

Évaluation préliminaire des centres d'abandon du tabagisme

PÉRIODE 2005–2006

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Évaluation préliminaire des centres d'abandon du tabagisme

PÉRIODE 2005–2006

Développement des individus
et des communautés

Septembre 2009

AUTEUR

Bernard-Simon Leclerc
Développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Isabelle Poulin
Madelyn Fournier
Viviane Leane
Yves Payette
Sylvia Kairouz
Annie Montreuil
Natalie Kishchuk
Léonarda Da Silva
Développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Louise Guyon
Johanne Laguë
Développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

COMITÉ DE LECTURE

Louise Guyon
Johanne Laguë
Jennifer O'Loughlin
Michèle Tremblay
Développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Souad Ouchelli

RÉVISION LINGUISTIQUE

Daniel Desrochers

CITATION SUGGÉRÉE :

Leclerc, B.S., et collaborateurs. Évaluation préliminaire des centres d'abandon du tabagisme. Période 2005–2006, Montréal, Développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec, 2009, 40 p.

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 2009
Bibliothèque et archives nationales du Québec
Bibliothèque et archives Canada
ISBN : 978-2-550-55317-5 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-55318-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2009)

REMERCIEMENTS

L'équipe de surveillance, recherche et évaluation sur le tabagisme de l'Institut national de santé publique du Québec remercie les fumeurs, actuels et anciens, qui ont participé au sondage ainsi que les intervenants des centres d'abandon du tabagisme, les répondants-tabacs des directions régionales de santé publique et Réjean Lamontagne du Service de lutte contre le tabagisme du ministère de la Santé et des Services sociaux qui ont aimablement fourni l'information nécessaire à la réalisation de la présente évaluation.

Des remerciements tout particuliers vont à Michèle Tremblay, médecin-conseil à l'Institut, pour son soutien et ses conseils tout au long de l'analyse des données et de la rédaction du rapport.

Des remerciements non moins sincères s'adressent ensuite aux membres du comité de lecture pour leurs critiques et leurs suggestions, à Souad Ouchelli, qui a soigneusement effectué la mise en pages du document et, enfin, à Daniel Desrochers pour son minutieux travail de révision linguistique.

AVANT-PROPOS

L'évaluation des centres d'abandon du tabagisme n'a pas été initiée par l'auteur de ce document. L'analyse des données et la rédaction du rapport s'appuyant sur des informations colligées antérieurement, l'auteur est de ce fait tributaire des choix qui ont été faits à cet égard.

L'auteur aimerait souligner la contribution majeure de personnes de l'Institut national de santé publique du Québec et d'autres organismes qui ont participé à la phase initiale de cette évaluation, notamment en ce qui concerne l'analyse préliminaire de la demande, la conception des questionnaires, la collecte des données, leur traitement statistique et leur discussion.

Des résultats préliminaires de l'évaluation ont par ailleurs été présentés par l'Institut au Service de lutte contre le tabagisme du ministère de la Santé et des Services sociaux en décembre 2006 et en avril 2009.

RÉSUMÉ

Problématique

L'usage du tabac est une cause importante de maladies et de mortalité évitables au Québec. Depuis janvier 2003, des centres d'abandon du tabagisme (CAT) ont été implantés dans toutes les régions du Québec. Ces services généralement situés dans un établissement exploitant un CLSC, aujourd'hui appelé *centre de santé et de services sociaux* (CSSS), offrent à tout fumeur qui en fait la demande de l'information et du soutien pour l'aider à se libérer du tabac.

Leur mise en place répondait aux impératifs organisationnels de services de soutien à l'arrêt tabagique édictés par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans son Plan québécois d'abandon du tabagisme. La volonté d'intensifier la disponibilité des services d'abandon du tabagisme, d'offrir une gamme étendue de services communs dans chacun des territoires du Québec et d'harmoniser les pratiques des divers intervenants constituaient le cœur des préoccupations du plan.

Le Ministère a confié à l'Institut national de santé publique du Québec le mandat de réaliser l'évaluation des services d'abandon du tabagisme, dont les CAT. Le présent rapport s'applique à dresser un bilan sommaire du développement et du fonctionnement des CAT en 2005–2006, soit deux ans après le début de leur implantation, et à étudier la faisabilité et la légitimité de leur évaluation formelle. L'objectif est d'éclairer le Ministère à l'égard de la conception, de la structure organisationnelle et de la mise en œuvre des CAT, de contribuer à leur amélioration, de concourir à en orienter l'évolution future et de suggérer les suites à donner en matière d'évaluation.

Méthodes

L'examen des CAT a fait appel à des notions d'analyse de la faisabilité de l'évaluation d'un programme ainsi qu'à des concepts d'évaluation des processus. La méthodologie adoptée combine les approches qualitative et quantitative.

L'analyse de la faisabilité de l'évaluation – mieux connue sous le néologisme d'évaluation de l'évaluabilité – suppose un examen de la façon dont les activités planifiées permettent d'atteindre les résultats prévus. Elle revient à examiner le programme afin de vérifier si ses objectifs sont définis de façon adéquate et si les résultats escomptés sont vérifiables. La modélisation de la logique théorique du programme est au cœur de la démarche et sert de canevas à l'analyse subséquente.

La partie évaluation des processus vise par ailleurs à décrire la façon dont les CAT ont effectivement été implantés et à établir s'ils ont été mis en œuvre comme il était convenu de l'être. Elle vise plus spécifiquement à apporter des éléments de connaissance au sujet de l'organisation et du fonctionnement des CAT, de la gamme des services qui y sont offerts, de la notoriété et de l'utilisation des services par la population visée, des caractéristiques des usagers ainsi que de la perception des intervenants et des répondants régionaux au regard du programme.

Limites de l'évaluation

Les lecteurs doivent être conscients des limites des données utilisées dans cette évaluation. L'information présentée ne prétend pas donner un portrait juste des CAT au sens statistique du terme, même si l'étude a été élaborée et menée méthodiquement. Le rapport a plutôt tenté de présenter une lecture sommaire du programme en appréhendant diverses perspectives. Certaines données, dont celles liées à l'accessibilité aux services ainsi qu'à l'achalandage et aux caractéristiques de la clientèle rejointe, reposent strictement sur la perception des acteurs du milieu.

Même si l'on peut être porté à attribuer une certaine objectivité à la convergence de multiples regards subjectifs recueillis au moyen de méthodologies diversifiées, les perceptions et les opinions émises par les personnes interviewées nécessiteraient d'être confirmées par des données primaires plus sûres. Il convient donc d'adopter une attitude de prudence dans l'interprétation des résultats.

Enfin, l'information rapportée doit évidemment être considérée avec circonspection puisque certains aspects des CAT peuvent avoir changé depuis l'année 2005–2006.

Résultats et analyse

À la lumière de ses travaux d'évaluation et de ses observations de la situation qui prévalait en 2005–2006, l'équipe de surveillance, recherche et évaluation sur le tabagisme a constaté les faits mentionnés ci-dessous.

- Le modèle logique reconstitué à la lecture des documents disponibles témoigne de la plausibilité théorique des liens entre les ressources, les activités et les résultats du programme planifié. L'analyse de l'évaluabilité a cependant fait ressortir que la nature des activités avait besoin d'éclaircissements et que des objectifs opérationnels et des cibles à atteindre devaient être établis de façon à orienter la nature des interventions des CAT et à favoriser la réalisation de leur évaluation.
- L'objectif minimal fixé dans le PQAT voulant que soit implanté au moins un CAT dans chacune des régions sociosanitaires du Québec est atteint. La disponibilité d'une gamme étendue de services communs d'abandon du tabagisme a également été intensifiée au Québec comparativement à la situation rapportée dans le cinquième bilan des Priorités nationales de santé publique 1997–2002 (MSSS, 2003c). Il reste toutefois encore place à amélioration dans l'accessibilité des services offerts en 2005–2006. Selon les acteurs du milieu, l'insuffisance des ressources financières limitait leur capacité à offrir des services d'aide à l'arrêt tabagique au moment et à l'endroit qui aurait davantage accommodé les fumeurs qui désiraient cesser de fumer (à noter que les CAT bénéficient depuis d'un financement récurrent).
- D'après les opinions recueillies, l'insuffisance des ressources financières et, conséquemment, professionnelles dans les CAT a engendré une infrastructure de service fragilisée par le roulement et la démotivation du personnel. Malgré ces conditions de travail jugées difficiles, la plupart des intervenants se sont déclarés intéressés et animés par la mission qu'ils s'étaient donnée en acceptant leur poste.

- Le soutien offert sur le plan de la formation à l'embauche a été apprécié et a semblé adéquat, bien que des besoins particuliers de formation aient été exprimés et que les intervenants soient demeurés laconiques au sujet de la formation continue. Aucun système uniformisé formel d'inscription et d'information n'a été implanté par les agences régionales et le Ministère. Les intervenants ont malgré cela adopté soit l'outil proposé dans le guide de formation à l'attention des intervenants, soit des outils maison pour effectuer le suivi de leur clientèle.
- La promotion des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme réalisée aux paliers local et régional visait une clientèle déjà en contact avec le système de soins. Certains intervenants ont questionné leur rôle à cet égard et ont déploré la forte proportion de leur temps consacré à ces activités au détriment des services directs aux clients. Ils ont également tenu à différencier les activités de promotion – qui consistaient à faire connaître les services à la clientèle cible et aux partenaires – des activités de sensibilisation – qui consistaient à sensibiliser les fumeurs à l'abandon du tabagisme.
- En 2005–2006, la gamme des interventions prévues était généralement offerte dans les CAT. Toutefois, l'intervention de groupe, les suivis auprès des fumeurs et les activités proactives semblent avoir été moins systématiquement implantés que les interventions individuelles et la remise d'information. Les données suggèrent qu'en réalité, les CAT auraient donné autant de services d'information que de services d'arrêt tabagique.
- Des disparités de pratique professionnelle ont été relevées entre les intervenants en ce qui a trait aux interventions plus structurées et séquentielles. Ces disparités paraissent attribuables à leur interprétation différente des composantes du programme ainsi qu'à une certaine latitude dans leur application. La recommandation des aides pharmacologiques aux clients des services des CAT, bien que prédominante, s'est révélée incomplètement appliquée au moment du sondage.
- Nos observations corroborent le constat qui se dégageait de l'analyse de la situation rapportée en 2002 selon lequel, malgré les progrès dans le déploiement de services de soutien à l'abandon du tabagisme sur le territoire québécois, « plusieurs de ceux-ci sont peu connus, souvent peu accessibles et peu utilisés ». Les CAT ont atteint une faible proportion des fumeurs, que nous estimons approximativement à 2 %. Il n'en demeure pas moins que, selon la littérature scientifique, ce taux d'utilisation est semblable à ce que l'on retrouve ailleurs au Canada et dans le monde. Parmi les 51 % des fumeurs actuels et ex-fumeurs récents qui connaissaient l'existence des CAT, 4 % les ont contactés; de ce groupe, à peine la moitié les avait contactés pour des interventions de soutien à l'arrêt tabagique comme telles.
- L'utilisation et les intentions d'utilisation sont plus importantes chez les femmes que chez les hommes. Les fumeurs qui ont déjà entendu parler des CAT ne connaissent pas nécessairement la disponibilité ou la nature des services offerts. Certains fumeurs qui connaissent les CAT, particulièrement les hommes et les plus jeunes, doutent que les CAT puissent réellement les aider à se libérer du tabac. Selon les intervenants des CAT et les répondants-tabacs, certaines populations ont été peu rejointes jusqu'à maintenant, notamment les jeunes et les femmes enceintes ou allaitantes.

Pistes de réflexion

Nous croyons que des gains sont possibles en ce qui concerne certains aspects des CAT et nous précisons par extension les activités d'évaluation prioritaires.

Mise à jour et évolution du cadre de référence

L'équipe de surveillance, recherche et évaluation sur le tabagisme est d'avis que les CAT répondent à un besoin sociosanitaire. Les résultats de cette évaluation commandent néanmoins un approfondissement et une réflexion sur leur capacité à produire les résultats souhaités sur le taux de tabagisme au Québec.

En 2005–2006, les CAT offraient souvent peu d'accessibilité horaire et étaient relativement peu connus et peu utilisés. Leurs services touchaient peu les clientèles particulières visées globalement par le PQAT, mais ont semblé rejoindre une clientèle plus « lourde » que prévue avec des problèmes de santé concomitants. On peut dès lors se demander si les adolescents âgés de 12 à 17 ans, les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans et les femmes enceintes n'auraient pas été davantage rejoints par l'offre d'interventions proactives là où se trouvent ces clientèles (rencontres prénatales, écoles, milieux de travail, maisons de jeunes, cabinets de professionnels intégrant des pratiques cliniques préventives, par exemple). Une réflexion d'ensemble s'impose dans la mesure où il convient d'articuler plus solidement la place des CAT comme composante du PQAT et de redéfinir du coup la clientèle qui devrait être visée par les CAT.

Les services publics de soutien à l'arrêt tabagique, individuels ou de groupe, offerts par les CAT sont les plus coûteux à l'État parmi tous ceux dont le PQAT s'était investi. Or, une proportion importante des ressources des CAT a été dédiée à des activités d'information et de promotion de ces services. Dans une perspective globale d'organisation de services de soutien à l'arrêt tabagique et d'efficience en santé publique, on peut s'interroger sur le rôle des CAT comme moyen de premier recours à cet égard pour l'ensemble des fumeurs.

L'actualisation du PQAT représente un moyen de planifier le développement futur des services. Effectivement, la programmation des CAT – et, conséquemment, des diverses composantes du PQAT – nécessite une mise au point actualisée pour tenir compte du contexte sociopolitique d'aujourd'hui, des caractéristiques des fumeurs contemporains et de l'état de développement actuel du programme CAT. La production et la diffusion d'une version officielle du cadre de référence gagneraient d'ailleurs à définir des objectifs opérationnels et des cibles à atteindre.

Besoins des fumeurs

Une question fondamentale sans réponse concernant les CAT est la faible proportion des fumeurs québécois voulant arrêter de fumer qui y ont recours. Notre évaluation préliminaire ne permet malheureusement pas d'expliquer ce constat également fait ailleurs au Canada et dans le monde.

Force est cependant de constater que les CAT partagent la conjecture de maints programmes de santé publique, à architecture, envergure et buts malgré tout différents, qui veut que l'apport de ressources dans le milieu soit suffisant pour entraîner des changements

de comportements parmi la clientèle cible d'une intervention. Cette thèse quelque peu réductrice est incertaine. Rien ne garantit par exemple qu'un rehaussement de la notoriété des CAT et de leur accessibilité se traduirait par une utilisation accrue de leurs services

En réalité, y a-t-il adéquation entre les besoins réels des fumeurs québécois qui désirent cesser de fumer et les services actuellement disponibles? D'ailleurs, connaît-on vraiment leurs besoins et les paramètres des services de soutien qui y répondraient? Les résultats de notre évaluation incitent à poursuivre les investigations afin de chercher à comprendre les besoins des fumeurs en matière d'abandon du tabac.

La réalisation d'une revue exhaustive de la littérature pertinente et de recherches complémentaires représente un moyen par lequel l'Institut pourrait fournir un éclairage sur la question et favoriser une meilleure réponse aux besoins des fumeurs québécois qui désirent cesser de fumer.

Caractéristiques de la clientèle rejointe

Tout processus évaluatif, exercice de planification pour le développement continu des services ou suivi de la performance des services requiert l'utilisation de données objectives de qualité.

En 2005–2006, aucun système d'information normalisé formel – électronique ou papier – n'était disponible pour documenter soigneusement la nature et la fréquence des différents types d'intervention ou les caractéristiques de la clientèle rejointe. La seule source directe d'information à cet égard, c'est-à-dire le système d'information clientèle I-CLSC, s'est avérée inopérante en raison du manque d'exhaustivité, de systématisme et d'uniformité de l'information colligée par les intervenants des CAT.

Le Service de lutte contre le tabagisme du Ministère a d'ailleurs lui-même signalé ces problèmes. Un comité *ad hoc*, formé à l'automne 2003, a depuis veillé à l'uniformisation de la saisie des données sur les activités des CAT. Le comité a produit un document en 2005 intitulé Guide de saisie du cadre normatif lié aux centres d'activités des centres d'abandon du tabagisme et offert en 2006 des formations aux répondants-tabacs régionaux dans le but de répondre aux besoins d'information à des fins de gestion et d'évaluation. Cette information de nature élémentaire, colligée à des fins purement administratives, ne pourra à elle seule répondre aux besoins d'évaluation des CAT ni, plus globalement, à ceux du PQAT.

Rappelons par ailleurs que lors de la première rencontre individuelle avec un client, l'intervenant des CAT recueillait des informations sur le client par l'entremise d'une grille de collecte. Actuellement, cet outil diffère d'une région à l'autre, ce qui rend impossible la constitution d'une base de données pour des fins d'évaluation.

L'analyse préliminaire de l'état d'implantation du système d'information clientèle I-CLSC et de la qualité des données reliées aux CAT ainsi que l'implantation d'une feuille de collecte de données harmonisée dans les CAT représentent des moyens de favoriser le suivi et l'évaluation formels des CAT.

L'utilisation d'une telle feuille de collecte harmonisée permettrait entre autres la réalisation de trajectoires et de profils détaillés d'usagers des CAT. Cette information servirait autant les fins du Ministère pour l'évaluation du PQAT que les intervenants des CAT pour la planification des interventions proposées aux fumeurs de leur territoire et pour la reddition de comptes de leurs activités à l'intention de leur établissement, de leur agence régionale et du Ministère. Une étude pilote réalisée par l'Institut entre décembre 2005 et février 2006 a d'ailleurs confirmé la faisabilité d'utiliser une telle feuille de collecte standardisée à chaque première rencontre individuelle, la possibilité d'obtenir le consentement écrit des usagers pour la transmission des données anonymisées et la pertinence des informations recueillies. Une demande officielle a été déposée à cet égard à la Table de concertation nationale en prévention et promotion.

Qualité des services

La qualité de l'expertise professionnelle et la justesse des interventions constituent un autre facteur déterminant pour obtenir la confiance de la clientèle envers les CAT et pour optimiser l'effet des services sur les comportements des usagers. Une formation adéquate normalisée est une condition de qualité et d'harmonisation de la pratique professionnelle.

Les différents types d'activités de counseling ne sont pas toujours formulés uniformément et clairement dans les documents ministériels. Des disparités ont été relevées entre les intervenants quant à leur pratique professionnelle, à leur interprétation de la teneur des interventions et à leur utilisation des outils d'accompagnement, tels les lignes directrices et les algorithmes décisionnels. L'actualisation des compétences du personnel par une formation qualifiante a également subi les contrecoups du taux de roulement élevé. Bien que nos travaux n'aient pas porté sur la recherche des causes du roulement du personnel, on peut néanmoins se questionner sur l'impact d'une telle situation sur l'efficacité des services par le besoin de réinvestissement constant dans la formation du personnel et sur le développement de liens durables avec les référents. Il appert important que les agences régionales et le Ministère tentent de trouver des solutions aux difficultés évoquées.

La révision du guide d'intervention et l'élaboration de lignes directrices à l'attention des intervenants des CAT de même que la formation initiale et la mise à jour des connaissances et des habiletés des intervenants conformément aux conditions établies dans le PQAT représentent un moyen d'y arriver. Une telle initiative est d'ailleurs en cours de développement au Service de lutte contre le tabagisme du Ministère. L'évaluation formelle de la qualité de l'exercice du point de vue clinique et de l'uniformité d'un endroit à l'autre de la pratique professionnelle des intervenants en CAT pourrait représenter un des moyens de soutenir les efforts d'amélioration continue de la qualité des services. Nous suggérons une collaboration à cet égard avec les ordres professionnels, premiers responsables de l'évaluation de la qualité des pratiques cliniques professionnelles de leurs membres.

Conclusion

L'équipe de surveillance, recherche et évaluation sur le tabagisme estime que la mise en œuvre du PQAT a permis, en 2005–2006, la création d'un large réseau de 137 centres structurés d'aide à l'abandon du tabagisme dans toutes les régions du Québec et la formation de quelque 167 professionnels de la santé et intervenants sociaux aptes à intervenir auprès des fumeurs qui désiraient se libérer du tabagisme.

Cependant, bien que des CAT étaient disponibles et qu'ils répondaient à un besoin sociosanitaire, ces services étaient relativement peu connus, pas nécessairement accessibles au moment et à l'endroit où le besoin se manifestait et peu utilisés. Les résultats de cette évaluation commandent la réflexion pour faire progresser l'initiative au-delà de cette première phase d'implantation. La programmation des CAT et l'attribution des rôles des diverses composantes du PQAT nécessitent une mise au point actualisée à la lumière des résultats de la présente Évaluation préliminaire des centres d'abandon du tabagisme.

Finalement, l'évaluation des processus a démontré que le développement des CAT était insuffisant sur le plan programmatique pour justifier la réalisation d'une évaluation des effets. Par ailleurs, l'évaluation de l'évaluabilité a dévoilé que les CAT ne rencontraient pas les conditions minimales nécessaires pour permettre l'évaluation formelle de leur implantation.

À la lumière de ses travaux d'évaluation et de ses observations de la situation qui prévalait en 2005–2006, l'Institut recommande au Ministère :

- de procéder à la mise à jour du cadre de référence du PQAT, de définir des objectifs opérationnels et des cibles nationales à atteindre;
- d'entreprendre une réflexion d'ensemble sur la place des CAT au sein des services d'abandon du tabagisme du PQAT;
- de réaliser une étude approfondie pour déterminer les besoins réels des fumeurs québécois en matière d'abandon du tabac et les paramètres des services de soutien qui y répondraient;
- d'analyser la pertinence et la qualité des données saisies dans le système d'information clientèle I-CLSC à des fins de suivi et d'évaluation des CAT ainsi que de favoriser l'implantation de la feuille de collecte harmonisée proposée par l'Institut dans l'ensemble des CAT du Québec;
- d'établir et de favoriser l'utilisation de lignes directrices à l'attention des intervenants des CAT, de bonifier et de normaliser la formation offerte aux participants, à l'embauche et en cours de pratique, et de faciliter la réalisation d'une évaluation de la qualité de l'exercice professionnel des intervenants en CAT en collaboration avec les ordres professionnels concernés.

TABLE DE MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	XV
INTRODUCTION.....	1
1 RÉTROSPECTIVE ET CONTEXTE CONTEMPORAIN	3
2 DESCRIPTION DES CENTRES D'ABANDON DU TABAGISME	5
3 MÉTHODOLOGIE.....	7
3.1 Type d'évaluation entreprise.....	7
3.2 Objectifs de l'évaluation.....	8
3.3 Finalité de l'évaluation.....	8
3.4 Stratégie d'évaluation.....	8
4 RÉSULTATS ET ANALYSE.....	13
4.1 Modèle logique des centres d'abandon du tabagisme.....	13
4.1.1 Ressources et structure.....	14
4.1.2 Activités.....	16
4.1.3 Objectifs.....	16
4.2 Bilan d'implantation.....	17
4.2.1 Ressources et structure.....	17
4.2.2 Activités.....	21
4.2.3 Clientèle cible.....	23
5 CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	29
5.1 Limites de l'évaluation.....	29
5.2 Quelques constats.....	29
5.3 Pistes de réflexion.....	31
5.4 conclusion.....	34
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE AUX INTERVENANTS DES CAT.....	41
ANNEXE 2 : SCHÉMA D'ENTREVUE AVEC LES RÉPONDANTS RÉGIONAUX TABAC	73
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE FINAL PROJET DE SONDAGE AUPRÈS DES FUMEURS ET DES ANCIENS FUMEURS DE 2 ANS ET MOINS DANS LA POPULATION ADULTE DU QUÉBEC.....	81
ANNEXE 4 : FEUILLE DE COLLECTE HARMONISÉE	131

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Questions d'évaluation clés et indicateurs associés.....	9
Tableau 2	Objectifs spécifiques de l'évaluation, sources de données et méthodes.....	10
Tableau 3	Implantation des centres d'abandon du tabagisme au Québec en 2005.....	18
Tableau 4	Profil personnel et professionnel des intervenants interrogés en 2005	20
Tableau 5	Offre de services prévus par la programmation des CAT en 2005.....	21
Tableau 6	Connaissance de l'existence des CAT chez des adultes fumeurs et des anciens fumeurs récents en 2006.....	24
Tableau 7	Moyens de promotion ou de recommandation par lesquels les clients ont été informés des services offerts au CAT	25

INTRODUCTION

Au Québec, comme ailleurs au Canada, l'usage du tabac est la principale cause de maladies et de mortalité évitables (INSPQ, 2006). Le problème est à ce point inquiétant que le ministère de la Santé et des Services sociaux lançait, en 2001, un Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001–2005 (MSSS, 2001). Ce plan faisait état des grandes orientations du Ministère visant la prévention de l'adoption du tabagisme, l'abandon de la consommation du tabac et la protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.

Un des objectifs envisagés par le plan se rapportait à la volonté d'« intensifier la disponibilité des services d'abandon du tabagisme dans chacun des territoires du Québec et faire la promotion de ces services » (MSSS, 2001, p.16). Pour y parvenir, un modèle organisationnel de services de soutien à l'arrêt tabagique a été développé et proposé en 2002 en tant que Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) (MSSS, 2002). Différents services sont ainsi offerts aux fumeurs par le biais de quatre grandes voies d'accès. Il s'agit de professionnels de la santé et des services sociaux, de la ligne téléphonique J'arrête, du site Web J'arrête et des centres d'abandon du tabagisme (CAT). Ces services offrent à tout fumeur qui en fait la demande de l'information, une intervention, du soutien, un suivi ou l'aiguillage vers une autre ressource.

D'après les directives du cadre de référence du PQAT ainsi que l'entente de collaboration intervenue entre le Ministère et l'Institut national de santé publique du Québec, les quatre composantes – appelées voies d'accès – devaient faire l'objet d'une évaluation. L'édition 2006–2010 du Plan québécois de lutte contre le tabagisme a d'ailleurs réaffirmé la pertinence d'une telle évaluation (MSSS, 2006a).

Le présent rapport fait précisément état des résultats de l'évaluation de l'une de ces composantes, en l'occurrence les CAT. Leur évaluation a été jugée prioritaire à la suite de l'analyse préliminaire de la demande du requérant (Leaune, 2005; 2006).

Étant donné la nouveauté de la structure organisationnelle des CAT, l'équipe de surveillance, recherche et évaluation sur le tabagisme de l'Institut s'est attachée à étudier la faisabilité de leur évaluation. Elle a également cherché à dresser un bilan sommaire de leur développement et de leur fonctionnement en 2005 et en 2006, soit deux ans après le début de leur implantation. La collecte et l'analyse d'une telle information se sont révélées particulièrement utiles avant d'entreprendre une évaluation plus systématique de ces services exigeant un investissement important de ressources. La démarche par étapes s'est avérée également propice au développement et à l'amélioration des services d'abandon du tabagisme.

La première partie du document situe les CAT par rapport aux actions ministérielles de la lutte contre le tabagisme au Québec. La deuxième partie décrit les CAT tels qu'ils ont été annoncés par leurs concepteurs et leurs promoteurs. La troisième partie circonscrit l'angle d'approche retenu parmi les différentes formes que peuvent prendre les évaluations. Elle explique également la méthodologie adoptée pour répondre aux objectifs de l'évaluation.

La quatrième partie se consacre à la présentation et à l'analyse des résultats. Un modèle logique illustre le fonctionnement envisagé des CAT. L'état du programme en 2005 et en 2006 y est ensuite discuté, en lien avec la commande d'évaluation demandée par le Ministère. L'accent est enfin mis à brosser un portrait de l'offre réelle des services offerts ainsi que de la population rejointe par ces structures.

En conclusion, la dernière partie dégage quelques pistes de réflexion à l'intention des décideurs du Ministère, des directions régionales de santé publique et des centres de santé et de services sociaux (CSSS). On y trouve des voies d'action susceptibles d'améliorer les services actuels d'abandon du tabagisme et d'en permettre l'évaluation formelle, si nécessaire.

1 RÉTROSPECTIVE ET CONTEXTE CONTEMPORAIN

Il est intéressant, avant d'aborder l'évaluation proprement dite, de situer brièvement les CAT dans la perspective plus large de la lutte contre le tabagisme qui prévaut depuis plus de 10 ans au Québec.

En 1997, la lutte contre le tabagisme était identifiée comme l'une des sept priorités nationales de santé publique à la base de l'action à mener au Québec jusqu'en 2002. Le Ministère désirait notamment que « des services de soutien à l'abandon du tabagisme s'adressant à toute la population et particulièrement aux jeunes, aux femmes enceintes et aux personnes affectées par des problèmes de santé, soient accessibles dans toutes les régions du Québec » (MSSS, 1997, p. 64).

En 2001, le Ministère présentait dans son Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001–2005 (MSSS, 2001) des objectifs explicites pour aider les fumeurs à cesser de fumer. Les trois objectifs ci-dessous concernent plus directement notre propos.

- Intensifier la disponibilité des services d'abandon du tabagisme dans chacun des territoires du Québec et faire la promotion de ces services.
- Faire en sorte que les fumeurs aient accès gratuitement à un service téléphonique de référence et de counseling concernant la cessation tabagique.
- Inciter les professionnels de la santé à faire un dépistage systématique du tabagisme chez les patients des cliniques privées, des CLSC et dans le milieu hospitalier et à offrir un counseling d'une durée de 3 à 10 minutes.

Parallèlement, le Ministère annonçait en 2001 son intention de mettre en œuvre partout au Québec un modèle d'organisation de services spécifiquement dédiés à l'abandon du tabagisme. D'abord annoncé comme Programme québécois d'abandon du tabagisme (MSSS, 2001, p. 25 et 27), une esquisse de Plan québécois d'abandon du tabagisme a été divulguée l'année suivante en tant que proposition (MSSS, 2002) et soumise à différents partenaires pour consultation. La stratégie de ce plan reposait essentiellement sur la réorganisation des services existants de soutien à l'abandon du tabagisme et sur le développement de nouveaux services, là où leur disponibilité faisait défaut. Elle visait « à intensifier et à améliorer, partout au Québec, les services pour aider les fumeurs à cesser de fumer ainsi qu'à les rendre plus accessibles » (MSSS, 2002, p. 11).

Le recoupement de l'information consultée a permis de circonscrire les intentions du Ministère : l'harmonisation des pratiques des divers intervenants, la mise en place d'une gamme étendue de services communs à toutes les régions et à tous les territoires locaux du Québec ainsi que l'implantation d'un réseau de services intégrés constituaient le cœur du modèle organisationnel proposé. Le cadre de référence du PQAT est néanmoins demeuré un document de travail (MSSS, 2002).

