

**Identification des conditions gagnantes pour
l'implantation des politiques d'environnements
sans fumée dans les établissements de santé
et de services sociaux du Québec**

AUTEUR

Sébastien O'Neill, M. A., conseiller scientifique
Développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Jean-Pierre Landriault
Développement des individus et des communautés

MISE EN PAGE

Anouk Sugar, agente administrative
Sophie Michel, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

L'auteur tient à remercier Michèle Tremblay et Annie Montreuil de l'Institut national de santé publique du Québec pour leurs commentaires qui ont permis d'améliorer le document.

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 – 3^e trimestre 2019
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-84349-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2019)

Contexte

Adopté le 26 novembre 2015, l'article 11 de la Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme est venu entériner l'implantation des politiques d'environnements sans fumée pour l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux du Québec. En vertu de la Loi, les établissements avaient jusqu'au 27 novembre 2017 pour adopter une telle politique et, par le fait même, mettre de l'avant un plan d'implantation. Cela signifie qu'au cours des prochaines années, une majorité des établissements auront à planifier la fermeture des fumeurs et des chambres fumeurs au sein des hôpitaux et des centres d'hébergement de soins longue durée (CHSLD). Il y aura donc des défis particuliers à relever, selon la vocation des installations, qu'elles soient un hôpital, une unité de santé mentale ou un CHSLD. Les zones fumeurs sur les terrains extérieurs constituent aussi un enjeu à considérer.

Les politiques d'environnements sans fumée sont, à plusieurs niveaux, complexes à implanter, particulièrement quand elles s'appliquent à des organisations de santé aux clientèles et installations hétérogènes (Ballbè et collab., 2015; Stockings et collab., 2015). Les membres du personnel doivent connaître les modalités d'application, en plus d'y adhérer, d'en faire la promotion et d'intervenir auprès des individus ne respectant pas la politique (Giraldi et collab., 2013; Glover et collab., 2014; Magor-Blatch et Rugendyke, 2016; Pagano et collab., 2016; Robson, Yates, Craig, Healey, et McNeill, 2016; Sohal, Huddleston, et Ratschen, 2016). Selon leur situation, les usagers peuvent être réticents devant un changement imposé, particulièrement quand ils sont hébergés (Ortiz, Schacht, et Lane, 2013; Stockings et collab., 2015). La cigarette électronique semble aussi poser de nouveaux défis quant à la légitimité de son utilisation relativement à la cigarette conventionnelle et la possibilité de l'utiliser comme méthode de renoncement ou comme outil d'abstinence temporaire (Martínez-Sánchez et collab., 2014; Pippard et Shipley, 2017). Enfin, les installations doivent être adaptées à la politique, et cela peut signifier des changements relativement simples à implanter, tels que l'installation d'affiches, et aussi certains plus considérables comme la fermeture des fumeurs intérieurs (Magor-Blatch et Rugendyke, 2016; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016; Riad-Allen et collab., 2017).

Demande

Devant le défi que représente ce genre de changement organisationnel, une demande de brève recension des connaissances scientifiques a été formulée à l'occasion de la Table de coordination nationale de santé publique (TCNSP) à l'endroit de l'INSPQ afin d'identifier les conditions gagnantes propres à l'implantation des politiques. Certains milieux précis ont été identifiés dans la demande de la TCNSP, soit les unités de santé mentale, les milieux extérieurs, les fumeurs et chambres fumeurs, de même que les milieux de soins longue durée.

Les contraintes de temps imposées par la demande ne permettant pas de réaliser l'ensemble des étapes d'une synthèse de connaissances, nous avons plutôt opté pour une méthode de recension non systématique et une analyse moins approfondie du matériel recueilli. Ainsi, le présent rapport expose les conditions gagnantes déjà identifiées par une recension d'écrits systématique publiée par le National Institute of Care and Excellence (NICE) en plus d'effectuer une mise à jour de la stratégie documentaire utilisée par le NICE de manière à identifier d'autres publications plus récentes sur le même sujet.

