

Université de Montréal

L'implantation d'un outil pour favoriser la prescription infirmière en cessation tabagique au
service régional des soins à domicile pour maladies pulmonaires chroniques

Par

Aldjia Ghemmour

Université de Montréal-Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences infirmières
option expertise conseil

Travail présenté

À

Mme Merry Lisa

Mme Lucie Richard

Mme Laurence MacBeth

Juin 2020

Résumé

Plus de 1,3 million de Québécois présentent un tabagisme actif avec une conséquence de décès de 13 000 personnes chaque année. La dépendance à la nicotine, la principale composante qui engendre la dépendance au tabac, est une problématique chronique et récurrente. Selon la recherche la combinaison d'un soutien comportemental tel que le counseling avec la thérapie de remplacement de nicotine augmente considérablement les chances d'arrêter de fumer par rapport à un simple soutien. L'ordre des infirmières et infirmiers du Québec a publié des directives cliniques à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire une thérapie de remplacement de la nicotine afin d'encadrer la pratique clinique en cessation tabagique. Le droit de prescrire permet de répondre aux besoins des patients par la diminution des délais d'accès aux soins. Malgré le fait que les infirmières au Québec ont le droit de prescrire, les statistiques démontrent que très peu d'infirmières exercent ce droit. L'association des infirmières et infirmiers du Canada recommande à tous les milieux d'utiliser des outils d'aide à la décision clinique basés sur des données probantes. Le groupe d'expert de l'association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, recommande l'utilisation du « Test de Fagerstrôm pour la dépendance à la nicotine » comme le meilleur outil à utiliser pour le soutien pour l'arrêt tabagique. L'évaluation de la dépendance à la nicotine permet de déterminer si une prescription infirmière est nécessaire et de cibler une prescription appropriée pour bien pallier les symptômes de sevrages. L'objectif du stage était d'implanter l'outil et d'identifier les facilitateurs et les barrières à la prescription infirmière pour la cessation tabagique au service régional des soins à domicile pulmonaire. Cela a été possible grâce à la collaboration des infirmières, conseillères et gestionnaires du service régional des soins à domicile pulmonaire. 5 infirmières ont implanté l'outil. Les résultats du stage ont confirmé que les outils facilitent le déploiement de la prescription infirmière. Effectivement le test de Fagerstrôm

était utile non seulement pour déterminer le niveau de dépendance, mais aussi pour offrir de l'enseignement aux patients sur la thérapie de remplacement de nicotine et pour ajuster les interventions des infirmières. L'outil était utile aussi pour susciter le discours de changement chez les patients, qui est considéré le point de départ du changement de comportement. De plus cela a permis à l'infirmière de voir la plus-value de l'utilisation conjointe du test de Fagerström et du questionnaire sur le stade de changement. Finalement les résultats du stage mettent en évidence l'importance de plusieurs barrières et facilitateurs à la prescription infirmière notamment ; la disposition du patient au changement, ses mauvaises expériences avec la thérapie de remplacement de nicotine , son contexte familial, les obstacles financiers, l'impact du remboursement de la thérapie de remplacement de nicotine et l'importance du jugement clinique .

Abstract

More than 1.3 million Quebecers have active smoking, resulting in the death of 13,000 people each year. Addiction to nicotine, the main component that causes tobacco dependence, is a chronic and recurring problem. According to research the combination of behavioral support such as counseling with nicotine replacement therapy significantly increases the chances of patients quitting smoking compared to only using counseling. The Ordre des infirmières et infirmiers du Québec has published clinical guidelines regarding nurses' authorization to prescribe nicotine replacement

therapy which regulate clinical practice in smoking cessation. The right to prescribe helps meet the needs of patients by reducing the time it takes to access care. Despite the fact that nurses in Quebec have the right to prescribe, statistics show that very few nurses exercise this right. The Canadian nurses association recommends that all settings use evidence-based clinical decision support tools. The expert group from Registered nurses association of Ontario recommends the use of the "Fagerström Test for Nicotine Addiction" as the best tool to use for support for smoking cessation. The evaluation of nicotine dependence makes it possible to determine if a nursing prescription is necessary and to target an appropriate prescription to effectively alleviate withdrawal symptoms. The goal of the internship was to implement the tool and identify the facilitators and barriers to nursing prescription for smoking cessation at the regional home care unit. This was possible thanks to the collaboration of nurses, counselors and managers of the regional pulmonary home care service. 5 nurses implanted the tool. The results of the internship confirmed that the tools facilitate the deployment of nursing prescriptions. Indeed, the Fagerström test was useful not only to determine the level of dependence, but also to offer education to patients on nicotine replacement therapy and to adjust the interventions of nurses. The tool was also useful in eliciting changes in the discourse among patients, which is considered the starting point for behavior change. In addition, it allowed the nurse to see the added value of the joint use of the Fagerström test and the questionnaire on the stage of change. Finally, the results of the internship highlight the importance of several barriers and facilitators to nurse prescription in particular; readiness for change, bad experiences with nicotine replacement therapy, family background, financial barriers, impact of reimbursement for nicotine replacement therapy, and importance of clinical judgment.

Remerciements

D'abord j'aimerais remercier ma directrice de stage Mme Lisa Merry, pour ses précieux et judicieux conseils, son soutien et sa disponibilité durant tout le long de ce projet de maîtrise ce qui a contribué à la qualité de ce projet.

Je remercie également Mme Lucie Richard, pour ses encouragements, ses précieux et judicieux conseils qui ont contribué à la qualité de ce projet.

Aussi j'aimerais remercier la personne ressource au projet Mme Laurence MacBeth, pour sa présence, sa disponibilité et ses encouragements durant tout le long du stage, ce qui a également contribué à la qualité de ce projet.

J'aimerais remercier Mme Susan Paquin pour son soutien, encouragements et pour m'avoir permis de réaliser ce projet au SRSAD.

J'aimerais remercier le soutien des professionnels du SRSAD, les conseils et suggestions de Mme Brigitte Fortin, Mme Nancy Boisvert et Mme Catherine Hupé.

J'aimerais également remercier les infirmières cliniciennes ; Mme Flavie Rihet, Mr Guillermo San Roman, Mme Hakima Hanaizi, Mme Christelle Vincendeau, et Mme Chantal Foisy.

Finalement j'aimerais remercier ma famille et mes proches pour leurs soutiens et leur présence durant tout le cheminement de ma maîtrise.

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Résumé | ii |
| Abstract | iii |
| Remerciements | v |
| Listes des figures | vii |
| Liste des tableaux | vii |
| Chapitre1 : Problématique | 8 |
| 1.1 But du stage | 12 |
| 1.2 Objectifs de stage | 12 |
| 1.3 Les objectifs d'apprentissage de l'étudiante | 13 |
| Chapitre2 : Recension des écrits | 13 |
| 2.1 Stratégie de recherche | 13 |
| 2.2 L'impact du tabagisme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) | 14 |
| 2.3 Les interventions pharmacologiques et la cessation tabagique | 14 |
| 2.4 Arguments soutenant l'utilisation de la prescription infirmière | 16 |
| 2.5 Arguments soutenant l'utilisation du « Test de Fagerstrôm pour la dépendance à la nicotine » | 18 |
| 2.6 Le cadre de référence | 20 |
| Chapitre3 : Déroulement du stage | 22 |
| 3.1 Milieu de stage | 22 |
| 3.2 Activités et tâches effectuées au stage | 23 |
| 3.3 Rencontre avec la conseillère clinique en prévention et soutien à l'arrêt tabagique | 23 |
| 3.4. Présentation du projet aux infirmières et gestionnaires du SRSAD | 25 |
| 3.5 Les visites à domicile | 26 |
| 3.6 Les résultats du stage | 27 |
| 3.6.1. Faire connaître davantage les bénéfices de la prescription infirmière | 27 |
| 3.6.2- Identifier les facilitateurs et les barrières à la prescription infirmière | 28 |
| 3.6.3-Implanter l'outil <<Test de Fagerstrôm >> | 31 |
| Chapitre 4 : Discussion | 33 |
| 4.1 L'importance du stade de changement | 34 |

