquez lesquels sont FAUX.	9,1	83,5*
a) Les fumeurs qui se situent au stade de préparation manifestent l'intention de cesser de fumer au cours des six prochains mois.		
b) 50 à 60 % des fumeurs se situent au stade de pré réflexion.		
c) Les interventions cliniques à faire pour aider un patient qui désire cesser de fumer sont les mêmes à tous les stades de changement.		
d) Il est recommandé de discuter des moments difficiles avec les fumeurs qui se préparent à cesser de fumer.		
7. Pour un patient fumeur qui ne désire PAS cesser de fumer, indiquez lequel ou lesquels des énoncés suivants font partie d'une bonne pratique selon les principes de l'approche motivationnelle?	50,0	94,5*
a) Être empathique		
b) Discuter fermement dans le but de convaincre à tout prix de cesser de fumer		
c) Poser des questions ouvertes sur les avantages et les inconvénients de fumer		
d) Donner un avertissement accompagné d'une directive catégorique		
8. Lequel ou lesquels des symptômes suivants sont des symptômes de sevrage?	81,1	98,0*
a) Irritabilité		
b) Anxiété		
c) Difficulté de concentration		
d) Insomnie		
9. À propos des aides pharmacologiques pour arrêter de fumer, indiquez lequel ou lesquels des énoncés suivants est ou sont VRAI(S) ?	52,0	92,1*
a) Certaines aides pharmacologiques peuvent doubler et même tripler les chances de cesser de fumer.		
b) Avec un patient qui se prépare à cesser de fumer, il est indiqué de discuter avec lui des différentes aides pharmacologiques.		
c) Pour les fumeurs fortement dépendants à la nicotine, certaines combinaisons d'aides pharmacologiques augmentent de manière significative la probabilité d'abstinence.		
d) Les seules aides pharmacologiques efficaces pour traiter la dépendance au tabagisme sont la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), soit les timbres, gommes, pastilles, inhalateurs de nicotine.		
10. À propos des aides pharmacologiques pour arrêter de fumer, indiquez lequel ou lesquels des énoncés suivants est ou sont VRAI(S) ?	47,2	95,7*
a) Les contre-indications d'un médicament représentent un critère dont il faut tenir compte pour guider le choix d'une pharmacothérapie		
b) Les médicaments d'aide à la cessation qui sont remboursés par le Régime public d'assurance médicaments du Québec et les Régimes d'assurance privée sont uniquement les timbres de nicotine.		
c) Pour la gomme de nicotine, une bonne technique de mastication est particulièrement importante pour augmenter l'efficacité du traitement.		
d) Pour recommander un médicament, il n'est pas nécessaire de tenir compte des caractéristiques du patient, comme des antécédents de dépression, la prise de poids, etc.		

Tableau 3 Taux de réussite aux questions de connaissances sur le tabagisme, avant et après la formation, parmi les participants qui ont rempli les deux questionnaires (n = 254) (suite)

	Avant la formation	Immédiatement après la formation
<p>11. À propos des aides pharmacologiques pour arrêter de fumer, indiquez lequel ou lesquels des énoncés suivants est ou sont VRAI(S)?</p> <p>a) Les contre-indications d'un médicament représentent un critère dont il faut tenir compte pour guider le choix d'une pharmacothérapie</p> <p>b) Les médicaments d'aide à la cessation qui sont remboursés par le Régime public d'assurance médicaments du Québec et les Régimes d'assurance privée sont uniquement les timbres de nicotine.</p> <p>c) Pour la gomme de nicotine, une bonne technique de mastication est particulièrement importante pour augmenter l'efficacité du traitement.</p> <p>d) Pour recommander un médicament, il n'est pas nécessaire de tenir compte des caractéristiques du patient, comme des antécédents de dépression, la prise de poids, etc.</p>	47,2	95,7*
<p>12. Indiquez parmi les énoncés suivants lequel ou lesquels est ou sont VRAI(S)?</p> <p>a) Les services j'Arrête développés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec sont gratuits et incluent une ligne téléphonique, un site internet et plus de 160 centres d'abandon du tabagisme.</p> <p>b) Plusieurs organismes offrent de la documentation ou des outils pour aider les fumeurs à cesser de fumer.</p> <p>c) Un outil d'aide à la pratique de format de poche a été développé et distribué gratuitement à tous les inhalothérapeutes de l'OPIQ dans le but de faciliter les interventions auprès des patients fumeurs.</p> <p>d) Les méthodes alternatives telles que l'acupuncture, l'hypnose et le laser ont été démontrées scientifiquement efficaces.</p>	53,9	98,4*
<p>13. Une patiente qui désire cesser de fumer vous demande de l'aide afin d'obtenir des coupe-faims pour minimiser la prise de poids. Lequel ou lesquels des énoncés suivants représente (nt) les bons gestes cliniques à poser ?</p> <p>a) Vous faites preuve d'empathie et exprimez votre confiance dans les capacités de votre patiente à cesser de fumer.</p> <p>b) Sur un ton catégorique, vous refusez.</p> <p>c) Vous soulevez l'importance de remplacer les envies de fumer par de bonnes habitudes de vie.</p> <p>d) Vous faites des démarches pour qu'elle puisse obtenir une prescription de coupe-faims.</p>	66,9	98,4*
<p>14. Lors d'une visite au Centre d'enseignement sur l'asthme un jeune patient asthmatique, qui a pris la décision d'arrêter de consommer des cigarettes, vous avouez prendre un « petit joint » ou un cigarillo de temps en temps. Parmi les énoncés suivants, lesquels représentent les bons gestes cliniques à poser?</p> <p>a) Vous le félicitez d'avoir pris la décision d'arrêter de fumer la cigarette et vous précisez que la marijuana est aussi toxique sinon plus que la fumée de cigarette.</p> <p>b) Vous lui dites que ce n'est pas trop grave puisque la marijuana est naturelle donc peu nocive pour sa santé respiratoire.</p> <p>c) Vous le félicitez d'avoir pris la décision d'arrêter de fumer la cigarette et vous lui dites que consommer de temps en temps des cigarillos ne représente aucun risque pour lui puisque c'est occasionnel.</p> <p>d) Vous lui conseillez de cesser de consommer des cigarillos et de la marijuana.</p>	68,9	98,0*