Table des matières

1	Démarche	3
1.1	Recension d'écrits publiés par le NICE en 2012	3
1.2	Mise à jour de la stratégie documentaire.....	3
2	Identification des conditions gagnantes et des barrières	4
2.1	Constats de la recension d'écrits du NICE.....	4
2.2	Constats dégagés par la mise à jour par rapport aux installations et établissements dispensant des soins aux usagers hébergés atteints de troubles de santé mentale, de troubles concomitants ou de troubles d'abus de substances	5
2.3	Constats dégagés par la mise à jour par rapport aux terrains extérieurs	6
2.4	Constats dégagés par la mise à jour par rapport à la fermeture des fumoirs.....	6
2.5	Constats dégagés par la mise à jour par rapport à la fermeture des chambres fumeurs.....	6
2.6	Constats dégagés par la mise à jour par rapport aux milieux de soins longue durée	7
2.7	Constats dégagés par la mise à jour par rapport à ceux du NICE.....	7
3	Limites	7
4	Conclusion	7
	Références	8
	Annexe 1 Barrières et conditions gagnantes des 11 articles provenant de la mise à jour	10

1 Démarche

1.1 Recension d'écrits publiés par le NICE en 2012

En 2012, le National Institute of Care and Excellence (NICE) publiait, dans le cadre du guide *Public Health 48*, intitulé *Smoking : acute, maternity and mental health services*, une recension systématique d'écrits portant sur les conditions gagnantes et les barrières liées à l'implantation de PESF au sein d'organisations de santé de deuxième ligne : *A review of the barriers to and facilitators for implementing smokefree strategies and interventions in secondary care settings* (Eadie et collab., 2012). Selon le NICE, la deuxième ligne comprend les établissements publics offrant des soins et services aux personnes avec des problèmes de toxicomanie, aux individus atteints de troubles mentaux graves incluant les unités psychiatriques, les hôpitaux sécurisés, de même que les services médicaux planifiés, tels que les opérations chirurgicales (National Institute of Care and Excellence, 2013, p. 40). Elle peut aussi inclure les soins en urgence, les services de maternité, ainsi que les cliniques externes dans la communauté (National Institute of Care and Excellence, 2013, p. 40).

1.2 Mise à jour de la stratégie documentaire

Puisque les objectifs de cette recension sont similaires à ceux de la demande qui nous a été adressée, une mise à jour de la stratégie documentaire utilisée par le NICE a été réalisée. Concrètement, cela comporte la réutilisation des mêmes mots clés, de la même banque de données (*Medline*) et de la même plateforme de recherche (*EBSCOhost*). L'unique différence est la période de temps visée : les recherches du NICE couvrent la littérature publiée jusqu'en 2012, tandis que la mise à jour de l'INSPQ s'étend de 2013 à 2018.

Avant de procéder à la mise à jour, une évaluation de la qualité scientifique de cette recension d'écrits a été effectuée par l'auteur du présent rapport à l'aide de l'outil AMSTAR2. La recension a obtenu la cote de qualité « élevée », qui est la plus haute note possible.

1.2.1 SÉLECTION DES ARTICLES

Des 1 102 articles obtenus à l'aide de la stratégie de recherche, 46 ont été retenus sur la base des titres, et 15 articles parmi ceux-ci ont été conservés suite à la lecture des résumés. Après une lecture complète de chacun de ces articles, 11 ont été choisis pour la sélection finale. Les articles conservés devaient traiter de l'implantation et du fonctionnement d'une politique d'environnements sans fumée au sein d'un ou de plusieurs établissements dispensant des soins de santé, en plus de fournir de l'information sur les conditions gagnantes et les barrières du point de vue des usagers, des membres du personnel ou de l'organisation en général. Les articles devaient aussi provenir de contextes comparables au nôtre, en plus d'être écrits en anglais ou en français.

Parmi les onze articles sélectionnés, trois ont été réalisés au Royaume-Uni, deux aux États-Unis, et les six autres, respectivement au Canada, en Nouvelle-Zélande, au Brésil, en Australie, en Italie et en Espagne. Cinq des onze articles portent sur les politiques au sein de milieux psychiatriques hébergeant des usagers atteints de troubles mentaux graves; deux se concentrent sur les installations et établissements dispensant des soins aux personnes atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, deux autres étudient les milieux soignant des personnes atteintes de problèmes de toxicomanie et, finalement, deux s'attardent aux milieux de soins de façon générale. Les onze études utilisent un devis observationnel de type analytique ou descriptif.

1.2.2 EXTRACTION

Les informations pertinentes contenues dans chacun des articles ont été prélevées à l'aide d'une grille d'extraction permettant de mettre en lumière, outre la clientèle visée et le contexte étudié, les barrières et conditions gagnantes liées à l'implantation et au fonctionnement des politiques. Les grilles d'extraction sont disponibles en annexe.

Afin de répondre à la demande dans le temps imparti, certaines étapes incluses dans une recension systématique n'ont pu être réalisées, dont l'évaluation de la qualité méthodologique des études et l'analyse de l'ensemble du contenu présenté dans les études. Les informations pertinentes ont été extraites et elles sont rapportées telles quelles dans la section suivante.