| | |
|--|----|
| 4.2 L'utilité des outils pour le déploiement de la prescription infirmière | 38 |
| 4.3. L'essentialité du leadership | 40 |
| 4.4. Les objectifs d'apprentissage | 41 |
| 4.5 Recommandations | 43 |
| 4.5.1 Recommandation pour la pratique | 43 |
| 4.5.2 Recommandation pour la formation | 44 |
| 4.5.3 Recommandation pour la politique | 44 |
| 4.5.4 Recommandation pour la recherche | 45 |
| 4.5.6. Limites du projet | 45 |
| Chapitre 5 : Conclusion | 45 |
| Chapitre 6 : Références | 47 |
| Annexe 1 : Test de Fagerstrôm pour la dépendance à la nicotine | 59 |
| Annexe 2 : la version française du test de Fragerstrôm | 60 |
| Annexe 3 : Questionnaire sur le stade de changement | 61 |
| Annexe 4 : le modèle transthéorique de changement (Prochaska & Diclemente) | 62 |

Listes des figures

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Processus des connaissances à la pratique (IRSC, 2019) | 48 |
| Figure 2 : cycle des stades de changement comportemental (OIIQ,2006) | 68 |

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Résumé des activités du stage | 69 |
|---|----|

Chapitre1 : Problématique

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2019), le tabagisme est une épidémie mondiale. Si aucune disposition n'est prise, le nombre de décès par année atteindra huit millions d'ici 2030 (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2015). Par ailleurs, 16,2% des canadiens soit environ 5 millions de personnes fument tous les jours ou occasionnellement avec un taux plus élevé chez les hommes (19,1 %) que chez les femmes (13,4 %). Plus de 1,3 million de Québécois présentent un tabagisme actif avec une conséquence de décès de 13 000 personnes chaque année. (Institut national de santé publique [INSPQ], 2019).

Le tabagisme est une maladie chronique (AHRQ, 2008; GOLD, 2019), avec des conséquences néfastes sur la morbidité, et la mortalité (OMS,2019); il représente un facteur de risque de nombreuses maladies dont le cancer du poumon, les maladies cardiovasculaires et pulmonaires (Statistique Canada, 2018;(Cahill, Stevens, Perera, & Lancaster, 2013). L'usage du tabac est la principale cause de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'une des principales causes de décès des patients aux prises avec cette maladie (Huang, Mu, Deng, Fu, Pu, Tang & Kong, 2019). L'impact du tabac au Québec est majeur, qui se manifeste par une augmentation de l'utilisation des services de santé avec des coûts directs de plus d'un milliard de dollars annuellement (MSSS, 2015).

Le DSM-V définit le trouble d'utilisation du tabac comme un schéma problématique entraînant une détresse cliniquement significative, avec au moins deux symptômes (ex. une envie forte de fumer et l'usage récurrent du tabac) survenant au cours d'une période de 12 mois (American

Psychiatric Association 2013, cité dans Allenby, Boylan, Lerman et Falcone. 2016, p.2). Le tabac contient plus de 7 000 produits chimiques toxiques et au moins 69 sont cancérigènes (*Registered Nurses' Association of Ontario*, [RNAO], 2017). La dépendance à la nicotine, la principale composante qui engendre la dépendance au tabac, est une problématique chronique et récurrente (Fiore et al. 2008 cités dans Allenby, Boylan, Lerman et Falcone. 2016, p.2). Comprendre la pharmacologie clinique de la nicotine permet d'améliorer le traitement de la dépendance au tabac. En effet, la nicotine agit sur les récepteurs cholinergiques nicotiques du cerveau pour libérer la dopamine et d'autres neurotransmetteurs qui entretiennent la dépendance. Lorsqu'une personne cesse de fumer, des symptômes de sevrage peuvent survenir tels que l'anxiété et les maux de tête qui nuisent aux efforts de la personne d'arrêter de fumer (Benowitz, 2008). Une pharmacothérapie ciblée pour contrer les symptômes de sevrages liés à la dépendance à la nicotine est donc considérée comme un mode de traitement efficace (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2006). De plus quand le counseling est associé avec la pharmacothérapie, les chances de cessation tabagiques sont doublées (OIIQ, 2006 ; Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment [CAN-ADAPTT], 2008). En effet selon (Stead, Koilpillai, Fanshawe, & Lancaster, 2016), la combinaison d'un soutien comportemental tel que le counseling avec la thérapie de remplacement de nicotine augmente de 70% à 100% les chances d'arrêter de fumer par rapport à un simple soutien ou conseil. Par conséquent, les lignes directrices internationales sur la cessation tabagique recommandent la pharmacothérapie, dont la thérapie de remplacement de nicotine, avec un counseling psychologique, afin d'augmenter significativement les taux de cessation tabagique à long terme. (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* [Gold], 2019).

Au Québec les infirmières ont un rôle important dans le soutien des patients qui désirent cesser de fumer, y compris la prescription des médicaments. L'ordre des infirmiers et infirmières du Québec a publié des directives cliniques à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) afin d'encadrer la pratique clinique en cessation tabagique. Ces directives servent comme référence pour les infirmières autorisées à prescrire. (OIIQ et CMQ, 2015). Le droit de prescrire permet aux infirmières de répondre aux besoins des patients plus efficacement par la diminution des délais d'accès aux soins (OIIQ et CMQ, 2015). Malgré le fait que les infirmières au Québec ont le droit de prescrire, les statistiques de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) démontrent que très peu d'infirmières exercent ce droit (CMQ, 2016). Cela est dû en partie au fait que le déploiement de la prescription infirmière dans les milieux cliniques est en dessous des attentes (l'OIIQ, 2017).

Plusieurs facteurs expliqueraient le non-déploiement de la prescription infirmière notamment un manque d'information sur le rôle de l'infirmière prescriptrice par les professionnels de la santé, la crainte de tension avec les médecins, et l'implantation inefficace du rôle de l'infirmière prescriptrice dans les milieux (Borgès Da Silva et al, 2018). Les auteurs mentionnent d'autres freins notamment les coûts liés à la formation obligatoire pour l'obtention de l'attestation de prescriptrice offerte en ligne par l'OIIQ, le faible soutien des milieux et des gestionnaires, le recours aux ordonnances collectives, la charge de travail, et la non-disponibilité des outils et formation en soutien au déploiement de la prescription infirmière. D'ailleurs, même parmi les infirmières qui possèdent une attestation de prescription, elles prescrivent peu. Selon les résultats de l'enquête de (Borgès Da Silva et al, 2018) pour certaines infirmières, la formation sur la prescription infirmière, offerte en ligne par l'OIIQ, fournissait des renseignements inadéquats, et ainsi elles auraient préféré avoir des outils et des méthodes pour rédiger adéquatement une prescription. De plus, même les

infirmières qui n'ont pas reçu la formation accordent beaucoup d'importance à l'accessibilité des outils afin d'optimiser le déploiement de la prescription infirmière. Les recherches suggèrent donc que deux types de soutien sont importants pour favoriser la prescription infirmière dans les milieux, le soutien organisationnel et le soutien clinique.