Les services décrits dans le PQAT aspiraient à devenir accessibles à la clientèle par le biais de quatre voies, à savoir la ligne téléphonique sans frais J'arrête (1 888 853-6666), le site Web J'arrête (www.jarrete.qc.ca), les CAT de même que les professionnels de la santé et

des services sociaux dans le cadre de leur pratique régulière. Chacun devait en principe faire la promotion des services de ses partenaires, sans égard au fait que les plans initiaux proposaient la ligne téléphonique nationale comme porte d'entrée de la clientèle. La ligne téléphonique et le site Web étaient et sont encore gérés conjointement par deux organisations non gouvernementales, soit le Conseil québécois sur le tabac et la santé et la Société canadienne du cancer.

L'édition 2006–2010 du Plan québécois de lutte contre le tabagisme a réaffirmé le rôle distinctif du PQAT (MSSS, 2006a). Elle a également insisté sur la nécessité de poursuivre et de consolider la mise en œuvre du PQAT, notamment par une meilleure intégration et une meilleure coordination des services de même que par l'ajustement de l'offre des services en fonction des résultats de l'évaluation en cours.

Les services d'aide à l'abandon du tabagisme, dont les CAT, sont évoqués dans le Programme national de santé publique 2003–2012 (MSSS, 2003a). Sa mise à jour en 2008 a souligné la nécessité de maintenir les services de counseling et de soutien pour tous les groupes d'âge, mais en mettant un accent particulier pour les membres des communautés défavorisées, qui fument davantage (MSSS, 2008).

2 DESCRIPTION DES CENTRES D'ABANDON DU TABAGISME

Cette partie du rapport décrit les CAT tels qu'ils ont été conçus au départ. Elle présente les éléments du programme projeté initialement, c'est-à-dire les objectifs établis, les activités identifiées pour atteindre ces objectifs, les ressources déterminées pour réaliser ces activités ainsi que les populations cibles retenues.

La documentation consultée comprend d'abord le cadre de référence du PQAT (MSSS, 2002). Elle inclut également la version imprimée de présentations faites à l'époque par des membres du Service de lutte contre le tabagisme du Ministère pour faire connaître le PQAT ainsi que deux guides de formation, l'un à l'intention des formateurs régionaux et l'autre à l'usage des intervenants des CAT (MSSS, 2005a; 2005b).

La création des CAT découle de la nécessité d'améliorer l'accès à des services d'aide à l'abandon du tabagisme reconnus efficaces. Leur raison d'être, en tant que composante du PQAT, est d'aider les fumeurs à se libérer du tabac. Ces centres ont donc pour ultime but de contribuer à réduire à 18 % d'ici à 2012 la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac, conformément à l'objectif fixé par le Programme national de santé publique (MSSS, 2002). La prémisse sous-jacente à la mise en place de ces services veut que l'offre d'interventions éprouvées et coordonnées de soutien à l'abandon du tabagisme par des professionnels accroisse les chances de succès des fumeurs qui y recourent comparativement à ceux qui tenteraient de cesser de fumer sans aide extérieure.

En s'adressant à un CAT, toute personne doit pouvoir y obtenir gratuitement de l'information, de la documentation, une intervention proprement dite, du soutien, un suivi ou l'aiguillage vers une autre ressource au besoin. Le PQAT part du principe que chaque personne doit pouvoir choisir l'intervention ou le service qui lui convient, tout comme elle est en droit de s'attendre à ce que son propre rythme d'abandon soit respecté. Différentes interventions de counseling antitabagique à géométrie variable y sont donc offertes selon les besoins et les attentes du fumeur. Concrètement, elles peuvent varier au regard de la durée de l'intervention, du nombre de contacts avec le clinicien, du mode de prestation, qu'il soit individuel ou de groupe, en face à face ou par téléphone, ainsi que de l'usage d'aides pharmacologiques.

Un CAT a aussi la responsabilité de mettre un service d'inscription et de suivi volontaires à la disposition des personnes intéressées à recevoir une aide plus soutenue. Les fumeurs et les ex-fumeurs récents peuvent de cette façon obtenir de l'information par la poste ou recevoir un appel téléphonique dans les six mois après complétion de l'intervention initiale. Cette relance vise à évaluer le statut tabagique de l'utilisateur et, au besoin, à lui offrir des services.

Par ailleurs, selon le cadre de référence du PQAT (MSSS, 2002) de même que les guides de formation parcourus (MSSS, 2005a; 2005b), les intervenants des CAT sont également tenus d'offrir des interventions de nature proactive s'adressant autant à celui qui n'a pas exprimé formellement de désir de cesser de fumer qu'à celui qui souhaite se libérer de sa dépendance au tabac ou qui a abandonné le tabac depuis peu. Les avis et les conseils sont

donnés sans que l'interlocuteur ne les sollicite expressément, mais rien n'oblige à ce que ce soit sur les lieux mêmes d'un CAT.

Les CAT sont normalement situés dans un établissement exploitant un CLSC. Ils peuvent également l'être à tout autre endroit jugé approprié et recommandé par une direction régionale de santé publique. Un endroit est considéré approprié s'il favorise l'accessibilité des services. Un fumeur peut s'y adresser directement ou y être orienté par une tierce personne. Les services sont dispensés par des professionnels de la santé et des services sociaux ou des intervenants formés à cet effet. Les plans initiaux prévoyaient que les intervenants de ces centres seraient formés avant la mise en place des services et qu'ils bénéficieraient d'une formation continue.

La documentation consultée n'identifie pas de population cible distincte pour les CAT. Elle spécifie cependant que les services du PQAT s'adressent, globalement, à tous les fumeurs du Québec ainsi qu'à des clientèles particulières, à savoir les adolescents âgés de 12 à 17 ans, les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans et les femmes enceintes (MSSS, 2002).

En conformité avec la Loi sur la santé et les services sociaux en vigueur en 2002, la définition des orientations et des balises ainsi que l'allocation du financement incombaient au Ministère. Il revenait ensuite à chacune des régies régionales, avec le soutien de sa direction régionale de santé publique, de planifier, d'organiser et de coordonner les services des CAT sur son territoire en fonction de ses réalités propres. Les paliers national et régional partageaient cependant la responsabilité de promouvoir les services auprès de la clientèle éventuelle et des partenaires en soutien à l'arrêt tabagique. Le Ministère entendait également élaborer et mettre en place un système d'information et appuyer les directions régionales de santé publique dans son implantation. Un tel système d'information devait faciliter le suivi de la clientèle et l'évaluation du PQAT.

3 MÉTHODOLOGIE

Cette partie est consacrée à la démarche d'évaluation au sens strict. On y circonscrit l'angle d'approche retenu parmi les différentes formes que peuvent prendre les évaluations, puis on y précise la finalité. On y décrit ensuite les méthodes utilisées pour recueillir et analyser l'information.

3.1 TYPE D'ÉVALUATION ENTREPRISE

L'évaluation de programme dans le domaine de la santé peut viser des objectifs différents et prendre des formes variées, tant au point de vue conceptuel que méthodologique. Les types les plus courants comprennent l'évaluation de l'implantation et l'évaluation des effets (McKenna et coll., 2008).

Définie en termes très généraux, l'évaluation de l'implantation s'intéresse au déroulement réel d'un programme et à l'identification de la population véritablement rejointe. L'évaluation de l'implantation est parfois appelée indifféremment évaluation des processus. Elle porte sur les ressources utilisées, les activités réalisées ainsi que les services offerts. Par implantation, on entend le « transfert sur le plan opérationnel d'une intervention ou, autrement dit, son intégration dans un contexte organisationnel donné » (Champagne et Denis, 1992). Il existe divers types d'évaluation de l'implantation définis selon les questions auxquelles l'évaluation tente de répondre et la profondeur de l'analyse qui s'ensuit (Patton, 1997; Champagne et Denis, 1992).

L'évaluation des effets porte quant à elle sur les retombées d'un programme mis en œuvre de même que sur le degré d'atteinte des objectifs préétablis (Desrosiers et coll., 1998). Ce type d'évaluation est celui qui, encore aujourd'hui, retient le plus d'attention dans le réseau sociosanitaire québécois. Néanmoins, l'évaluation centrée uniquement sur l'appréciation des effets peut aboutir à des conclusions limitées. D'une part, on ne peut pas porter de jugement sur l'efficacité d'un programme qui n'aurait pas été mis en œuvre correctement. D'autre part, un même programme appliqué dans des milieux distincts peut générer des résultats considérablement différents d'un endroit à l'autre (Champagne et Denis, 1992).

L'évaluation de l'implantation et l'évaluation des effets sont des activités complexes sujettes à de nombreuses embûches. Aussi, avant d'entreprendre une évaluation d'envergure exigeant un investissement important de ressources, de temps et d'efforts, il est avantageux de s'interroger sur la faisabilité et la légitimité d'une telle démarche. Un moyen d'y parvenir est de mener une analyse de l'« évaluabilité » du programme. La procédure – considérée comme une activité préévaluative – consiste essentiellement à déterminer si le programme réunit les critères nécessaires pour en permettre l'évaluation formelle (Wholey, 1979; Rutman, 1980; Smith, 1990; Patton, 2002; Kaufman-Levy, 2003; Thurston, 2003; Rossi, Lipsey et Freeman, 2004; Trevisan, 2007; Alain et Dessureault, 2009).

Dans le cas qui nous occupe, l'examen des CAT a fait appel aux concepts de l'évaluation de l'évaluabilité et de l'évaluation des processus.

3.2 OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

L'évaluation de l'évaluabilité suppose un examen de la façon dont les activités planifiées permettront d'atteindre les résultats prévus. Elle revient à examiner le programme afin de vérifier si ses objectifs sont définis de façon adéquate et si les résultats escomptés sont vérifiables. La modélisation de la logique théorique du programme est ainsi au cœur de la démarche et sert de canevas à l'analyse subséquente. L'adéquation entre les objectifs de l'intervention et les moyens mis en place pour les atteindre, le degré de conformité entre les principes préconisés par les concepteurs et les croyances des acteurs du milieu ainsi que la disponibilité des données requises aux fins d'évaluation sont exprimés sous la forme de facteurs pouvant empêcher ou favoriser une évaluation de programme adéquate.

La partie évaluation des processus vise par ailleurs à décrire la façon dont les CAT ont effectivement été implantés, à établir s'ils ont été mis en œuvre comme il était convenu de l'être et, le cas échéant, à cerner les facteurs qui ont contribué aux écarts observés. Elle vise plus spécifiquement à apporter des éléments de connaissance au sujet de l'organisation et du fonctionnement des CAT, de la gamme des services qui y sont offerts, de la notoriété et de l'utilisation des services par la population visée, des caractéristiques des usagers ainsi que de la perception des intervenants et des répondants régionaux au regard du programme. L'évaluation des processus a également porté sur l'intégrité des interventions données, c'est-à-dire sur le contenu de l'intervention, la compétence du personnel, la qualité de la prestation, la « dose » d'exposition à l'intervention ainsi que sur l'engagement des personnes qui assurent la prestation et de celles qui en ont bénéficié (Carroll et coll., 2007).

3.3 FINALITÉ DE L'ÉVALUATION

Globalement, cette démarche d'évaluation formative se situe dans un processus d'accompagnement et de soutien au développement des services d'abandon du tabagisme. L'objectif est d'éclairer le Ministère à l'égard de la conception, de la structure organisationnelle et de la mise en œuvre des CAT, de contribuer à leur amélioration, de concourir à en orienter l'évolution future et de suggérer les suites à donner en matière d'évaluation.

3.4 STRATÉGIE D'ÉVALUATION

La présente évaluation des CAT est basée sur des travaux préliminaires réalisés dans le cadre d'une réflexion plus large sur l'évaluation du PQAT. De fait, un devis d'évaluation de l'implantation et des effets du PQAT a été élaboré en 2005 par l'Institut et révisé à la suite d'une consultation auprès de répondants-tabacs régionaux (Leaune, 2005; 2006).

Le devis proposé touche l'ensemble des composantes du PQAT, enchâssées dans un modèle logique développé expressément pour les fins de l'évaluation. L'auteur du devis y a défini les principales questions auxquelles l'évaluation ambitionnait de répondre, puis y a précisé les indicateurs et la méthodologie de collecte d'information envisagée pour parvenir. Une hiérarchisation des priorités d'évaluation en fonction de l'état d'avancement de la mise en œuvre du PQAT ainsi que de la disponibilité des sources de données complète l'ouvrage. C'est dans ce contexte que l'évaluation des CAT a été jugée prioritaire et qu'une

évaluation de l'implantation axée sur l'offre de services et sur la population rejointe a été privilégiée.

Le tableau 1 présente les questions d'évaluation clés ainsi que les indicateurs qui y sont associés.

Tableau 1 Questions d'évaluation clés et indicateurs associés

Questions d'évaluation	Indicateurs
Quelle est la gamme d'interventions offertes dans les CAT?	Types et fréquence des interventions offertes dans les CAT Nombre de personnes ayant eu recours aux services offerts par les CAT (selon le type d'interventions reçues) Profil des personnes ayant eu recours aux services des CAT Profil des personnes ayant eu recours aux services des CAT Proportion des fumeurs connaissant les services offerts par les CAT Niveau de satisfaction des usagers des CAT
Quelles sont les interventions les plus fréquemment réalisées?	
Quelle est la fréquentation des services offerts par les CAT?	
Les CAT ont-ils permis de rejoindre la population ciblée?	
Quelles sont les caractéristiques des personnes rejointes?	
Les services des CAT sont-ils connus par la population visée?	
Quelle est la satisfaction des usagers des CAT au regard des services offerts?	
Quels sont les obstacles et les éléments facilitants à l'intervention?	

Source : Leane, 2005; 2006.

L'évaluation préliminaire a en effet donné l'occasion d'évaluer la disponibilité des données existantes et la possibilité de recueillir de nouvelles données nécessaires au processus d'évaluation formelle des CAT. Elle a permis de conclure à un certain nombre d'insuffisances dans l'information disponible au regard de la clientèle et des services des CAT. Les données du Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) tout autant que celles colligées localement et manuellement par les intervenants des CAT se sont avérées peu utiles en raison de leur manque d'exhaustivité et d'uniformité. L'absence de données clés a donc dû être comblée par le rassemblement d'information au moyen d'approches conçues et administrées par les évaluateurs de l'équipe de surveillance, recherche et évaluation sur le tabagisme de l'Institut.

Plusieurs sources de données, tant quantitatives que qualitatives, et plusieurs outils ont été utilisés dans le cadre de cette étude. Ils comprennent une analyse de la documentation et des données existantes sur les CAT ainsi que la collecte du point de vue de différents acteurs clés. Le tableau 2 résume les objectifs spécifiques de l'évaluation ainsi que les sources de données et les méthodes utilisées pour y répondre.

Tableau 2 Objectifs spécifiques de l'évaluation, sources de données et méthodes

Questions d'évaluation	Indicateurs
Décrire les ressources et les services offerts par les CAT	<ul style="list-style-type: none">▪ Analyse documentaire▪ Entrevues auprès d'intervenants des CAT▪ Entrevues auprès de répondants-tabacs
Décrire la notoriété des CAT parmi la clientèle cible	<ul style="list-style-type: none">▪ Sondage populationnel auprès de fumeurs et d'ex-fumeurs récents
Décrire l'utilisation des CAT et les caractéristiques des personnes rejointes	<ul style="list-style-type: none">▪ Entrevues auprès d'intervenants des CAT▪ Entrevues auprès de répondants-tabacs▪ Sondage populationnel auprès de fumeurs et d'ex-fumeurs récents▪ Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)

Source : Adapté de Leaune, 2006.

Une analyse de la documentation et des données pertinentes – Documents évoqués précédemment pour décrire les CAT, bilans annuels du PQAT produits par le Service de lutte contre le tabagisme et rapports annuels de gestion produits par le Ministère, données statistiques extraites du système d'information clientèle I-CLSC sur l'utilisation des services des CAT au cours des années 2004–2005 et 2005–2006, éventail de 65 documents produits ou utilisés entre 1998 et 2005 par les intervenants des CAT et les répondants-tabacs des directions de santé publique de 10 des 17 régions sociosanitaires. Ils incluent des plans d'action, des bilans financiers, des compilations de statistiques, des résultats de sondage, des rapports d'évaluation, des outils promotionnels et de soutien à l'intervention ainsi que du matériel de formation.

Des entrevues auprès d'intervenants en soutien à l'arrêt tabagique – Entrevues téléphoniques semi-structurées comprenant 78 questions réalisées entre octobre et décembre 2005 par le personnel de l'Institut auprès des intervenants de 121 des 137 CAT implantés à ce moment.

Des entrevues auprès de répondants-tabacs régionaux – Entrevues téléphoniques semi-structurées comprenant 40 questions réalisées en mars 2006 par le personnel de l'Institut auprès des répondants-tabacs de 15 des 18 directions de santé publique du Québec.

Un sondage auprès de fumeurs et de personnes ayant arrêté de fumer depuis deux ans – Sondage téléphonique d'une durée moyenne de 30 minutes administré en mai 2006 par la firme Jolicoeur et associés auprès de 2736 répondants de 18 ans ou plus parlant et comprenant le français ou l'anglais parmi les ménages privés du Québec, à l'exception des réserves indiennes, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (Kairouz et coll., 2007a; 2007b). L'échantillon comprenait 72 % de fumeurs quotidiens, 11 % de fumeurs occasionnels et 18 % d'anciens fumeurs. Le taux de réponse a été de 75 %.

Un exemplaire des outils peut être consulté en annexe. Les entrevues réalisées auprès des intervenants des CAT et des répondants-tabacs régionaux ont été enregistrées sur support audio avec le consentement des répondants. Le traitement statistique des données a été

effectué au moyen du progiciel SPSS®. Le traitement de l'information qualitative a été réalisé selon une formule classique basée sur l'écoute des enregistrements audio et l'analyse de leur contenu.

En dernier lieu, une étude pilote sur l'utilisation d'une feuille de collecte de données harmonisée dans les CAT a été effectuée en 2005–2006 auprès de 16 intervenants de 15 CAT des régions sociosanitaires Québec et Bas-Saint-Laurent (Montreuil, Poulin et Guyon, 2007). L'étude en question visait à évaluer la faisabilité d'implantation d'une feuille de collecte harmonisée à l'ensemble des CAT du Québec dans le but d'établir, à partir des données recueillies lors des premières rencontres individuelles, le profil de la clientèle qui y reçoit des services. Une proportion de 92 % des 188 clients qui ont rempli la feuille ont accepté que celle-ci soit transmise à l'Institut pour des fins d'évaluation et de recherche. Un exemplaire de la feuille de collecte harmonisée peut être consulté en annexe.

4 RÉSULTATS ET ANALYSE

Cette quatrième partie se consacre à la présentation et à l'analyse des résultats. Une représentation graphique des CAT illustre d'abord le programme projeté. La réalité empirique observée en 2005 et en 2006 y est ensuite exposée. L'analyse porte sur la capacité des CAT à produire les résultats attendus – compte tenu des moyens mis en place pour les atteindre –, sur les dispositions du programme à être évalué formellement ainsi que sur le degré de conformité entre le projet initial et son actualisation « sur le terrain ».

4.1 MODÈLE LOGIQUE DES CENTRES D'ABANDON DU TABAGISME

La figure 1 présente le modèle de la logique théorique des CAT et tente de clarifier les intentions poursuivies par les concepteurs du programme. Avant d'aborder directement les notions d'évaluation et d'évaluabilité de programme, il importe de se rappeler ce qu'on entend par « programme ». Selon Pineault et Daveluy, un programme est « un ensemble cohérent, organisé et structuré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé précis, et ce, pour une population définie » (Alain et Dessureault, 2009; Desrosiers et coll., 1998). Selon cette définition, les CAT peuvent donc être considérés aux fins de la présente évaluation comme un programme¹.

Le modèle logique proposé a été reconstitué à partir de l'analyse des documents utilisés précédemment pour décrire les CAT et de quelques écrits scientifiques pertinents sur le sujet (CDC, 2001; Kairouz et coll., 2008). Il énumère les principales ressources et activités du programme, telles qu'elles ont été projetées au départ, et met en évidence les liens qui les relient aux objectifs poursuivis. La construction du modèle logique constitue une étape essentielle de l'évaluation sur laquelle s'appuie tout le questionnement évaluatif subséquent (Mercer et Goel, 1994; Meeres, Fisher et Gerrard, 1995; Desrosiers et coll., 1998).

Soulignons qu'il nous est apparu complexe de circonscrire les CAT en tant que programme étant donné la nature officieuse des documents consultés. De fait, même si plusieurs documents produits depuis le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001–2005 par le Ministère et ses partenaires font formellement référence au PQAT, force est de reconnaître que le cadre de référence du PQAT est demeuré inachevé. Par le fait même, l'information disponible sur la constitution et le fonctionnement des CAT est épars, vague et parfois divergente d'une source à l'autre (voir chapitres 1 et 2).

Nous avons vu, précédemment, que les éléments d'un programme étaient les ressources et la structure, les activités ou les services et les objectifs.

¹ Le terme « programme » est ici utilisé conformément à la terminologie préconisée dans la *Politique d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS, 2003b) et dans le document d'orientations du Secrétariat du Conseil du trésor (2002). Il ne faut cependant pas confondre le sens retenu aux fins de la présente évaluation avec celui qu'accorde habituellement la fonction publique, dont le ministère de la Santé et des Services sociaux, aux termes « programme », « plan », « politique », « service », etc. Selon cette perspective plus restreinte, les CAT peuvent être considérés comme un « service ».

4.1.1 Ressources et structure

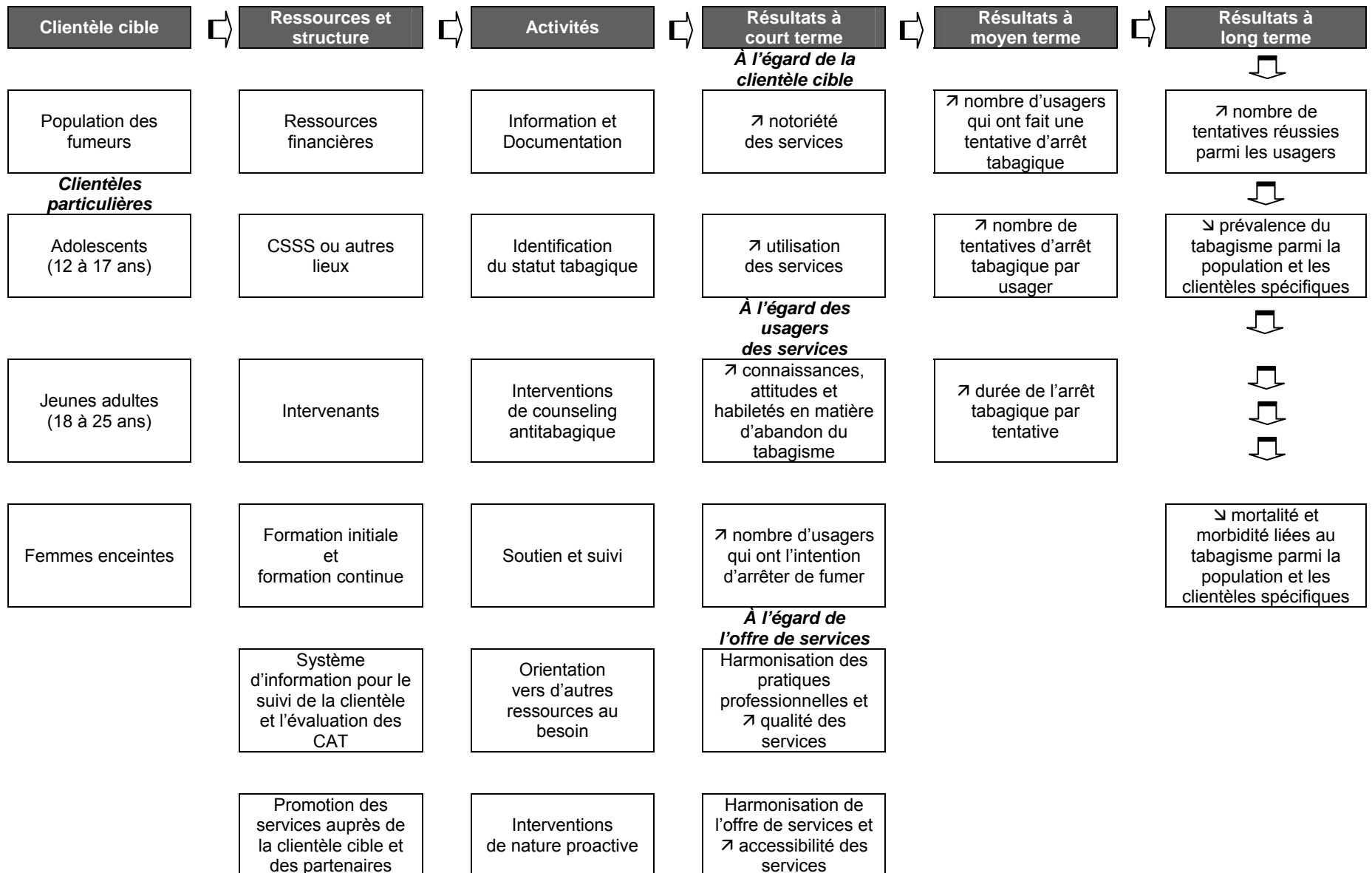
La structure envisagée y est vaguement définie. C'est d'ailleurs ce manque de spécificité qui a amené certains répondants-tabacs régionaux invités à se prononcer sur l'esquisse de 2002 du Plan québécois d'abandon du tabagisme à dire qu'un CAT semble être n'importe quelle entité offrant des services d'aide à l'arrêt tabagique gratuits et accessibles à la population des fumeurs d'un certain territoire, encore que la délimitation de l'unité géographique en question est à préciser.

De même, le principe d'accessibilité qui a conduit à la création des CAT a fait l'objet d'un développement limité dans les documents parcourus; il en est résulté un problème de mesure. L'accessibilité telle qu'envisagée s'avère réduite aux notions de disponibilité et de « gratuité » des services et tend à occulter les dimensions géographique, horaire, financière, sociale et culturelle. Pourtant, les instigateurs des Priorités nationales de santé publique 1997–2002 avaient été plus spécifiques à l'égard du concept d'accessibilité en proposant cinq critères pour le définir (MSSS, 2000, p. 143) :

- la proximité, soit une distance raisonnable à parcourir ou un temps raisonnable de déplacement pour accéder au service ou à la méthode (selon une appréciation régionale);
- les coûts relativement abordables en fonction de la population visée par le service (ou la méthode);
- l'horaire, c'est-à-dire l'offre de services à des heures accommodant la population;
- un service (ou méthode) adapté, où l'approche, le contenu, la langue et le langage sont ajustés et appropriés à des groupes précis (personnes défavorisées, jeunes, femmes enceintes, anglophones, allophones, etc.);
- un service (ou méthode) connu des fumeurs, lesquels ont été informés de son existence et de ses caractéristiques par de la publicité ou par un service d'orientation.

La cible ministérielle à atteindre stipulant qu'au moins un CAT par région doit être mis en place s'avèrerait de fait peu propice à améliorer les problèmes d'accessibilité signalés aux services d'abandon du tabagisme. L'objectif ministériel s'annonce d'autant peu ambitieux que le cinquième bilan des Priorités nationales de santé publique 1997-2002, publié en 2003, concluait que « le résultat attendu d'offrir des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme à la population dans toutes les régions du Québec et d'assurer la promotion de ces programmes est atteint » (MSSS, 2003c, p. 192). L'objectif ministériel représente un net recul par rapport à ce qui prévalait déjà en 2000 puisque la notion d'accessibilité valait pour l'ensemble des territoires de CLSC d'une région (MSSS, 2000, p. 144; 2003c, p. 192).

Figure 1 : Modèle logique théorique des centres d'abandon du tabagisme



4.1.2 Activités

Les différents types d'activités de counseling ne sont pas toujours formulés uniformément et clairement dans les documents passés en revue. La classification des interventions renvoie tantôt au contenu, tantôt à la durée. De l'avis de l'équipe de surveillance, recherche et évaluation sur le tabagisme de l'Institut, la nature des activités, des interventions, des lignes directrices et des algorithmes décisionnels privilégiés par le PQAT gagnerait à être clarifiée, d'autant plus que son objectif même aspirait à harmoniser les pratiques professionnelles.

Le modèle logique permet de constater que, sur le plan théorique, les liens entre les ressources, les activités et les répercussions correspondantes du programme planifié sont solides. La plausibilité du modèle causal sur lequel repose la présomption de l'efficacité des CAT se fonde sur des stratégies d'intervention éprouvées et conformes aux plus récentes recommandations scientifiques (Lancaster et Stead, 2005; Kairouz et coll., 2007a; 2007b). Le meilleur agencement de fréquence, d'intensité et de durée pour différentes populations de fumeurs demeure néanmoins incertain et constitue à ce titre un domaine de recherche actif.

4.1.3 Objectifs

Aucun objectif distinctif n'avait été précisé pour les CAT au moment de leur planification, bien qu'un effort concerté de l'Institut et du Service de lutte contre le tabagisme du Ministère ait été consacré à identifier des objectifs spécifiques communs pour le PQAT (Leaune, 2005; 2006). Nous avons donc assigné des objectifs concrets et mesurables dont il sera ultérieurement possible d'évaluer le degré d'atteinte. Un consensus à leur égard devrait néanmoins être recherché entre les différents acteurs concernés par les CAT.

Ainsi donc, en plus du but ultime de réduire la mortalité et la morbidité attribuables au tabagisme, le modèle logique distingue à long terme deux résultats rattachés à la réussite du traitement auprès des usagers des CAT et à moyen terme trois résultats reliés à leurs tentatives d'arrêt tabagique. De même, la mise en place des CAT combinée à la mise en œuvre des modalités d'implantation annoncées devrait s'accompagner de deux résultats à court terme correspondant à des aspects organisationnels des services et de deux autres regardant la connaissance des services par la clientèle cible en général et l'utilisation qu'elle en fait. Finalement, le modèle postule que la participation des usagers aux activités des CAT doit permettre d'obtenir à court terme deux résultats touchant directement leurs connaissances, leurs attitudes, leurs habiletés en matière d'abandon du tabagisme et leurs intentions de cesser de fumer.