1.2.3 REVUE NARRATIVE

En plus de cette mise à jour, une brève revue narrative a aussi été effectuée afin de compléter certains sujets partiellement couverts par la stratégie du NICE, notamment, la fermeture des fumeurs et des chambres fumeurs dans les établissements de santé. Les moteurs de recherche suivants ont été utilisés : *Google*, *Google Scholar* et *EBSCOhost*. Étant donné la rareté de littérature sur ces sujets, aucune période de temps n'a été employée pour limiter les résultats.

2 Identification des conditions gagnantes et des barrières

Cette section présente d'abord les conditions gagnantes et les barrières provenant de la recension d'écrits NICE publiée en 2012. Le même exercice est ensuite effectué pour la mise à jour. Finalement, une comparaison rapide est effectuée entre les constats du NICE et ceux découlant de la mise à jour.

2.1 Constats de la recension d'écrits du NICE

Conditions gagnantes

- Leadership de la part des personnes ayant un pouvoir décisionnel;
- Planification claire des mesures à être adoptées et implication des parties prenantes;
- Prévoir suffisamment de temps pour mettre en place la politique;
- Implanter la politique durant une période où le climat est favorable;
- Mettre en place un processus de consultation et d'évaluation;
- Fournir suffisamment d'information sur la politique (papier, en ligne, etc.);
- Avoir des endroits désignés pour fumer adéquatement aménagés;
- Avoir des mesures en place et suffisamment de personnel pour prescrire la thérapie de remplacement de la nicotine.

Barrières

- Manque de clarté et de constance dans l'application des règles;
- Difficulté à faire appliquer les interdictions de fumer à l'extérieur selon l'étendue et les caractéristiques du terrain et de l'établissement;
- Nombre insuffisant d'inspecteurs;
- Manque d'intervenants pour accompagner les patients à l'extérieur pour fumer;

- Certaines clientèles sont plus difficiles à gérer (troubles de santé mentale et de toxicomanie);
- Résistance de la part des employés et usagers fumeurs;
- Perception que le renoncement au tabac est un obstacle au rétablissement.

2.2 Constats dégagés par la mise à jour par rapport aux installations et établissements dispensant des soins aux usagers hébergés atteints de troubles de santé mentale, de troubles concomitants ou de troubles d'abus de substances¹

Conditions gagnantes

- Responsabiliser et outiller des individus en position d'autorité, soit des gestionnaires, cliniciens ou des médecins, afin qu'ils soutiennent et facilitent l'implantation de la politique (Eby, L. T. de T. et Laschober, T. C. 2014; Glover et collab., 2014; Stockings et collab., 2015).
- Impliquer les membres du personnel dans l'élaboration de la PESF, en plus d'offrir des occasions pour s'exprimer sur l'état de son implantation et de son fonctionnement (Riad-Allen et collab., 2017; Ballbè et collab., 2015; Eby, L. T. de T. et Laschober, T. C. 2014).
- Offrir aux membres du personnel de la formation sur les modalités d'application de la politique, les dates de changement et les conséquences attendues (Glover et collab., 2014; Sohal et collab., 2016).
- Insister sur l'importance de la TRN comme mesure d'atténuation des symptômes causés par un sevrage de nicotine lors d'un séjour de courte, moyenne ou longue durée (Riad-Allen et collab., 2017; Robson et collab., 2016; Sohal et collab., 2016; Stockings et collab., 2015).
- Encourager et faciliter la prescription de la TRN par les infirmières² (Sohal et collab., 2016; Robson et collab., 2016).

- Les modalités d'application propres à la cigarette électronique doivent être clairement communiquées, en plus d'être présentes sur les affiches, pancartes et autres modalités de diffusion. De cette manière, elles peuvent être appliquées de manière cohérente par les membres du personnel chargés de faire respecter la politique (Pippard et collab., 2017).
- Informer les usagers hébergés du processus de changement en lien avec l'implantation et le fonctionnement de la politique (Riad-Allen et collab., 2017; Pagano et collab., 2015; Ballbè et collab., 2015).

Barrières

- Le personnel traitant présumant que le renoncement au tabac est un obstacle au rétablissement des usagers (Glover et collab., 2014, Marques de Oliveira et collab., 2014; Riad-Allen et collab., 2017).
- Un accès déficient à la thérapie de remplacement de la nicotine, ou un mauvais dosage, peut compliquer l'application d'une politique, particulièrement chez les usagers hébergés devant cesser ou diminuer de beaucoup leur consommation de tabac (Sohal et collab., 2016; Stockings et collab., 2015).
- Les infirmières, cliniciens et autres intervenants sont parfois réticents à intervenir auprès d'usagers ayant dû cesser ou diminuer considérablement leur consommation de tabac par crainte d'abus verbaux et/ou physiques causés par de fortes envies de fumer incorrectement gérées (Sohal et collab., 2016; Ballbè et collab., 2015).