Le soutien clinique porte notamment sur les outils et aide-mémoires pour les évaluations et les fiches de références pour les traitements et médicaments afin de soutenir les infirmières dans la réalisation de leur prescription. (Borgès Da Silva, Brault, Dubois, Motulsky et Prud'homme, 2017). L'association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC, 2015) recommande à tous les milieux d'utiliser des outils d'aide à la décision clinique basés sur des données probantes et approuvés par des infirmières autorisées prescriptrices et d'autres professionnels de la santé (AIIC, 2015, p.27). Le groupe d'expert de l'ARNO, (2017) qui a élaboré des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de l'arrêt tabagique, recommande l'utilisation du « Test de Fagerstrôm pour la dépendance à la nicotine » comme le meilleur outil à utiliser (RNAO,2017). Il permet d'identifier selon le score total obtenu le niveau de dépendance à la nicotine. L'évaluation de la dépendance à la nicotine permet de déterminer si une prescription infirmière est nécessaire et de cibler une prescription appropriée pour bien pallier les symptômes de sevrages (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2006).

L'objectif du présent projet de stage était l'implantation de l'outil « Test de Fagerstrôm pour la dépendance à la nicotine » afin de favoriser la prescription infirmière au service régional des soins à domicile pour maladies pulmonaires chroniques (SRSAD). Le SRSAD est un service spécialisé qui offre des soins à domicile à des adultes vivants avec des maladies pulmonaires chroniques (MPC) sévères qui demeurent sur le territoire de Montréal. Une grande majorité des patients desservie par ce service est très vulnérable, et bénéficierait considérablement d'un soutien

pour arrêt tabagique. Entre autres, plusieurs patients vivants avec la MPOC nécessitent l'oxygénothérapie, cependant étant fumeurs, ils ne peuvent recevoir ce traitement ce qui entraîne des répercussions sur leur santé. Parmi les infirmières détenant une attestation de prescription au SRSAD, un faible nombre exerçait ce droit. L'équipe de gestion du SRSAD a donc jugé que l'implantation de l'outil « Test de Fagerstrôm » permettrait aux infirmières d'être mieux outillées et ainsi améliorerait le taux de prescription et réduirait les délais d'accès aux soins. L'implantation de l'outil « Test de Fagerstrôm pour la dépendance à la nicotine » au SRSAD s'inscrivait aussi directement dans le mandat du SRSAD. Ce projet de stage était novateur du fait qu'il a impliqué une des premières implantations de l'outil « Test de Fagerstrôm pour la dépendance à la nicotine » à des fins de promotion de la prescription infirmière en cessation tabagique au Québec.

1.1 But du stage

Le but du stage était d'implanter l'outil « Test de Fagerstrôm pour la dépendance à la nicotine » au SRSAD afin de favoriser la prescription infirmière.

1.2 Objectifs de stage

1. Faire connaître davantage les bénéfices de la prescription infirmière afin d'encourager les infirmières cliniciennes qui n'avaient pas leur attestation, de l'obtenir.
2. Identifier les facilitateurs et les barrières à la prescription infirmière pour la cessation tabagique au SRSAD selon la perspective des infirmières cliniciennes et des infirmières gestionnaires.
3. Implanter un outil afin de favoriser la prescription infirmière pour la cessation tabagique.

1.3 Les objectifs d'apprentissage de l'étudiante

1. Comprendre les perspectives des infirmières cliniciennes, des infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat et des infirmières cliniciennes gestionnaires à l'égard de la prescription infirmière pour la cessation tabagique et de l'implantation de l'outil « Test de Fagerstrôm pour la dépendance à la nicotine ».
2. Approfondir les connaissances sur l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique en lien avec la cessation tabagique en procédant à l'implantation de l'outil « Test de Fagerstrôm pour la dépendance à la nicotine » au (SRSAD).
3. Développer les habiletés d'intervention en considérant le modèle de « *Knowledge to action* » de (Graham, Logan, Margaret, Harrison, Straus, Tetroe, Caswell, Robinson, 2006) par le biais de la planification et l'exécution des activités du stage.
4. Développer le rôle de conseillère-cadre en services infirmiers afin de mieux appuyer les infirmières dans la prestation de soins dans les milieux qui offrent des soins pour la cessation tabagique.

Chapitre2 : Recension des écrits

2.1 Stratégie de recherche

La recherche documentaire a été réalisée dans *CINAHL*, *EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews* de 2005 à juillet 2019, *PubMed*, le moteur de recherche *google scholar*, et *google*. Les mots clés utilisés étaient : *nurse prescribing*, *COPD*, *tobacco*, *impact*, *nicotine replacement therapy*, *tools*, *guidelines*, *smoking cessation*. La revue de la littérature comprend des

articles qui portent sur le tabagisme et la maladie pulmonaire obstructive chronique, les thérapies de remplacement de nicotine, la prescription infirmière, et les outils et aide-mémoires à la décision clinique.

2.2 L'impact du tabagisme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Le tabagisme est la principale cause de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'une des principales causes de décès des patients aux prises avec cette maladie (Huang, Mu, Deng, Fu, Pu, Tang & Kong, 2019). La MPOC comprend deux pathologies, la bronchite chronique et l'emphysème, qui peuvent être présents simultanément ou séparément chez la même personne. Selon l'Association pulmonaire du Québec (2017), au Québec, 200 000 personnes sont aux prises avec un diagnostic de MPOC. Le Québec est aussi une des provinces où le taux de mortalité attribuable à la MPOC est le plus élevé (Association pulmonaire du Québec, 2017). Les fumeurs vivant avec la MPOC ont des particularités qui peuvent entraver la cessation tabagique, telle qu'un niveau plus élevé de dépendance à la nicotine et donc des symptômes de sevrages qui sont plus sévères. Cela entraîne une faible motivation et perception de l'efficacité personnelle (Sales, Araújo, Chatkin, Godoy, Pereira, Castellano, ... Silva, 2019 ; Arancibia, 2017). Il semble clair que lorsque l'intensité du counseling est modérée, l'efficacité de ce dernier chez ce groupe de fumeurs est très limitée, voire inexistant. Alors que la combinaison d'un counseling avec un traitement pharmacologique est plus efficace.(Jimenez Ruiz et al., 2017).

2.3 Les interventions pharmacologiques et la cessation tabagique

Les lignes directrices pour la cessation tabagique recommandent la pharmacothérapie pour la cessation tabagique dont la thérapie de remplacement de nicotine qui augmente significativement les taux de cessation tabagique à long terme (Gold, 2019). La cessation tabagique est la seule intervention factuelle qui ralentit le déclin accéléré de la fonction pulmonaire chez les personnes vivant avec la MPOC. À ce jour, il n'existe pas de médicaments pouvant traiter et empêcher la détérioration à long terme de la fonction pulmonaire chez ces patients (Gold, 2015, cité dans van Eerd, van der Meer, van Schayck, & Kotz, 2016, p.5). Van Eerd, van der Meer, van Schayck, & Kotz, (2016) ont réalisé une revue systématique pour évaluer l'efficacité des interventions pharmacologiques et comportementales auprès des fumeurs vivants avec la MPOC. Les chercheurs ont inclus 16 études portant sur 13 123 participants. Les chercheurs ont recensé des résultats issus de la recherche montrant l'efficacité de la thérapie de remplacement de nicotine combinée au traitement comportemental de haute intensité comparé au placebo (van Eerd, van der Meer, van Schayck, & Kotz, 2016). Des résultats semblables ont aussi été démontrés par Stead, Koilpillai, Fanshawe et Lancaster, 2016). Selon leur revue systématique, la combinaison d'un soutien comportemental tel que le counseling avec la thérapie de remplacement de nicotine augmente de 70% à 100% les chances d'arrêter de fumer par rapport à un simple soutien ou conseil. En effet ces chercheurs avaient pour objectif de déterminer l'efficacité des interventions de cessation tabagique pour les patients hospitalisés dont des patients vivants avec la MPOC qui étaient des fumeurs actifs ou avec une cessation tabagique récente à risque de faire une rechute tabagique. Les études portant sur la combinaison d'un traitement de remplacement de nicotine (TRN) avec une intervention de counseling intensive ont démontré une augmentation de cessation tabagique par rapport au counseling intensif seul. La conclusion des chercheurs était que la TRN avec une intervention intensive de counseling devrait être systématiquement offerte aux patients. (Stead, Koilpillai, Fanshawe et Lancaster, 2016).