Signalons en terminant que le modèle logique reste muet sur les résultats de gestion et de production de services, les responsables du PQAT n'ayant pas déterminé d'objectifs opérationnels définitifs et de cibles à atteindre à cet égard. Les quelques rares tentatives qui ont été faites dans ce sens soulèvent certains questionnements. Par exemple, on a pensé à considérer la proportion de médecins qui orientent des fumeurs vers les services de soutien à l'arrêt tabagique. L'incitation des médecins à référer systématiquement des patients aux CAT peut cependant receler un danger, celui du désengagement des médecins face à leur responsabilité en matière de counseling antitabagique. Également, on a considéré la possibilité de fixer à 20 % les fumeurs ayant cessé de fumer après 6 mois et à 10 % après

12 mois après avoir reçu au moins un des services de soutien à l'arrêt tabagique. Ces cibles à atteindre devraient être associées à une gamme ou à une intensité de services mieux circonscrite et plus réaliste (ceux qui ont reçu une intervention complète ou qui ont terminé le programme de groupe, par exemple).

Le Ministère demeure l'instance la plus appropriée pour établir des objectifs opérationnels qui soient conformes à ses visées projetées pour les CAT et à la façon dont il prévoit que ces structures pourront atteindre leurs objectifs à court, moyen et long termes.

4.2 BILAN D'IMPLANTATION

L'implantation des premiers CAT remonte à 2003. Les deux premières années d'implantation ont permis la restructuration des services déjà en place et la planification de nouveaux services. Le bilan de leur développement et de leur fonctionnement en 2005–2006 est décrit ci-dessous. Il est présenté selon les différentes composantes du programme : ressources et structure, activités et clientèle cible. Néanmoins, l'accessibilité aux services est discutée à même la section « Ressources et structure ». Parallèlement, la connaissance, l'utilisation et l'intention d'utilisation des services sont traitées à la section « Clientèle ».

4.2.1 Ressources et structure

En septembre 2005, 137 CAT² et 167 intervenants offraient des services d'abandon du tabagisme dans l'ensemble des régions du Québec. La majorité des régions avaient choisi de mettre en place leurs CAT dans un établissement exploitant un CLSC, de sorte que 130 des 137 services répertoriés s'y trouvaient. Cinq étaient localisés dans un milieu hospitalier, les deux autres dans un groupe de médecine de famille et un organisme communautaire. La distribution des CAT par région est indiquée au tableau 3.

L'implantation des CAT a été soutenue à partir de 2002–2003 par un budget annuel global de 2,1 millions de dollars accordés pour financer les services directs offerts à la population et de 900 000 dollars concédés pour la coordination des activités et la promotion régionale des services³. Les sommes allouées ont été réparties proportionnellement à la taille de la population régionale âgée de 15 ans ou plus et au taux correspondant de fumeurs selon les valeurs tirées de l'Enquête sociale et de santé 1998. C'est par ailleurs à chacune des directions régionales de santé publique que revenait en premier chef la prérogative de répartir le budget sur son territoire.

De façon générale, les services des CAT n'étaient disponibles que quelques heures par semaine, soit 9,6 heures en moyenne (tableau 3). Plusieurs intervenants œuvrant dans les régions périphériques et à faible densité démographique ont signalé que leur centre ne disposait pas du nombre hebdomadaire d'heures requis pour assurer une accessibilité

² En septembre 2007, 162 CAT avaient été implantés dans les 18 régions sociosanitaires. Ce nombre comprend neuf CAT implantés dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18), qui n'avait pas été échantillonnée par notre rapport. Les gains en services sont principalement attribuables aux régions de Lanaudière (14) et du Nord-du-Québec (10) (Réjean Lamontagne, Service de lutte contre le tabagisme, communication personnelle, 10 juillet 2008).

³ À noter que les CAT bénéficient aujourd'hui d'un financement récurrent.

minimale aux services. Toutefois, dans la majorité des cas (73 %) et dans la mesure des impératifs organisationnels, les services étaient offerts selon un horaire variable de façon à accommoder les usagers.

Tableau 3 Implantation des centres d'abandon du tabagisme au Québec en 2005

Région	Nombre de CAT	Nombre moyen d'heures de service par semaine par CAT	Nombre d'intervenants dans les CAT de la région	Pourcentage d'heures consacrées aux services auprès des fumeurs
Bas-St-Laurent (01)	8	7,1	9	58
Saguenay-Lac St-Jean (02)	7	10,1	7	65
Québec (03)	9	8,9	13	60
Mauricie-Centre du Québec (04)	10	12,0	12	68
Estrie (05)	7	10,2	8	59
Montréal-Centre (06)	14	11,4	16	61
Outaouais	10	9,9	10	75
Abitibi-Témiscamingue (08)	8	5,7	9	69
Côte-Nord (09)	7	15,5	8	92
Nord-du-Québec (10)	1	14,0	4	ND
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	6	7,0	6	69
Chaudière-Appalaches (12)	11	7,6	12	55
Laval (13)	5	5,8	9	79
Lanaudière (14)	7	10,9	7	56
Laurentides (15)	8	16,1	11	69
Montérégie (16)	19	7,8	26	62
Nunavik (17)	ND ¹	ND	ND	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)	ND	ND	ND	ND
Total	137	9,6	167	64

¹ ND : données non disponibles. Les intervenants du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James n'ont pas été interviewés, l'implantation des CAT n'étant pas complétée au moment de l'étude.

En moyenne, chaque intervenant consacrait 64 % de son temps à des services directs auprès des fumeurs. Les heures restantes étaient dédiées à la recherche de matériel éducatif complémentaire, à la formation, à la promotion des services, à la saisie de données ou à d'autres tâches administratives. Une forte majorité de répondants-tabacs régionaux et d'intervenants ont déploré l'insuffisance des ressources financières et, conséquemment, professionnelles dans les CAT. Cette situation limitait considérablement leur capacité à offrir des services d'aide à l'arrêt tabagique aux différentes clientèles de fumeurs.

De nombreux intervenants interrogés étaient conscients des obstacles à l'accessibilité aux services occasionnés par le mode de fonctionnement des CAT. Selon eux, l'horaire de jour était difficilement compatible avec celui des travailleurs et limitait d'autant leur possibilité de bénéficier d'une intervention individuelle de counseling. D'un autre côté, l'accessibilité à des interventions de groupe était restreinte par les longs délais d'attente entre l'appel du client et

le moment de l'intervention ainsi que par la rigidité de l'horaire et du calendrier fixes des sessions. L'éloignement du CAT dans certaines régions rurales de même que l'absence de services en période estivale ou pendant les absences non remplacées des intervenants s'ajoutaient aux barrières identifiées.

Les intervenants étaient majoritairement des femmes (91 %), âgées entre 35 et 54 ans (74 %), qui exerçaient la profession d'infirmière (74 %) ou, plus rarement, de travailleur social ou d'inhalothérapeute (10 %). Le tableau 4 dresse le profil détaillé des intervenants des CAT.

La plupart des intervenants étaient contraints de combiner leur travail en CAT à celui d'autres services de santé dans le même établissement. D'ailleurs, de l'avis de certains répondants-tabacs, les services d'aide à l'arrêt tabagique n'étaient pas toujours la priorité des intervenants, qui cumulaient d'autres tâches, ni même celle des gestionnaires, qui affectaient parfois leur personnel à d'autres dossiers. Les répondants-tabacs régionaux et les intervenants des CAT ont par ailleurs affirmé unanimement que le fractionnement des heures et des tâches démotivait les intervenants expérimentés et désintéressait la relève. Le sentiment le plus généralement partagé et exprimé par les intervenants est celui de la non-reconnaissance de la valeur de leur travail. Cette situation – exacerbée par les réorganisations continues des services de santé et des services sociaux – accroissait dans les CAT observés le taux de roulement du personnel, attiré par des postes offrant de meilleures conditions de travail, et rendait le recrutement difficile.

Le cadre de référence du PQAT soulignait que la qualité des services reposait entre autres choses sur la compétence et l'expertise du personnel. La formation initiale offerte lors de l'affectation et la formation continue proposée par la suite aux intervenants des CAT s'inscrivaient ainsi parmi les facteurs de réussite mentionnés explicitement. La formation devait favoriser la justesse et l'harmonisation de la pratique professionnelle. Chaque direction régionale de santé publique était responsable de s'assurer que le personnel des CAT reçoive la formation nécessaire au bon exercice de ses fonctions.

Au moment de la collecte de données, soit en 2005–2006, environ un intervenant sur deux avait moins de deux années d'expérience dans un CAT ou dans un service « restructuré » en CAT. Bien que 77 % d'entre eux aient indiqué avoir plus de cinq années d'ancienneté dans l'établissement, une proportion plus faible (38 %) considéraient posséder une expérience en intervention de prévention ou de soutien à l'arrêt tabagique antérieurement à leur affectation au CAT. En tout, les intervenants sondés ont reçu une formation de 47,5 heures, en moyenne, dans le cadre de leurs fonctions en CAT.

Tableau 4 Profil personnel et professionnel des intervenants interrogés en 2005

Caractéristiques	Pourcentage des intervenants
Sexe	
Femme	91
Homme	9
Profession	
Infirmière	74
Travailleur social	10
Inhalothérapeute	9
Autre	7
Groupe d'âge (années)	
25 à 34	14
35 à 44	29
45 à 54	45
55 à 64	12
65 à 74	0,8
Ancienneté au CAT (années)	
Moins de 1 an	21
1 à moins de 2 ans	28
2 à 5 ans	40
6 ans et plus	11

Les thèmes plus fréquemment abordés lors de la formation de base, soit chez plus de 8 intervenants sur 10, comprennent l'information générale sur le tabagisme, sur les services d'aide à l'arrêt du tabagisme disponibles et sur les interventions de counseling antitabagique. Une majorité des intervenants interrogés (de 52 % à 71 %) ont dit également avoir suivi des séances de formation en intervention de groupe ou en intervention auprès de personnes aux prises avec un problème de santé mentale, de polytoxicomanie ou de santé physique directement relié au tabagisme. Moins d'une personne sur deux disait enfin avoir reçu une formation ou, à tout le moins, de l'information à propos de la périnatalité ou des interventions adaptées aux besoins des jeunes. Encore moins d'intervenants, soit moins d'un sur cinq, auraient suivi un cours sur l'approche motivationnelle, sur les saines habitudes de vie (alimentation et activité physique), sur les aides pharmacologiques ou sur la gestion du stress.

Une forte majorité d'intervenants ont estimé que la formation leur avait été utile. Néanmoins, quelques-uns ont affirmé que les cours reçus avaient été insuffisants, tant en ce qui a trait au nombre de séances qu'à leur contenu informationnel. Près de la moitié des intervenants auraient souhaité des séances complémentaires de formation en santé mentale; plusieurs d'entre eux ont mentionné un besoin de formation en polytoxicomanie (25 %), en périnatalité (23 %) et en intervention auprès des jeunes (20 %).

Les intervenants avaient également accès à une série d'outils de travail pour étayer leur intervention, notamment un guide créé expressément à l'attention des intervenants des CAT. Selon les entrevues menées auprès des intervenants, 58 % d'entre eux en faisaient un usage régulier et 20 % l'utilisaient plus occasionnellement. Quelques intervenants ont

néanmoins indiqué ne pas connaître l'existence du guide tandis que d'autres, par choix, privilégiaient les guides produits par les agences régionales. La quasi-totalité des répondants ont affirmé avoir eu recours à une fiche de collecte de données permettant d'enregistrer divers renseignements sur la personne qui avait fait une demande d'aide; 62 % des intervenants utilisaient un algorithme décisionnel permettant d'identifier le type d'intervention à offrir.

Les activités promotionnelles auprès de la clientèle cible et des professionnels de la santé, que la presque totalité des CAT ont affirmé avoir réalisées, sont les deux moyens qui ont été privilégiés pour faire connaître les services offerts par les CAT. Certains intervenants ont néanmoins questionné ouvertement leur rôle dans les activités de promotion de leurs services. Ils ont prétendu que leur temps aurait été mieux utilisé s'il avait été consacré aux interventions à proprement parler.

Les différents modes de promotion rapportés se résument à distribuer du matériel de promotion et à organiser des stands d'information. Les lieux les plus fréquemment mis à profit étaient les CSSS, les pharmacies et les cliniques médicales. Un certain nombre de répondants ont indiqué par ailleurs que leur CAT a été promu par les annonces dans les journaux locaux et à la radio. Au niveau régional, les répondants-tabacs ont spécifié que leur direction de santé publique contribuait à la promotion régionale des CAT conformément à ses obligations à cet égard.

4.2.2 Activités

Des données ont été expressément extraites du Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC). Le système était la seule source directe d'information sur la clientèle rejointe par les CAT. Ces données se sont finalement avérées peu utiles en raison du manque d'exhaustivité et d'uniformité de l'information colligée pour les années 2004–2005 et 2005–2006. La description de l'offre de services faite ci-dessous repose donc strictement sur la perception des intervenants des CAT. Le tableau 5 indique la gamme de services offerts par les CAT à l'automne 2005.

Tableau 5 Offre de services prévus par la programmation des CAT en 2005

Type de services	Nombre et pourcentage des CAT sondés ¹ offrant le service	Nombre de régions sondées ¹ offrant le service
Information et recommandation	119 (100)	16
Remise ou envoi de matériel	118 (99)	16
Intervention individuelle	117 (98)	16
Recommandation d'aides pharmacologiques	107 (90)	16
Suivi après six mois	91 (76)	16
Intervention de groupe	64 (54)	11
Remise d'ordonnances d'aides pharmacologiques	59 (50)	16

¹ L'information disponible porte sur 119 CAT de 16 régions différentes.

À la lumière de l'information recueillie, à peu près tous les CAT offraient à l'automne 2005 de l'information, remettaient de la documentation en main propre ou la postaient sur demande et effectuaient des interventions individuelles de counseling – de forme, de durée et d'intensité variables, par téléphone ou en personne. Dans certains cas, la réponse aux demandes d'information générale et la prise de rendez-vous ne relevaient pas directement de l'intervenant en CAT mais plutôt du secrétariat ou de l'accueil de l'établissement. Les interventions de plus longue durée avaient toujours lieu aux CAT, contrairement aux demandes d'information générale et aux interventions brèves, qui pouvaient être résolues aussi bien par téléphone que sur place. Aux dires des intervenants, la plupart des CAT ont répondu à autant de demandes d'information que de demandes de soutien à l'arrêt tabagique, tout au plus cinq de chaque type par semaine.

L'administration des entrevues a révélé des problèmes de compréhension et des écarts d'interprétation quant à la définition des types d'intervention et à la typologie utilisée. Ainsi, pour quelques intervenants, l'intervention dite complète comprenait le processus d'intervention en entier, incluant les suivis pendant quelques mois. Pour d'autres, l'intervention complète se définissait sur la base d'une rencontre complète d'une durée supérieure à 10 minutes, pendant laquelle l'intervenant devait accomplir un certain nombre de tâches avec le client.

Les thèmes abordés lors des interventions individuelles de plus longue durée, soit celles de 10 à 60 minutes, sont apparus dans l'ensemble conformes au cadre de référence. Le contenu des interventions dites brèves était toutefois on ne peut plus variable, n'ayant comme seul point commun la transmission de l'information sur les services d'aide offerts. Quelle que soit la durée des interventions, un certain nombre d'intervenants ont indiqué leur réserve à émettre un avis de cessation aux clients, préférant privilégier une attitude d'ouverture plutôt qu'une approche moralisatrice ou autoritaire.

Une forte majorité de CAT recommandaient les aides pharmacologiques et la moitié d'entre eux en facilitaient l'utilisation en remettant directement aux clients une ordonnance collective ou obtenue par entente particulière avec un médecin. Certains intervenants la recommandaient systématiquement tandis que d'autres n'abordaient la question que s'ils le jugeaient à propos après l'évaluation des besoins du client. Somme toute, la pharmacothérapie était plus systématiquement recommandée au cours des interventions de plus longue durée.

Les interventions de groupe – programme structuré comprenant quelques séances hebdomadaires d'une durée d'environ deux heures regroupant une dizaine de personnes – étaient offertes par 64 CAT, de 11 régions différentes. L'offre de ce type de service avait été confiée à un tiers dans quatre autres régions. En 2005, 163 interventions de groupe ont eu lieu dans l'ensemble des CAT sondés, desquelles approximativement 6 participants sur 10 ont poursuivi le programme jusqu'à la fin. En contrepartie, près de la moitié des intervenants disaient ne pas offrir d'interventions de groupe dans leur milieu, invoquant le peu d'intérêt à cet égard manifesté par la clientèle et la tenue d'activités de même type organisées par des organismes communautaires.

La plupart des CAT offraient en principe la possibilité d'une relance téléphonique après six mois, répondant du coup à la programmation prévue par le cadre de référence. Néanmoins, faute d'un volume appréciable de clients participant à une intervention dite complète – à qui la relance téléphonique convient mieux –, cette proposition n'occupait qu'une place mitigée dans les activités des CAT. Les intervenants interrogés ont affirmé suivre un protocole précis préconisant un suivi 3, 6 et 12 mois après une intervention complète. En moyenne 4,7 suivis par client auraient ainsi été offerts, le premier – variant de 30 à 60 minutes – était plus souvent réalisé en face à face et les autres – de 5 à 25 minutes –, par téléphone. En même temps, plusieurs raisons ont été évoquées pour justifier l'absence de suivis : manque de temps, croyance que la reprise de contact relève du client, croyance que les suivis, non comptabilisés, sont d'une importance négligeable et, enfin, absence d'outil approprié pour enregistrer les coordonnées des participants et se souvenir des suivis à assurer. En revanche, environ la moitié des intervenants ont indiqué avoir effectué des suivis auprès des clients inscrits à une intervention de groupe, soit après une première séance de groupe ou à la toute fin du programme, et plus encore (72 %) en ont effectué auprès des personnes ayant abandonné le programme en cours de route.

Selon leurs propos, les intervenants des CAT orientaient au besoin leurs clients vers d'autres ressources : 72 % ont recommandé la ligne téléphonique J'arrête, 51 % le site Web J'arrête, 29 % les ont dirigés vers un professionnel en CLSC et 28 % vers une clinique privée – essentiellement pour l'obtention d'une prescription d'aide pharmacologique. Finalement, d'autres services ont été offerts par une faible proportion de répondants, tels des services de soutien à l'arrêt tabagique à domicile, des interventions auprès de patients hospitalisés, des rencontres de prévention du tabagisme auprès de jeunes, en plus de visites dans les entreprises et les organismes communautaires afin de faire connaître les méthodes et les services disponibles.

4.2.3 Clientèle cible

Notoriété des services

Les données du sondage populationnel mené en 2006 par l'Institut (Kairouz et coll., 2007a; 2007b) indiquent qu'un fumeur ou ancien fumeur récent sur deux connaissait l'existence des CAT parmi les 2736 adultes interviewés (tableau 6). Les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses à savoir qu'un tel service existait (58 %). Les CAT étaient également davantage connus par la clientèle au revenu moyen que par celle au revenu plus faible. L'âge et le niveau de scolarité des répondants se sont par ailleurs révélés sans lien avec la notoriété des CAT.

Le principal moyen par lequel les fumeurs et les anciens fumeurs récents avaient appris l'existence des CAT était essentiellement les médias télévisés et imprimés. De fait, le tableau 7 indique que 70 % des fumeurs et des anciens fumeurs sondés avaient entendu parler des CAT par la télévision, 37 % par un quotidien et 31 % par la radio (un même répondant ayant pu entendre parler du service par plus d'un moyen). Les dépliants, les affiches et les stands d'information ont également eu une contribution significative à cet égard : 51 % disaient avoir été informés des CAT par ces moyens. Environ un répondant sur quatre encore avait appris leur existence par un membre de son entourage. Au nombre des professionnels de la santé,

moyen nommé par 22 % des fumeurs et anciens fumeurs, ce sont les médecins qui ont été les plus fréquemment mentionnés comme source d'information (18 %).

La perception des 121 intervenants des CAT interrogés – perception modelée par leurs échanges avec les clients lors des premières rencontres – concorde assez bien avec le portrait brossé ci-dessus (tableau 7). Selon eux, le moyen le plus fréquent par lequel leurs clients auraient été informés des CAT demeurerait les campagnes médiatiques (59 %) ainsi que leurs proches (48 %). Du point de vue des intervenants, la promotion des CAT par les autres professionnels de la santé était lacunaire. Malgré ce jugement sévère, tout de même 36 % d'entre eux ont indiqué que leurs clients auraient été régulièrement informés de l'existence des CAT par un professionnel d'un CLSC. Toutefois, 15 % ont dit avoir reçu des clients recommandés par un médecin d'une clinique médicale et très peu par des pharmaciens ou des dentistes.

Tableau 6 Connaissance de l'existence des CAT chez des adultes fumeurs et des anciens fumeurs récents en 2006

Connaissance de l'existence des CAT	Pourcentage
Ensemble	50,8
Sexe	
Hommes	44,4
Femmes	57,7*
Âge	
18-24 ans	46,3
25-44 ans	48,4
45-64 ans	55,2
65 ans et plus	54,8
Revenu du ménage¹	
Faible revenu	44,1
Revenu inférieur moyen	54,4*
Revenu supérieur moyen	54,0*
Revenu supérieur	46,6
Scolarité	
Pas de diplôme	52,2
Études secondaires	52,6
Études collégiales	49,6
Études universitaires	49,8

Source : Kairouz et coll., 2007a; 2007b.

¹ Le revenu est déterminé en fonction du revenu total des membres du ménage avant impôts et autres retenues.

* Différence significative ($p \leq 0.05$) comparée à la première catégorie du groupe utilisé comme référence.

Tableau 7 Moyens de promotion ou de recommandation par lesquels les clients ont été informés des services offerts au CAT

Moyens	Pourcentage
Moyen de connaissance, d'après le sondage populationnel¹	
Télévision	69,9
Dépliant, affiche ou stand	51,1
Journal	37,3
Entourage	33,7
Radio	30,7
Médecin	17,8
Internet	14,3
Infirmière	8,8
Pharmacien	5,9
Dentiste	2,9
Inhalothérapeute	2,7
Hygiéniste dentaire	2,0
Moyen de connaissance, d'après les intervenants des CAT²	
Campagne médiatique	58,8
Famille ou ami	47,8
Professionnel du CLSC	36,2
Dépliant ou affiche au CLSC	33,9
Ligne J'arrête	23,4
Médecin du CLSC	14,7
Dépliant ou affiche hors du CLSC	14,7
Site J'arrête	7,5
Pharmacien	2,7
Dentiste	0,9

Source : Kairouz et coll., 2007a; 2007b.

¹ Moyens de connaissance des CAT parmi les fumeurs et les anciens fumeurs de la population adulte qui connaissaient leur existence, d'après le sondage populationnel ($n = 1390$).

² Moyens par lesquels les clients ont été régulièrement informés des services offerts par les CAT, d'après les intervenants qui y travaillent ($n = 121$).

Utilisation des services et clientèle rejointe

À la lumière des données du sondage populationnel, environ 4 % des fumeurs adultes actuels et anciens fumeurs récents qui connaissaient l'existence des CAT les avaient déjà consultés. De ce nombre, 56 % l'avaient fait pour obtenir de la documentation, 55 % pour participer à des rencontres de groupe, 53 % pour participer à des rencontres individuelles et 47 % pour avoir de l'information ou de l'aide téléphonique (plus d'une réponse étant possible).

En extrapolant cette information au nombre estimé de fumeurs au Québec d'après l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes 2005, soit environ 1 577 000 (Statistique Canada, 2006), les CAT auraient rejoint quelque 31 540 personnes au cours des deux dernières années. Cette estimation contraste cependant avec les 8876 recensés par les gestionnaires des CAT dans le système I-CLSC pour la même période. De fait, les rapports annuels de gestion du Ministère rapportent que 4005 fumeurs ont fréquenté les CAT en

2004–2005 et que 4871 l'ont fait en 2005–2006 (MSSS, 2005c; 2006b). Les problèmes d'uniformisation de la saisie des données signalés précédemment de même que la non-comptabilisation des interventions de groupe offertes dans les CSSS et des services dispensés dans les CAT implantés ailleurs que dans un établissement exploitant un CLSC expliquent sans doute en partie ces divergences.

Les données recueillies dans le cadre du sondage populationnel indiquent que 40 des 55 personnes (73 %) qui ont déclaré avoir fait appel aux services d'un CAT sont des femmes. En effet, elles les auraient consultés deux fois et demie plus souvent que les hommes.

Lorsque les fumeurs et les anciens fumeurs récents ont été interrogés sur les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas fait appel aux CAT, 16 % des répondants ont spontanément répondu ne pas connaître leur existence. Vingt-sept pour cent, dont davantage de jeunes hommes âgés entre 18 à 24 ans, ont par ailleurs mis en doute la capacité des CAT à les aider dans leur démarche.

Les entretiens auprès des intervenants des CAT ont révélé que 91 % d'entre eux utilisaient un outil de collecte quelconque pour enregistrer les coordonnées et autres renseignements relatifs à leurs clients. Cet outil n'étant cependant pas normalisé d'un site à l'autre, toute possibilité d'utilisation pour dresser un portrait fidèle de la clientèle et des services auxquels elle a eu recours est donc exclue. Une étude pilote réalisée en 2005–2006 auprès d'intervenants de 15 CAT de deux régions sociosanitaires a cependant démontré que cette lacune pouvait être résolue par l'utilisation systématique d'une feuille de collecte harmonisée. Les résultats obtenus indiquent en effet que l'implantation d'une telle feuille était faisable, qu'elle fournissait de l'information utile et appropriée sur les usagers des CAT et que ces derniers acceptaient de bon gré la transmission des données les concernant à des fins d'évaluation et d'amélioration de la qualité des services.

À défaut de données directes sur la clientèle utilisatrice des CAT, nous avons cherché à nous en faire une idée à partir des observations des 121 intervenants. Selon eux, les hommes, les personnes âgées de moins de 25 ans et les femmes enceintes ou allaitantes solliciteraient plus rarement les CAT pour une intervention individuelle complète. À l'opposé, un grand nombre de clients présenteraient un problème de morbidité physique directement relié au tabagisme. Ils expliquent cette situation par le fait que, clients du système de santé en raison de leur condition précaire, ces personnes seraient dirigées vers les CAT après une consultation médicale. Toujours selon les intervenants, près de deux clients sur cinq souffriraient de problèmes de santé mentale et les polytoxicomanes constitueraient déjà à eux seuls près de 10 % de la clientèle. Ils ajoutent que ces catégories de clients requièrent davantage de temps et de suivis.

L'étude pilote sur l'utilisation d'une feuille de collecte de données harmonisée dans les CAT a corroboré les perceptions des intervenants. En effet, un usager sur deux était sous médication et un sur trois avait un ou plusieurs problèmes de santé aggravés par le tabagisme. Plus de 10 % encore souffraient de troubles psychologiques. Il faut néanmoins garder à l'esprit que ces données, tirées des usagers de deux régions sociosanitaires ayant

eu recours à un CAT pendant une période ponctuelle, ne reflètent pas l'ensemble des usagers des CAT dans la province de Québec.

Intention d'utilisation des services

D'après les données du sondage populationnel, 26 % des fumeurs qui connaissaient l'existence des CAT ont répondu qu'il était probable ou très probable qu'ils fréquentent un CAT s'ils décidaient d'arrêter de fumer dans les six mois suivants. Cette intention était plus fréquemment exprimée par les femmes (29 %), les personnes à plus faible revenu (36 %) ou moins scolarisées (32 %).

5 CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Cette section fournit une synthèse des résultats de l'évaluation des CAT et présente les principales conclusions, auxquelles nous avons intégré quelques pistes de réflexion pour l'amélioration et le développement futur des services offerts dans les CAT.

Rappelons que les activités d'évaluation ont été prescrites au moment de l'élaboration du Plan québécois de lutte contre le tabagisme en vue de soutenir le développement des services d'abandon du tabagisme et de contribuer, au besoin, à leurs ajustements (MSSS, 2006a, p. 26, p. 36 et p. 42). Le Ministère comptait sur les responsables de l'évaluation du PQAT pour l'aider à en préciser les objectifs d'évaluation (MSSS, 2002, p. 26) de même que pour appuyer l'évolution du cadre de référence (MSSS, 2002, p. 27). L'équipe de surveillance, recherche et évaluation sur le tabagisme de l'Institut s'est attachée à étudier la faisabilité de l'évaluation des CAT – mieux connue sous le néologisme d'évaluation de l'évaluabilité – et à dresser un bilan sommaire de leur développement et de leur fonctionnement en 2005–2006, soit deux ans après le début de leur implantation.

5.1 LIMITES DE L'ÉVALUATION

Les lecteurs doivent être conscients des limites des données utilisées dans cette analyse. L'information présentée ne prétend pas donner un portrait juste des CAT au sens statistique du terme, même si l'étude a été élaborée et menée méthodiquement. Le rapport a plutôt tenté de présenter une lecture sommaire du programme en appréhendant diverses perspectives. L'analyse s'est ainsi fondée sur la triangulation, principe qui sous-tend l'utilisation de différents outils et le regroupement de différentes sources de données pour étudier un programme unique (Guba et Lincoln, 1989; Patton, 2002).

Certaines données, dont celles liées à l'accessibilité aux services ainsi qu'à l'achalandage et aux caractéristiques de la clientèle rejointe, reposent strictement sur la perception des acteurs du milieu. Même si l'on peut être porté à attribuer une certaine objectivité à la convergence de multiples regards subjectifs recueillis au moyen de méthodologies diversifiées, les perceptions et les opinions émises par les personnes interviewées nécessitent d'être confirmées par des données primaires plus sûres. Il convient donc d'adopter une attitude de prudence dans l'interprétation des résultats.

Enfin, l'information rapportée doit évidemment être considérée avec circonspection puisque certains aspects des CAT peuvent avoir changé depuis l'année 2005–2006.

5.2 QUELQUES CONSTATS

À la lumière de ses travaux d'évaluation et de ses observations de la situation qui prévalait en 2005–2006, l'équipe de surveillance, recherche et évaluation sur le tabagisme a constaté les faits mentionnés ci-dessous.

Le modèle logique reconstitué à la lecture des documents disponibles témoigne de la plausibilité théorique des liens entre les ressources, les activités et les résultats du programme planifié. L'analyse de l'évaluabilité a cependant fait ressortir que la nature des

activités avait besoin d'éclaircissements et que des objectifs opérationnels et des cibles à atteindre devaient être établis de façon à orienter la nature des interventions des CAT et à favoriser la réalisation de leur évaluation.