¹ L'exposant ^{RN} juxtaposé aux auteurs signifie qu'il s'agit d'un document provenant de la revue narrative.

² Dans le cas du Québec, on pourrait aussi ajouter les inhalothérapeutes à cette liste.

2.3 Constats dégagés par la mise à jour par rapport aux terrains extérieurs

Conditions gagnantes

- Il doit y avoir suffisamment de personnel formé pour patrouiller et faire respecter la politique sur l'ensemble des terrains couverts par celle-ci (Giraldi et collab., 2013; Glover et collab., 2014).
- Attendre le printemps ou l'été avant d'implanter la politique (Schultz et collab., 2011^{RN}).

Barrières

- Un affichage déficient ne couvrant pas l'ensemble des installations complique l'application de la politique, particulièrement chez les membres du personnel et inspecteurs désirant l'utiliser pour faire respecter les zones sans fumée (Glover et collab., 2014; Pippard et collab., 2017).
- Les pauses-cigarette fréquentes prises par les usagers devant se rendre sur un terrain extérieur et nécessitant un accompagnateur peuvent avoir pour effet de déséquilibrer le ratio d'intervenants requis dans un milieu de soins où leur présence est exigée (Sohal et collab., 2016).
- Les coûts supplémentaires reliés au personnel devant accompagner les usagers n'étant pas autorisés à se rendre à l'extérieur pour fumer seuls (Robson et collab., 2016; Sohal et collab., 2016).
- Le fait d'avoir à se déplacer à l'extérieur pour fumer pourrait amener certains usagers hébergés atteints de troubles mentaux graves à s'enfuir des périmètres de l'établissement (Schultz et collab., 2011^{RN}).

2.4 Constats dégagés par la mise à jour par rapport à la fermeture des fumoirs

Conditions gagnantes

- Préparer adéquatement les usagers touchés par la fermeture des fumoirs en procédant à des rencontres d'information dans un but d'expliquer clairement ce que les changements impliqueront et de quelles manières ils seront mis de l'avant, incluant les dates butoirs (Jochelson et Majrowski,

2006; Luck, 2016; A. S. Schultz et collab., 2011; A. S. H. Schultz et collab., 2016).

- Convertir les fumoirs à d'autres usages une fois ceux-ci fermés. Parmi les usages suggérés, on retrouve des salons type *lounge* ou encore des salles réservées aux activités cliniques (Jochelson et Majrowski, 2006^{RN}).
- Répertorier l'ensemble des usagers faisant usage des fumoirs afin de prévoir des mesures, dont la TRN et des séances d'information, pouvant les accommoder durant la transition vers le nouveau mode de fonctionnement (Jochelson et Majrowski, 2006^{RN}).
- La fermeture des fumoirs permet d'endiguer la croyance voulant que la cigarette soit un outil de marchandage pour prévenir et résoudre des situations difficiles (Jochelson et Majrowski, 2006^{RN}).

Barrières

- Conserver des fumoirs ouverts au sein d'un établissement sans fumée envoie un message incohérent quant aux priorités de l'organisation par rapport à la santé et au bien-être de l'ensemble des individus qui le fréquente (Luck, 2016^{RN}; Schultz et collab., 2011^{RN}).
- Les usagers hébergés atteints de troubles mentaux graves affectant le fonctionnement cognitif ne sont pas toujours en mesure de comprendre adéquatement les conséquences liées à la fermeture des fumoirs, même si des rencontres préparatoires sont intégrées au processus de fermeture (Jochelson et Majrowski, 2006^{RN}).

2.5 Constats dégagés par la mise à jour par rapport à la fermeture des chambres fumeurs

La littérature recueillie ne permet pas de dégager de constats par rapport aux chambres fumeurs.

2.6 Constats dégagés par la mise à jour par rapport aux milieux de soins longue durée

La littérature recueillie ne permet pas de dégager de constats par rapport à ce type d'installation.

2.7 Constats dégagés par la mise à jour par rapport à ceux du NICE

Quelques-unes des barrières relevées par la recension d'écrits du NICE se retrouvent aussi au sein des articles trouvés par la mise à jour :

- L'importance d'impliquer l'ensemble du personnel dans la démarche, incluant les gestionnaires et les décideurs;
- L'importance d'accroître l'accès à la thérapie de remplacement à la nicotine pour faciliter la transition;
- L'importance de bien faire connaître la politique et de l'appliquer avec constance;
- Les besoins à combler en ressources humaines, notamment en ce qui concerne les inspecteurs et les intervenants.

Le NICE fait aussi état de l'importance d'avoir des lieux désignés sur les terrains permettant aux usagers et aux membres du personnel de fumer, alors que cette condition favorable ne ressort pas dans les articles issus de la mise à jour.