(Hartmann-Boyce, Chepkin, Ye, Bullen, & Lancaster, 2018) ont réalisé une revue systématique dans le registre des essais *Cochrane Tobacco Addiction* qui avait pour objectif de déterminer l'efficacité et l'innocuité de toutes les formes de TRN sur le sevrage tabagique à long terme par rapport au placebo ou aux interventions sans TRN. Les chercheurs ont inclus 136 études sur les TRN avec 64 640 personnes dans l'analyse principale, chez des personnes qui voulaient arrêter de fumer. La plupart des études ont été menées chez des adultes incluant des patients avec MPOC. Les résultats des études ont démontré que toutes les formes de TRN autorisées (gomme, timbre transdermique, aérosol nasal, inhalateur et comprimés / pastilles sublinguaux) peuvent aider les personnes à arrêter de fumer. Les TRN augmentent le taux de cessation tabagique de 50% à 60%, peu importe le contexte. Ils rajoutent que les TRN ont peu d'effets secondaires, seulement une légère irritation sur le site d'administration, et dans de rares cas, peuvent provoquer des douleurs à la poitrine non ischémiques et des palpitations. Cependant il n'existe aucune preuve de problèmes cardiaques graves, même chez les personnes présentant une maladie cardiaque.

2.4 Arguments soutenant l'utilisation de la prescription infirmière

(Gielen, Dekker, Francke, Mistiaen, & Kroezen, 2014) ont réalisé une revue systématique sur les effets de la prescription infirmière par rapport à celle faite par un médecin. Les résultats de la revue systématique précisent que les infirmières prescrivent de manière comparable aux médecins (c.à.d. les taux de prescriptions sont semblables et les types et doses de médicaments prescrits sont comparables). Il n'y avait peu de différences pour les résultats de la santé des patients. De plus les patients percevaient que les soins étaient similaires ou supérieurs et ils étaient autant satisfaits ou plus, par les soins des infirmières comparativement aux soins des médecins (Gielen et al., 2014).

(Creedon, Byrne, Kennedy, & McCarthy, 2015) ont réalisé une revue systématique narrative dans le but d'identifier les déterminants liés à la prescription infirmière et à son impact sur l'organisation, les patients et les professionnels de la santé. Sur les 443 études répertoriées, 37 études répondaient aux critères d'inclusion. Les résultats des études concluent que la prescription infirmière a de nombreux avantages. Elle permet aux infirmières de mieux utiliser leurs compétences, d'être reconnues comme une profession (Latter et al., 2012), d'accroître leur développement professionnel (Cashin, Buckley, Newman, & Dunn, 2009), d'augmenter leur efficacité et leur autonomie (Earle, Taylor, Peet, & Grant, 2011), d'être plus sensibilisées aux besoins des patients, et d'utiliser les compétences de pratique avancées (Creedon, Byrne, Kennedy, McCarthy, 2015). De plus, les autres professionnels de la santé considèrent la prescription infirmière comme un ajout important aux rôles et responsabilités existantes des infirmières, et une étape positive favorisant la sécurité des patients (Carey, Stenner, & Courtenay, 2014; Cashin et al., 2009; Earle et al., 2011; Latter et al., 2012). La prescription infirmière est aussi associée à la satisfaction des patients, à une confiance accrue par les patients envers les infirmières, à la continuité des soins, à la promotion de la santé, à une approche plus holistique, à plus d'accessibilité aux soins, et à une amélioration quant à la sécurité des soins (Courtenay, Carey, Stenner, Lawton, & Peters, 2011). Du point de vue organisationnel, les résultats des études concluent que la prescription infirmière améliore la qualité des soins et contribue à la réduction des coûts pour le système de santé.

La recherche mentionne aussi plusieurs déterminants liés à la prescription infirmière expliquant pourquoi les infirmières ne prescrivent pas, notamment le manque de soutien organisationnel pour le rôle de l'infirmière prescriptrice (Green, Westwood, Smith, Peniston-Bird, & Holloway, 2009) et l'absence de soutien financier pour des formations spécifiques (Earle et al.,

2011). D'autres déterminants de la prescription infirmière sont mentionnés par les chercheurs notamment la préoccupation des infirmières par la prise de décision clinique appropriée (Latter et al., 2012), la sécurité des patients (Naughton et al., 2013) et la charge de travail (Creedon, Byrne, Kennedy, McCarthy, 2015). Une majorité d'études fait référence à des problèmes de la prescription infirmière dans la pratique, en effet les infirmières craignent de prendre des décisions erronées si elles ne pouvaient pas se souvenir de la théorie apprise pendant la formation de la prescription infirmière (Weglicki, Reynolds, & Rivers, 2015). Les résultats des études soulignent l'importance de la formation continue (Weglicki et al., 2015), qui peut apporter de nombreux bénéfices dont la consolidation de l'apprentissage, l'acquisition de nouvelles compétences, la possibilité de partage avec des collègues (Green et al, 2009) et surtout, la réduction de l'anxiété (Weglicki et al., 2015). De plus les infirmières indiquent avoir une préférence pour des formations en pharmacologie spécifiques à leur spécialité quoique d'autres études indiquent que l'actualisation des compétences en matière d'évaluation et de diagnostic est aussi une de leurs priorités (Creedon et al., 2015). Dans, ce sens (Borgès Da Silva, Brault, Dubois, Motulsky et Prud'homme, 2017) stipule que le soutien clinique accompagné d'outils d'évaluations permet de soutenir les infirmières dans la réalisation de leur prescription. L'outil « Test de Fagerstrôm pour la dépendance à la nicotine » est l'outil recommandé par le groupe d'expert (RNAO, 2017) et est reconnu comme le meilleur outil à utiliser pour permettre aux infirmières d'effectuer des évaluations et des diagnostics liés à la cessation tabagique. L'implantation de cet outil pourrait donc diminuer l'anxiété des infirmières et les aider dans leur décision clinique de prescrire la TRN.

2.5 Arguments soutenant l'utilisation du « Test de Fagerstrôm pour la dépendance à la nicotine »

Pour élaborer les lignes directrices sur les interventions en cessation tabagique, le RNAO, (2017) a procédé à une évaluation critique de six lignes directrices internationales y compris les suivantes : le CAN-ADAPTT (2011), *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2013), *New Zealand Ministry of Health*. (2007), *Northern Territory Government Department of Health and Families* (2010), *Royal Australian College of General Practitioners* (2011), et *U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service* (2008). De plus ces chercheurs ont réalisé une revue systématique afin d'identifier les pratiques exemplaires. À la suite de cette évaluation critique, le groupe (RNAO,2017) a émis plusieurs recommandations en lien avec les interventions en cessation tabagique, dont l'utilisation du « Test de Fagerström pour la dépendance à la nicotine », un outil qui détermine le degré de dépendance à la nicotine (RNAO,2017). Voir **Annexe 1**. Connaître le niveau de dépendance à la nicotine est l'étape la plus importante pour orienter le traitement(Sales et al., 2019). Premièrement, l'évaluation de la dépendance à la nicotine permet de déterminer si une prescription infirmière est nécessaire. Deuxièmement, si une pharmacothérapie est requise, l'évaluation permet de cibler une prescription appropriée pour bien pallier les symptômes de sevrages (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2006). Le « Test de Fagerström pour la dépendance à la nicotine » est un outil d'évaluation simple à utiliser, composé de six questions dont chacune est attribuée un score avec un total qui varie entre 0 et 10. Il permet d'identifier selon le score total obtenu le niveau de dépendance à la nicotine : un score inférieur à quatre correspond à un faible niveau de dépendance qui ne nécessite pas une prescription de nicotine ; un score entre quatre et six correspond à une dépendance modérée où le patient devrait débuter avec une patch de 14 mg ou de gomme à 2 mg avec un programme d'abandon du tabac ; et un score de sept à dix correspond à une forte dépendance à la nicotine où le patient devrait débuter une patch de 21 mg ou une gomme de 4 mg (Fagerström test for nicotine dépendance, RNAO, 2017).