* Différence significative entre le taux de réussite avant et immédiatement après la formation, $p < 0,05$.

Tableau 4 Perceptions d’avoir les compétences et les connaissances nécessaires pour intervenir, avant et trois mois après la formation, parmi les participants qui ont rempli les deux questionnaires (n = 205)

	Avant la formation	Trois mois après la formation
Connaissances		
a) J’ai les connaissances nécessaires pour aider mes patients fumeurs à cesser de fumer	3,2	4,1*
b) Je sais vers quelles ressources diriger mes patients pour les aider à cesser de fumer.	3,2	4,1*
Croyance		
c) Je considère que c’est mon rôle de donner des conseils pour arrêter de fumer à mes patients fumeurs	4,2	4,4*
Compétences		
d) J’ai les compétences nécessaires pour aider mes patients à cesser de fumer.	3,3	4,1*
e) Je suis capable d’adapter mes conseils en fonction des besoins particuliers de mes patients fumeurs.	3,4	4,1*
f) Il est facile pour moi d’initier une conversation sur l’abandon du tabac avec mes patients fumeurs.	3,4	3,8*
g) Je pense avoir une influence auprès de mes patients pour les aider à décider de cesser de fumer.	3,3	3,8*

Note : 1 = entièrement en désaccord, 5 = entièrement d’accord.

* Différence significative entre avant et trois mois après la formation, $p < 0,05$.

Tableau 5 Fréquence rapportée de dix pratiques de counseling réalisées avant et trois mois après la formation, parmi les participants qui ont rempli les deux questionnaires (n = 205)

	Avant la formation	Trois mois après la formation
Nombre de patients auprès de qui l’ensemble des pratiques de counseling ont été réalisées	3,6	4,6*
Auprès des 10 derniers patients :		
- a demandé le statut tabagique	5,7	6,4*
- a noté le statut au dossier du patient	4,0	4,6*
Auprès des 10 derniers patients FUMEURS :		
- a conseillé de cesser de fumer	5,3	5,6
- a évalué si le patient était prêt à cesser	2,3	4,1*
Auprès des 10 derniers patients fumeurs QUI N’ÉTAIENT PAS PRÊTS À CESSER :		
- a discuté des effets du tabagisme sur la santé	3,7	4,7*
- a discuté des effets du tabagisme sur la santé pulmonaire	4,1	5,1*
- a discuté des perceptions des avantages et inconvénients de la cigarette	2,7	3,9*
Auprès des 10 derniers patients fumeurs QUI ÉTAIENT PRÊTS À CESSER :		
- a discuté des tentatives antérieures	3,3	4,2*
- a discuté des symptômes de sevrage	2,0	3,4*
- a discuté de stratégies pour cesser	3,1	4,2*

Note : 0 = pratique réalisée auprès d’aucun patient sur 10; 10 = pratique réalisée auprès de tous les patients sur 10.

* Différence significative entre le nombre de patients auprès de qui la pratique est réalisée avant et trois mois après la formation, $p < 0,05$.