Enfin, les modalités entourant le statut de la cigarette électronique dans la politique et les enjeux liés à son utilisation autant par les usagers que les membres du personnel, ne sont pas abordés dans le document du NICE. Cela est probablement dû au fait qu'elle était peu utilisée avant 2010.

3 Limites

La sélection et l'extraction des données de l'ensemble des documents ont été effectuées uniquement par l'auteur de ce rapport.

Aucune évaluation de la qualité scientifique n'a été réalisée pour les études primaires comprises dans ce livrable. À cet égard, il n'est pas possible d'évaluer la robustesse scientifique des constats de la littérature.

L'applicabilité des conditions gagnantes et des barrières en fonction du contexte québécois n'a pas été analysée.

4 Conclusion

Ce survol de la littérature scientifique touchant à l'implantation des politiques d'environnements sans fumée a permis de dégager des conditions gagnantes et des barrières propres à certains milieux d'application : les milieux hébergeant des usagers atteints de troubles de santé mentale, de toxicomanie ou de troubles concomitants, les terrains extérieurs et les fumoirs. Les constats mis en évidence dans ce livrable confirment ce que d'autres documents québécois ont préalablement relevé à propos de l'implantation d'environnements sans fumée. Notamment, celui de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (2014), de même que celui produit par la Direction de santé publique de la Montérégie (2018). La mise à jour de la littérature confirme également, à l'exception de certains éléments, dont la cigarette électronique, ce qui a été publié par le NICE en 2013.

En plus des conditions gagnantes et des barrières stipulées dans ce rapport, la communauté de pratique dédiée à l'implantation des politiques d'environnement sans fumée peut constituer une ressource importante pour les établissements de santé et de services sociaux du Québec. Elle permet également d'échanger sur des points de fonctionnement spécifiques aux contextes d'application et de combler les lacunes des connaissances scientifiques présentement disponibles sur le sujet.

Références

- Ballbè, M., Martínez, C., Saltó, E., Cabezas, C., Riccobene, A., Valverde, A., ... Fernández, E. (2015). Maintenance of tobacco cessation programmes in public hospitals in Catalonia, Spain. *Addictive Behaviors*, 42, 136-139. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.11.028>
- Eadie, D., MacDonald, L., Murray, R., O'Mara-Eves, A., Stansfield, C., et Leonardi-Bee, J. (2012). *A review of the barriers to and facilitators for implementing smokefree strategies and interventions in secondary care settings*. UK: National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Giraldi, G., Fovi De Ruggiero, G., Cattaruzza, M. S., Camilli, F., Dionette, P., Osborn, J. F., et De Luca d'Alessandro, E. (2013). Perception of smoke-free policies among workers in an Italian Local Health Agency: survey of opinions, knowledge and behaviours. *Annali Di Igiene: Medicina Preventiva E Di Comunita*, 25(5), 397-409. <https://doi.org/10.7416/ai.2013.1941>
- Glover, M., Fraser, T., Bullen, C., Wallace-Bell, M., McRobbie, H., et Hadwen, G. (2014). Transition to a smoke-free culture within mental health and drug and alcohol services: A survey of key stakeholders. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 183-191. <https://doi.org/10.1111/inm.12035>
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (2014). *Intégrer le traitement de lutte contre le tabagisme dans les services de soins de santé mentale*. Montréal, QC: Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale. Institut universitaire en santé mentale de Montréal.
- Jochelson, K., et Majrowski, B. (2006). *Clearing the Air. Debating smoke-free policies in psychiatric units*. Londres: King's Fund.
- Luck, K. (2016). Are Canadian hospitals leading by example to promote smoke-free hospital properties? Rationale, challenges and opportunities. *Journal of Hospital Administration*, 5(4), 9-19.
- Magor-Blatch, L. E., et Rugendyke, A. R. (2016). Going smoke-free: attitudes of mental health professionals to policy change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(5), 290-302. <https://doi.org/10.1111/jpm.12309>
- Martínez-Sánchez, J. M., Ballbè, M., Fu, M., Martín-Sánchez, J. C., Saltó, E., Gottlieb, M., ... Fernández, E. (2014). Electronic cigarette use among adult population: a cross-sectional study in Barcelona, Spain (2013-2014). *BMJ Open*, 4(8), e005894-e005894. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005894>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Orientations ministérielles. Politique de lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et de services sociaux*. Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- National Institute of Care and Excellence. (2013). *Smoking: acute, maternity and mental health services*. London, UK: National Institute of Care and Excellence.
- Ortiz, G., Schacht, L., et Lane, G. M. (2013). Smoking cessation care in state-operated or state-supported psychiatric hospitals: from policy to practice. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 64(7), 666-671. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200290>
- Pagano, A., Guydish, J., Le, T., Tajima, B., Passalacqua, E., Soto-Nevarez, A., ... Delucchi, K. L. (2016). Smoking Behaviors and Attitudes Among Clients and Staff at New York Addiction Treatment Programs Following a Smoking Ban: Findings After 5 Years. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal Of The Society For Research On Nicotine And Tobacco*, 18(5), 1274-1281. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv116>
- Pippard, B. J., et Shipley, M. D. (2017). Healthcare staff attitudes towards the use of electronic cigarettes (« e-cigarettes ») compared with a local trust policy. *Perspectives in Public Health*, 137(4), 216-219. <https://doi.org/10.1177/1757913916659311>