2.6 Le cadre de référence

Le cadre de référence « *Knowledge to action* » (KTA) de Graham, Logan, Harrison, Straus, Tetroe, Caswell, Robinson, (2006) ; Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, Bhattacharyya, Shepperd, (2010) a pour objectif de combler l'écart entre la recherche et la pratique dans le but d'améliorer les résultats du système de santé (**Figure 1** en annexe). Il est conçu pour faciliter l'implantation des lignes directrices. L'implantation des lignes directrices permet de modifier les pratiques des individus, des équipes et des gestionnaires (RNAO, 2012). Le KTA présente une vision large des parties prenantes, et inclut les patients, les décideurs et les professionnels de la santé. Le processus du KTA est complexe et dynamique et il est composé de deux processus: la création des connaissances et le cycle de l'action. Chaque processus est unique, cependant les phases du cycle s'enrichissent l'une et l'autre (Graham et al., 2006). La **création des connaissances** est le processus utilisé dans l'élaboration de lignes directrices fondées sur des données probantes. Les données probantes sont synthétisées sous forme d'outils et de produits de connaissance. Le but de ces produits est de répondre aux besoins des parties prenantes et de faciliter l'application des connaissances (Graham, et al 2006; RNAO, 2012). En ce qui concerne le stage, la création des connaissances a été faite par le groupe d'expert de (l'ARNO, 2017) qui recommande l'utilisation du « Test de Fagerström pour la dépendance à la nicotine » comme le meilleur outil à utiliser sur le soutien pour l'arrêt tabagique, suite à l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Durant le stage l'étudiante a promu l'implantation du « Test de Fagerström pour la dépendance à la nicotine » en considérant les phases du cycle de l'action.

Le **cycle de l'action** représente les activités nécessaires à l'application des connaissances. Il est composé de sept phases (Graham et al., 2006). **La première phase** est l'identification du problème qui mérite la recherche de connaissance pouvant solutionner le problème (ex. un

changement de pratique). **La deuxième phase** consiste à l'adaptation des connaissances au contexte local pour favoriser le transfert de connaissance. **La troisième phase** est l'évaluation des obstacles par les agents de changement afin d'atténuer les barrières qui entravent l'utilisation des connaissances. **La quatrième phase** consiste à adapter et planifier des stratégies afin de surmonter les barrières identifiées. **La cinquième phase** comprend la vigie et l'utilisation des connaissances pour déterminer si les interventions ont été suffisantes pour apporter le changement souhaité ou si d'autres interventions sont nécessaires. **La sixième phase** est l'évaluation des résultats généralement avec des audits, des enquêtes, des entrevues et des observations. Le maintien de l'utilisation des connaissances est **la septième phase**. Ce stage se situait dans les phases deux, trois et quatre du cycle de l'action mais ce fut un processus itératif. Tout au long du stage des entrevues formelles et informelles, ont été réalisées afin d'identifier les facilitateurs et les barrières à la prescription infirmière pour la cessation tabagique et à l'utilisation du « Test de Fagerström pour la dépendance à la nicotine ». Des ajustements ont été effectués afin d'adapter « la connaissance » au milieu et pour favoriser l'implantation du « Test de Fagerström pour la dépendance à la nicotine » et l'étudiante, en collaboration avec les infirmières et gestionnaires du SRSAD, a implanté l'outil.

Chapitre3 : Déroulement du stage

3.1 Milieu de stage

Le stage a été réalisé, comme mentionné précédemment, au service régional des soins à domicile pour malades pulmonaires de Maisonneuve Rosemont, affilié au CIUSS de l'est de Montréal. L'infirmière gestionnaire du SRSAD, Mme Susan Paquin, était en faveur de l'implantation d'un outil pour favoriser la prescription infirmière dû au fait que peu de prescriptions se faisaient par les infirmières. En plus les patients vivants avec la MPOC représentent la population qui est desservie par le SRSAD, une des populations les plus vulnérables qui peuvent en bénéficier le plus d'une intervention pour cesser le tabac. Le SRSAD est aussi le milieu de travail de l'étudiante et le stage était une opportunité pour l'étudiante de s'impliquer davantage dans son milieu professionnel. À long terme elle va pouvoir s'assurer de la pérennité de l'intervention en continuant à promouvoir l'implantation de l'outil et la prescription infirmière. Afin d'éviter des conflits d'intérêts, l'étudiante était en congé pour études durant le stage et elle a eu un rôle uniquement de stagiaire. En effet, au début du stage l'étudiante a clarifié son rôle de stagiaire auprès de ses collègues de travail et leur a expliqué que ce projet allait lui permettre de réaliser ses objectifs d'apprentissage notamment, de comprendre les perspectives du personnel à l'égard de la prescription infirmière et de l'implantation de l'outil « Test de Fagerstrôm », et d'approfondir ses connaissances sur l'utilisation de cet outil. Pour les visites à domicile, l'étudiante a seulement accompagné les infirmières intéressées par le projet et qui se sont portées volontaires à être accompagnée. L'étudiante n'a pas évalué les soins ou les interventions effectués par les infirmières, elle a uniquement observé et partagé avec elles les résultats de stage d'une façon générale. De plus l'étudiante, n'a pas fait de visite à domicile chez les patients qu'elle avait en

charge avant son congé pour études. La supervision de l'étudiante a été réalisée par une conseillère-cadre qui n'avait aucun lien d'autorité sur l'étudiante.

3.2 Activités et tâches effectuées au stage

Durant le déroulement du stage, l'étudiante a participé à différentes activités incluant des entrevues et des visites avec les infirmières cliniciennes à domicile. L'organisation des rencontres s'est réalisée en collaboration avec l'infirmière clinicienne gestionnaire Mme Susan Paquin et la conseillère cadre Mme Laurence MacBeth. Les rencontres ont eu lieu avec l'infirmière clinicienne gestionnaire, les inhalothérapeutes, les thérapeutes en réadaptation pulmonaire, les travailleurs sociaux, la coordonnatrice du comité patient partenaire, les conseillères-cadres, et la conseillère-cadre de qualité. Une liste détaillée de toutes les activités réalisées est fournie dans le (Tableau 1 en annexe). Un résumé des activités clés est présenté ci-dessous.

3.3 Rencontre avec la conseillère clinique en prévention et soutien à l'arrêt tabagique

Au début du stage l'étudiante a eu une rencontre téléphonique avec la conseillère clinique en prévention et soutien à la cessation tabagique, Mme Brigitte Fortier. Le but de la rencontre était pour informer l'étudiante sur les interventions récentes en cessation tabagique offerte au CIUSSS de l'Est -de -l'Ile – de Montréal (CIUSSS-EMTL). Mme Fortier a informé l'étudiante sur les diverses activités en lien avec la politique organisationnelle de santé pour un environnement sans fumée, dont des formations et des activités de soutien pour les infirmières; notamment, les formations : <<s'outiller pour faciliter l'intervention brève à l'égard du tabac et vidéo formative

>> et <<l'intervention brève 3D à l'égard du tabagisme >>. Dans l'ensemble, ces activités ont pour objectif de faire connaître les enjeux de la dépendance au tabac, les symptômes de sevrage, les aides pharmacologiques et les ressources d'aide, et de développer des stratégies d'interventions adaptées aux usagers fumeurs en intégrant l'approche motivationnelle. Cette rencontre a permis à l'étudiante de mieux situer son projet dans les activités existantes qui est en lien direct avec la politique organisationnelle de santé pour un environnement sans fumée.