RÉFÉRENCES

- Boone, E. L. (2013). Has the opportunity gone up in smoke? *Respiratory Care*, 58(8), 1391-1393.
- Carpenter, K. M., Carlini, B. H., Painter, I., Mikko, A. T., & Stoner, S. A. (2012). Refer2Quit: Impact of web-based skills training on tobacco interventions and quitline referrals. *Journal of continuing education in the health professions*, 32(3), 187-195.
- Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T. B., & et coll. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline* Rockville, MD: US Department of health and human services, Public health service.
- Institut national de santé publique du Québec, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, Collège des médecins du Québec, Ordre des dentistes du Québec, Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec et coll. (2012). *Énoncé de position - Le tabagisme, un fléau de santé publique: des professionnels de la santé engagés* Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Kirkpatrick, D. (1996). Revisiting Kirkpatrick's four-level model. *Training and Development*, January, 54-59.
- McLoed, D. L., Morck, A. C., & Curran, J. A. (2013). A pan-Canadian web-based education program to support screening for distress: Evaluation outcomes. *Palliative Support Care*.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: second edition*. New York, NY: Guilford Press.
- Mitchell, S., Heyden, R., Heyden, N., Schroy, P., Andrew, S., Sakidova, E. et coll. (2013). A pilot study of motivational interviewing training in a virtual world. *Journal of Medical Internet Research*, 13(3).
- Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (2012). *Rapport annuel 2011-2012* Montréal, Canada: Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec.
- Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (2013). *Rapport annuel 2012-2013* Montréal, Canada: Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec.
- Pederson, L. L., Blumenthal, D. S., Dever, A., & McGrady, G. (2006). A web-based smoking cessation and prevention curriculum for medical students: why, how, what and what next. *Drug and Alcohol Review*, 25, 39-47.
- Schmelz, A. N., Nixon, B., McDaniel, A., Suchanek Hudmon, K., & Zillich, A. J. (2010). Evaluation of an online tobacco cessation course for health professions students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74(2), 1-10.
- Sears, K. E., Cohen, J. E., & Drope, J. (2008). Comprehensive evaluation of an online tobacco control continuing education course in Canada. *Journal of continuing education in the health professions*, 28(4), 235-240.
- Shafer, M. S., Rhode, R., & Chong, J. (2004). Using distance education to promote the transfer of motivational interviewing skills among behavioral health professionals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(2), 141-148.
- Tremblay, M. & Roy, J. M. (2013). *Plan québécois d'abandon du tabagisme: État de situation après 10 ans d'implantation* Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- Tremblay, M., Cournoyer, D., & O'Loughlin, J. (2006). *Le counseling en abandon du tabac : Résultats d'une enquête menée auprès des inhalothérapeutes du Québec - 2005* Institut national de santé publique du Québec.
- Tremblay, M., Cournoyer, D., & O'Loughlin, J. (2009). Do the correlates of smoking cessation counseling differ across health professional groups? *Nicotine and Tobacco Research*, 11(11), 1330-1338.
- Tremblay, M. & Poirier, H. (2011). *Regards sur un partenariat fructueux: cinq ordres professionnels et l'Institut national de santé publique engagés dans la lutte contre le tabagisme* Montréal, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- Weingardt, K. R., Cucciare, M. A., Bellotti, C., & Lai, W. P. (2009). A randomized trial comparing two models of web-based training in cognitive behavioral therapy for substance abuse counselors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(3), 219-227.

REMERCIEMENTS

- Marise Tétréault et Line Prévost, OPIQ, pour leur collaboration tout au long du projet
- Marianne Dubé, Institut national de santé publique du Québec, pour le traitement des données
- Bernard-Simon Leclerc, CSSS-Bordeaux-Cartierville-St-Laurent, pour sa contribution à l'élaboration du devis d'évaluation
- Dominic Comtois, Université McGill, pour sa participation à la collecte de données
- Les trois inhalothérapeutes qui ont mis la procédure à l'essai et tous ceux qui ont participé à l'évaluation.

Les personnes suivantes pour leurs précieux commentaires sur une version antérieure de ce document :

- Édith Guilbert, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec
- Doina Malai, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec
- Caroline Cejka, Direction de santé publique de Montréal
- Johanne Laguë, chef d'unité scientifique Habitudes de vie, Institut national de santé publique du Québec

Le ministère de la Santé et des Services sociaux pour sa contribution financière ayant permis la réalisation de cette étude.

**Évaluation des effets d'une formation en ligne
sur le counseling en abandon du tabac des
inhalothérapeutes**

Auteurs :

**Annie Montreuil
Michèle Tremblay
Hélène Poirier**

Institut national de santé publique du Québec

N° de publication : 1821

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2014
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-551-25534-4 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-70590-1 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)