Le programme des CAT partage les caractéristiques de beaucoup de programmes courants, de nature composite qui, en raison de pressions diverses, sont implantés avant la complétion de la planification du programme et avant qu'un consensus à l'égard des objectifs et des priorités soit atteint entre les différents acteurs concernés (Mercer et Goel, 1994; Meeres, Fisher et Gerrard, 1995; Van Voorhis et Brown, 1996).

De façon générale, on peut dire que l'objectif minimal fixé dans le PQAT voulant que soit implanté au moins un CAT dans chacune des régions sociosanitaires du Québec est atteint. On peut également affirmer que la disponibilité d'une gamme étendue de services communs d'abandon du tabagisme a été intensifiée au Québec comparativement à la situation rapportée dans le cinquième bilan des Priorités nationales de santé publique 1997–2002 (MSSS, 2003c). Nous pensons toutefois qu'il reste encore place à amélioration en ce qui a trait à la notion d'accessibilité géographique et à l'horaire des services offerts en 2005–2006. Selon les acteurs du milieu, l'insuffisance des ressources financières limitait leur capacité à offrir des services d'aide à l'arrêt tabagique au moment et à l'endroit qui aurait davantage accommodé les fumeurs qui désiraient cesser de fumer (à noter que les CAT bénéficient depuis d'un financement récurrent⁴).

D'après les opinions recueillies, l'insuffisance des ressources financières et, conséquemment, professionnelles dans les CAT a engendré une infrastructure de service fragilisée par le roulement et la démotivation du personnel. Malgré ces conditions de travail jugées difficiles, la plupart des intervenants se sont déclarés intéressés et animés par la mission qu'ils s'étaient donnée en acceptant leur poste.

Le soutien offert sur le plan de la formation à l'embauche a été apprécié et a semblé adéquat, bien que des besoins particuliers de formation aient été exprimés et que les intervenants soient demeurés laconiques au sujet de la formation continue. Aucun système uniformisé formel d'inscription et d'information n'a été implanté par les agences régionales et le Ministère. Les intervenants ont malgré cela adopté soit l'outil proposé dans le guide de formation à l'attention des intervenants, soit des outils maison pour effectuer le suivi de leur clientèle.

La promotion des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme réalisée aux paliers local et régional visait une clientèle déjà en contact avec le système de soins. Certains intervenants ont questionné leur rôle à cet égard et ont déploré la forte proportion de leur temps consacré à ces activités au détriment des services directs aux clients. Ils ont également tenu à différencier les activités de promotion – qui consistaient à faire connaître les services à la clientèle cible et aux partenaires – des activités de sensibilisation – qui consistaient à sensibiliser les fumeurs à l'abandon du tabagisme.

⁴ La confirmation de la récurrence a été faite par lettre aux régions en mai 2007 et annonçait que cette disposition entrerait en vigueur à partir de l'année 2008–2009 (Réjean Lamontagne, Service de lutte contre le tabagisme, communication personnelle, 1^{er} décembre 2008).

En 2005–2006, la gamme des interventions prévues était généralement offerte dans les CAT. Toutefois, l'intervention de groupe, les suivis auprès des fumeurs et les activités proactives semblent avoir été moins systématiquement implantés que les interventions individuelles et la remise d'information. Les données suggèrent qu'en réalité, les CAT auraient donné autant de services d'information que de services d'arrêt tabagique.

Des disparités de pratique professionnelle ont été relevées entre les intervenants en ce qui a trait aux interventions plus structurées et séquentielles. Ces disparités paraissent attribuables à leur interprétation différente des composantes du programme ainsi qu'à une certaine latitude dans leur application. La recommandation des aides pharmacologiques aux clients des services des CAT, bien que prédominante, s'est révélée incomplètement appliquée au moment du sondage.

Nos observations corroborent le constat qui se dégagait de l'analyse de la situation rapportée en 2002 selon lequel, malgré les progrès dans le déploiement de services de soutien à l'abandon du tabagisme sur le territoire québécois, « plusieurs de ceux-ci sont peu connus, souvent peu accessibles et peu utilisés » (MSSS, 2002, p. 10). Les CAT ont atteint une faible proportion des fumeurs, que nous estimons approximativement à 2 %. Il n'en demeure pas moins que, selon la littérature scientifique, ce taux d'utilisation est semblable à ce que l'on retrouve ailleurs au Canada et dans le monde (Kairouz et coll., 2007a; 2007b). Parmi les 51 % des fumeurs actuels et ex-fumeurs récents qui connaissaient l'existence des CAT, 4 % les ont contactés; de ce groupe, à peine la moitié les avait contactés pour des interventions de soutien à l'arrêt tabagique comme telles.

L'utilisation et les intentions d'utilisation sont plus importantes chez les femmes que chez les hommes. Les fumeurs qui ont déjà entendu parler des CAT ne connaissent pas nécessairement la disponibilité ou la nature des services offerts. Certains fumeurs qui connaissent les CAT, particulièrement les hommes et les plus jeunes, doutent que les CAT puissent réellement les aider à se libérer du tabac. Selon les intervenants des CAT et les répondants-tabacs, certaines populations ont été peu rejointes jusqu'à maintenant, notamment les jeunes et les femmes enceintes ou allaitantes.

5.3 PISTES DE RÉFLEXION

Nous croyons que des gains sont possibles en ce qui concerne certains aspects des CAT et nous précisons par extension les activités d'évaluation prioritaires.

Mise à jour et évolution du cadre de référence

L'équipe de surveillance, recherche et évaluation sur le tabagisme est d'avis que les CAT répondent à un besoin sociosanitaire. Les résultats de cette évaluation commandent néanmoins un approfondissement et une réflexion sur leur capacité à produire les résultats souhaités sur le taux de tabagisme au Québec.

En 2005–2006, les CAT offraient souvent peu d'accessibilité horaire et étaient relativement peu connus et peu utilisés. Leurs services touchaient peu les clientèles particulières visées globalement par le PQAT, mais ont semblé rejoindre une clientèle plus « lourde » que prévue avec des problèmes de santé concomitants. On peut dès lors se demander si les

adolescents âgés de 12 à 17 ans, les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans et les femmes enceintes n'auraient pas été davantage rejoints par l'offre d'interventions proactives là où se trouvent ces clientèles (rencontres prénatales, écoles, milieux de travail, maisons de jeunes, cabinets de professionnels intégrant des pratiques cliniques préventives, par exemple). Une réflexion d'ensemble s'impose dans la mesure où il convient d'articuler plus solidement la place des CAT comme composante du PQAT et de redéfinir du coup la clientèle qui devrait être visée par les CAT.

Les services publics de soutien à l'arrêt tabagique, individuels ou de groupe, offerts par les CAT sont les plus coûteux à l'État parmi tous ceux dont le PQAT s'était investi. Or, une proportion importante des ressources des CAT a été dédiée à des activités d'information et de promotion de ces services. Dans une perspective globale d'organisation de services de soutien à l'arrêt tabagique et d'efficacité en santé publique, on peut s'interroger sur le rôle des CAT comme moyen de premier recours pour diffuser de l'information aux fumeurs.

L'actualisation du PQAT représente un moyen de planifier le développement futur des services. Effectivement, la programmation des CAT – et, conséquemment, des diverses composantes du PQAT – nécessite une mise au point actualisée pour tenir compte du contexte sociopolitique d'aujourd'hui, des caractéristiques des fumeurs contemporains et de l'état de développement actuel du programme CAT. La production et la diffusion d'une version officielle du cadre de référence gagneraient d'ailleurs à définir des objectifs opérationnels et des cibles à atteindre.

Besoins des fumeurs

Une question fondamentale sans réponse concernant les CAT est la faible proportion des fumeurs québécois voulant arrêter de fumer qui y ont recours. Notre évaluation préliminaire ne permet malheureusement pas d'expliquer ce constat également fait ailleurs au Canada et dans le monde.

Force est cependant de constater que les CAT partagent la conjecture de maints programmes de santé publique, à architecture, envergure et buts malgré tout différents, qui veut que l'apport de ressources dans le milieu soit suffisant pour entraîner des changements de comportements parmi la clientèle cible d'une intervention. Cette thèse quelque peu réductrice est incertaine (Pawson, 2003). Rien ne garantit par exemple qu'un rehaussement de la notoriété des CAT et de leur accessibilité se traduirait par une utilisation accrue de leurs services

En réalité, y a-t-il adéquation entre les besoins réels des fumeurs québécois qui désirent cesser de fumer et les services actuellement disponibles? D'ailleurs, connaît-on vraiment leurs besoins et les paramètres des services de soutien qui y répondraient? Les résultats de notre évaluation incitent à poursuivre les investigations afin de chercher à comprendre les besoins des fumeurs en matière d'abandon du tabac.

La réalisation d'une revue exhaustive de la littérature pertinente et de recherches complémentaires représente un moyen qui pourrait fournir un éclairage sur la question et favoriser une meilleure réponse aux besoins des fumeurs québécois qui désirent cesser de fumer.

Caractéristiques de la clientèle rejointe

Tout processus évaluatif, exercice de planification pour le développement continu des services ou suivi de la performance des services requiert l'utilisation de données objectives de qualité.

En 2005–2006, aucun système d'information normalisé formel – électronique ou papier – n'était disponible pour documenter soigneusement la nature et la fréquence des différents types d'intervention ou les caractéristiques de la clientèle rejointe. La seule source directe d'information à cet égard, c'est-à-dire le système d'information clientèle I-CLSC, s'est avérée inopérante en raison du manque d'exhaustivité, de systématisme et d'uniformité de l'information colligée par les intervenants des CAT.

Le Service de lutte contre le tabagisme du Ministère a d'ailleurs lui-même signalé ces problèmes (Lorman, 2005; 2006). Un comité *ad hoc*, formé à l'automne 2003, a depuis veillé à l'uniformisation de la saisie des données sur les activités des CAT. Le comité a produit un document en 2005 intitulé Guide de saisie du cadre normatif lié aux centres d'activités des centres d'abandon du tabagisme et offert en 2006 des formations aux répondants-tabacs régionaux dans le but de répondre aux besoins d'information à des fins de gestion et d'évaluation (Lorman, 2005; 2006). Cette information de nature élémentaire, colligée à des fins purement administratives, ne pourra à elle seule répondre aux besoins d'évaluation des CAT ni, plus globalement, à ceux du PQAT.

Rappelons par ailleurs que lors de la première rencontre individuelle avec un client, l'intervenant des CAT recueillait des informations sur le client par l'entremise d'une grille de collecte. Actuellement, cet outil diffère d'une région à l'autre, ce qui rend impossible la constitution d'une base de données pour des fins d'évaluation.

L'analyse préliminaire de l'état d'implantation du système d'information clientèle I-CLSC et de la qualité des données reliées aux CAT ainsi que l'implantation d'une feuille de collecte de données harmonisée dans les CAT représentent des moyens de favoriser le suivi et l'évaluation formels des CAT.

L'utilisation d'une telle feuille de collecte harmonisée permettrait entre autres la réalisation de trajectoires et de profils détaillés d'usagers des CAT. Cette information servirait autant les fins du Ministère pour l'évaluation du PQAT que les intervenants des CAT pour la planification des interventions proposées aux fumeurs de leur territoire et pour la reddition de comptes de leurs activités à l'intention de leur établissement, de leur agence régionale et du Ministère. Une étude pilote réalisée par l'Institut entre décembre 2005 et février 2006 a d'ailleurs confirmé la faisabilité d'utiliser une telle feuille de collecte standardisée à chaque première rencontre individuelle, la possibilité d'obtenir le consentement écrit des usagers pour la transmission des données anonymisées et la pertinence des informations recueillies (Montreuil, Poulin et Guyon, 2007). Une demande officielle a été déposée à cet égard à la Table de concertation nationale en prévention et promotion.

Qualité des services

La qualité de l'expertise professionnelle et la justesse des interventions constituent un autre facteur déterminant pour obtenir la confiance de la clientèle envers les CAT et pour optimiser l'effet des services sur les comportements des usagers. Une formation adéquate normalisée est une condition de qualité et d'harmonisation de la pratique professionnelle (Pbert et coll., 2007).

Les différents types d'activités de counseling ne sont pas toujours formulés uniformément et clairement dans les documents ministériels. Des disparités ont été relevées entre les intervenants quant à leur pratique professionnelle, à leur interprétation de la teneur des interventions et à leur utilisation des outils d'accompagnement, tels les lignes directrices et les algorithmes décisionnels. L'actualisation des compétences du personnel par une formation qualifiante a également subi les contrecoups du taux de roulement élevé. Bien que nos travaux n'aient pas porté sur la recherche des causes du roulement du personnel, on peut néanmoins se questionner sur l'impact d'une telle situation sur l'efficacité des services par le besoin de réinvestissement constant dans la formation du personnel et sur le développement de liens durables avec les référents. Il est important que les agences régionales et le Ministère tentent de trouver des solutions aux difficultés évoquées.

La révision du guide d'intervention et l'élaboration de lignes directrices à l'attention des intervenants des CAT de même que la formation initiale et la mise à jour des connaissances et des habiletés des intervenants conformément aux conditions établies dans le PQAT (MSSS, 2002) représentent un moyen d'y arriver. Une telle initiative est d'ailleurs en cours de développement au Service de lutte contre le tabagisme du Ministère. L'évaluation formelle de la qualité de l'exercice du point de vue clinique et de l'uniformité d'un endroit à l'autre de la pratique professionnelle des intervenants en CAT pourrait représenter un des moyens de soutenir les efforts d'amélioration continue de la qualité des services. Nous suggérons une collaboration à cet égard avec les ordres professionnels, premiers responsables de l'évaluation de la qualité des pratiques cliniques professionnelles de leurs membres.

5.4 CONCLUSION

L'équipe de surveillance, recherche et évaluation sur le tabagisme estime que la mise en œuvre du PQAT a permis, en 2005–2006, la création d'un large réseau de 137 centres structurés d'aide à l'abandon du tabagisme dans toutes les régions du Québec et la formation de quelque 167 professionnels de la santé et intervenants sociaux aptes à intervenir auprès des fumeurs qui désiraient se libérer du tabagisme.

Cependant, bien que des CAT étaient disponibles et qu'ils répondaient à un besoin sociosanitaire, ces services étaient relativement peu connus, pas nécessairement accessibles au moment et à l'endroit où le besoin se manifestait et peu utilisés. Les résultats de cette évaluation commandent la réflexion pour faire progresser l'initiative au-delà de cette première phase d'implantation. La programmation des CAT et l'attribution des rôles des diverses composantes du PQAT nécessitent une mise au point actualisée à la lumière des résultats de la présente Évaluation préliminaire des centres d'abandon du tabagisme.

Finalement, l'évaluation des processus a démontré que le développement des CAT était insuffisant sur le plan programmatique pour justifier la réalisation d'une évaluation des effets. Par ailleurs, l'évaluation de l'évaluabilité a dévoilé que les CAT ne rencontraient pas les conditions minimales nécessaires pour permettre l'évaluation formelle de leur implantation.

À la lumière de ses travaux d'évaluation et de ses observations de la situation qui prévalait en 2005–2006, l'Institut recommande au Ministère :

- de procéder à la mise à jour du cadre de référence du PQAT, de définir des objectifs opérationnels et des cibles nationales à atteindre;
- d'entreprendre une réflexion d'ensemble sur la place des CAT au sein des services d'abandon du tabagisme du PQAT;
- de réaliser une étude approfondie pour déterminer les besoins réels des fumeurs québécois en matière d'abandon du tabac et les paramètres des services de soutien qui y répondraient;
- d'analyser la pertinence et la qualité des données saisies dans le système d'information clientèle I-CLSC à des fins de suivi et d'évaluation des CAT ainsi que de favoriser l'implantation de la feuille de collecte harmonisée proposée par l'Institut dans l'ensemble des CAT du Québec;
- d'établir et de favoriser l'utilisation de lignes directrices à l'intention des intervenants des CAT, de bonifier et de normaliser la formation offerte aux participants, à l'embauche et en cours de pratique, et de faciliter la réalisation d'une évaluation de la qualité de l'exercice professionnel des intervenants en CAT en collaboration avec les ordres professionnels concernés.

BIBLIOGRAPHIE

Alain, M., D. Dessureault. *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, .306 p.

Carroll, C., M. Patterson, S. Wood, A. Booth, J. Rick, S. Balain. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science* 2007;2:40.
[<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2213686&blobtype=pdf>] [14 juillet 2008].

Champagne, F., J.L. Denis. Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation, *Service Social : L'avenir des services ou services d'avenir* 1992;41(1):143-163.

Desrosiers, H., N. Kishchuk, F. Ouellet, N. Desjardins, C. Bourgault, N. Perreault. *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes – Application en promotion de la santé et en toxicomanie*, Comité aviseur sur la recherche et l'évaluation en toxicomanie, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Québec, 1998, 130 p.

Guba, E.G., Y.S. Lincoln. *Competing paradigms in qualitative research*, in Denzin, N., Y. Lincoln (eds.), *Handbook of qualitative research*, New York, Sage, 1994, p. 105-117.

Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, 2006, 131 p.
[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/546-PortraitSante2006_Analyses.pdf] [14 juillet 2008].

Kairouz, S., A. Montreuil, I. Poulin, Y. Payette, D. Hamel, M. Tremblay. *Connaissance, utilisation et perception des interventions en arrêt tabagique chez les fumeurs québécois*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2007, 149 p.
[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/613_Connaissance_interventions_en_arret_tabagique.pdf] [14 juillet 2008].

Kairouz, S., Y. Payette, C. Tuong Nguyen, L. Guyon. *Monitoring du Plan québécois de lutte contre le tabagisme*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 115 p.
[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/752_MonitorageTabac.pdf] [14 juillet 2008].

Kaufman-Levy, D., M. Poulin. *Evaluability assessment: Examining the readiness of a program for evaluation*, Washington, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 2003, 16 p. [<http://www.jrsa.org/pubs/juv-justice/evaluability-assessment.pdf>] [14 juillet 2008].

Lancaster, T., L.F. Stead. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005(2):CD001292.

Leaune, V. *Le Plan québécois d'abandon du tabac – Devis d'évaluation : première version pour consultation* [Document de travail, version septembre 2005], Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2005, 27 p.

Leaune, V. *Le Plan québécois d'abandon du tabac – Devis d'évaluation : première version pour consultation* [Document de travail, version août 2006], Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2006, 27 p.

Lorman, T. *Bilan annuel 2005-2006 du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) – Avril 2005 à mars 2006*, Québec, Service de lutte contre le tabagisme, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 14 p.

Lorman, T. *Bilan annuel 2004-2005 du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) – Avril 2004 à mars 2005*, Québec, Service de lutte contre le tabagisme, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 14 p.

MacDonald, G., G. Starr, M. Schooley, S.L. Yee, K. Klimowski, K. Turner. *Introduction to program evaluation for comprehensive tobacco control programs*, Atlanta, Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services, 2001, 130 p.
[http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/surveillance_evaluation/evaluation_manual/00_pdfs/Evaluation.pdf] [14 juillet 2008].

McKenna, M., C. Husten, R. Merritt, D. Compton, N. Kuiper, S. Porter. *Introduction to process evaluation in tobacco – Use prevention and control*, Atlanta, Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services, 2008, 59 p.
[http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/surveillance_evaluation/process_evaluation/index.htm] [14 juillet 2008].

Meeres, S.L., R. Fisher, N. Gerrard. Evaluability assessment of a community-based program, *Canadian Journal of Program Evaluation*; 1995;10(1):103-121.

Mercer, S.L., V. Goel. Program evaluation in the absence of goals: A comprehensive approach to the evaluation of a population-based breast cancer screening program, *Canadian Journal of Program Evaluation* 1994;9(1):97-112.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Priorités nationales de santé publique 1997–2002*, Québec, Direction générale de la santé publique, 1997, 103 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Priorités nationales de santé publique 1997–2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 2^e bilan*, Québec, Direction générale de la santé publique, 2000, 203 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-260.pdf>] [29 novembre 2008].

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, Québec, Service de lutte contre le tabagisme, Direction générale de la santé publique, 2001, 29 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-006-05.pdf>] [14 juillet 2008].

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan québécois d'abandon du tabagisme – Cadre de référence* [Document de travail, décembre 2002], Québec, 2002, 31 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2003–2012*, Québec, Direction générale de la santé publique, 2003a, 133 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf>] [14 juillet 2008].

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Politique d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information, 2003b, 26 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-706-01.pdf>] [10 septembre 2009]

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Priorités nationales de santé publique 1997–2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 5^e bilan*, Québec, Direction générale de la santé publique, 2003c, 261 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-260-02.pdf>] [29 novembre 2008].

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'intervention tabagique dans les centres d'abandon du tabagisme – Guide de l'intervenant*, Québec, Service de lutte contre le tabagisme, Direction générale de la santé publique, 2005a, pages multiples.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'intervention tabagique dans les centres d'abandon du tabagisme – Guide du formateur*, Québec, Service de lutte contre le tabagisme, Direction générale de la santé publique, 2005b, pages multiples.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Rapport annuel de gestion 2004-2005 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, Direction générale adjointe de la planification stratégique, 2005c, 143 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-102-01.pdf>] [26 juillet 2008].

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*, Québec, Service de lutte contre le tabagisme, Direction générale de la santé publique, 2006a, 53 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-006-17.pdf>] [14 juillet 2008].

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Rapport annuel de gestion 2005-2006 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, Direction générale adjointe de la planification stratégique, 2006b, 156 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-102-01.pdf>] [26 juillet 2008].

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2003–2012 – Mise à jour 2008*, Québec, Direction générale de la santé publique, 2008, 103 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>] [14 juillet 2008].

Montreuil, A., I. Poulin, L. Guyon. *Étude pilote sur l'utilisation d'une feuille de collecte de données harmonisée dans les centres d'abandon du tabagisme* [Document interne], Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2007, 92 p.

Pawson, R. Nothing as Practical as a Good Theory. *Evaluation* 2003;9(4) :471-490 (2003).

Patton, M.Q. Utilization-focused evaluation, Beverly-Hills, Sage, 1997, 431 p.

Patton, M.Q. *Qualitative research & evaluation methods*, Thousand Oaks, Sage, 2002, 598 p.

Pbert, L., D. Jolicoeur, G. Reed, W.L. Gammon. An evaluation of tobacco treatment specialist counseling performance using standardized patient interviews. *Nicotine and Tobacco Research* 2007;9(1):119-28.

Rossi, P.H., M.W. Lipsey, H.E. Freeman. *Evaluation: A systematic approach*, Thousand Oaks, Sage, 2004, 470 p.

Secrétariat du Conseil du trésor. *L'évaluation de programme. Document destiné aux dirigeants et dirigeantes de ministères et d'organismes*, Québec, Sous-secrétariat aux politiques budgétaires et aux programmes, 2002, 22 p.
[http://www.tresor.gouv.qc.ca/fr/publications/modernisation/eval-progr_02.pdf] [10 septembre 2009]

Wholey, J.S. *Evaluation: promise and performance*, Washington, Urban Institute, 1979, 249 p.

Rutman, L. *Planning useful evaluations: Evaluability assessment*, London, Sage, 1980, 207 p.

Smith, M.F. Evaluability assessment: Reflections on the process. *Evaluation and Program Planning* 1990;13(4):359-364.

Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : de nouvelles données sur l'usage du tabac et le diabète, *Le Quotidien*, 13 juin 2006.[<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/060613/q060613a.htm>]

Trevisan, M.S. Evaluability assessment from 1986 to 2006. *American Journal of Evaluation* 2007;28(3):290-303.

Thurston, W.E. Evaluability assessment: A tool for incorporating evaluation in social change programmes, *Evaluation* 2003;9(4):453-469.

Van Voorhis, P., K. Brown. *Evaluability assessment: A tool for program development in corrections*, Cincinnati, Division of Criminal Justice, University of Cincinnati, 1996, 43 p.
[<http://www.nicic.org/pubs/1996/014292.pdf>] [14 juillet 2008].

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE AUX INTERVENANTS DES CAT

INTRODUCTION

Bonjour, mon nom est _____, je suis agent(e) de recherche à l'Institut national de santé publique du Québec et collabore à l'évaluation du Plan québécois d'abandon du tabagisme. Je vous appelle afin de réaliser l'entrevue portant sur votre perception des services offerts au Centre d'abandon du tabagisme et pour laquelle nous avons pris rendez-vous.

L'entrevue devrait durer environ une heure et va être conduite à partir d'un questionnaire contenant des questions fermées et ouvertes. Je vous rappelle que les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité seront prises : un code est attribué à l'entrevue et le fichier contenant les informations nominatives sera supprimé dès la fin de l'enquête.

Nous discuterons de votre perception de la pertinence et de l'efficacité des différents types d'intervention, de la promotion et de l'utilisation des services ainsi que de vos suggestions pour les améliorer. Nous commencerons par déterminer le profil de votre CAT et terminerons par certaines informations professionnelles et sociodémographiques vous concernant.

Tout au long de cette entrevue, vous êtes invité(e) à préciser vos réponses en exprimant vos commentaires.

Date de l'entrevue : _____

Numéro de l'entrevue : _____

1. PROFIL DU CAT

Questions 1 et 2 : Incrire les réponses avant l'entrevue

1. Région où est situé le CAT :

- 01- Bas—St-Laurent
- 02- Saguenay—Lac-St-Jean
- 03- Québec
- 04- Mauricie-Centre-du-Québec
- 05- Estrie
- 06- Montréal-Centre
- 07- Outaouais
- 08- Abitibi-Témiscamingue
- 09- Côte-Nord
- 10- Baie-James (Nord-du-Québec)
- 11- Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
- 12- Chaudière-Appalaches
- 13- Laval
- 14- Lanaudière
- 15- Laurentides
- 16- Montérégie
- 17- Nunavik

2. Type et nom de l'établissement où est situé le CAT :

1. CSSS ⇒ Nom : _____
⇒ Nom du ou des point(s) de service CLSC :

_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Un CH ⇒ nom : _____
3. Un organisme communautaire ⇒ nom : _____
4. Un organisme privé ⇒ nom : _____
5. Autre organisme ⇒ nom : _____

3. En quelle année votre CAT a-t-il été mis sur pied? _____

4. Parmi les services suivants, lesquels sont offerts dans votre CAT? (lire les choix de réponses)

1. Information et référence
2. Intervention individuelle
3. Intervention de groupe
4. Remise ou envoi de matériel
5. Recommandation d'aides pharmacologiques **avec** prescription
6. Recommandation d'aides pharmacologiques **sans** prescription
7. Dosage du CO (monoxyde de carbone) expiré
8. Suivi après six mois
9. Autre service offert : _____

Commentaires : _____

5. Combien d'intervenants travaillent au CAT? _____ intervenants.

6. Combien d'heures de services par semaine sont offertes actuellement au CAT? Ces heures sont réparties sur combien de jours?

____hrs ____jours

6a. Si votre CAT comprend plus d'un point de services, combien d'heures sont offertes dans chaque point de services?

Point de services (nom _____) : ____ hrs
Point de services (nom _____) : ____ hrs
Point de services (nom _____) : ____ hrs

Commentaires : _____

7. La plage horaire du CAT est-elle :

1. Fixe (jour et heures fixes)
2. Variable (jour et heures varient selon la demande de services ou les disponibilités des intervenants)

Commentaires : _____

8. Combien d'heures travaillez-vous au CAT par semaine? _____ heures

9. Combien d'heures par semaine consacrez-vous à l'intervention directe auprès des usagers du CAT? _____

10. En dehors de vos interventions directes auprès des usagers, quelle(s) autre(s) tâche(s) réalisez-vous dans le cadre de votre travail au CAT? (lire les choix de réponse)

1. Promotion des services ⇒ **précisez vos activités** : _____

2. Entrée de données informatisées sur l'utilisation des ressources

3. Travail administratif

4. Recherche de matériel éducatif (brochures, affiches, etc.)

5. Formation des professionnels de la santé en cessation tabagique

6. Autre(s) tâches ⇒ **précisez** : _____

7. Aucune autre tâche

Commentaires :

2. TYPES D'INTERVENTION

Nous allons maintenant aborder les différents types d'intervention que vous réalisez dans le cadre de votre travail au CAT.

► Information générale :

Il s'agit d'une intervention qui vise à informer les personnes sur les services offerts et les méthodes pour cesser de fumer mais sans émettre d'avis de cessation. L'intervention peut se faire par téléphone ou en face à face.

11. Au cours d'une semaine régulière de travail au CAT, pourriez-vous estimer le nombre de personnes à qui vous offrez de l'information générale sur l'abandon du tabac et les services offerts (peut être un nombre approximatif):

Nombre de personnes dans le cadre de votre travail au CAT : _____

12. Offrez- vous de l'information générale en dehors de votre travail au CAT, par exemple aux services courants?

1. NON

2. OUI ⇒ Nombre de personnes aux services courants : _____
⇒ Nombre de personnes dans un autre service (lequel? _____) : _____

Commentaires : _____

13. Offrez-vous de l'information générale plus souvent par téléphone ou en face à face?

1. Téléphone

2. Face à face

3. Autant les deux

Commentaires : _____

14. Parmi les personnes qui appellent pour obtenir de l'information générale, diriez-vous qu'il y a...

1. plus de femmes que d'hommes.

2. plus d'hommes que de femmes.

3. autant de femmes que d'hommes.

Commentaires : _____

► **Intervention brève :**

Il s'agit d'une intervention individuelle d'une durée de trois à dix minutes par téléphone ou en face à face.

15. Au cours d'une semaine régulière de travail au CAT, pourriez-vous estimer le nombre de personnes auprès de qui vous faites une intervention brève :

Nombre de personnes _____ (*laisser ouvert : peut être un nombre approximatif*)

16. Faites-vous des interventions brèves en dehors de votre travail au CAT, par exemple aux services courants?

1. NON
2. OUI ⇒ Nombre de personnes aux services courants : _____
⇒ Nombre de personnes dans un autre service (lequel? _____) : _____

Commentaires : _____

17. Dans le cadre d'une intervention brève, à quelle fréquence réalisez-vous les tâches suivantes :

17a. Déterminer l'étape où se situe le fumeur dans son processus de changement de ses habitudes tabagiques (lire les choix de réponse) :

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention brève.

Commentaires : _____

17b. Donner un avis de cessation et/ou de protection

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention brève.

Commentaires : _____

17c. Discuter des avantages et inconvénients du tabagisme, de l'abandon du tabac et des stratégies utiles

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention brève.

Commentaires : _____

17d. Faire l'historique des tentatives d'abandon du tabac

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention brève.

Commentaires : _____

17e. Discuter des habitudes tabagiques et de la dépendance

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention brève.