De plus, Mme Fortier a partagé ses expériences et quelques conseils sur son approche pour soutenir les infirmières afin de les aider à développer leurs compétences professionnelles. Cela a permis à l'étudiante de faire un lien avec les principes de l'entretien motivationnel (EM) et de les appliquer auprès des infirmières lors de l'implantation de l'outil de Fagerström. L'approche de l'EM <<**Demander, Fournir, Demander**>> (**DFD**), préconisé par (Miller et Rollnick 2013 ; Arbuckle & al, 2020), est <<une séquence visant l'échange d'information qui valorise l'expertise et l'autonomie de la personne >> (Miller et Rollnick 2013, p.159). C'est aussi un processus circulaire accompagné de question ouverte et d'écoute réflexive, qui permet de faire émerger les perceptions de la personne, provoquant ainsi le discours de changement (Arbuckle & al, 2020). Il y a trois étapes : <<**Demander**>> afin de cibler le besoin d'information de la personne, qui peut être différent de l'information que l'intervenant veut offrir ; <<**Fournir**>>, qui consiste à donner de l'information selon les besoins exprimés afin d'aider la personne à aboutir à son rythme, à ses propres conclusions et motivation au changement; et <<**Demander**>>, qui consiste à poser des questions ouvertes, à refléter les réactions perçues, et à valider la compréhension de la personne.

3.4. Présentation du projet aux infirmières et gestionnaires du SRSAD

Au début du stage l'étudiante a donné une présentation, c'était une occasion pour l'étudiante de se présenter et d'exposer le projet. Vingt-deux infirmières et deux gestionnaires du SRSAD ont participé. L'étudiante a expliqué les objectifs et les étapes du déroulement du projet, et a donné des informations générales sur ses objectifs d'apprentissages. Ce fut un moment pour échanger avec le personnel et l'étudiante a focalisé sur l'importance de la collaboration et l'approche participative dans son projet. Elle a expliqué que le projet d'implantation du test de Fagerström ne pourrait pas être réalisé sans la participation des infirmières et gestionnaires du SRSAD. (Arbuckle et al. 2020).

Par la suite, pour introduire le sujet et stimuler l'intérêt pour le projet, l'étudiante a donné une présentation sur l'impact du tabagisme sur les patients vivants avec la maladie pulmonaire, l'efficacité de la TRN, le rôle de l'infirmière prescriptrice et le test de Fagerström. L'étudiante a expliqué l'utilité de l'outil pour déterminer le niveau de dépendance au tabac et pour spécifier la prescription de la TRN selon le niveau de dépendance à la nicotine. Par la suite, l'étudiante a introduit les principes de l'entretien motivationnel et a expliqué comment ceci peut potentialiser l'effet des traitements (Miller & Rollnick 2013). Dans ce contexte l'étudiante a offert quelques conseils sur comment utiliser l'EM conjointement avec l'outil pour susciter le discours de changement et augmenter la motivation au changement chez le patient (basé sur le modèle de Prochaska & Diclemente qui démontre que le changement est un processus de cinq étapes qui débute avec la précontemplation, et avance progressivement vers l'action et l'entretien) (Miller & Rollnick, 2013). Cette présentation a servi pour préparer le terrain pour les visites à domicile et susciter la participation volontaire des infirmières au projet. C'était aussi une occasion de solliciter des commentaires des infirmières et de connaître un peu leurs perspectives sur la prescription

infirmière. Également, à la suite de cette présentation, dans un but de promouvoir la prescription plus largement, les gestionnaires ont aussi demandé à l'étudiante de présenter le projet aux thérapeutes en réadaptation pulmonaire, aux travailleurs sociaux et aux inhalothérapeutes ces derniers étaient en plein processus de formation pour devenir des prescripteurs de TRN.

3.5 Les visites à domicile

Les visites à domicile étaient à la phase de l'implantation de l'outil et c'était une opportunité pour l'étudiante de développer ses habiletés d'intervention et aussi son rôle comme conseillère. Au total 15 visites ont eu lieu. Avant de faire les visites, l'étudiante avait rendu tous les outils disponibles aux infirmières. En effet, l'étudiante en collaboration avec la conseillère cadre en soins infirmiers, a téléchargé la version française du test de Fagerström du site web de l'Association du cancer du Canada et l'a formaté et adapté. Ainsi, elle a ajouté le logo du CIUSS de l'est de Montréal, une partie détaillant la prescription de la TRN et la référence du (RNAO, 2017). La conseillère cadre en soins infirmiers Mme Mac Beth a aussi rajouté un écrit sur le formulaire pour attirer l'attention des infirmières cliniciennes sur l'importance de considérer le jugement clinique lors de l'interprétation du résultat du test de Fagerström. Par la suite l'étudiante a remis des copies papier de la version française (**annexe 2**) aux infirmières participantes au projet; la version anglaise du test avait été remise par l'étudiante à toutes les infirmières du SRSAD lors de sa présentation du projet. Afin de rendre l'outil plus largement accessible, une copie électronique a aussi été envoyée par courriel aux inhalothérapeutes pour qu'il soit imprimé.

L'étudiante avait aussi remis aux infirmières participantes des copies du questionnaire sur le stade de changement (**annexe 3**) qui est préconisé par l' (OIIQ, 2006 p.35) pour évaluer le stade de changement de comportement dans le processus du counseling en abandon du tabac. Selon

l'infirmière clinicienne assistante, cet outil n'était pas utilisé par les infirmières. Lors des premières visites, à la demande des infirmières et pour faciliter le processus de l'implantation de l'outil, l'étudiante a revu le questionnaire ensemble avec chacune des infirmières et a expliqué comment ceci permet d'identifier la disposition du patient au changement et d'adapter son intervention en conséquence. À noter, pour assurer l'accessibilité plus large de ce questionnaire, une copie de ce dernier a aussi été envoyée par courriel aux inhalothérapeutes pour qu'il soit imprimé.

Avant chaque visite, l'étudiante a demandé à l'infirmière participante si elle avait des questions sur les outils et si toute information fournie répondait adéquatement à ses besoins. Durant les visites l'étudiante a procédé à l'observation, et au soutien des infirmières dans le processus de l'implantation du test de Fagerström. À la fin de chaque visite, l'étudiante a effectué une entrevue informelle d'une durée allant de 20 min à 30 min avec l'infirmière dont l'objectif était de comprendre la perception de l'infirmière à l'égard des barrières et facilitateurs de l'implantation de l'outil et la prescription infirmière. L'étudiante est restée à l'écoute et a utilisé des questions ouvertes, le reflet et le résumé afin de les soutenir et de les encourager à continuer d'utiliser les outils (Miller & Rollnick, 2013).

3.6 Les résultats du stage

3.6.1. Faire connaître davantage les bénéfices de la prescription infirmière

Premièrement, il y a eu une bonne et active participation des infirmières lors de la présentation d'introduction du projet qui démontre que les infirmières ont développé un plus grand intérêt à l'utilisation de l'outil et de la prescription infirmière. Plusieurs ont posé des questions sur l'utilisation de l'outil tel que « est-il possible d'utiliser l'outil chez un patient au stade de

précontemplation ?>>, << est-il possible de l'utiliser chez un patient avec une cessation tabagique récente, a risque de rechute ? >>. De plus, 6 infirmières se sont proposées volontairement à être accompagnée par l'étudiante lors de leurs visites à domicile. Deuxièmement, à la fin de chaque visite à domicile l'étudiante a questionné les infirmières directement sur leurs perceptions à l'égard de la prescription infirmière << que pensez-vous du test Fagerstrôm et la prescription infirmière ? >> ; certaines ont avoué qu'elles ne savaient pas qu'elles pouvaient prescrire la TRN et presque toutes ont démontré l'intérêt à obtenir leur attestation de prescription. Ceci a mené à des discussions plus approfondies sur la prescription infirmière y compris les avantages et la procédure pour obtenir l'attestation. De plus, l'étudiante a pu référer quelques infirmières au site web de l'OIIQ où se trouvent les informations sur la procédure.