- Riad-Allen, L., Dermody, S. S., Herman, Y., Bellissimo, K., Selby, P., et George, T. P. (2017). Becoming tobacco-free: Changes in staff and patient attitudes and incident reports in a large academic mental health and addictions hospital. *The American Journal On Addictions, 26*(2), 183-191. <https://doi.org/10.1111/ajad.12513>
- Risi, C. (2018). *Tabac, environnements sans fumée et santé mentale*. Longueuil, QC: Direction régionale de santé publique de la Montérégie.
- Robson, D., Yates, M., Craig, T. J. K., Healey, A., et McNeill, A. (2016). Time to Smoke: Facilitating Smoking Breaks in Mental Health Inpatient Settings. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal Of The Society For Research On Nicotine And Tobacco, 18*(8), 1794-1797. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw103>
- Schultz, A. S., Finegan, B., Nykiforuk, C. I., Kvern, M. A., Schultz, A. S. H., Finegan, B., ... Kvern, M. A. (2011). A qualitative investigation of smoke-free policies on hospital property. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 183*(18), E1334-44. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110235>
- Schultz, A. S. H., Guzman, R., Sawatzky, J.-A. V., Thurmeier, R., Fedorowicz, A., et Fulmore, K. (2016). Reframing tobacco dependency management in acute care: A case study. *Health Policy, 120*(8), 967-974. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.06.009>
- Sohal, H., Huddleston, L., et Ratschen, E. (2016). Preparing for Completely Smoke-Free Mental Health Settings: Findings on Patient Smoking, Resources Spent Facilitating Smoking Breaks, and the Role of Smoking in Reported Incidents from a Large Mental Health Trust in England. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 13*(3), 256. <https://doi.org/10.3390/ijerph13030256>
- Stockings, E. A., Bowman, J. A., Bartlem, K. M., McElwaine, K. M., Baker, A. L., Terry, M., ... Wiggers, J. H. (2015). Implementation of a smoke-free policy in an inpatient psychiatric facility : Patient-reported adherence, support, and receipt of nicotine-dependence treatment. *International Journal of Mental Health Nursing, 24*(4), 342-349. <https://doi.org/10.1111/inm.12128>

Annexe 1 Barrières et conditions gagnantes des 11 articles provenant de la mise à jour

Auteurs, date, pays et devis de l'étude	Clientèle visée	Type d'établissement (public, privé ou ppp)	Barrières	Conditions gagnantes	Fermeture des fumoirs	Autres informations intéressantes
Ballbè et collab., 2015. Espagne. Étude observationnelle descriptive.	Membres du personnel et usagers aux prises avec des troubles mentaux graves.	Établissements de soins psychiatriques résidentiels (public)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les médecins ne croient pas que le niveau de FTE soit suffisamment important pour causer des problèmes. ▪ Les infirmières craignent les réactions des usagers privés de nicotine après implantation de la PESF*. ▪ Les membres du personnel travaillant avec des usagers en santé mentale sont moins favorables à la PESF, que ceux affectés aux soins généraux. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les infirmières sont plus aux faits de la présence de la FTE et des conséquences délétères de celle-ci. ▪ Rapporter les taux d'exposition à la FTE aux usagers et aux membres du personnel qui croient ne pas vraiment être exposés. ▪ L'appui des membres du personnel et des usagers augmente considérablement, une fois la PESF établie, même si ce n'était pas le cas au départ. 	L'article mentionne que seul un établissement qui a un environnement 100 % sans fumée à l'intérieur et à l'extérieur peut garantir aux usagers et membres du personnel un environnement sans FTE.	
Eby, L. T. de T., et Laschober, T. C. 2014. États-Unis. Étude observationnelle descriptive.	Cliniciens	Centres de réadaptation en dépendance de l'État de New York (public).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temps additionnel consacré par les cliniciens pour l'implantation de la PESF. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'implication des cliniciens dans la PESF facilite la transition et l'implantation. ▪ Utilisation, par les employés et cliniciens, de ressources mises de l'avant par l'organisation pour appuyer l'implantation de la PESF. 	L'article mentionne que les PESF interdisant la fumée à l'intérieur seulement, ont souvent des taux de succès plus élevés que les PESF qui exigent un environnement 100 % sans fumée à l'extérieur et à l'intérieur.	Deux facteurs sont considérés comme importants, quand vient le temps de prédire le succès d'un changement organisationnel : (1) l'utilisation de ressources qui soutiennent le changement organisationnel; (2) l'engagement des employés et cliniciens face au changement.