Commentaires : _____

17f. Discuter des habitudes de vie : café, activité physique, alcool, drogue...

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention brève.

Commentaires : _____

17g. Remettre du matériel éducatif pour soutenir l'abandon du tabac

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention brève.

Commentaires : _____

17h. Informer sur les services d'abandon du tabac

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention brève.

Commentaires : _____

18. Faites-vous une intervention brève plus souvent par téléphone ou en face à face?

1. Téléphone
2. Face à face
3. Autant les deux

Commentaires : _____

19. Parmi les personnes auprès de qui vous offrez une intervention brève, pourriez-vous évaluer le pourcentage de...?

	%	Ne sait pas	Commentaires
Jeunes moins de 25 ans			
Hommes			
Femmes enceintes ou allaitant			
Polytoxicomanes			
Personnes aux prises avec un problème de santé lié au tabagisme			
Personnes aux prises avec un problème de santé mentale diagnostiquée			

Commentaires : _____

20. À quelle fréquence réalisez-vous un suivi après six mois auprès des personnes à qui vous avez offert une intervention brève? (lire les choix de réponses)

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Jamais

Commentaires : _____

► **Intervention complète :**

Il s'agit d'une intervention individuelle unique (une seule intervention) d'une durée de plus de dix minutes par téléphone ou en face à face.

21. Au cours d'une semaine régulière de travail au CAT, pourriez-vous estimer le nombre de personnes auprès de qui vous faites une intervention complète? (peut être un nombre approximatif)

Nombre de personnes : _____

22. Dans le cadre d'une intervention complète, à quelle fréquence réalisez-vous les tâches suivantes :

22a. Déterminer l'étape où se situe le fumeur dans son processus de changement de ses habitudes tabagiques :

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention complète

Commentaires :

22b. Donner un avis de cessation et/ou de protection

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention complète

Commentaires :

22c. Discuter des avantages et inconvénients du tabagisme, de l'abandon du tabac et des stratégies utiles

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention complète

Commentaires :

22d. Faire l'historique des tentatives d'abandon du tabac

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention complète

Commentaires : _____

22e. Discuter des habitudes tabagiques et de la dépendance

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention complète

Commentaires : _____

22f. Discuter des habitudes de vie : café, activité physique, alcool, drogue...

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention complète

Commentaires : _____

22g. Remettre du matériel éducatif pour soutenir l'abandon du tabac

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention complète

Commentaires : _____

22h. Informer sur les services d'abandon du tabac

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Vous considérez que cela ne fait pas partie de l'intervention complète

Commentaires : _____

23. En général, réalisez-vous l'intervention complète plus souvent par téléphone ou en face à face?

1. Par téléphone
2. Face à face
3. Autant les deux

24. Parmi les personnes à qui vous offrez une intervention complète, pourriez-vous évaluer le pourcentage de...?

	%	Ne sait pas	Commentaires
Jeunes moins de 25 ans			
Hommes			
Femmes enceintes ou allaitant			
Polytoxicomanes			
Personnes aux prises avec un problème de santé lié au tabagisme			
Personnes aux prises avec un problème de santé mentale diagnostiquée			

Commentaires : _____

25. Quelle est la durée moyenne de la première rencontre pour une intervention complète? _____min./heures

Commentaires : _____

26. Quand vous faites une intervention complète, la faites-vous en une seule rencontre ou en plusieurs?

1. Une seule rencontre
2. Plus d'une rencontre
⇒ **Combien de rencontres supplémentaires en moyenne?**
_____rencontres

⇒ **Quelle est la durée moyenne pour chaque rencontre supplémentaire?**
_____ (minutes/heures)

⇒ **Quelle est la fréquence moyenne de ces rencontres?**
_____ (jours/semaines/mois)

27. À quelle fréquence offrez-vous des suivis de soutien (et pour s'informer du statut tabagique) suite à cette intervention complète?

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Jamais *** Si « Jamais », allez à la question #34.

Commentaires : _____

28. Est-ce que les suivis se font plus souvent par téléphone ou en face à face?

1. Téléphone
2. Face à face
3. Autant les deux

29. Au cours d'une semaine régulière de travail au CAT, pourriez-vous estimer le nombre de personnes auprès de qui vous effectuez un suivi (peut être un nombre approximatif)?

Nombre de personnes : _____

Commentaires : _____

30. En général, combien de suivis offrez-vous à chaque personne, suite à une rencontre individuelle?

31. Quelle est la durée moyenne de chaque suivi?

_____min./heures

32. Quelle est la fréquence moyenne des suivis?

_____semaine/mois

Commentaires : _____

33. À quelle fréquence réalisez-vous un suivi après six mois auprès des personnes à qui vous avez offert une intervention complète?

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Jamais

Commentaires : _____

► **Groupes en abandon du tabagisme :**

Les questions suivantes portent sur les groupes de cessation.

34. Votre CAT offre-t-il des groupes de cessation tabagique?

1. NON

⇒ **34a. Pourquoi n'en offrez-vous pas?**

⇒ **34b. Pensez-vous en proposer?**

1. Non

2. Oui

⇒ **Pourquoi?** _____

Commentaires : _____

***** Allez à la question #39.**

2. OUI

⇒ **34c. Y a-t-il un nombre minimum d'inscriptions nécessaires pour que l'intervention soit offerte?**

1. Oui ⇒ **Combien?** _____

2. Non

34d. En moyenne, combien y a-t-il de participants qui s'inscrivent par groupe?

34e. En 2004, combien de groupes de cessation ont-ils été formés?

34f. Depuis le début de l'année 2005, combien de groupes ont-ils été formés?

34g. Quel est le nombre moyen de séances offertes par groupe?

34h. Quelle est la fréquence des rencontres? _____
semaine/mois

34i. Quelle est la durée d'une séance de groupe?

_____ minutes/heures

34j. Généralement, à quel pourcentage estimez-vous les personnes qui complètent le programme? _____%

Commentaires : _____

35. À quelle fréquence réalisez-vous une relance téléphonique auprès des personnes qui ont abandonné le programme de groupe avant la fin de la session?

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Jamais

Commentaires : _____

36. À quelle fréquence réalisez-vous un suivi après six mois auprès des personnes à qui vous avez offert une intervention de groupe?

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Jamais

Commentaires : _____

37. À votre avis, quelles seraient les caractéristiques qui distinguent les personnes s'inscrivant à des rencontres de groupe par opposition à celles qui s'inscrivent à des rencontres individuelles (exemple : l'âge, le sexe, la motivation, la distance, la disponibilité etc.)?

38. Selon vous, quels sont les motifs pouvant expliquer l'abandon des personnes avant la fin de la session de groupe?

► **Aide pharmacologique :**

39. Pour chacune des interventions suivantes, à quelle fréquence recommandez-vous ou discutez-vous des aides pharmacologiques?

39a. Dans le cadre d'une demande d'information générale

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Jamais

Commentaires :

39b. Dans le cadre d'une intervention brève

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Jamais

Commentaires :

39c. Dans le cadre d'une intervention complète

1. Systématiquement
2. Régulièrement
3. Occasionnellement
4. Rarement
5. Jamais

Commentaires :

40. Parmi les aides pharmacologiques ou les méthodes d'aide à la cessation suivantes, laquelle ou lesquelles, selon vous, sont les plus souvent recommandées au CAT? (possibilité de plus d'un choix de réponse)

1. Timbres de nicotine
2. Gommages de nicotine
3. Inhalateur de nicotine
4. Zyban
5. Consultation auprès d'un professionnel de la santé
6. Programme de groupe
7. Méthode alternative (acupuncture, laser, hypnose, etc.)
8. Autre méthode : _____

Commentaires : _____

3. PERCEPTION DE LA PERTINENCE ET DE L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS OFFERTES

Les questions qui suivent portent sur votre perception de la pertinence et de l'efficacité des interventions offertes.

41. Dans le cadre de votre pratique au CAT, quelles sont les interventions les plus efficaces pour aider les gens à cesser de fumer? (RELANCE : parmi celles dont on a parlé jusqu'à maintenant : information générale, brève, complète et de groupe; lien de confiance entre l'intervenant et le client, etc.)

42. Y a-t-il d'autres interventions que devraient offrir les CAT pour mieux répondre aux besoins des fumeurs?

1. NON

2. OUI ⇒ **42a. Lesquelles?**

4. FORMATIONS

Les questions suivantes ont trait à vos formations sur l'intervention en abandon du tabagisme.

43. Dans le cadre de vos fonctions au CAT avez-vous reçu une ou des formations?

1. Non ⇒ **Comment l'expliquez-vous?** _____

*****suivre à la question 48**

2. Oui

44. Combien de formations avez-vous reçues? _____

45. Combien d'heures de formation avez-vous reçues en tout? _____

46. Quels ont été les thèmes abordés lors de cette ou ces formations? (lire les choix de réponse)

46a. Informations générales sur le tabagisme

- 1. Non
- 2. Oui

46b. Informations sur les services disponibles

- 1. Non
- 2. Oui

46c. Intervention brève ou minimale

- 1. Non
- 2. Oui

46d. Intervention complète

- 1. Non
- 2. Oui

46e. Intervention de groupe

- 1. Non
- 2. Oui

46f. Intervention auprès de clientèles particulières (lire toutes les possibilités):

1. Périnatalité et postnatalité

- 1. NON
- 2. OUI

2. Jeunes

- 1. NON
- 2. OUI

3. Personnes aux prises avec un problème de santé physique lié au tabagisme

- 1. NON
- 2. OUI

4. Polytoxicomanie

- 1. NON
- 2. OUI

5. Santé mentale

- 1. NON
- 2. OUI

6. Autre clientèle particulière? _____

- 1. NON
- 2. OUI

46g. Autre thème de formation?

- 1. Non
- 2. Oui ⇒ **Spécifiez lequel:** _____

47. Dans quelle mesure les formations suivies vous ont-il été utiles dans votre pratique? (Relance : par exemple à intervenir selon le stade de changement des habitudes tabagiques)

- 1. Très utiles
- 2. Moyennement utiles
- 3. Peu utiles
- 4. Pas du tout utiles

Commentaires :

48. Considérez-vous nécessaire que plus de formations vous soient offertes pour vous soutenir dans le cadre de votre travail au CAT?

1. NON

2. OUI ⇒ **Spécifiez lesquelles?** (*laisser la question ouverte et cocher selon sa réponse*)

2.1 Informations générales sur le tabagisme et les services disponibles

2.2 Intervention brève ou minimale

2.3 Intervention complète

2.4 Counselling intensif

2.5 Intervention auprès de clientèles particulières ⇒ Spécifiez :

2.5.1 Périnatalité et postnatalité

2.5.2 Jeunes

2.5.3 Personnes aux prises avec un problème de santé physique lié au tabagisme

2.5.4 Polytoxicomanie

2.5.5 Santé mentale

2.5.6 Autre : _____

2.6 Intervention de groupe

2.7 Autre thème : _____

Commentaires :

5. OUTILS

Nous aborderons maintenant les outils d'aide à l'intervention en abandon du tabac.

49. Parmi les outils suivants, lesquels avez-vous à votre disposition dans le cadre de votre travail au CAT?

49a. Algorithme décisionnel (démarche ou procédure d'évaluation ou de traitement)

1. NON
2. OUI ⇒ **À quelle fréquence utilisez-vous cet outil?** (lire les choix de réponse)
 1. Systématiquement
 2. Régulièrement
 3. Occasionnellement
 4. Rarement
 5. Jamais

49b. Feuille de collecte de données

1. NON
2. OUI ⇒ **À quelle fréquence utilisez-vous cet outil?**
 1. Systématiquement
 2. Régulièrement
 3. Occasionnellement
 4. Rarement
 5. Jamais

⇒ **Est-ce que la feuille de collecte de données inclut un questionnaire d'évaluation** (questions sur les habitudes tabagiques, les habitudes de vie, la dépendance, etc.)

1. NON
2. OUI

49c. Guide de l'intervenant du MSSS

1. NON
2. OUI ⇒ **À quelle fréquence utilisez-vous cet outil?**
 1. Systématiquement
 2. Régulièrement
 3. Occasionnellement
 4. Rarement
 5. Jamais

49d. Autre outil d'aide à l'intervention ⇒ spécifiez :

-
1. NON
 2. OUI ⇒ **À quelle fréquence utilisez-vous cet outil?**
 1. Systématiquement
 2. Régulièrement
 3. Occasionnellement
 4. Rarement
 5. Jamais

Nous discuterons maintenant du matériel ou de la documentation à remettre aux usagers du CAT.

50. Parmi les documents suivants, lesquels avez-vous à votre disposition?

50a. Répertoire des services en abandon du tabac

1. NON
2. OUI ⇒ **À quelle fréquence le remettez-vous aux usagers?** (lire les choix de réponse)
 1. Systématiquement
 2. Régulièrement
 3. Occasionnellement
 4. Rarement
 5. Jamais

Commentaires : _____

50b. Information générale sur le tabagisme

1. NON
2. OUI ⇒ **À quelle fréquence en remettez-vous aux usagers?**
 1. Systématiquement
 2. Régulièrement
 3. Occasionnellement
 4. Rarement
 5. Jamais

Commentaires : _____

50c. Matériel s'adressant aux jeunes 12-17 ans :

1. NON
2. OUI ⇒ **À quelle fréquence en remettez-vous aux usagers de 12-17 ans?**
 1. Systématiquement
 2. Régulièrement
 3. Occasionnellement
 4. Rarement
 5. Jamais

Commentaires : _____

50d. Matériel s'adressant aux jeunes adultes 18-25 ans

1. NON
2. OUI ⇒ **À quelle fréquence en remettez-vous aux jeunes adultes?**
 1. Systématiquement
 2. Régulièrement
 3. Occasionnellement
 4. Rarement
 5. Jamais

Commentaires : _____

50e. Matériel s'adressant aux femmes enceintes

1. NON
2. OUI ⇒ **À quelle fréquence en remettez-vous aux femmes enceintes?**
 1. Systématiquement
 2. Régulièrement
 3. Occasionnellement
 4. Rarement
 5. Jamais

Commentaires : _____

50f. Soutien à la cessation (trousse du Défi J'arrête j'y gagne)

1. NON
2. OUI ⇒ **À quelle fréquence en remettez-vous aux usagers?**
 1. Systématiquement
 2. Régulièrement
 3. Occasionnellement
 4. Rarement
 5. Jamais

Commentaires : _____

50g. Autre type de matériel à remettre aux usagers ⇒ précisez : _____

1. NON
2. OUI ⇒ **À quelle fréquence en remettez-vous aux usagers?**
 1. Systématiquement
 2. Régulièrement
 3. Occasionnellement
 4. Rarement
 5. Jamais

Commentaires : _____

51. Dans quelle mesure les outils et la documentation à remettre vous aident-ils dans votre pratique (relance : par exemple à identifier le stade de changement des habitudes tabagiques)?

52. Outre les outils d'aide et documents dont vous disposez déjà, en auriez-vous d'autres à proposer?

1. Non
2. Oui ⇒ **52a. Pouvez-vous donner des exemples d'outils et de matériel?**

6. PROMOTION DES SERVICES ET RÉFÉRENCES

Cette partie porte sur la promotion des services et la référence des fumeurs au CAT.

53. Selon vous, la promotion régionale et locale des services offerts par les CAT rejoint-elle les fumeurs? (exemples de relance : pourquoi? Le nombre d'activités et d'outils de promotion est-il suffisant? Le contenu de la promotion rejoint-il les fumeurs?)

54. Si vous aviez à proposer de nouvelles suggestions pour améliorer la promotion des services offerts par les CAT, quelles seraient-elles?

Commentaires :

55. Pour chacune des interventions suivantes, à quelle fréquence demandez-vous aux personnes de quelle manière elles ont été référées ou informées des services offerts au CAT? (Lire la liste de choix)

	Systematiquement	Régulièrement	Occasionnellement	Rarement	Jamais
Demande d'information générale					
Intervention brève					
Intervention complète					
Intervention de groupe					

Commentaires :

***** Si toutes les réponses sont « Jamais », allez à la question #57.**

56. À quelle fréquence les personnes ont-elles été référées ou informées des services offerts au CAT par chacun des moyens suivants?

	Régulièrement	Occasionnellement	Rarement	Jamais
Références d'un médecin ou un autre professionnel du CLSC				
Références d'un médecin hors CLSC				
Références d'un pharmacien				
Références d'un dentiste				
Ligne téléphonique J'arrête				
Site Internet J'arrête				
Campagnes médiatiques				
Dépliants ou affiches de la salle d'attente du CLSC				
Dépliants ou affiches d'une pharmacie, salle d'attente médicale ou d'un bureau de dentistes				
La famille, les amis (bouche à oreille)				
Autres :				

Commentaires : _____

57. Existe-t-il un système de référence au CAT avec d'autres services ou professionnels de la santé de votre territoire? (Il peut s'agir, par exemple, de professionnels de CLSC ou de cliniques médicales qui réfèrent à votre CAT les personnes qui ont sollicité de l'aide pour arrêter de fumer).

1. NON

2. OUI ⇒ 57a. Avec quels services ou professionnels le système de référence a-t-il été **mis en place?** (plus d'un choix de réponse possible)

1. Professionnels de la santé du CLSC ⇒ **S'agit-il d'un système de référence :**

1. Avec appel proactif (professionnel appelle le CAT et l'intervenant du CAT rappelle le fumeur)

2. Sans appel proactif (professionnel réfère, mais c'est le fumeur qui contacte le CAT)

2. Centres hospitaliers ⇒ **S'agit-il d'un système de référence...**

1. Avec appel proactif

2. Sans appel proactif

3. Cliniques médicales privées ⇒ **S'agit-il d'un système de référence...**

1. Avec appel proactif

2. Sans appel proactif

4. Autres : **précisez :** _____ ⇒

S'agit-il d'un système de référence...

1. Avec appel proactif

2. Sans appel proactif

Commentaires : _____

58. Selon vous, devrait-on améliorer les modes de référence aux CAT?

1. NON

Commentaires : _____

2. OUI ⇒ **Quels sont les moyens à mettre en œuvre pour augmenter les références au CAT?**

59. Selon vous, quelle serait la meilleure façon, pour les professionnels, services de santé ou autres services en cessation comme la ligne téléphonique J'arrête, de référer les fumeurs et ex-fumeurs vers le CAT?

1. Par fax

2. Par téléphone

3. Par courrier électronique

Commentaires : _____

60. À quelle fréquence référez-vous les personnes vers chacune des ressources suivantes?

	Régulièrement	Occasionnellement	Rarement	Jamais
Ligne téléphonique J'arrête				
Site Internet J'arrête				
Professionnels de la santé du CLSC				
Organismes communautaires				
Cliniques médicales privées				
Autres ⇒ précisez : _____				

Commentaires : _____

7. ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

61. Est-ce que les heures et journées auxquelles les services sont offerts répondent bien aux besoins des fumeurs?

1. Très bien
2. Assez bien
3. Peu
4. Pas du tout

Commentaires : _____

62. Quel est le délai moyen entre l'appel du fumeur et le retour d'appel? (lire les choix de réponse)

1. Moins de 48 heures
2. Entre 2 et 5 jours
3. Entre 1 et 2 semaines
4. Plus de 2 semaines
5. Ne sait pas

Commentaires : _____

63. Selon vous, le territoire couvert par votre CAT est-il trop étendu?

1. Non
2. Oui

Commentaires : _____

64. Quelles catégories de population ne sont pas rejointes par les CAT?

64a. Pourquoi, selon vous?

65. La population de votre territoire présente-t-elle des caractéristiques particulières qui pourraient influencer l'utilisation des services en abandon du tabagisme? (exemples : situation socio-économique, contexte multiculturel, etc.)

1. Non
2. Oui ⇒ lesquelles?

66. Nous aimerions entendre vos suggestions pour améliorer l'accessibilité des services aux fumeurs (relances : accès aux services selon les heures de disponibilité, personnes à mobilité réduite ou sans véhicule, accès si territoire étendu)?

8. COLLABORATION INTER-ORGANISATIONNELLE

Nous aimerions maintenant connaître votre niveau de satisfaction quant à la collaboration existant entre vous et...

67. Les gestionnaires du CSSS et de l'établissement où le CAT est implanté. Est-ce que vous êtes :

1. Très satisfait
2. Assez satisfait
3. Peu satisfait
4. Pas du tout satisfait

67a. Pourquoi? (relances : par exemple, soutien à la gestion des services : promotion, outils, formation) _____

68. Le répondant régional de la Direction de la santé publique. Est-ce que vous êtes :

1. Très satisfait
2. Assez satisfait
3. Peu satisfait
4. Pas du tout satisfait

68a. Pourquoi? (relance : par exemple, soutien au niveau de la promotion des services, outils d'aide à la pratique, proposition de formations, etc.)

69. Les autres CAT. Est-ce que vous êtes :

1. Très satisfait
2. Assez satisfait
3. Peu satisfait
4. Pas du tout satisfait

69a. Pourquoi? (relance : par exemple, activités communes de promotion, échange d'expérience, etc.)

70. Avez-vous des commentaires à ajouter?

9. INFORMATIONS PROFESSIONNELLES ET SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES SUR LE RÉPONDANT

Avant de vous laisser, j'aimerais recueillir certaines informations professionnelles et socio-démographiques qui vous concernent.

71. Depuis combien de temps travaillez-vous en CLSC/CH/autre organisme (établissement où est situé le CAT)?

1. Moins de 1 an
2. 1 à 5 ans
3. 6 à 10 ans
4. 11 à 20 ans
5. 21 ans et plus

72. Combien d'heures par semaine travaillez-vous au CLSC/CH/autre organisme (établissement où est situé le CAT)? _____ heures

73. Travaillez-vous en dehors du CLSC/CH/autre organisme (établissement où est situé le CAT)?

1. Non
2. Oui ⇒ Où?
 1. Autre CLSC
 2. Clinique médicale
 3. Hôpital
 4. Autre : _____

74. Depuis combien de temps travaillez-vous comme intervenant au CAT? _____ semaines/ _____ mois / _____ années

75. Aviez-vous déjà travaillé en prévention ou cessation tabagique avant d'être intervenant au CAT?

1. Non
2. Oui ⇒ Quelle était votre fonction? _____

76. Quelle est votre profession?

1. Infirmière
2. Médecin
3. Travailleur social
4. Inhalothérapeute
5. Psychologue
6. Autre : _____

77. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

1. Moins de 24 ans
2. 24-34 ans
3. 35-44 ans
4. 45-54 ans
5. 55-64 ans
6. 65-74 ans

78. Indiquez le sexe

1. Féminin
2. Masculin

Merci de votre participation!

ANNEXE 2

SCHÉMA D'ENTREVUE AVEC LES RÉPONDANTS RÉGIONAUX TABAC

Introduction

Bonjour, mon nom est _____, agente de recherche à l'Institut national de santé publique du Québec. Je vous appelle afin de réaliser l'entrevue portant sur votre perception des services et activités régionales mis sur pied dans le cadre du Plan québécois d'abandon du tabagisme.

L'entrevue devrait durer une heure et va être conduite à partir d'un questionnaire contenant surtout des questions ouvertes. Je vous rappelle qu'il s'agit d'une entrevue enregistrée, ce qui facilitera l'analyse, et que les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité seront prises : un code est attribué à l'entrevue et votre nom n'apparaîtra dans aucun rapport. Les enregistrements seront détruits après la publication du rapport final.

Nous allons discuter de l'implantation et de l'organisation des services offerts par les CAT, des formations, de la promotion, des références, des ressources financières et matérielles, des activités d'évaluation, de votre collaboration avec différents partenaires ainsi que de l'avenir des services.

Je vous invite à développer vos réponses et à exprimer vos commentaires tout au long de cette entrevue.

Date de l'entrevue:

Durée de l'entrevue :

Heure de début :

Heure de fin :

Nom du répondant :

Région :

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES SUR LE RÉPONDANT

1. Depuis quand êtes-vous répondant tabac à la DSP?
2. Êtes-vous seul sur le dossier tabac?
3. Travaillez-vous sur d'autres dossiers? Quel est votre dossier principal?

4. Parmi les activités suivantes, lesquelles font partie de votre travail actuel en tant que répondant régional tabac? Veuillez vous limiter à vos activités régionales.
 - 4.1 Rédiger des plans d'action et des bilans d'activités
 - 4.2 Assurer la formation des intervenants CAT, incluant les rencontres régionales ⇒ précisez votre rôle (*formateur, recherche de formateurs, organisation des sessions de formation, etc.*)
 - 4.3 Offrir du soutien aux intervenants des CAT (par exemple, répondre aux questions, donner des conseils, leur communiquer des informations pertinentes)
 - 4.4 Réaliser des activités de mobilisation et de formation des professionnels de la santé (hors CAT) ⇒ précisez votre rôle (*formateur, recherche de formateurs, organisation des sessions de formation, etc.*)
 - 4.5 Commander des outils auprès d'organismes partenaires, incluant des outils promotionnels, des outils d'aide à l'intervention et du matériel éducatif
 - 4.6 Développer des outils d'aide à l'intervention ou du matériel éducatif
 - 4.7 Planifier et organiser des activités de promotion des services d'aide à l'abandon du tabac ⇒ Dans votre région, la réalisation d'activités visant à promouvoir les CAT relève-t-elle des intervenants des CAT, des CSSS ou CH, de la DSP ou est-ce une responsabilité partagée?
 - 4.8 Planifier et organiser des activités de prévention du tabac ⇒ précisez auprès de quelle population (*femmes enceintes, jeunes, etc.*)
 - 4.9 Assurer la gestion budgétaire relative au PQAT
 - 4.10 Réaliser des activités d'évaluation, de recherche ou de monitoring
 - 4.11 Autres : _____

5. Pouvez-vous identifier les 3 activités auxquelles vous consacrez le plus de temps?

LES CAT

▪ L'implantation et l'organisation des services

6. J'aimerais d'abord discuter avec vous des tous débuts des CAT dans votre région. Avez-vous rencontré des difficultés au moment de leur mise sur pied?
Si oui, lesquelles? Quelles solutions avez-vous trouvées pour y faire face?
Si non, quelles sont les conditions favorables qui ont facilité leur mise sur pied?
7. Valider l'information déjà disponible sur le nombre de CAT, le nombre d'intervenants, le type d'établissement où les services sont offerts (CSSS/CLSC, CH, organisme communautaire), l'année d'introduction des services et les services offerts. Compléter le tableau au besoin⁵.
8. Quel est le nombre d'heures qui est alloué à chaque CAT actuellement, par semaine (incluant le temps des intervenants pour la promotion et les interventions)?
Est-ce suffisant ou y a-t-il des délais d'attente?
9. À votre avis, les services sont-ils accessibles (préciser pour l'horaire et pour l'accessibilité géographique)?
10. Y a-t-il un roulement du personnel des CAT?
Si oui, pourquoi selon vous? À votre avis, est-ce que cela influence la qualité des services? Comment?

▪ Les services offerts

11. Est-ce que les services offerts par les CAT, c'est-à-dire les interventions de groupe et individuelles, correspondent aux besoins de la population de votre région?
S'il y a des variations entre territoires, comment l'expliquez-vous? Par exemple : différences milieux urbains ou ruraux, caractéristiques socio-démographiques ou intérêt/expertise des intervenants.
12. Avez-vous entrepris une démarche pour obtenir une ordonnance collective qui permettrait la prescription de TRN par les intervenants des CAT?
Si oui, où en êtes-vous rendu?
13. Selon vous, y a-t-il d'autres services que devraient offrir les CAT?

▪ L'utilisation des services

14. Considérez-vous avoir atteint vos objectifs en ce qui concerne l'utilisation des services?
Y a-t-il des variations entre territoires? Si oui, à quoi cela est-il attribuable, selon vous? (Par exemple, les caractéristiques socio-démographiques influencent-elles l'utilisation des services?)
15. Selon vous, quelles catégories de population fréquentent le plus les CAT de votre région? Comment l'expliquez-vous?
Catégories d'âge, sexe, problématiques particulières...

⁵ Les questions soulignées en gris seront répondues par courriel.

16. Quels groupes de fumeurs sont moins rejoints par les CAT? Pourquoi?

▪ **Les formations**

17. Valider la liste des formations offertes aux intervenants des CAT, le nombre de rencontres régionales par année et leurs objectifs. Compléter au besoin.

18. Avez-vous prévu offrir des formations aux intervenants des CAT en 2006? Lesquelles?

LES ACTIVITÉS DE PROMOTION DES SERVICES

19. Valider l'information déjà disponible sur les activités de promotion réalisées. Avez-vous réalisé d'autres activités?

20. Selon vous, les activités de promotion des CAT, tant au niveau local, régional que provincial, sont-elles satisfaisantes?

Relances : Y a-t-il suffisamment d'activités de promotion?

Le contenu est-il approprié?

Quelles activités de promotion ont le plus fonctionné?

Quelles activités de promotion ont le moins fonctionné?

21. Quelles activités de promotion des services d'aide à l'abandon du tabac avez-vous prévu réaliser en 2006 dans votre région?

Ces activités vont-elles cibler des groupes de fumeurs en particulier? (jeunes 12-17 ans, jeunes 18-25 ans, femmes enceintes, hommes, etc.)

LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (HORS CAT)

22. Valider et compléter l'information sur la mobilisation et la formation des professionnels de la santé des CLSC, des milieux hospitaliers, cliniques médicales et dentaires, pharmacies.

23. Quelles activités avez-vous prévu réaliser en 2006 auprès des professionnels de la santé (hors CAT)? Veuillez préciser les types d'activités (*exemples : activités de promotion des services, rencontres d'information, formations en intervention minimale ou brève*) et les catégories de professionnels visés.

24. À votre connaissance, y a-t-il des références au CAT de la part...

24.1 des professionnels de la santé? (Quelles catégories de professionnels réfèrent le plus aux CAT et de quels services : CLSC, CH, GMF) Pourquoi?

24.2 de la ligne téléphonique?

25. Existe-t-il des mécanismes formels de référence avec appel proactif entre des services ou professionnels de la santé et les CAT?

LES RESSOURCES FINANCIÈRES ET MATÉRIELLES

26. Valider la liste des outils développés dans la région et la compléter, s'il y a lieu.
27. Considérez-vous que les outils d'aide à l'intervention et le matériel éducatif qui sont disponibles en ce moment répondent aux besoins des intervenants des CAT?
28. Est-ce que les ressources mises à la disposition par les établissements qui hébergent les CAT sont adéquates?
29. Selon vous, le budget disponible est-il suffisant pour permettre le fonctionnement du PQAT de façon optimale dans votre région?