3.6.2- Identifier les facilitateurs et les barrières à la prescription infirmière

Au cours de diverses activités du stage, l'étudiante a pu identifier une gamme de différents facilitateurs et barrières. Concernant les barrières, quelques-unes sont au niveau des infirmières. Premièrement, certaines infirmières ne voient pas la prescription de TRN dans le cadre de leurs fonctions à domicile. Quelques infirmières ont expliqué que selon leurs perspectives, le mandat principal du SRSAD est le suivi clinique des patients vivants avec la MPOC et non le suivi pour l'arrêt tabagique. De plus, elles ont précisé qu'elles croient que c'est préférable de débiter la prescription de la TRN durant l'hospitalisation de ces patients, vu qu'ils ne peuvent plus fumer et donc sont sujets aux signes de sevrages à la nicotine.

Certaines infirmières ont aussi mentionné que la charge de travail est une barrière, notamment le nombre de patients (en moyenne 80 à 100 patients par infirmière) dont il faut faire un suivi clinique. Les infirmières préfèrent référer les patients au centre d'arrêt tabagique et prioriser les nouvelles admissions et le suivi clinique des patients avec MPOC qui sont majoritairement instables sur le plan cardio-pulmonaire. D'autres infirmières ont mentionné que le rôle de l'infirmière prescriptrice est peu connu par d'autres professionnels de la santé ce qui affecte la confiance des infirmières à assumer ce rôle. Finalement, la procédure pour l'obtention de la prescription infirmière semble ne pas être très connue par certaines infirmières cliniciennes.

Les barrières existent aussi au niveau des patients. Tout d'abord, certains patients rencontrés durant les visites ont mentionné une contrainte financière qui les empêche de prendre la TRN. En effet la TRN est remboursée une fois par année par la RAMQ, et selon les patients ceci n'est pas suffisant. Dû à ces circonstances, les infirmières décident donc à ne pas prescrire. De plus, certains patients ne voient pas les bénéfices et ont vécu de mauvaises expériences avec la TRN. Par exemple, un patient a mentionné que la gomme de nicotine n'était pas efficace, et un autre patient a indiqué que les timbres de nicotine lui occasionnaient des cauchemars. Après des discussions plus approfondies avec ces patients, c'était clair que ces problèmes étaient dus au fait que la TRN n'a pas été bien utilisée.

Le stade de changement du patient doit être également pris en considération. Par exemple, une patiente était en pré-contemplation et ne discernait aucun avantage à cesser de fumer, ni à en discuter. Elle n'était pas du tout disposée au changement, elle a mentionné que la cigarette était son amie et ne voyait aucun désavantage à fumer. Évidemment, ces situations rendaient la prescription de TRN par l'infirmière très difficile.

Enfin, une autre barrière est le contexte dans lequel le patient vit. Lorsque les patients vivent dans un environnement non favorable pour l'arrêt tabagique, les infirmières hésitent à encourager leurs patients à initier des traitements pour cesser de fumer. Par exemple, lors des visites, il y avait un patient qui a déclaré qu'il pouvait rester des journées sans fumer, cependant il fumait lorsque son beau-frère et sa conjointe étaient autour de lui, ce qui l'empêchait d'arrêter de fumer.

L'étudiante a identifié quelques facilitateurs, notamment l'utilisation du test de Fagerström. Durant les visites, plusieurs patients ont verbalisé une satisfaction et ont démontré une évolution dans leur discours après avoir complété le test de Fagerström. Par exemple, une infirmière qui avait un patient qui a refusé d'aborder la cessation tabagique, mais qui a accepté de compléter le test, a réussi à avoir une discussion sur le tabagisme. L'outil a révélé le niveau de dépendance du patient et a permis au patient de verbaliser ses préoccupations en lien avec cela. De plus, l'utilisation de l'outil conjointement avec le questionnaire du stade de changement a mis en relief l'ambivalence du patient à l'égard du tabagisme et a permis à l'infirmière d'ajuster ses interventions et recommandations. Le patient a mentionné que la cigarette lui causait une augmentation de toux et l'infirmière a donc recommandé de réduire la cigarette fumée par jour. Le patient a approuvé la suggestion et le plan offert par l'infirmière et le patient a passé du stade de pré contemplation à la contemplation. Donc l'utilisation de l'outil et le questionnaire a permis à l'infirmière d'embarquer dans le processus pour éventuellement induire une prescription ultérieure. Cela a permis aussi à l'infirmière de voir la plus-value de l'utilisation conjointe du test de Fagerström et du questionnaire sur le stade de changement.

Le leadership de l'infirmière clinicienne gestionnaire du SRSAD et celui de la conseillère en soins pour les maladies chroniques du CIUSSS-EMTL sont aussi un élément clé. Tout au long du stage, toutes les deux ont promu l'implantation du test de Fagerström, la prescription infirmière et

les bénéfices potentiels que ceux-ci pourraient avoir pour les patients MPOC fumeurs. Elles ont aussi souligné comment ce projet s'inscrit dans le mandat du SRSAD. Ceci a contribué à favoriser la participation des infirmières au projet, qui se sont volontairement offert d'être accompagnées par l'étudiante lors de leurs visites à domicile avec des patients et d'utiliser le test de Fagerström. Tout cela a contribué au changement du discours et plus d'ouverture chez des infirmières et infirmiers vers la prescription infirmière (Miller & Rollnick, 2013). Par la suite, l'implication, la collaboration et l'engagement des infirmières participantes au projet a facilité l'implantation de l'outil et a donné un élan supplémentaire à l'initiative d'augmenter la prescription infirmière.

Finalement, le soutien clinique est aussi essentiel. Tout au long du stage l'étudiante a utilisé l'approche de l'EM <<**Demander, Fournir, Demander**>> (DFD) (Miller et Rollnick 2013 ; Arbuckle & al, 2020) pour mieux comprendre la vision des infirmières et pour les soutenir dans leur processus de changement dans leurs pratiques. Face à certaines réactions d'infirmières non disposées au changement, l'étudiante a utilisé le reflet, l'écoute active, et le résumé (Miller & Rollnick, 2013) pour valider les perceptions des infirmières. Ceci a facilité l'implantation de l'outil et a contribué à l'ouverture des infirmières à l'égard de la prescription infirmière. L'introduction du questionnaire sur le stade de changement par l'étudiante a aussi aidé les infirmières à se sentir mieux outillées. L'expérience de l'étudiante suggère que les interventions peuvent contribuer à soutenir le déploiement de la prescription infirmière.

3.6.3-Implanter l'outil <<Test de Fagerström >>

Cet objectif a été atteint grâce à la collaboration des infirmières cliniciennes, conseillères et gestionnaires du SRSAD. Comme mentionné précédemment le stage a permis d'identifier des istes pour une utilisation accrue de l'outil. Afin de faciliter l'utilisation de l'outil, elle a aussi rendu le

questionnaire sur le stade de changement accessible aux infirmières et autres professionnels de la santé. Cinq infirmières cliniciennes ont participé au projet et ont utilisé l'outil avec 15 patients. Concernant la sixième infirmière, le patient fumeur qui devait participer au projet était hospitalisé durant la période du stage. En plus des visites avec l'étudiante, les infirmières ont utilisé seules l'outil avec d'autres patients.