* PESF : politiques d'environnements sans fumée.

Auteurs, date, pays et devis de l'étude	Clientèle visée	Type d'établissement (public, privé ou ppp)	Barrières	Conditions gagnantes	Fermeture des fumeurs	Autres informations intéressantes
Giraldi et collab., 2013. Italie. Étude observationnelle analytique.	Membres du personnel d'une agence de santé locale.	Agence de santé locale de Rieti, en Italie (public)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de respect des membres du personnel qui fument, envers ceux qui ne fument pas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inspections fréquentes et assidues des lieux où la PESF doit être implantée et devenir fonctionnelle. ▪ Offrir des cliniques de renoncement au tabac pour les employés fumeurs. 	La législation italienne interdit de fumer à l'intérieur des lieux publics depuis 2005.	
Glover et collab., 2014. Nouvelle-Zélande. Étude observationnelle descriptive.	Personnes aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance, de même que les membres du personnel.	Établissements publics offrant des soins et services pour personnes aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une partie des membres du personnel croit que la cigarette est une part nécessaire du traitement pour personnes en situation de troubles concomitants, incluant les psychiatres. ▪ Les membres du personnel qui fument, qui ne respectent pas la réglementation en vigueur, qui offrent des cigarettes aux clients et qui refusent de faire de la formation en renoncement. ▪ Manque d'affichage de la PESF. Les membres du personnel ne se sentent pas légitimés d'intervenir auprès des clients récalcitrants. ▪ Méconnaissance de la TRN* par les membres du personnel. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence d'un ou de « champions », souvent dans une position de gestion élevée, qui soutiennent l'implantation et l'application de la PESF. ▪ Accès à de la formation sur la PESF et le renoncement pour les membres du personnel. ▪ Mettre en place un système pour identifier les fumeurs. ▪ Donner des avertissements écrits aux membres du personnel récalcitrants. ▪ Faire la promotion des services de renoncement disponibles pour les membres du personnel. 	L'article mentionne qu'il y a des fumeurs dans les unités résidentielles, mais il n'y a pas de mention par rapport à leur fermeture. Les fumeurs sont autorisés par l'article 6 de la Loi pour les environnements sans fumée de la Nouvelle-Zélande. La dernière révision de l'article 6 date de 2004.	

* TRN : thérapie de remplacement de la nicotine.

Auteurs, date, pays et devis de l'étude	Clientèle visée	Type d'établissement (public, privé ou ppp)	Barrières	Conditions gagnantes	Fermeture des fumeurs	Autres informations intéressantes
Marques de Oliveira et collab., 2014. Brésil. Étude observationnelle descriptive.	Personnes aux prises avec des troubles mentaux graves.	Hôpital général avec une aile psychiatrique (public).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La cigarette est perçue comme la première option pour gérer les conflits pendant l'hospitalisation. ▪ Les infirmières prennent leurs pauses-cigarette avec les clients. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La création d'une alliance thérapeutique entre le personnel traitant et les usagers favorise la transition vers un environnement sans fumée. 	Les patients peuvent fumer dans des endroits désignés, à l'intérieur de l'aile psychiatrique, jusqu'à 6x par jour. Pas de mention de fermeture.	
Pagano et collab., 2015. États-Unis. Étude observationnelle descriptive.	Usagers et membres du personnel des centres de réadaptation en dépendance (CRD) publics de l'État de New York	CRD publics de l'État de New York	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les clients en résidence prennent plus de temps à se conformer à la PESF et sont généralement plus réticents à l'accepter. ▪ Les clients et les membres du personnel en milieu résidentiel sont désillusionnés devant l'ampleur des défis associés à la mise en place d'une PESF. ▪ La TRN et autres substituts pour le renoncement sont difficiles à obtenir et leur financement n'est pas égal partout. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les clients en clinique externe sont plus susceptibles de se conformer à la PESF, à court terme. 	Pas de mention.	
Pippard et collab., 2017. Royaume-Uni. Étude observationnelle descriptive	Membres du personnel d'un centre hospitalier	Centre hospitalier (public)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les membres du personnel ne savaient pas que l'organisation avait une politique sur la cigarette électronique. 			