LES ACTIVITÉS D'ÉVALUATION, DE RECHERCHE ET DE MONITORING (I-CLSC)

30. Valider l'information déjà disponible. Avez-vous réalisé d'autres activités d'évaluation?
31. Utilisez-vous présentement le système de codes mis à jour en 2005 pour I-CLSC (SIC+)?
Si oui, qu'en pensez-vous?
Si non, utilisez-vous un autre système pour la production de statistiques?
32. Avez-vous des activités d'évaluation et de recherche prévues pour les années à venir?
Si oui, lesquelles?

LA COLLABORATION AVEC LES DIFFÉRENTS PARTENAIRES

Parlez-moi de votre collaboration avec...

33. Les gestionnaires des CSSS, dans le contexte de fusion des CLSC?
Quel a été l'impact de la réorganisation des services (fusion des CLSC) sur le fonctionnement du PQAT?
34. Les centres hospitaliers et les cliniques médicales, s'il y a lieu?
Quelle est leur implication ou leur niveau d'engagement dans les services d'aide à l'abandon du tabac dans votre région?
35. Les milieux communautaires, s'il y a lieu.
Quelle est leur implication ou leur niveau d'engagement dans les services d'aide à l'abandon du tabac dans votre région?
36. Aimerez-vous commenter votre collaboration avec d'autres partenaires?
Par exemple : Acti-Menu, Conseil québécois sur le tabac et la santé, Société canadienne du cancer, INSPQ, MSSS, etc.

L'AVENIR DES SERVICES

37. Quelles sont les priorités dans votre région pour 2006?
38. Comment voyez-vous l'avenir des services en abandon du tabac au Québec?
Intégration avec d'autres programmes? 0530 ou MPOC....
Avec l'arrivée de la nouvelle loi?

AVANT DE VOUS LAISSER...

39. Avez-vous d'autres commentaires?
40. Avez-vous d'autres documents à nous envoyer (ex. : bilan d'activités)?

ANNEXE 3

**QUESTIONNAIRE FINAL
PROJET DE SONDAGE AUPRÈS DES FUMEURS ET DES
ANCIENS FUMEURS DE 2 ANS ET MOINS DANS LA
POPULATION ADULTE DU QUÉBEC**

Index des sections du sondage :

Début de l'introduction

Partie 1 – Habitudes tabagiques

Début de la partie 1.1 : Habitudes de consommation tabagique

Début de la section 1.2 : Produits du tabac

Début de la section 1.3 : Cessation tabagique

Début de la section 1.4 : Intention d'arrêter de fumer

Début de la section 1.5 : Dépendance à la nicotine

Partie 2 – Évaluation du plan québécois d'aide à l'arrêt tabagique (PQAT)

Début de la section 2.1 : Ligne téléphonique J'Arrête

Début de la section 2.1.1 : Utilisation de la ligne téléphonique J'Arrête

Début de la section 2.2 : Site internet j'Arrête – www.jarrete.qc.ca

Début de la section 2.2.1 : Utilisation du site internet J'Arrête

Début de la section 2.3 : centres d'abandon du tabagisme (CAT)

Début de la section 2.3.1 : Utilisation des CAT

Partie 3 – Évaluation du programme de couverture des aides pharmacologiques (PCAP)

Début de la partie 3 : évaluation du PCAP

Début de la section 3.1 : Timbres de nicotine

Début de la section : Utilisation des timbres de nicotine

Début de la section 3.2 : Gommages de nicotine

Début de la section : Utilisation des gommages de nicotine

Début de la section 3.3 : ZYBAN

Début de la section : Utilisation du ZYBAN

Partie 4 – Ordres professionnels

Début de la partie 4 : ordres professionnels

Début de la section 4.1 : Médecins

Début de la section 4.3 : Pharmaciens

Début de la section 4.4 : Dentistes

Début de la section 4.5 : Hygiénistes dentaires

Partie 5 – Lieux de la consommation

Partie 6 – Renseignements personnels

Début de la partie 6 : Renseignements personnels

Partie 7 – Remerciements et consentement pour le suivi

Début de la partie 7 : Remerciements

Organisation du sondage en fonction des variables dérivées

Variabes dérivées:

Variable	Définition de l'univers actif	Items
TOUS	Parmi le total des personnes contactées par téléphone au Québec, Discuter des biais de rappel du statut tabagique.	(aucun)
SS_TAB ans	Type de fumeurs (Pourrait ressembler à ESCC: SMKC_202)	1. Fumeurs quotidiens, 2. occasionnels, 3. anciens fumeurs de moins de 2 99. Non-déterminé
SS_complet quotidien toujours,	(Pourrait ressembler à ESCC : SMKCDY)	Type de fumeurs 1. Fumeur quotidien, 2. Fumeur occ., anc. fumeur 3. fumeur occasionnel de 4. anciens fumeurs quotidiens, 5. anciens fumeurs occasionnels, 99. Non-déterminé
CES_Q2	Fumeurs (quotidiens et occasionnels) qui ont déjà essayés d'arrêter de fumer au cours des 2 dernières années.	1 = Oui
SS_TEL	SS_TAB qui connaissent et ont utilisé la ligne téléphonique J'Arrête	1 = Oui
SS_SITE	SS_TAB qui connaissent et ont utilisé le site internet J'Arrête	1 = Oui
SS_CAT	SS_TAB qui connaissent et ont utilisé les centres d'abandon du tabac (CAT)	1 = Oui
SS_TIM	SS_TAB qui connaissent et ont utilisé les timbres de nicotine	1 = Oui
SS_GOM	SS_TAB qui connaissent et ont utilisé les gommes de nicotine	1 = Oui
SS_BU	SS_TAB qui connaissent et ont utilisé le bupropion	1 = Oui

INTRODUCTION

☑[DÉBUT DE L'INTRODUCTION]

[INTRO_1] Bonjour (bonsoir), l'Institut national de santé publique du Québec réalise une étude sur l'usage du tabac auprès de la population québécoise. Cette étude vise Cette étude vise à la fois les fumeurs et les non-fumeurs âgés de 18 ans et plus.

[INTRO_3] En vous incluant, combien de personnes de 18 ans et plus demeurent dans votre foyer?

_____ [Min 1; Avertissement après 10]

- 98. NSP
- 99. Refus

[INTRO_4] Et parmi ces personnes, combien fument actuellement la cigarette, que ce soit à l'occasion ou tous les jours?

_____ [Avertissement si INTRO_4>INTRO_3 ET INTRO_3<98 ET
INTRO_4<98]

- 98. NSP
- 99. Refus

[Si (INTRO_4 = INTRO_3): INTRO_5=0 et passer à INTRO_FIL, sinon INTRO_5]

[INTRO_5] Et toujours en vous incluant, combien de personnes de 18 ans et plus dans votre foyer ont déjà fumé la cigarette, que ce soit tous les jours ou à l'occasion, et complètement arrêté au cours des 2 dernières années?

_____ [Avertissement si INTRO_5>INTRO_3 ET INTRO_3<98 ET
INTRO_5<98]

- 98. NSP
- 99. Refus

[Si INTRO_4=0 et INTRO_5=0 OU INTRO_4=98,99 ET INTRO_5=98,99: REM_1]

[Si INTRO_4=0 et INTRO_5=1 : INTRO_6A]

[Si INTRO_4=0 et INTRO_5>1 : INTRO_6B]

[Si INTRO_4=1 et INTRO_5=0 : INTRO_6C]

[Si INTRO_4>1 et INTRO_5=0 : INTRO_6D]

[Si INTRO_4>=1 et INTRO_5>=1 : INTRO_6E]

[INTRO_FIL] [Si INTRO_4= INTRO_3= 1 : INTRO_6C]

[Si INTRO_4= INTRO_3>1 : INTRO_6D]

[INTRO_6_A] Pourrais-je parler à la personne de 18 ans et plus de votre foyer qui a complètement arrêté de fumer au cours des 2 dernières années?

- 1. Oui (même personne) [PASSEZ À INTRO_7]
- 2. Oui (autre personne) [PASSEZ À INTRO_7_A]
- 3. Non (Prendre rendez-vous) [Passer à REM_1]
- 4. Non (Refus) [Passer à REM_1]

[INTRO_6_B] Parmi les personnes de 18 ans de votre foyer qui ont complètement arrêté de fumer au cours des 2 dernières années, pourrais-je parler à la personne qui sera la prochaine à célébrer son anniversaire de naissance?

1. Oui (même personne) [PASSEZ À INTRO_7]
2. Oui (autre personne) [PASSEZ À INTRO_7_A]
3. Non (Prendre rendez-vous) [Passer à REM_1]
4. Non (Refus) [Passer à REM_1]

[INTRO_6_C] Pourrais-je parler à la personne de 18 ans et plus de votre foyer qui fume?

1. Oui (même personne) [PASSEZ À INTRO_7]
2. Oui (autre personne) [PASSEZ À INTRO_7_A]
3. Non (Prendre rendez-vous) [Passer à REM_1]
4. Non (Refus) [Passer à REM_1]

[INTRO_6_D] Parmi les personnes de 18 ans de votre foyer qui fument, pourrais-je parler à la personne qui sera la prochaine à célébrer son anniversaire de naissance?

1. Oui (même personne) [PASSEZ À INTRO_7]
2. Oui (autre personne) [PASSEZ À INTRO_7_A]
3. Non (Prendre rendez-vous) [Passer à REM_1]
4. Non (Refus) [Passer à REM_1]

[INTRO_6_E] Parmi les personnes de 18 ans de votre foyer qui fument ou qui ont complètement arrêté de fumer au cours des 2 dernières années, pourrais-je parler à la personne qui sera la prochaine à célébrer son anniversaire de naissance?

1. Oui (même personne) [PASSEZ À INTRO_7]
2. Oui (autre personne) [PASSEZ À INTRO_7_A]
3. Non (Prendre rendez-vous) [Passer à REM_1]
4. Non (Refus) [Passer à REM_1]

[INTRO_7_A] Bonjour (bonsoir), l'Institut national de santé publique du Québec réalise une étude sur l'usage du tabac auprès de la population québécoise. Cette étude vise les personnes de 18 ans et plus qui fument la cigarette ne serait-ce qu'à l'occasion, ou qui ont arrêté de fumer au cours des 2 dernières années.

[TSEL] Quel est votre prénom?

Pouvez-vous donner le prénom de cette personne?

[INTRO_7] Votre numéro de téléphone a été sélectionné au hasard pour participer à l'étude sur les habitudes tabagiques et la connaissance des méthodes et services d'aide pour arrêter de fumer. Votre participation est importante, car elle nous permettra d'améliorer les services offerts aux fumeurs.

D'une façon générale, l'entrevue ne devrait pas dépasser 20 minutes et les réponses que vous me fournirez demeureront strictement anonymes.

1. Oui
2. Non (Prendre rendez-vous) [Passer à REM_1]
3. Non (Refus) [Passer à REM_1]

INTRO_8 Il est important de répondre à toutes les questions. Par contre, sentez-vous à l'aise de ne pas répondre à certaines questions ou même mettre fin à l'entrevue à n'importe quel moment. Nous pouvons débiter?

☒ [FIN DE L'INTRODUCTION]

PARTIE 1 – HABITUDES TABAGIQUES

[DÉBUT DE LA PARTIE 1.1 : HABITUDES DE CONSOMMATION TABAGIQUE]

Les prochaines questions porteront sur vos habitudes tabagiques actuelles ou passées.

HAB_Q1. Actuellement, fumez-vous la cigarette...

1. Tous les jours
 2. À l'occasion
 3. Jamais
98. NSP [Passer à REM_2]
99. Refus [Passer à REM_2]

HAB_Q2. Avez-vous fumé une centaine de cigarettes ou plus durant votre vie (environ 4 paquets)?

1. Oui
 2. Non
98. NSP [Passer à REM_2]
99. Refus [Passer à REM_2]

SS_TAB_D [CRÉATION DE LA VARIABLE SS_TAB
Si HAB_Q1 = 1, alors SS_TAB = 1 (fumeur quotidien)
sinon, si HAB_Q1 = 2, alors SS_TAB = 2 (fumeur occasionnel)
sinon, si HAB_Q1 = 3 et HAB_Q2 = 1, alors SS_TAB = 3 (ancien fumeur)
sinon, si HAB_Q1 = 3 et HAB_Q2 = 2, alors SS_TAB = 4 (n'a jamais fumé) [REM_2]
autrement, SS_TAB = 99 (non déterminé)]

CES_Q1_F [Si SS_TAB = 3 : HAB_Q3]

[Si SS_TAB = 2 : HAB_Q5]

[Si SS_TAB = 1 : HAB_Q6]

HAB_Q3 Avez-vous fumé la cigarette au cours des deux dernières années?

1. Oui
 2. Non [Passer à REM_2]
98. NSP [Passer à REM_2]
99. Refus [Passer à REM_2]

HAB_Q4. Avez-vous complètement arrêté de fumer au cours des 2 dernières années?

1. Oui
 2. Non [AVERTISSEMENT]
98. NSP [Passer à REM_2]
99. Refus [Passer à REM_2]

HAB_Q5. Avez-vous fumé des cigarettes au cours des 30 derniers jours?

1. Oui [PASSER À LA QUESTION HAB_Q8]
 2. Non [PASSER À LA QUESTION HAB_Q10]
98. NSP [PASSER À LA QUESTION HAB_Q10]
99. Refus [PASSER À LA QUESTION HAB_Q10]

HAB_Q6. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous fumé CHAQUE jour?

- 1. Oui [PASSER À LA QUESTION HAB_Q7]
- 2. Non [PASSER À LA QUESTION HAB_Q8]
- 98. NSP [PASSER À LA QUESTION HAB_Q10]
- 99. Refus [PASSER À LA QUESTION HAB_Q10]

HAB_Q7. Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour?

_____cigarettes [MIN : 1] [MAX : 99; avertissement après 60]

[PASSER À FIN DE SECTION 1.2]

- 98. NSP [PASSER À LA QUESTION HAB_Q10]
- 99. Refus [PASSER À LA QUESTION HAB_Q10]

HAB_Q8 Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous fumé 1 cigarette ou plus?

_____ jours

- 98. NSP
- 99. Refus

HAB_Q9 Les jours où vous fumez, combien de cigarettes consommez-vous habituellement?

_____cigarettes [MIN : 1] [MAX : 99; avertissement après 60]

- 98. NSP
- 99. Refus

HAB_Q10. Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP
- 99. Refus

SS_COMPLET_D [CRÉATION DE LA VARIABLE DÉRIVÉE SS_COMPLET
Si SS_TAB = 1 , SS_complet = 1 (fumeur quotidien)
Si SS_TAB = 2 et HAB_Q10 = 1, SS_complet = 2 (Fumeur occasionnel,
mais fumait tout les jours avant)
Si SS_TAB = 2 et HAB_Q10 = 2, SS_complet = 3 (Fumeur
occasionnel)
Si SS_TAB = 3 et HAB_Q10 = 1, SS_complet = 4 (Ancien fumeur quotidien >
2 ans)
Si SS_TAB = 3 et HAB_Q10 = 2, SS_complet = 5 (Ancien fumeur
occasionnel > 2 ans)
Sinon, SS_complet = 99 (non-déterminé)]

☒ [FIN DE LA SECTION 1.1. HABITUDES TABAGIQUES ACTUELLES]

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 1.2. PRODUITS DU TABAC]

PRO_Q1. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous fumé le cigare?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP
- 99. Refus

PRO_Q2. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous fumé la pipe?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP
- 99. Refus

☒ [FIN DE LA SECTION 1.2. PRODUITS DU TABAC]

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 1.3. CESSATION TABAGIQUE]

CES_Q2_F [Si SS_TAB = 1 ou 2: CES_Q2]

CES_Q2 Avez-vous essayé d'arrêter de fumer au cours des 2 dernières années?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP
- 99. Refus

CES_Q3_F [Si SS_TAB = 3: CES_Q3, CES_Q4, CES_Q5 ; sinon passez à la section 1.4]

CES_Q3. Environ combien de tentatives d'arrêt avez-vous faites avant d'arrêter de fumer complètement?

_____ tentatives [Min: 01 Max 94]

- 98. NSP
- 99. Refus

CES_Q4. Depuis combien de temps avez-vous complètement arrêté de fumer?

_____ jours OU _____ semaines OU _____ mois [Max 60] OU _____ années

[Max 5]

- 98. NSP
- 99. Refus

[CRÉATION DE CES_Q4B = NOMBRE DE JOURS ARRÊTÉS DE FUMER]

CES_Q5. En moyenne, combien de cigarettes ou paquet(s) de cigarettes fumiez-vous par jour au moment où vous avez complètement arrêté de fumer?

_____ cigarettes [Min: 01 Max 94] OU _____ paquets

- 98. NSP
- 99. Refus

[PASSER À LA PARTIE 2 DU QUESTIONNAIRE – ÉVALUATION DU PQAT]

☒ [FIN DE LA SECTION 1.3. CESSATION TABAGIQUE]

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 1.4. INTENTION D'ARRÊTER DE FUMER]

INT_Q1. Envisagez-vous sérieusement d'arrêter complètement de fumer au cours des 6 prochains mois?

1. Oui
2. Non [Passez à la DEP_Q1_F]
98. NSP [Passez à la DEP_Q1_F]
99. Refus [Passez à la DEP_Q1_F]

INT_Q2. Envisagez-vous sérieusement d'arrêter complètement de fumer au cours des 30 prochains jours?

1. Oui
2. Non
98. NSP
99. Refus

☒ [FIN DE LA SECTION 1.4. INTENTION D'ARRÊTER DE FUMER]

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 1.5 DÉPENDANCE À LA NICOTINE]

DEP_Q1_F [Si SS_TAB = 1 ou 2 : DEP_Q1, sinon FIN DE SECTION]

DEP_Q1. Après votre réveil fumez-vous votre première cigarette...

1. Dans les 5 minutes qui suivent
2. De 6 à 30 minutes après
3. De 31 à 60 minutes après
4. Plus de 60 minutes après
98. NSP
99. Refus

DEP_Q2. Vous considérez-vous physiquement, très dépendant, assez dépendant, moyennement dépendant, peu dépendant, ou pas du tout dépendant de la cigarette?

1. Très dépendant
2. Assez dépendant
3. Moyennement dépendant
4. Peu dépendant
5. Pas du tout dépendant
98. NSP
99. Refus

DEP_Q3. Vous considérez-vous psychologiquement, très dépendant, assez dépendant, moyennement dépendant, peu dépendant, ou pas du tout dépendant de la cigarette?

1. Très dépendant
2. Assez dépendant
3. Moyennement dépendant
4. Peu dépendant
5. Pas du tout dépendant
98. NSP
99. Refus

☒ [FIN DE LA SECTION 1.5. DÉPENDANCE À LA NICOTINE]

☒ [FIN DE LA PARTIE 1 – HABITUDES DE CONSOMMATION TABAGIQUE]

PARTIE 2 – ÉVALUATION DU PLAN QUÉBÉCOIS D'AIDE À L'ARRÊT TABAGIQUE (PQAT)

SERVI :

[SERVI] Je vais maintenant vous poser quelques questions sur différents services d'aide à l'arrêt du tabac. Dites-moi si vous avez entendu parler des services suivants?

1. La ligne téléphonique d'aide aux fumeurs J'Arrête
2. Le site Internet j'Arrête, qui propose une méthode personnalisée d'aide aux fumeurs
3. Les centres d'abandon du tabagisme, qui offrent des services d'aide aux fumeurs dans certains CLSC et hôpitaux
8. AUCUN DE CES SERVICES
9. NSP / Refuse

[DÉBUT DE LA PARTIE 2 : ÉVALUATION DU PQAT]

[DÉBUT DE LA SECTION 2.1 – LIGNE TÉLÉPHONIQUE J'ARRÊTE]

[VARIABLE CALCULÉE AUTOMATIQUÉMENT À PARTIR DE LA QUESTION SERVI]

TEL_C1. Avez-vous entendu parler de la ligne téléphonique d'aide aux fumeurs J'Arrête?

1. Oui
2. Non **[PASSEZ À LA SECTION 2.2]**

TEL_C2. Avez-vous entendu parler de la ligne téléphonique d'aide aux fumeurs j'Arrête par l'un ou l'autre des moyens suivants?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. par la télévision | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. par la radio | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. par le journal | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. par Internet | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. par un dépliant, une affiche ou un kiosque d'information | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6. par votre entourage (la famille, les amis, les collègues de travail...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 7. par des professionnels de la santé [Afficher la question TEL_C2A] | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

TEL_C2A Vous avez mentionné par un professionnel de la santé. S'agit-il...

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. d'un médecin | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. d'une infirmière | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. d'un pharmacien | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. d'un dentiste | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. d'une hygiéniste dentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 6. d'un inhalothérapeute (i.e. un professionnel de la santé qui offre des soins aux patients souffrant de maladies respiratoires) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

TEL_C2B Vous avez mentionné avoir entendu parler de la ligne téléphonique j'Arrête par Internet. Est-ce à travers...

1. le site j'Arrête.qc.ca Oui Non

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 2.1.1 - UTILISATION DE LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE J'ARRÊTE]

TEL_U1. Avez-vous déjà appelé la ligne téléphonique J'Arrête?

1. Oui
2. Non **[PASSER À LA QUESTION TEL_U7]**

TEL_U2. Était-ce... (POSSIBILITÉ DE DEUX CHOIX DE RÉPONSE)

1. Pour vous-même Oui Non
2. Pour quelqu'un d'autre Oui Non

TEL_U3_F **[Si TEL_U2.1 = OUI : TEL_U3 SINON TEL_U8]**

TEL_U3. Avez-vous appelé la ligne J'Arrête pour... (POSSIBILITÉ DE PLUS D'UN CHOIX DE RÉPONSE)

1. de l'information générale sur le tabac Oui Non
2. de l'aide pour arrêter ou ne pas recommencer à fumer Oui Non
3. de l'information sur le site Internet J'arrête ou sur un Centre d'abandon du tabagisme Oui Non
4. le Défi J'arrête J'y gagne Oui Non

SS_TEL_D **[Calcul de la variable dérivée SS_TEL : si TEL_U3 = 2, SS_TEL = 1]**

TEL_U4_F **[Si SS_TEL = 1: passez à TEL_U4]**

TEL_U4. Combien de fois avez-vous parlé à un intervenant de la ligne J'Arrête pour obtenir de l'aide?

_____ fois

TEL_U5. Suite à votre **[Si TEL_U4 > 1 : DERNIER APPEL]** **[Si TEL_U4 =1 : APPEL]**, avez-vous...

1. Arrêté complètement de fumer pendant au moins 1 semaine Oui Non
[Si OUI passer à TEL_U6]
2. Diminué le nombre de cigarettes que vous fumiez Oui Non
[Si OUI passer à TEL_U7_F]
3. Continué à fumer le même nombre de cigarettes qu'auparavant Oui Non
[Si OUI passer à TEL_U7_F]

TEL_U6. Diriez-vous que la ligne J'Arrête vous a aidé énormément, beaucoup, moyennement, peu ou pas du tout à arrêter ou ne pas recommencer à fumer?

1. Énormément
2. Beaucoup
3. Moyennement
4. Peu
5. Pas du tout

☒ [FIN DE LA SECTION 2.1.1- UTILISATION DE LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE J'ARRÊTE]

TEL_U7_F [Si SS_TAB=3 ou CES_Q2 = 1 et SS_TEL <> 1 : TEL_U7]

[Si SS_TAB= 1 ou 2 : passez à TEL_U8]

TEL_U7. Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas appelé la ligne J'Arrête pour obtenir de l'aide? Est-ce...

1. Parce que vous ne connaissiez pas assez ce service
2. Parce que vous ne croyiez pas que ce service pouvait vous aider
3. Pour une autre raison

[Si SS_TAB= 3 : passez à la section 2.2]

TEL_U8. Si vous décidez d'arrêter de fumer dans les six prochains mois, est-il très probable, assez, peu ou pas du tout probable que vous appeliez la ligne J'Arrête pour obtenir de l'aide?

1. Très probable
2. Assez probable
3. Peu probable
4. Pas du tout probable
98. NSP
99. Refus

☒ [FIN DE LA SECTION 2.1. LIGNE TÉLÉPHONIQUE J'ARRÊTE]

[DÉBUT DE LA SECTION 2.2 – SITE INTERNET J'ARRÊTE - www.jarrete.qc.ca]

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur un autre service d'aide à l'arrêt du tabac.

[VARIABLE CALCULÉE AUTOMATIQUEMENT À PARTIR DE LA QUESTION SERVI]

SITE_C1 Avez-vous entendu parler d'un site Internet qui propose une méthode personnalisée d'aide aux fumeurs, le site j'Arrête?

1. Oui
2. Non [PASSEZ À LA SECTION 2.3]

SITE_C2 Avez-vous entendu parler du site Internet j'Arrête par l'un ou l'autre des moyens suivants?

1. Par la ligne téléphonique J'Arrête [SI TEL_C1=1] Oui Non
2. Par la télévision Oui Non
3. Par la radio Oui Non
4. Par le journal Oui Non
5. Par un autre site Internet ou un moteur de recherche comme Google Oui Non
6. Par un dépliant, une affiche ou un kiosque d'information Oui Non
7. Par votre entourage (la famille, les amis, les collègues de travail...) Oui Non
8. Par des professionnels de la santé [Afficher la question SITE_C2A] Oui Non

SITE_C2A Vous avez mentionné par un professionnel de la santé. S'agit-il...

1. d'un médecin Oui Non
2. d'une infirmière Oui Non
3. d'un pharmacien Oui Non
4. d'un dentiste Oui Non
5. d'une hygiéniste dentaire Oui Non
6. d'un inhalothérapeute Oui Non

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 2.2.1 - UTILISATION DU SITE INTERNET J'ARRÊTE]

SITE_U1 Avez-vous déjà consulté le site Internet J'arrête?

1. Oui
2. Non [PASSER À SITE_U9_F]

SITE_U2. Était-ce... (POSSIBILITÉ DE DEUX CHOIX DE RÉPONSE)

1. Pour vous-même Oui Non
2. Pour quelqu'un d'autre Oui Non

[Calcul de la variable dérivée SS_SITE : si SITE_U2.1= OUI : SS_SITE= 1]

[si SS_SITE =1 : passez à SITE_U3, sinon passez à SITE_U10]

SITE_U3. Avez-vous consulté le site Internet J'arrête pour obtenir... (POSSIBILITÉ DE PLUS D'UN CHOIX DE RÉPONSE)

1. De l'information générale sur le tabac Oui Non
2. De l'aide pour arrêter ou pour ne pas recommencer à fumer Oui Non
3. Pour un autre raison

SITE_U4_F [Si SITE_U3.2= oui : passez à SITE_U4, sinon passez à SITE_U7]

SITE_U4. Combien de fois avez-vous consulté le site J'arrête pour obtenir de l'aide?

_____ fois

SITE_U5 Suite à votre [Si SITE_U4 > 1 : DERNIÈRE CONSULTATION DU SITE] [Si SITE_U4 =1 : CONSULTATION DU SITE], avez-vous...

1. Arrêté complètement de fumer pendant au moins 1 semaine Oui Non
[Si OUI passer à SITE_U6]
2. Diminué le nombre de cigarettes que vous fumiez Oui Non
[Si OUI passer à SITE_U7]
3. Continué à fumer le même nombre de cigarettes qu'auparavant Oui Non
[Si OUI passer à SITE_U7]

SITE_U6. Diriez-vous que le site J'Arrête vous a aidé énormément, beaucoup, moyennement, peu ou pas du tout à arrêter ou ne pas recommencer à fumer?

1. Énormément
2. Beaucoup
3. Moyennement
4. Peu
5. Pas du tout

SITE_U7 Vous êtes-vous inscrit au site J'arrête?

1. Oui
2. Non [PASSER À SITE_U9_F]

SITE_U8. Avez-vous déjà participé à des échanges sur le chat ou sur le forum du site J'arrête?

1. Oui
2. Non

☒ [FIN DE LA SECTION 2.2.1- UTILISATION DU SITE INTERNET J'ARRÊTE]

SITE_U9_F [Si SS_TAB= 3 ou CES_Q2 = 1 et SS_SITE <> 1 : SITE_U9]

[Si SS_TAB= 1 ou 2 : passez à SITE_U10]

SITE_U9 Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas consulté le site Internet J'Arrête pour obtenir de l'aide?

1. Vous ne connaissiez pas assez ce site
2. Vous n'aviez pas facilement accès à un ordinateur
3. Vous ne croyiez pas que ce service pouvait vous aider
4. Pour une autre raison

[Si SS_TAB= 3 : passez à la SECTION 2.3]

SITE_U10 Si vous décidiez d'arrêter de fumer dans les six prochains mois, est-il très probable, assez, peu ou pas du tout probable que vous consultiez le site J'Arrête pour obtenir de l'aide?

1. Très probable
2. Assez probable
3. Peu probable
4. Pas du tout probable
98. NSP
99. Refus

☒ [FIN DE LA SECTION 2.2. SITE INTERNET J'ARRÊTE - www.jarrete.qc.ca]

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 2.3 – CENTRES D'ABANDON DU TABAGISME (CAT)]

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur un troisième service d'aide à l'arrêt du tabac.

[VARIABLE CALCULÉE AUTOMATIQUÉMENT À PARTIR DE LA QUESTION SERVI]

CAT_C1 Avez-vous entendu parler des centres d'abandon du tabagisme, qui offrent des services d'aide aux fumeurs dans certains CLSC et hôpitaux?

1. Oui
2. Non **[PASSEZ À LA PARTIE 3]**

CAT_C2 Avez-vous entendu parler des centres d'abandon du tabagisme par l'un ou l'autre des moyens suivants?

1. par la ligne téléphonique j'Arrête **[SI TEL_C1=1]** Oui Non
2. par la télévision Oui Non
3. par la radio Oui Non
4. par le journal Oui Non
5. par Internet **[Afficher la question CAT_C2B][SI SITE_C1=1]** Oui Non
6. par un dépliant, une affiche ou un kiosque d'information Oui Non
7. par votre entourage (la famille, les amis, les collègues de travail...) Oui Non
8. par des professionnels de la santé **[Afficher la question CAT_C2A]** Oui Non

CAT_C2A Vous avez mentionné par un professionnel de la santé. S'agit-il...

1. d'un médecin Oui Non
2. d'une infirmière ou d'un infirmier Oui Non
3. d'un pharmacien Oui Non
4. d'un dentiste Oui Non
5. d'une hygiéniste dentaire Oui Non
6. d'un inhalothérapeute Oui Non

CAT_C2B Vous avez mentionné avoir entendu parler des centres d'abandon du tabagisme par Internet. Est-ce à travers... le site j'Arrête.qc.ca

1. Oui
2. Non

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 2.3.1 - UTILISATION DES CAT]

CAT_U1 Avez-vous déjà fait appel à un Centre d'abandon du tabagisme?