Auteurs, date, pays et devis de l'étude	Clientèle visée	Type d'établissement (public, privé ou ppp)	Barrières	Conditions gagnantes	Fermeture des fumeurs	Autres informations intéressantes
Pippard et collab., 2017. Royaume-Uni. Étude observationnelle descriptive (suite).	Membres du personnel d'un centre hospitalier	Centre hospitalier (public)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les croyances personnelles sur la cigarette électronique affectent l'attitude à l'égard du respect de la politique. ▪ Peur d'appréhender un patient ou un membre du personnel qui utilise la cigarette électronique, par crainte de représailles (particulièrement entre membres du personnel, pour préserver l'harmonie des relations de travail) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les croyances personnelles sur la cigarette électronique affectent l'attitude à l'égard du respect de la politique. 	Pas de mention.	On comprend, dans cette étude qualitative, que la cigarette électronique occasionne une grande ambivalence au sein des membres du personnel, même si selon la PESF en vigueur, elle devrait être considérée de la même manière que la cigarette traditionnelle. De plus, la peur de confronter patients et collègues semble diminuer le désir de faire respecter la PESF.
Riad-Allen et collab., 2017. Canada. Étude observationnelle descriptive.	Personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, parfois combinés à des troubles d'abus de substance (troubles concomitants).	Hôpital spécialisé en santé mentale et en dépendances (CAMH) (public, Ontario).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Croyance, chez les cliniciens et les intervenants, que le renoncement exacerbe les symptômes psychiatriques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation de la TRN pour mieux gérer les symptômes de sevrage. ▪ Réduction des privilèges « spéciaux » pour fumer pour le personnel et les usagers. ▪ Communications claires et constantes sur les attentes relatives à la PESF. ▪ Pratiques cliniques favorisant l'adhérence à la PESF plutôt qu'un focus sur les sanctions. 	Pas de mention.	Le lancement de la PESF au CAMH s'est fait sous la forme d'un <i>soft launch</i> (pas de changements formels faits, mais des activités de sensibilisation pour l'ensemble des clientèles) et d'un <i>hard launch</i> (PESF en vigueur officiellement avec l'ensemble des restrictions/sanctions prévues).

Auteurs, date, pays et devis de l'étude	Clientèle visée	Type d'établissement (public, privé ou ppp)	Barrières	Conditions gagnantes	Fermeture des fumeurs	Autres informations intéressantes
Robson et collab., 2016. Royaume-Uni. Étude observationnelle descriptive.	Personnes aux prises avec des troubles mentaux graves	Établissement de soins psychiatriques résidentiels (public).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beaucoup de ressources financières consacrées à faciliter les pauses-cigarette. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation de la TRN pour mieux gérer les symptômes de sevrage. 	Pas de mention.	Tout comme Sohal et collab., 2016, cet article tente de comprendre les changements mis en place, suite à la parution du guide de pratique NICE, PH48 de 2013.
Sohal et collab., 2016. Royaume-Uni. Étude observationnelle descriptive.	Personnes aux prises avec des troubles mentaux graves.	Établissement de soins psychiatriques résidentiels (public).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beaucoup de ressources financières consacrées à faciliter les pauses-cigarette. ▪ La quasi-absence de la TRN pour gérer les symptômes de sevrage. ▪ L'application inégale de la PESF chez les intervenants utilisant les pauses-cigarette pour apaiser les patients agressifs. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lors de l'implantation d'une PESF, des données devraient être collectées pour chaque patient et placées dans un dossier électronique unique. ▪ Utiliser la TRN pour mieux gérer les symptômes de sevrage. ▪ Mettre en place des formations adéquates pour les intervenants, afin de soutenir et de promouvoir le changement. 	Pas de mention	L'article est directement inspiré du guide de pratique NICE PH48, de 2013. Il tente de comprendre comment l'application du guide peut affecter le fonctionnement d'une unité de santé mentale résidentielle, autant au niveau des patients que des membres du personnel.
Stockings et collab., 2015. Australie. Étude observationnelle analytique.	Personnes aux prises avec des troubles mentaux graves.	Établissement de soins psychiatriques résidentiels (public).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mauvais dosage de la TRN. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faciliter l'accès à la TRN. ▪ Prendre en charge la dépendance à la nicotine, dès l'admission ▪ Surveiller les fortes envies de fumer (<i>cravings</i>). ▪ Fumeurs plus enclins à accepter la PESF, si les membres du personnel sont favorables à celle-ci. ▪ Présence de « champions » occupant des positions de gestion. 		

www.inspq.qc.ca