1. Oui
2. Non **[PASSER À LA QUESTION CAT_U6_F]**

SS_CAT_D **[Calcul de la variable dérivée SS_CAT: si CAT_U1 = 1, SS_CAT = 1]**

CAT_U2_F **[Si SS_CAT= 1: passez à CAT_U2]**

CAT_U2 Était-ce pour... (POSSIBILITÉ DE PLUS D'UN CHOIX DE RÉPONSE)

1. De l'information ou de l'aide par téléphone Oui Non
2. De la documentation Oui Non
3. Une ou des rencontre(s) individuelle(s) avec un intervenant Oui Non
4. Une ou des rencontre(s) de groupe Oui Non

CAT_U3 Après avoir consulté un Centre d'abandon du tabagisme, avez-vous...

1. Arrêté complètement de fumer pendant au moins 1 semaine Oui Non
[Si OUI passer à CAT_U4]
2. Diminué le nombre de cigarettes que vous fumiez Oui Non
[Si OUI passer à CAT_U5]
3. Continué à fumer le même nombre de cigarettes qu'auparavant Oui Non
[Si OUI passer à CAT_U5]

CAT_U4 Diriez-vous que le Centre d'abandon du tabagisme vous a aidé énormément, beaucoup, moyennement, peu ou pas du tout à arrêter ou ne pas recommencer à fumer?

1. Énormément
2. Beaucoup
3. Moyennement
4. Peu
5. Pas du tout

CAT_U5 Est-ce que l'intervenant du Centre d'abandon du tabagisme vous a présenté d'autres services d'aide comme la ligne téléphonique j'Arrête ou le site Internet j'Arrête?

1. Oui
2. Non

☒ [FIN DE LA SECTION 2.3.1 - UTILISATION DES CAT]

CAT_U6_F [si SS_TAB= 3 ou CES_Q2 = 1 et SS_CAT <> 1 : CAT_U6]

[si SS_TAB= 1 ou 2 : CAT_U7]

CAT_U6. Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas fait appel à un Centre d'abandon du tabagisme pour obtenir de l'aide? Est-ce...

1. Parce que vous ne connaissiez pas assez les services offerts par les centres d'abandon du tabagisme
2. Parce que vous ne croyiez pas que ces services pouvaient vous aider
3. Pour une autre raison

[si SS_TAB= 3 : passez à la PARTIE 3]

CAT_U7. Si vous décidiez d'arrêter de fumer dans les six prochains mois, est-il très probable, assez, peu ou pas du tout probable que vous fassiez appel à un Centre d'abandon du tabagisme pour obtenir de l'aide?

1. Très probable
 2. Assez probable
 3. Peu probable
 4. Pas du tout probable
98. NSP
99. Refus

☒ [FIN DE LA SECTION 2.3 CENTRES D'ABANDON DU TABAC (CAT)]

☒ [FIN DE LA PARTIE 2 : ÉVALUATION DU PQAT]

PARTIE 3 – ÉVALUATION DU PROGRAMME DE COUVERTURE DES AIDES PHARMACOLOGIQUES (PCAP)

PROD Je vais maintenant vous poser quelques questions sur différents produits pour aider à arrêter de fumer. Dites-moi si vous avez entendu parler des produits suivants :

1. les timbres de nicotine, aussi appelés patches? (Il peut s'agir par exemple, de Nicoderm ou de Habitrol)
2. les gommes de nicotine? (Il peut s'agir, par exemple, de Nicorette)
3. le Zyban ou Bupropion?
8. AUCUN DE CES PRODUITS
9. NSP/ efuse

☑[DÉBUT DE LA PARTIE 3 : ÉVALUATION DU PCAP]

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 3.1 – TIMBRES DE NICOTINE]

[VARIABLE CALCULÉE AUTOMATIQUÉMENT À PARTIR DE LA QUESTION SERVI]

TIM_C1 Avez-vous entendu parler des timbres de nicotine, aussi appelés patches? Il peut s'agir, par exemple, de Nicoderm ou de Habitrol.

1. Oui
2. Non **[PASSEZ À LA SECTION 3.2]**

TIM_C2 Avez-vous entendu parler des timbres de nicotine par l'un ou l'autre des moyens suivants?

- | | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 1. Sur les présentoirs d'une pharmacie | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 2. Par la télévision | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 3. Par la radio | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 4. Par le journal | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 5. Par Internet | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 6. Par un dépliant, une affiche ou un kiosque d'information | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 7. Par la ligne téléphonique J'Arrête [SI TEL_C1=1] | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 8. Par votre entourage (la famille, les amis, les collègues de travail...) | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 9. Par des professionnels de la santé [Afficher la question TIM_C2A] | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |

TIM_C2A Vous avez mentionné par un professionnel de la santé. S'agit-il...

- | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 1. d'un médecin | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 2. d'une infirmière ou d'un infirmier | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 3. d'un pharmacien | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 4. d'un dentiste | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 5. d'une hygiéniste dentaire | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| 6. d'un inhalothérapeute | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |

TIM_C3 Savez-vous que les timbres de nicotine peuvent être remboursés partiellement lorsqu'ils sont prescrits par un médecin?

1. Oui
2. Non

☑ [DÉBUT DE LA SECTION - UTILISATION DES TIMBRES DE NICOTINE]

TIM_U1 Au cours des 2 dernières années, avez-vous pris des timbres de nicotine pour vous aider à arrêter de fumer?

1. Oui
2. Non [PASSER À LA QUESTION TIM_NU1_F]

TIM_U2 En prenez-vous présentement?

1. Oui
2. Non

TIM_U3 Au cours des 2 dernières années, combien de fois avez-vous essayé d'arrêter de fumer en utilisant des timbres de nicotine?

_____ fois

TIM_DU1_F [Si TIM_U2=2 : TIM_DU1, SI TIM_U2=1 : TIM_DU2]

TIM_DU1 Je vous demanderais de penser à la [Si TIM_U3 > 1: DERNIÈRE FOIS] [Si TIM_U3 = 1: FOIS] où vous avez essayé des timbres de nicotine. À combien de temps remonte cet essai?

_____ semaines ou/ _____ mois/ ou _____ années

TIM_DU2 Est-ce que vous avez obtenu une prescription de votre médecin pour les timbres de nicotine [Si TIM_U2=2 : LORS DE CET ESSAI] [Si TIM_U2=1: QUE VOUS PRENEZ ACTUELLEMENT]?

1. Oui [PASSER À TIM_DU4]
2. Non [PASSER À TIM_DU3]

TIM_DU3 Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas obtenu de prescription? Est-ce parce que...

1. Vous aviez difficilement accès à un médecin
2. Vous préféreriez acheter tout de suite les timbres en pharmacie sans passer par un médecin
3. Pour une autre raison

[PASSEZ À TIM_DU5]

TIM_DU4 Lors de cet essai, avez-vous payé la totalité des timbres de nicotine sans aucun remboursement?

1. Oui
2. Non [Afficher TIM_DU4A et TIM_DU4B]

TIM_DU4A Avez-vous été remboursé par...?

1. le Régime public d'assurance médicaments du Québec
2. un Régime d'assurance privée

TIM_DU4B Diriez-vous que le remboursement partiel des timbres de nicotine vous a encouragé énormément, beaucoup, moyennement, peu ou pas du tout à essayer ce produit pour arrêter de fumer?

1. Énormément
2. Beaucoup
3. Moyennement
4. Peu
5. Pas du tout
98. NSP

TIM_DU5 Lors de cet essai avez-vous commencé votre traitement...?

1. à l'étape 1 (21 mg)
2. à l'étape 2 (14 mg)
3. à l'étape 3 (7 mg)
98. NSP
99. Refus

TIM_DU6_F [Si TIM_U2=1 : passez à TIM_DU7, sinon passez à TIM_DU6]

TIM_DU6 Et à quelle étape avez-vous arrêté de prendre des timbres?

1. Étape 1
2. Étape 2
3. Étape 3
98. NSP
99. Refus

TIM_DU7 [Si TIM_U2=2 : VOUS AVEZ DIT QUE VOUS PRENEZ PRÉSENTEMENT DES TIMBRES DE NICOTINE. AVEZ-VOUS...] [Si TIM_U2=1 : Pendant que vous preniez des timbres de nicotine, avez-vous...]

1. Arrêté complètement de fumer Oui Non
[Si OUI ET TIM_U2= 1 passer à TIM_DU9]
[Si OUI ET TIM_U2=2 passer à TIM_DU8]
2. Diminué le nombre de cigarettes que vous fumiez ou fumé à l'occasion Oui Non
[Si OUI ET TIM_U2= 1 passer à la SECTION 3.2]
[Si OUI ET TIM_U2= 2 passer à TIM_DU8]
3. Continué à fumer le même nombre de cigarettes Oui Non
[Si OUI ET TIM_U2= 1 passer à la SECTION 3.2]
[Si OUI ET TIM_U2= 2 passer à la SECTION 3.2]

TIM_DU8 Après avoir terminé cet essai de timbres de nicotine, avez-vous...

1. Arrêté complètement de fumer pendant au moins 1 semaine Oui Non
[Si OUI passer à TIM_DU9]
2. Diminué le nombre de cigarettes que vous fumiez Oui Non
[Si OUI passer à TIM_NU1_F]
3. Continué à fumer le même nombre de cigarettes qu'auparavant Oui Non
[Si OUI passer à TIM_NU1_F]

TIM_DU9 Diriez-vous que les timbres de nicotine vous ont aidé énormément, beaucoup, moyennement, peu ou pas du tout à arrêter de fumer?

1. Énormément
2. Beaucoup
3. Moyennement
4. Peu
5. Pas du tout

TIM_DU10_F [Si SS_TAB= 3 et TIM_U2 <>1 : passez à TIM_DU10, sinon PASSER À LA SECTION 3.2]

TIM_DU10 Êtes-vous demeuré non-fumeur depuis cette période d'essai de timbres de nicotine?

1. Oui
2. Non

[ALLER À FIN DE LA SECTION 3.1]

☒ [FIN DE LA SECTION - UTILISATION DES TIMBRES DE NICOTINE]

TIM_NU1_F [Si SS_TAB= 3 ou CES_Q2= 1 et SS_TIM <> 1 : TIM_NU1]

[SI SS_TAB= 1 ou 2 : passez àTIM_IN1]

TIM_NU1 Diriez-vous que vous n'avez pas utilisé les timbres de nicotine parce que ...?

1. Cela coûte trop cher
2. Vous ne croyez pas que ces produits sont efficaces
3. Vous êtes préoccupé par les effets secondaires
4. Vous n'avez pas facilement accès à un médecin
5. Pour une autre raison
98. NSP

[SI SS_TAB= 3 : passez à la SECTION 3.2]

TIM_IN1 Si vous décidiez d'arrêter de fumer dans les six prochains mois, est-il très probable, assez, peu ou pas du tout probable que vous utilisiez des timbres

1. Très probable
2. Assez probable
3. Peu probable
4. Pas du tout probable
98. NSP
99. Refus

☒ [FIN DE LA SECTION 3.1 – TIMBRES DE NICOTINE]

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 3.2 – GOMMES DE NICOTINE]

Je vais maintenant vous poser des questions sur un autre produit pour aider à arrêter de fumer, les gommes de nicotine.

GOM_C1 Avez-vous entendu parler des gommes de nicotine? Il peut s'agir, par exemple, de Nicorette.

1. Oui
2. Non **[PASSEZ À LA SECTION 3.3]**

GOM_C2 Avez-vous entendu parler des gommes de nicotine par l'un ou l'autre des moyens suivants?

1. Sur les présentoirs d'une pharmacie Oui Non
2. Par la télévision Oui Non
3. Par la radio Oui Non
4. Par le journal Oui Non
5. Par Internet Oui Non
6. Par un dépliant, une affiche ou un kiosque d'information Oui Non
7. Par la ligne téléphonique J'Arrête **[SI TEL_C1=1]** Oui Non
8. Par votre entourage (la famille, les amis, les collègues de travail...) Oui Non
9. Par des professionnels de la santé **[Afficher la question GOM_C2A]** Oui Non

GOM_C2A Vous avez mentionné par un professionnel de la santé. S'agit-il...

1. d'un médecin Oui Non
2. d'une infirmière ou d'un infirmier Oui Non
3. d'un pharmacien Oui Non
4. d'un dentiste Oui Non
5. d'une hygiéniste dentaire Oui Non
6. d'un inhalothérapeute Oui Non

GOM_C3 Savez-vous que les gommes de nicotine peuvent être remboursées partiellement lorsqu'elles sont prescrites par un médecin?

1. Oui
2. Non

☑ [DÉBUT DE LA SECTION - UTILISATION DES GOMMES DE NICOTINE]

GOM_U1 Au cours des 2 dernières années, avez-vous pris des gommes de nicotine pour vous aider à arrêter de fumer?

1. Oui
2. Non [PASSER À LA QUESTION GOM_NU1_F]

GOM_U2_D [Calcul de la variable dérivée SS_GOM: si GOM_U1 = 1, SS_GOM= 1]

GOM_U2_F [Si SS_GOM= 1: passez à GOM_U2]

GOM_U2 En prenez-vous présentement?

1. Oui
2. Non

GOM_U3 Au cours des 2 dernières années, combien de fois avez-vous essayé d'arrêter de fumer en utilisant des gommes de nicotine?

_____ fois

GOM_U4_F [Si GOM_U2 =2 : GOM_U4, Si GOM_U2=1 : GOM_U5]

GOM_U4 Je vous demanderais de penser à la [Si GOM_U3 >1 : DERNIÈRE FOIS] [Si GOM_U3 =1 : FOIS] où vous avez essayé des gommes de nicotine. À combien de temps remonte cet essai?

_____ semaines/ ou _____ mois/ ou _____ années

GOM_U5 Est-ce que vous avez obtenu une prescription de votre médecin pour les gommes de nicotine [Si GOM_U2=1 : QUE VOUS PRENEZ ACTUELLEMENT] [Si GOM_U2 =2 : LORS DE CET ESSAI]?

1. Oui [PASSER À GOM_U7]
2. Non

GOM_U6 Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas obtenu de prescription? Est-ce parce que...

1. vous aviez difficilement accès à un médecin
2. vous préféreriez acheter tout de suite les gommes de nicotine en pharmacie sans passer par un médecin
3. Pour une autre raison

[PASSEZ À GOM_U8]

GOM_U7 Lors de cet essai, avez-vous payé la totalité des gommes de nicotine sans aucun remboursement?

1. Oui
2. Non [Afficher GOM_U7A et GOM_U7B]

GOM_U7A Avez-vous été remboursé par...?

1. le Régime public d'assurance médicaments du Québec
2. un Régime d'assurance privée

GOM_U7B Diriez-vous que le remboursement des gommes de nicotine vous a encouragé énormément, beaucoup, moyennement, peu ou pas du tout à essayer ce produit pour arrêter de fumer?

1. Énormément
2. Beaucoup
3. Moyennement
4. Peu
5. Pas du tout
98. NSP

GOM_U8 [Si GOM_U2=2 : VOUS AVEZ DIT QUE VOUS PRENEZ PRÉSENTEMENT DES GOMMES DE NICOTINE. AVEZ-VOUS...] [SI GOM_U2= 1 : Pendant que vous preniez des gommes de nicotine, avez-vous...]

1. Arrêté complètement de fumer Oui Non
[Si OUI ET GOM_U2= 1 passer à GOM_U10]
[Si OUI ET GOM_U2= 2 passer à GOM_U9]
2. Diminué le nombre de cigarettes que vous fumiez ou fumé à l'occasion Oui Non
[Si OUI ET GOM_U2= 1 passer à GOM_U12]
[Si OUI ET GOM_U2= 2 passer à GOM_U9]
3. Continué à fumer le même nombre de cigarettes Oui Non
[Si OUI ET GOM_U2= 1 passer à GOM_U12]
[Si OUI ET GOM_U2= 2 passer à GOM_U12]

GOM_U9 Après avoir terminé cet essai de gommes, avez-vous...

1. Arrêté complètement de fumer pendant au moins 1 semaine Oui Non
[Aller à GOM_U10]
2. Diminué le nombre de cigarettes que vous fumiez Oui Non
[Aller à GOM_U12]
3. Continué à fumer le même nombre de cigarettes qu'auparavant Oui Non
[Aller à GOM_U12]

GOM_U10 Diriez-vous que les gommes de nicotine vous ont aidé énormément, beaucoup, moyennement, peu ou pas du tout à arrêter de fumer?

1. Énormément
2. Beaucoup
3. Moyennement
4. Peu
5. Pas du tout

GOM_U11_F [Si SS_TAB= 3 et GOM_U2= 2 : GOM_U11, sinon GOM_U12]

GOM_U11 Êtes-vous demeuré non-fumeur depuis cette période d'essai de gommes de nicotine?

1. Oui
2. Non
[SI TIM_U1=1]

GOM_U12 Au cours des 2 dernières années, avez-vous pris des timbres de nicotine en même temps que des gommes de nicotine?

1. Oui
2. Non

[ALLEZ À FIN DE LA SECTION 3.2]

☒ [FIN DE LA SECTION - UTILISATION DES GOMMES DE NICOTINE]

GOM_NU1_F [Si CES_Q2 = 1 ou SS_TAB= 3 et SS_GOM <> 1 : GOM_NU1]

[SI SS_TAB = 1 ou 2 : GOM_IN1]

GOM_NU1 Diriez-vous que vous n'avez pas utilisé les gommes de nicotine parce que...?

1. Cela coûte trop cher
2. Vous ne croyez pas que ces produits sont efficaces
3. Vous êtes préoccupé par les effets secondaires
4. Vous n'avez pas facilement accès à un médecin
5. Pour une autre raison
98. NSP

[SI SS_TAB = 3 : passez à la SECTION 3.3]

GOM_IN1 Si vous décidiez d'arrêter de fumer dans les six prochains mois, est-il très probable, assez, peu ou pas du tout probable que vous utilisiez des gommes de nicotine?

1. Très probable
2. Assez probable
3. Peu probable
4. Pas du tout probable
98. NSP
99. Refus

☒ [FIN DE LA SECTION 3.2 – GOMMES DE NICOTINE]

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 3.3 – ZYBAN]

Je vais maintenant vous poser des questions sur un troisième produit pour aider à arrêter de fumer, le Zyban.

ZYB_C1 Avez-vous entendu parler du Zyban ou Bupropion?

1. Oui
2. Non **[PASSEZ À LA PARTIE 4]**

ZYB_C2 Avez-vous entendu parler du Zyban par l'un ou l'autre des moyens suivants?

1. Par la télévision Oui Non
2. Par la radio Oui Non
3. Par le journal Oui Non
4. Par Internet Oui Non
5. Par un dépliant, une affiche ou un kiosque d'information Oui Non
6. Par la ligne téléphonique J'Arrête **[SI TEL_C1=1]** Oui Non
7. Par votre entourage (la famille, les amis, les collègues de travail...) Oui Non
8. Par des professionnels de la santé **[Afficher la question ZYB_C2A]** Oui Non

ZYB_C2A Vous avez mentionné par un professionnel de la santé. S'agit-il...

1. d'un médecin Oui Non
2. d'une infirmière ou d'un infirmier Oui Non
3. d'un pharmacien Oui Non
4. d'un dentiste Oui Non
5. d'une hygiéniste dentaire Oui Non
6. d'un inhalothérapeute Oui Non

ZYB_C3 Savez-vous que le Zyban peut être remboursé partiellement lorsqu'il est prescrit par un médecin?

1. Oui
2. Non

☑ [DÉBUT DE LA SECTION - UTILISATION DU ZYBAN]

ZYB_U1 Au cours des 2 dernières années, avez-vous pris du Zyban pour vous aider à arrêter de fumer?

1. Oui
2. Non [PASSER À LA QUESTION ZYB_NU1_F]

SS_BU_D [Calcul de la variable dérivée SS_BU: si ZYB_U1 = 1, SS_BU = 1]

ZYB_U2_F [Si SS_BU= 1: passez à ZYB_U2]

ZYB_U2 En prenez-vous présentement?

1. Oui
2. Non

ZYB_U3 Au cours des 2 dernières années, combien de fois avez-vous essayé d'arrêter de fumer en prenant du Zyban?

_____ fois

ZYB_U4_F [Si ZYB_U2= 2 : ZYB_U4, si ZYB_U2= 1 : ZYB_U5]

ZYB_U4 Je vous demanderais de penser à la [Si ZYB_U3>1 : DERNIÈRE FOIS] [Si ZYB_U3 = 1: FOIS] où vous avez essayé le Zyban. À combien de temps remonte cet essai?

_____ semaines/ ou _____ mois / ou _____ années

ZYB_U5 [Si ZYB_U2=2 : LORS DE CET ESSAI...] [Si ZYB_U2 = 1 : NOUS ALLONS DISCUTER DE VOTRE ESSAI ACTUEL DE ZYBAN.]

ZYB_U5A Avez-vous été remboursé par...?

1. le Régime public d'assurance médicaments du Québec
2. un Régime d'assurance privée

ZYB_U5B Diriez-vous que le remboursement de Zyban vous a encouragé énormément, beaucoup moyennement, peu ou pas du tout à essayer ce médicament?

1. Énormément
2. Beaucoup
3. Moyennement
4. Peu
5. Pas du tout
98. NSP

ZYB_U6 Aviez-vous terminé votre traitement, tel que prescrit par votre médecin?

1. Oui
2. Non

ZYB_U7 [Si ZYB_U2=1 : VOUS AVEZ DIT QUE VOUS PRENEZ PRÉSENTEMENT DU ZYBAN. AVEZ-VOUS...] [Si ZYB_U2= 2 : Pendant que vous preniez du Zyban, avez-vous...]

1. Arrêté complètement de fumer Oui Non
[Si OUI ET ZYB_U2= 1 passer à ZYB_U9]
[Si OUI ET ZYB_U2= 2 passer à ZYB_U8]
2. Diminué le nombre de cigarettes que vous fumiez ou fumé à l'occasion Oui Non
[Si OUI ET ZYB_U2= 1 passer à ZYB_U11]
[Si OUI ET ZYB_U2= 2 passer à ZYB_U8]
3. Continué à fumer le même nombre de cigarettes Oui Non
[Si OUI ET ZYB_U2= 1 passer à ZYB_U11]
[Si OUI ET ZYB_U2= 2 passer à ZYB_U11]

ZYB_U8 Après avoir terminé cet essai de Zyban, avez-vous...

1. Arrêté complètement de fumer pendant au moins 1 semaine Oui Non
[Si OUI passer à ZYB_U9]
2. Diminué le nombre de cigarettes que vous fumiez Oui Non
[Si OUI passer à ZYB_U11]
3. Continué à fumer le même nombre de cigarettes qu'auparavant Oui Non
[Si OUI passer à ZYB_U11]

ZYB_U9 Diriez-vous que le Zyban vous a aidé énormément, beaucoup, moyennement, peu ou pas du tout à arrêter de fumer?

1. Énormément
2. Beaucoup
3. Moyennement
4. Peu
5. Pas du tout

ZYB_U10_F [Si SS_TAB= 3 et ZYB_U2= 2 : ZYB_U10, sinon ZYB_U11]

ZYB_U10 Êtes-vous demeuré non-fumeur depuis cette période d'essai de Zyban?

1. Oui
2. Non
[SI TIM_U1=1]

ZYB_U11 Au cours des 2 dernières années, avez-vous pris des timbres de nicotine en même temps que du Zyban?

1. Oui
2. Non
[SI GOM_U1=1]

ZYB_U12 Au cours des 2 dernières années, avez-vous pris des gommes de nicotine en même temps que du Zyban?

1. Oui
2. Non

[ALLEZ À FIN DE LA SECTION 3.3]

☒ [FIN DE LA SECTION - UTILISATION DU ZYBAN]

ZYB_NU1_F [Si SS_TAB= 3 ou CES_Q2 = 1 et SS_BU <> 1 : ZYB_NU1]

ZYB_IN1_F [SI SS_TAB = 1 ou 2 : ZYB_IN1]

ZYB_NU1 Diriez-vous que vous n'avez pas utilisé le Zyban parce que ...?

1. Cela coûte trop cher
2. Vous ne croyez pas que ces produits sont efficaces
3. Vous êtes préoccupé par les effets secondaires
4. Vous n'avez pas facilement accès à un médecin
5. Pour une autre raison
98. NSP

[SI SS_TAB= 3 : passez à la PARTIE 4]

ZYB_IN1 Si vous décidez d'arrêter de fumer dans les six prochains mois, est-il très probable, assez, peu ou pas du tout probable que vous preniez du Zyban?

1. Très probable
2. Assez probable
3. Peu probable
4. Pas du tout probable
98. NSP
99. Refus

☒ [FIN DE LA SECTION 3.3 – ZYBAN]

☒ [FIN DE LA PARTIE 3 : ÉVALUATION DU PCAP]

PARTIE 4 – ORDRES PROFESSIONNELS

☑ [DÉBUT DE LA PARTIE 4 : ORDRES PROFESSIONNELS]

La section qui suit porte sur les services rendus par des professionnels de la santé que vous auriez pu consulter au cours des 12 derniers mois.

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 4.1 – MÉDECINS]

MED_C1 Avez-vous un médecin de famille?

1. Oui
2. Non [PASSER À MED_C3]

MED_C2 Est-ce que vous l'avez-vous consulté au cours des 12 derniers mois?

1. Oui [PASSER À INF_C1]
2. Non [PASSER À MED_C3]

MED_C3 Est-ce que vous avez consulté un médecin généraliste au sans rendez-vous au cours des 12 derniers mois?

1. Oui
2. Non

INF_C1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous rencontré une infirmière ou un infirmier?

1. Oui
2. Non [PASSER À PHA_C1]

INF_C1A Était-ce dans un centre d'abandon du tabagisme?

1. Oui
2. Non

PHA_C1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous rencontré un pharmacien?

1. Oui
2. Non

DEN_C1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous visité un dentiste?

1. Oui
2. Non [PASSER À INH_C1]

HYG_C1 Lors de votre visite chez le dentiste au cours des 12 derniers mois, avez-vous rencontré une hygiéniste dentaire?

1. Oui
2. Non

INH_C1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous rencontré un inhalothérapeute, c'est-à-dire un professionnel de la santé qui offre des soins aux patients souffrant de maladies respiratoires?

1. Oui
2. Non

MED_C4 Êtes-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord à dire que c'est le rôle du médecin de donner des conseils à ses patients pour arrêter de fumer?

1. Tout à fait d'accord
 2. Plutôt d'accord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Tout à fait en désaccord
98. NSP

INF_C2 Êtes-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord à dire que c'est le rôle de l'infirmière de donner des conseils à ses patients pour arrêter de fumer?

1. Tout à fait d'accord
 2. Plutôt d'accord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Tout à fait en désaccord
98. NSP

PHA_C2 Êtes-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord à dire que c'est le rôle du pharmacien de donner des conseils à ses patients pour arrêter de fumer?

1. Tout à fait d'accord
 2. Plutôt d'accord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Tout à fait en désaccord
98. NSP

DEN_C2 Êtes-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord à dire que c'est le rôle du dentiste de donner des conseils à ses patients pour arrêter de fumer?

1. Tout à fait d'accord
 2. Plutôt d'accord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Tout à fait en désaccord
98. NSP

HYG_C2 Êtes-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord à dire que c'est le rôle de l'hygiéniste dentaire de donner des conseils à ses patients pour arrêter de fumer?

1. Tout à fait d'accord
 2. Plutôt d'accord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Tout à fait en désaccord
98. NSP

INH_C2 Êtes-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord à dire que c'est le rôle de l'inhalothérapeute de donner des conseils à ses patients pour arrêter de fumer?

1. Tout à fait d'accord
 2. Plutôt d'accord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Tout à fait en désaccord
98. NSP

MED_C5_F [Si MED_C2=1 ou si MED_C3=1 : MED_C5, sinon passez PHA_C3_F]

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur n'importe quelle consultation que vous avez eue avec [Si MED_C2=1 : VOTRE MÉDECIN DE FAMILLE, Si MED_C3=1 : UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE] au cours des 12 derniers mois.

MED_C5 Est-ce que le médecin vous a demandé si vous fumiez la cigarette?

1. Oui
2. Non [PASSEZ À PHA_C3_F]
98. NSP [PASSEZ À PHA_C3_F]

MED_C5B_F [Si CES_Q4B < 365 jours : MED_C5B]

MED_C5B Fumiez-vous la cigarette lorsque vous avez consulté le médecin?

1. Oui
2. Non [PASSEZ À PHA_C3_F]
98. NSP [PASSEZ À PHA_C3_F]

[MED_C6_F SI SS_TAB = 1 ou 2 OU MED_C5B =1]

MED_C6 Est-ce qu'il vous a demandé si vous pensiez arrêter de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

MED_C7 Est-ce qu'il a discuté avec vous des avantages et des inconvénients que vous procurait le fait de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

MED_C8 Est-ce que le médecin a discuté avec vous des bénéfices que vous apporterait le fait d'arrêter de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

MED_C9 Est-ce qu'il vous a conseillé d'arrêter de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

MED_C10 Au moment de consulter votre médecin, est-ce que vous envisagiez d'arrêter de fumer au cours du mois suivant?

1. Oui
2. Non [PASSEZ À PHA_C3_F]
98. NSP [PASSEZ À PHA_C3_F]

MED_C11 Est-ce que le médecin a discuté avec vous de stratégies pour vous aider à arrêter de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

MED_C12 Est-ce qu'il a discuté avec vous de médicaments pour arrêter de fumer comme la gomme, le timbre de nicotine ou le bupropion (Zyban)?

1. Oui
2. Non
98. NSP

MED_C13 Est-ce qu'il vous a prescrit un médicament pour arrêter de fumer?

1. Oui [Afficher la question C13A]
2. Non
98. NSP

MED_C13A Pourriez-vous m'indiquer si le médecin vous a prescrit chacun des médicaments suivants :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Les gommes de nicotine (Nicorette) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Les timbres de nicotine (Nicoderm, Habitrol) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Le Bupropion (Zyban) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

MED_C14 Est-ce que le médecin vous a parlé de services d'aide à l'arrêt du tabac comme la ligne téléphonique j'Arrête ou le site web j'Arrête?

1. Oui
2. Non
98. NSP

MED_C15 Est-ce qu'il vous a parlé des centres d'abandon du tabagisme?

1. Oui
2. Non
98. NSP

MED_C16 Est-ce qu'il vous a suggéré de vous fixer une date d'arrêt?

1. Oui
2. Non
98. NSP

MED_C17 Est-ce que le médecin vous a offert un suivi une fois que vous auriez arrêté de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

☒ [FIN DE LA SECTION 4.1 – MÉDECINS]

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 4.3 – PHARMACIENS]

PHA_C3_F [Si PHA_C1=1 : PHA_C3, sinon passer à DEN_C3_F]

Les questions suivantes porteront sur n'importe quelle rencontre que vous avez eue avec un pharmacien au cours des 12 derniers mois.

PHA_C3 Est-ce que le pharmacien vous a demandé si vous fumiez la cigarette?

1. Oui
2. Non [Passez à DEN_C3_F]
98. NSP [Passez à DEN_C3_F]

PHA_C3B_F [Si CES_Q4B < 365 jours : PHA_C3B]

PHA_C3B Fumiez-vous la cigarette lorsque vous avez rencontré le pharmacien?

1. Oui
2. Non [Passez à DEN_C3_F]
98. NSP [Passez à DEN_C3_F]

PHA_C4_F [SI SS_TAB = 1 ou 2 OU PHA_C3B =1]

PHA_C4 Est-ce qu'il vous a demandé si vous pensiez arrêter de fumer?

1. Oui
2. Non [
98. NSP

PHA_C5 Est-ce qu'il a discuté avec vous des avantages et des inconvénients que vous procurait le fait de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

PHA_C6 Est-ce que le pharmacien a discuté avec vous des bénéfices que vous apporterait le fait d'arrêter de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

PHA_C7 Est-ce qu'il vous a conseillé d'arrêter de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

PHA_C8 Au moment de rencontrer le pharmacien, est-ce que vous envisagiez d'arrêter de fumer au cours du mois suivant?

1. Oui
2. Non [Passez à DEN_C3_F]
98. NSP [Passez à DEN_C3_F]

PHA_C9 Est-ce que le pharmacien a discuté avec vous de stratégies pour vous aider à arrêter de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

PHA_C10 Est-ce qu'il a discuté avec vous de médicaments pour arrêter de fumer (comme la gomme, le timbre de nicotine ou le bupropion (Zyban))?

1. Oui
2. Non
98. NSP

PHA_C11 Est-ce qu'il vous a parlé des services d'aide à l'arrêt du tabac comme la ligne téléphonique j'Arrête ou le site Web j'Arrête?

1. Oui
2. Non
98. NSP

PHA_C12 Est-ce que le pharmacien vous a parlé des centres d'abandon du tabagisme?

1. Oui
2. Non
98. NSP

PHA_C13 Est-ce qu'il vous a suggéré de vous fixer une date d'arrêt?

1. Oui
2. Non
98. NSP

PHA_C14 Est-ce qu'il vous a offert un suivi une fois que vous auriez arrêté de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

☒ [FIN DE LA SECTION 4.3 – PHARMACIENS]

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 4.4 – DENTISTES]

DEN_C3_F [Si DEN_C1=1 : DEN_C3 ; si DEN_C1=2 : passez à HYG_C3_F]

Je vous poserai des questions sur n'importe quelle visite chez votre dentiste au cours des 12 derniers mois.

DEN_C3 Est-ce que votre dentiste vous a demandé si vous fumiez la cigarette?
1. Oui
2. Non [Passez à HYG_C3_F]
98. NSP [Passez à HYG_C3_F]

DEN_C3B_F [Si CES_Q4B < 365 jours : DEN_C3B]

DEN_C3B Fumiez-vous la cigarette lorsque vous avez visité le dentiste?
1. Oui
2. Non [Passez à HYG_C3_F]
98. NSP [Passez à HYG_C3_F]

DEN_C4_F [SI SS_TAB = 1 ou 2 OU DEN_C3B =1]

DEN_C4 Est-ce qu'il vous a demandé si vous pensiez arrêter de fumer?
1. Oui
2. Non
98. NSP

DEN_C5 Est-ce qu'il a discuté avec vous des avantages et des inconvénients que vous procurait le fait de fumer?
1. Oui
2. Non
98. NSP

DEN_C6 Est-ce que votre dentiste a discuté avec vous des bénéfices que vous apporterait le fait d'arrêter de fumer?
1. Oui
2. Non
98. NSP

DEN_C7 Est-ce qu'il vous a conseillé d'arrêter de fumer?
1. Oui
2. Non
98. NSP

DEN_C8 Au moment de visiter votre dentiste, est-ce que vous envisagiez d'arrêter de fumer au cours du mois suivant?
1. Oui
2. Non [Passez à HYG_C3_F]
98. NSP [Passez à HYG_C3_F]

DEN_C9 Est-ce que votre dentiste a discuté avec vous de stratégies pour vous aider à arrêter de fumer?
1. Oui
2. Non
98. NSP

DEN_C10 Est-ce qu'il a discuté avec vous de médicaments pour arrêter de fumer (comme la gomme, le timbre de nicotine ou le bupropion (Zyban))?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP

DEN_C11 Est-ce qu'il vous a parlé des services d'aide à l'arrêt du tabac comme la ligne téléphonique j'Arrête ou le site web j'Arrête?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP

DEN_C12 Est-ce que votre dentiste vous a parlé des centres d'abandon du tabagisme?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP

DEN_C13 Est-ce qu'il vous a suggéré de vous fixer une date d'arrêt?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP

DEN_C14 Est-ce qu'il vous a offert un suivi une fois que vous auriez arrêté de fumer?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP

☒ [FIN DE LA SECTION 4.4 – DENTISTES]

☑ [DÉBUT DE LA SECTION 4.5 – HYGIÉNISTES DENTAIRES]

HYG_C3_F [Si HYG_C1=1 : HYG_C3, sinon passez à la SECTION 5]

Je vais maintenant vous poser des questions sur n'importe quelle rencontre que vous avez eue avec un hygiéniste dentaire au cours des 12 derniers mois.

HYG_C3 Est-ce que l'hygiéniste dentaire vous a demandé si vous fumiez la cigarette?

1. Oui
2. Non [Passez à CON_F1]
98. NSP [Passez à CON_F1]

HYG_C3B_F [Si CES_Q4B < 365 jours : HYG_C3B]

HYG_C3B Fumiez-vous la cigarette lorsque vous avez consulté l'hygiéniste dentaire?

1. Oui
2. Non [Passez à la CON_F1]
98. NSP [Passez à la CON_F1]

HYG_C4_F [SI SS_TAB = 1 ou 2 OU HYG_C3B =1]

HYG_C4 Est-ce qu'elle vous a demandé si vous pensiez arrêter de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

HYG_C5 Est-ce qu'elle a discuté avec vous des avantages et des inconvénients que vous procurait le fait de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

HYG_C6 Est-ce que l'hygiéniste dentaire a discuté avec vous des bénéfices que vous apporterait le fait d'arrêter de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

HYG_C7 Est-ce qu'elle vous a conseillé d'arrêter de fumer?

1. Oui
2. Non
98. NSP

HYG_C8 Au moment de rencontrer l'hygiéniste dentaire, est-ce que vous envisagiez d'arrêter de fumer au cours du mois suivant?

1. Oui
2. Non [Passez à CON_F1]
98. NSP [Passez à CON_F1]

HYG_C9 Est-ce que l'hygiéniste dentaire a discuté avec vous de stratégies pour vous aider à arrêter de fumer?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP

HYG_C10 Est-ce qu'elle a discuté avec vous de médicaments pour arrêter de fumer (comme la gomme, le timbre de nicotine ou le bupropion (Zyban))?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP

HYG_C11 Est-ce qu'elle vous a parlé des services d'aide à l'arrêt du tabac comme la ligne téléphonique j'Arrête ou le site web j'Arrête?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP

HYG_C12 Est-ce que l'hygiéniste dentaire vous a parlé des centres d'abandon du tabagisme?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP

HYG_C13 Est-ce qu'elle vous a suggéré de vous fixer une date d'arrêt?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP

HYG_C14 Est-ce qu'elle vous a offert un suivi une fois que vous auriez arrêté de fumer?

- 1. Oui
- 2. Non
- 98. NSP

☒ [FIN DE LA SECTION 4.5 – HYGIÉNISTES DENTAIRE]

☒ [FIN DE LA PARTIE 4 : ORDRES PROFESSIONNELS]

PARTIE 5 – LIEUX DE CONSOMMATION

☑ [DÉBUT DE LA PARTIE 5 – LIEUX DE CONSOMMATION]

Les prochaines questions ont trait à vos habitudes tabagiques dans les différents endroits que vous fréquentez régulièrement ou à l'occasion.

CON_F1 Est-il permis de fumer la cigarette à l'intérieur de votre domicile?

1. Oui
2. Non [PASSEZ À CON_R1]
98. NSP [PASSEZ À CON_R1]
99. Refus [PASSEZ À CON_R1]

CON_F2 Est-ce qu'il y a des restrictions sur l'usage de la cigarette à l'intérieur de votre domicile?

1. Oui
2. Non [PASSEZ À CON_F4_F]
98. NSP [PASSEZ À CON_F4_F]
99. Refus [PASSEZ À CON_F4_F]

CON_F3 Je vais nommer des restrictions concernant l'usage de la cigarette à l'intérieur du domicile. Je vous demanderais de répondre par oui ou par non si chacune des restrictions s'applique dans votre foyer. (POSSIBILITÉ DE PLUS D'UN CHOIX DE RÉPONSE)

1. Il est permis de fumer dans certaines pièces seulement Oui Non
2. Il est permis de fumer seulement si les fenêtres sont ouvertes
ou avec tout autre type de ventilation Oui Non
3. Il est permis de fumer sauf en présence de jeunes enfants Oui Non
4. Autre(s) restriction(s) Oui Non
98. NSP
99. Refus

CON_F4_F [Si SS_TAB = 1 ou 2 : CON_F4, sinon passez à la PARTIE 6]

CON_F4 Durant la fin de semaine, combien de cigarettes fumez-vous par jour à l'intérieur de votre domicile?

_____ cigarettes [SI PAQUET, DEMANDER LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR PAQUET]

CON_F5 Durant la semaine, combien de cigarettes fumez-vous par jour à l'intérieur de votre domicile?

_____ cigarettes [SI PAQUET, DEMANDER LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR PAQUET]

CON_R1 Au cours du dernier mois, combien de fois êtes-vous allé au restaurant en mangeant sur place?

1. Tous les jours
2. 5 ou 6 fois par semaine
3. 3 ou 4 fois par semaine
4. Une ou deux fois par semaine
5. 1 à 3 fois par mois
6. Moins d'une fois par mois
7. Jamais [PASSEZ À CON_B1]

CON_R2 Quand vous allez au restaurant, à quelle fréquence demandez-vous à être placé dans une section fumeurs?

1. Toujours
2. Plus de la moitié des fois
3. La moitié des fois
4. Moins de la moitié des fois
5. Jamais [PASSEZ À CON_R5]
98. NSP

CON_R3 Combien de cigarettes fumez-vous habituellement lorsque vous allez au restaurant, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur?

_____ cigarettes OU _____ paquets

CON_R4_F [SI CON_R3 = 0 : CON_R5 SINON CON_R4]

CON_R4 Quand vous allez au restaurant, à quelle fréquence fumez-vous à l'intérieur?

1. Toujours
2. Plus de la moitié des fois
3. La moitié des fois
4. Moins de la moitié des fois
5. Jamais
98. NSP

CON_R5 Lorsque les restaurants deviendront sans fumée le 31 mai prochain, continuerez-vous de les fréquenter...

1. Aussi souvent que maintenant
2. Moins souvent que maintenant
3. Vous cesserez d'y aller

CON_B1 Au cours du dernier mois, combien de fois êtes-vous allé à un bar, une discothèque ou une brasserie?

1. Tous les jours
2. 5 ou 6 fois par semaine
3. 3 ou 4 fois par semaine
4. Une ou deux fois par semaine
5. 1 à 3 fois par mois
6. Moins d'une fois par mois
7. Jamais [PASSEZ À CON_A1]

CON_B2 Combien de cigarettes fumez-vous habituellement lorsque vous allez dans un bar, une discothèque ou une brasserie, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur?

_____ cigarettes OU _____ paquets

CON_B3_F [SI CON_B2 = 0 : CON_B4 SINON CON_B3]

CON_B3 Quand vous allez dans un bar, une discothèque ou une brasserie, à quelle fréquence fumez-vous à l'intérieur?

1. Toujours
2. Plus de la moitié des fois
3. La moitié des fois
4. Moins de la moitié des fois
5. Jamais
98. NSP

CON_B4 Lorsque les bars, discothèques ou brasseries deviendront sans fumée le 31 mai prochain, continuerez-vous de les fréquenter...

1. Aussi souvent que maintenant
2. Moins souvent que maintenant
3. Vous cesserez d'y aller

CON_A1 Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous trouvé dans un véhicule privé, que ce soit le vôtre ou celui de quelqu'un d'autre, en excluant les taxis et le transport en commun?

1. Tous les jours
2. 5 ou 6 fois par semaine
3. 3 ou 4 fois par semaine
4. Une ou deux fois par semaine
5. 1 à 3 fois par mois
6. Moins d'une fois par mois
7. Jamais [Passez à la PARTIE 6]

CON_A2 Quand vous êtes à l'intérieur d'un véhicule privé, à quelle fréquence fumez-vous?

1. Toujours
2. Plus de la moitié des fois
3. La moitié des fois
4. Moins de la moitié des fois
5. Jamais
98. NSP

☒ [FIN DE LA PARTIE 5 : LIEUX DE CONSOMMATION]

PARTIE 6 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

[DÉBUT DE LA PARTIE 6 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS]

Pour cette dernière section, j'aimerais vous poser quelques questions d'ordre général.

SOC_Q1 Puis-je confirmer votre sexe s'il vous plaît?

1. Masculin
2. Féminin
98. NSP
99. Refus

SOC_Q2 En quelle année êtes-vous né(e)?

- _____
98. NSP
 99. Refus

SOC_Q3 Êtes-vous...

1. Célibataire, jamais marié(e)
2. Marié(e)
3. En union libre
4. Veuf(ve)
5. Séparé(e)
6. Divorcé(e)
98. NSP
99. Refus

SOC_Q6 Combien de personnes de moins de 18 ans demeurent dans votre foyer?

_____ personne(s) [Si SOC_Q6 >= 1 : afficher SOC_Q6a]

SOC_Q6a Quel est l'âge de cette (ces) personne(s)?

SOC_Q7 Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez atteint?

1. Aucune scolarité
2. Études primaires non terminées
3. Études primaires terminées
4. Études secondaires non terminées
5. Études secondaires terminées
6. Études non terminées dans un programme de formation professionnelle au secondaire de type Diplôme ou Attestation d'étude professionnelle
7. Études terminées dans un programme de formation professionnelle au secondaire de type Diplôme ou Attestation d'étude professionnelle
8. Études non terminées dans un programme technique ou général au Cégep
9. Études terminées dans un programme technique ou général au Cégep
10. Études non terminées dans une université
11. Études terminées dans une université
98. NSP
99. Refus

- SOC_Q8** Lequel de ces statuts correspond le mieux à votre situation actuelle? Êtes-vous...
1. Travailleur(se) autonome [PASSER À SOC_Q9]
 2. Travailleur(se) salarié [PASSER À SOC_Q9]
 3. Étudiant(e) [PASSER À SOC_Q10]
 4. En congé (maternité, maladie ou grève) [PASSER À SOC_Q13]
 5. Sans emploi [PASSER À SOC_Q13]
 6. Retraité(e) [PASSER À SOC_Q13]
 7. Personne au foyer [PASSER À SOC_Q13]
 8. Autre [PASSER À SOC_Q13]
 98. NSP [PASSER À SOC_Q13]
 99. Refus [PASSER À SOC_Q13]
- SOC_Q9** Travaillez-vous...
1. À temps plein [PASSER À SOC_Q12]
 2. À temps partiel [PASSER À SOC_Q12]
 98. NSP [PASSER À SOC_Q12]
 99. Refus [PASSER À SOC_Q12]
- SOC_Q10** Êtes-vous étudiant...
1. À temps plein
 2. À temps partiel
 98. NSP
 99. Refus
- SOC_Q11** Travaillez-vous?
1. Oui [Afficher la question SOC_Q11A]
 2. Non [PASSER À SOC_Q13]
 98. NSP [PASSER À SOC_Q13]
 99. Refus [PASSER À SOC_Q13]
- SOC_Q11a** Est-ce...
1. À temps plein
 2. À temps partiel
 98. NSP
 99. Refus
- SOC_Q12** Dans le cadre de votre emploi, travaillez-vous ...
1. À votre domicile
 2. À l'extérieur de votre domicile
 3. Aux deux endroits
- CON_T1** J'aimerais maintenant vous poser des questions quant aux restrictions sur l'usage de tabac à votre lieu de travail. Diriez-vous qu'il est...
1. Complètement interdit de fumer dans votre lieu de travail Oui Non
[SI OUI, PASSER À CON_T2]
 2. Permis de fumer seulement dans certains endroits désignés Oui Non
[SI OUI, PASSER À CON_T2]
 3. Permis de fumer partout sans aucune restriction Oui Non
[SI OUI, PASSER À CON_T2]

CON_T2 À quelle fréquence fumez-vous durant vos heures de travail?

1. Plusieurs fois par jour
2. Une fois par jour
3. 3 à 4 fois par semaine
4. Moins d'une fois par semaine
5. Jamais [PASSEZ À SOC_Q13]

CON_T3 Fumez-vous habituellement...

1. À l'intérieur du lieu de travail
2. À l'intérieur mais seulement dans les endroits désignés
3. À l'extérieur du lieu de travail

CON_T4 Combien de cigarettes fumez-vous habituellement durant vos heures de travail?

- _____
98. NSP
 99. Refus

SOC_Q13 Au mieux de votre connaissance, pour les 12 derniers mois, à combien estimez-vous le revenu total de tous les membres du ménage, provenant de toutes sources, avant impôts et autres retenues?

1. Moins de 10 000 \$
2. 10 000\$ à 14 999 \$
3. 15 000\$ à 19 999 \$
4. 20 000 à 29 999 \$
5. 30 000 à 39 999 \$
6. 40 000 à 49 999 \$
7. 50 000 à 59 999 \$
8. 60 000 à 69 999 \$
9. 70 000 à 79 999 \$
10. 80 000 à 89 999 \$
11. 90 000 à 99 999 \$
12. 100 000 \$ et plus
98. NSP
99. Refus

SOC_NET1 Avez-vous accès à Internet à la maison?

1. Oui
2. Non

SOC_NET2 Et ailleurs?

1. Oui
2. Non

SOC_Q14 Pourriez-vous me donner les 3 premiers caractères de votre code postal?

☒ [FIN DE LA PARTIE 6 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS]

[PASSEZ À CONS_1]

PARTIE 7 – REMERCIEMENTS ET CONSENTEMENT POUR LE SUIVI

☑ [DÉBUT DE LA PARTIE 7 – REMERCIEMENTS]

REM_1 Au nom de l'Institut national de santé publique du Québec, je vous remercie pour votre précieuse collaboration et vous souhaite une [BONNE JOURNÉE][BONNE FIN DE JOURNÉE][BONNE SOIRÉE]

REM_2 Ceci termine notre entrevue. Au nom de l'Institut national de santé publique du Québec, je vous remercie pour votre précieuse collaboration et vous souhaite une [BONNE JOURNÉE][BONNE FIN DE JOURNÉE][BONNE SOIRÉE]

☒ [FIN DE LA PARTIE 7 REMERCIEMENTS]

CONS_1 Au nom de l'Institut national de santé publique du Québec, je vous remercie pour votre précieuse participation à cette importante étude. Selon les réponses que vous avez fourni, vous pourriez être sélectionné pour une étude qui vise à connaître l'opinion et les habitudes tabagiques des gens suite à la nouvelle loi interdisant le tabac dans les lieux publics.

L'étude de suivi aura lieu dans 6 mois et consistera en une entrevue d'une durée approximative de 15 minutes. Les réponses demeureront strictement confidentielles séparées des réponses que vous avez fournies dans le cadre de ce sondage.

Seriez-vous d'accord à participer à cette deuxième étude?

1. Oui [PASSEZ À CONS_2]
2. Non [PASSEZ À REM_3]

REM_3 J'aimerais vous remercier encore une fois pour votre participation et vous souhaiter une [BONNE JOURNÉE][BONNE FIN DE JOURNÉE][BONNE SOIRÉE]

CONS_2 Je vous remercie d'accepter de participer à cette étude de suivi. Dans quelques mois, nous vous acheminerons une lettre décrivant cette étude et un agent de recherche vous contactera par la suite pour effectuer l'entrevue.

Pour cela, j'aurai besoin de recueillir quelques informations pour nous permettre de vous rejoindre dans quelques mois.

Puis-je avoir

Votre nom?

Votre numéro de téléphone?

Votre adresse

Est-ce qu'il y a des journées ou certains moments dans la journée qui vous conviendraient le mieux pour vous appeler pour l'entrevue?

Avez-vous l'intention de déménager dans les 12 prochains mois?

1. Oui 2. Non

Pouvez-vous me fournir un numéro de téléphone ou une adresse courriel où nous pouvons vous rejoindre si vous déménagez?

JOUR2

Pouvez-vous me fournir une adresse courriel OU le nom et le numéro de téléphone d'une autre personne par qui on pourrait vous rejoindre si vous déménagez

1. Accepte 2. Refuse

REM_4

J'aimerais vous remercier encore une fois pour votre participation et vous souhaiter une [BONNE JOURNÉE][BONNE FIN DE JOURNÉE][BONNE SOIRÉE]

ANNEXE 4
FEUILLE DE COLLECTE HARMONISÉE

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION

CAT : _____

Date : _____

IDENTIFICATION

Numéro de dossier : _____

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Ville : _____

Téléphone : _____ **Autre téléphone :** _____

Courriel : _____

**Nom du médecin
traitant :** _____

*Note : Cette feuille sera retirée au moment de transmettre le questionnaire à
l'Institut national de santé publique du Québec*

.CAT : _____ **Rencontre :** Individuelle Groupe

1. Date de la rencontre : _____

2. Comment avez-vous entendu parler du Centre d'abandon du tabagisme?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Au CSSS (ou CLSC) | <input type="checkbox"/> Dépliant, affiche | <input type="checkbox"/> Pharmacien |
| <input type="checkbox"/> Ligne téléphonique J'arrête | <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Dentiste |
| <input type="checkbox"/> Site Internet J'arrête | <input type="checkbox"/> Journal | <input type="checkbox"/> Ami/ membre de la famille |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

3. Raison de consultation :

- Aide pour l'arrêt tabagique Support après l'arrêt Autre : _____

Données démographiques

4. Date de naissance : _____

5. Langue : Français Anglais Autre : _____

6. Sexe : F M

7. Statut social : Célibataire Conjoint(e) de fait Marié(e) Séparé(e)/divorcé(e) Veuf/veuve

8. Occupation : Travail temps plein Travail temps partiel Congé de maternité ou maladie
 Retraité(e) Étudiant(e) Bénéficiaire de la sécurité du revenu
 En chômage À la maison Autre : _____

9. Niveau de scolarité complété : Primaire Secondaire Cégep Universitaire
 Autre : _____

Habitudes tabagiques

10. Statut tabagique :

Ex-fumeur ⇒ Depuis quand : _____

Fumeur ⇒ Nombre moyen de cigarettes fumées par jour : _____

⇒ Depuis quand : _____

Historique des tentatives d'abandon du tabagisme

11. Âge de la première cigarette fumée au complet : _____

12. Nombre de tentatives d'arrêt au cours de la dernière année : _____

13. Date et durée de la dernière tentative : _____

14. Nombre total de tentatives (à vie) : _____

15. Durée de la tentative d'arrêt la plus longue : _____

16. Symptômes de sevrage ressentis lors des tentatives d'arrêt antérieures :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Envie très forte de fumer | <input type="checkbox"/> Manque de concentration | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Faim excessive | <input type="checkbox"/> Fatigue |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Toux |
| <input type="checkbox"/> Étourdissements | <input type="checkbox"/> Déprime | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

17. Méthodes utilisées pour cesser de fumer lors des tentatives d'arrêt antérieures (cocher tous les choix applicables):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune méthode | <input type="checkbox"/> Démarche de préparation autonome (lecture, consultation de sites Internet, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Zyban | <input type="checkbox"/> Consultation avec un professionnel de la santé |
| <input type="checkbox"/> Timbres de nicotine | <input type="checkbox"/> Acupuncture |
| <input type="checkbox"/> Gomme de nicotine | <input type="checkbox"/> Hypnose |
| <input type="checkbox"/> Inhalateur de nicotine | <input type="checkbox"/> Laser |
| <input type="checkbox"/> Programme de groupe | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

18. S'il y a lieu, identifiez les effets secondaires liés à l'utilisation des méthodes de cessation :

19. Causes des rechutes :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Situation ou événement stressant | <input type="checkbox"/> Malaises physiques |
| <input type="checkbox"/> Malaises psychologiques (irritabilité, dépression) | <input type="checkbox"/> Manque d'appui de mon entourage |
| <input type="checkbox"/> Gain de poids | <input type="checkbox"/> Incitation sociale (party, pause avec autres fumeurs, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Pour retrouver le plaisir de fumer | <input type="checkbox"/> Manque de motivation |
| <input type="checkbox"/> Autres causes : _____ | |

20. Gain de poids lors des cessations antérieures : Oui ⇔ Combien de kilos/livres : _____
 Non

21. Êtes-vous préoccupé par la prise de poids suite à la cessation? Oui Non

Dépendance physique

22. Cocher si applicable:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Je fume la première cigarette dans les 30 minutes suivant le réveil. | <input type="checkbox"/> La meilleure cigarette est celle du matin. |
| <input type="checkbox"/> J'ai de la difficulté à m'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit. | <input type="checkbox"/> Je me lève la nuit pour fumer. |
| <input type="checkbox"/> Je fume même lorsque je suis malade au point de rester au lit. | <input type="checkbox"/> Je fume à jeun. |
| <input type="checkbox"/> J'ai de la difficulté à passer trois heures sans fumer. | <input type="checkbox"/> Je fume moins de 20 minutes après avoir mangé. |

Dépendance psychologique

23. Cocher si applicable:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fumer me procure une détente, c'est une source de bien-être. | <input type="checkbox"/> Je fume pour gérer mon stress. |
| <input type="checkbox"/> Je me sens seul. La cigarette est ma compagne, mon amie. | <input type="checkbox"/> Fumer me reconforte lors d'émotions. |
| <input type="checkbox"/> Je me sens angoissé à l'idée de cesser de fumer. | <input type="checkbox"/> Fumer me permet de contrôler mon appétit. |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |

Dépendance sociale

24. Y a-t-il des fumeurs dans votre entourage?

- Maison : Conjoint (e) Enfants Colocataires Autres : _____
- Travail
- Famille élargie (parents, grands-parents, oncles, tantes, etc.)
- Autres : _____

25. Avez-vous de la difficulté à résister à la tentation de fumer en compagnie d'autres fumeurs? Oui Non

26. Votre entourage est-il favorable à votre décision de cesser de fumer? Oui Non

27. Qui pourrait vous soutenir ou vous parrainer dans votre démarche de cessation tabagique? _____

Habitudes de vie

28. À quelles occasions fumez-vous?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Après les repas | <input type="checkbox"/> En regardant la télévision |
| <input type="checkbox"/> En auto | <input type="checkbox"/> Avec la routine du matin (café, journal, cigarettes) |
| <input type="checkbox"/> En utilisant l'ordinateur | <input type="checkbox"/> Lors de situations sociales (partys, pauses avec fumeurs, etc.) |
| <input type="checkbox"/> En parlant au téléphone | <input type="checkbox"/> Autres situations : |

29. À quelle fréquence faites-vous de l'activité physique?

- Régulièrement (30 minutes consécutives ou non consécutives d'exercices intenses ou modérés par jour)
- Occasionnellement (moins de 30 minutes d'exercices physiques par jour)
- Jamais

30. Nombre de repas par jour : _____ 31. Déjeunez-vous le matin? Oui Non

32. Consommez-vous?

QUANTITÉ				QUANTITÉ					
	PAR JOUR	PAR SEMAINE		PAR JOUR	PAR SEMAINE				
<input type="checkbox"/> Bière		bouteilles		bouteilles	<input type="checkbox"/> Cola		verres		verres

<input type="checkbox"/> Vin		verres		verres	<input type="checkbox"/> Pipe		unités		unités
<input type="checkbox"/> Spiritueux		verres		verres	<input type="checkbox"/> Cigares ou cigarettos		unités		unités
<input type="checkbox"/> Café, thé		tasses		tasses	<input type="checkbox"/> Drogue ⇒ spécifiez laquelle:				

Motivation à cesser de fumer

33. Avez-vous déterminé une date d'arrêt?

Oui ⇒ quand? _____

Non ⇒ pensez-vous cesser d'ici les 30 prochains jours
 les 6 prochains mois
 pas dans les 6 prochains mois

34. Pour quelles raisons voulez-vous cesser de fumer?

Améliorer ma santé Recommandation de mon médecin Santé de l'entourage
 Crainte d'une maladie reliée Pression de la famille ou de l'entourage Raisons esthétiques
 Coût trop élevé du tabac Désir de ne plus être dépendant Désir de grossesse ou grossesse

Autres raisons : _____

35. Quel est votre niveau de confiance en votre capacité de réussir à cesser de fumer?

Je suis **très** confiant(e) Je suis **assez** confiant(e) Je suis **peu** confiant(e) Je ne suis **pas du tout** confiant(e)

36. Pensez-vous utiliser une aide pharmacologique pour cesser de fumer?

Non (aucune aide pharmacologique)

Oui ⇒ Laquelle? Je n'ai pas encore choisi laquelle Timbres de nicotine
 Zyban Inhalateur de nicotine
 Gomme de nicotine Autre : _____

Portrait médical

37. Médication actuelle : _____

38. Prise de suppléments ou vitamines : _____

39. Symptômes/problèmes de santé aggravés par le tabagisme (s'il y a lieu) : _____

40. Problèmes de santé :

Hypertension artérielle Diabète Maladies respiratoires (asthme, bronchite, emphysème)
 Ulcère de l'estomac ou du duodénum Cancer Maladies cardiovasculaires (cholestérol, triglycérides)
 Troubles psychologiques Toxicomanie Autre : _____

41. Allergies : _____

42. Poids actuel : _____ 43. Taille : _____