Dans l'ensemble, les infirmières ont trouvé l'outil utile et facile à utiliser. Le temps requis pour compléter le test de Fagerström se situait entre 3 à 15 min. Les infirmières ont réalisé que l'outil peut être utilisé non seulement pour déterminer le niveau de dépendance à la nicotine, mais aussi pour stimuler la discussion et identifié des barrières à l'arrêt du tabagisme notamment le contexte qui entretenait le tabagisme, et la mauvaise expérience et connaissance de la TRN. De plus les infirmières ont réalisé que l'outil peut être utilisé pour identifier des barrières à la prescription de TRN. Tout ceci permettait aux infirmières d'ajuster leurs interventions, notamment en offrant un enseignement sur les avantages, les effets secondaires et l'utilisation adéquate des TRN et en utilisant des interventions systémiques pour sensibiliser les membres de la famille sur les effets néfastes de la fumée secondaire sur les patients.

Malgré l'utilisation facile de l'outil, les infirmières ont réalisé que ceci fait largement appel au jugement clinique. Premièrement, elles devaient juger l'ouverture et le stade de changement des patients avant d'introduire l'outil. Par exemple, une patiente qui avait récemment cessé de fumer et qui était dans un épisode de contrôle (c.à.d. une procédure où le SRSAD vérifie d'une façon hebdomadaire durant un mois que le patient n'a pas fait de rechute avant de réinstaller l'oxygène), a été sur la défensive et a perçu le test de Fagerström comme un outil de contrôle. Deuxièmement, les résultats du test de Fagerström doivent être interprétés selon le contexte du

patient. Par exemple, il y avait une situation où une infirmière a utilisé l'outil et le score ne reflétait pas la vraie dépendance du patient, il était beaucoup plus dépendant que ce que reflétait le score obtenu au moyen de l'outil (ce patient continuait à fumer malgré son oxygène a été retiré et qu'il vivait des impacts financiers). De même, pour un autre patient, le niveau de dépendance à la nicotine montré par le test ne correspondait pas au nombre de cigarettes élevé que le patient fumait en réalité.

Enfin, le projet de l'implantation du test de Fagerström au SRSAD a eu un impact positif selon Mme Nancy Boisvert, la conseillère-cadre soins infirmiers volet pratique professionnel et responsable de la formation sur l'initiation de la prescription de la TRN, et Mme Catherine Hupé, la Chargée de projet et gestion du centre d'excellence en soins infirmiers. Toutes les deux voyaient le projet comme étant une opportunité en vue d'une implantation de l'outil à grande échelle au niveau du CIUSSS-EMTL. Dans ce contexte Mme Hupé a proposé à l'étudiante de réaliser une capsule sur l'utilisation du test de Fagerström conjointement avec le questionnaire du stade de changement pour tous les professionnels de la santé. Cette capsule sera développée après le stage et sera mise à disposition sur l'intranet.

Chapitre 4 : Discussion

Dans le cadre de ce stage, l'étudiante a implanté avec succès un processus de diffusion des bénéfices de la pres inf aux infirmières et autres professionnels de la santé du SRSAD. S'appuyant sur le cadre de référence ..., elle a également initié l'implantation de l'outil du test de Fagerström, e (Graham, et al 2006). Plusieurs points importants liés au déploiement de la prescription infirmière

en cessation tabagique ressortent de ce stage, notamment l'importance de prendre en compte le stade de changement (des professionnels de la santé et des patients), l'utilité des outils dans la pratique infirmière, et l'importance du leadership pour effectuer des changements à l'échelle d'une organisation.

4.1 L'importance du stade de changement

Le modèle transthéorique de changement (Prochaska & Diclemente) **annexe 4** est un modèle très connu et largement utilisé dans le domaine de la santé. Ce modèle décrit cinq étapes de changement (la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et l'entretien) et explique comment et pourquoi les changements se produisent (Efraimsson, Fossum, Ehrenberg, Larsson, et Klang ,2012). Ce modèle est utile pour aider les professionnels dans leur processus de réflexion sur la stratégie à utiliser afin de motiver un changement de comportement chez un patient (ou un professionnel) (Prochaska & Di Clemente, 1984) (Miller & Rollnick, 2013). L'entrevue motivationnelle (EM) est souvent appliquée conjointement avec le modèle transthéorique de changement (Prochaska & Diclemente) et ces modèles se renforcent mutuellement (Miller & Rollnick, 2013). (Miller & Rollnick 2013) définit l'entrevue motivationnelle comme suit << est un style de communication collaboratif centré sur un objectif avec une attention particulière au langage de changement. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme >> (Miller & Rollnick 2013. P. 30). L'entrevue motivationnelle (EM) est une méthode clinique empiriquement validée. Elle est une approche utile car elle peut être adaptée selon le stade de changement de la personne. Grâce à un ensemble de techniques spécifiques, l'EM aide les individus à mobiliser leurs propres

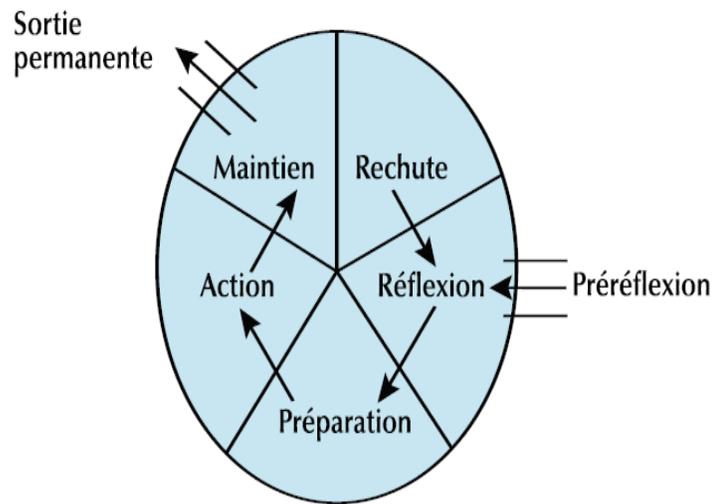
valeurs et objectifs intrinsèques pour explorer et résoudre l'ambivalence du changement (Arbuckle & al, 2020). Cette approche centrée sur la personne, est une méthode de plus en plus utilisée dans le monde des soins de santé au cours des 20 dernières années (Miller et Rollnick 2013). De plus, 200 essais cliniques randomisés sont publiés sur l'EM notamment sur son impact quant à la facilitation du processus du changement (Miller et Rollnick 2013).

L'expérience de stage concorde avec la littérature, et a démontré l'importance à prendre en compte le stade de changement des infirmières et des patients avant d'introduire des changements (Miller & Rollnick, 2013). Il a également démontré l'utilité de l'entrevue motivationnelle et la valeur potentielle de ces stratégies spécifiques pour faciliter le changement. Par exemple, durant le stage certaines infirmières ont précisé qu'il est préférable de débiter la prescription de la TRN durant l'hospitalisation et que le mandat principal du SRSAD est le suivi clinique des patients et non le suivi pour l'arrêt tabagique. Dans ce sens (Arbuckle & al 2020) mentionne que les membres du personnel peuvent faire des commentaires en faveur du maintien du statu quo en raison de leur réticence à adopter la nouvelle pratique (exemple <<pour moi, les choses vont bien, je ne sais pas pourquoi nous devons apporter des changements>>). Selon les principes du modèle transthéorique de changement et de l'EM, la confrontation ne va pas engager la personne en tant que collaborateur et membre de l'équipe et risque de renforcer le discours de maintien. (Arbuckle & al, 2020; Miller & Rollnick, 2013). Au lieu de voir le discours de maintien comme une résistance au changement, il est préférable de le considérer comme un signe que le personnel voit simplement la situation différemment. Face au discours de maintien, il est important d'éviter l'argumentation et de démontrer de l'empathie en restant sans jugement et respectueux, en encourageant la personne à verbaliser et en focalisant l'énergie vers la recherche d'expériences et d'objectifs communs, toutes des stratégies découlant de L'EM. En effet l'étudiante a adapté ses interventions auprès des

infirmières en conséquence de leur stade de changement dans le processus l'implantation de l'outil et le déploiement de la prescription infirmière, de sorte qu'elle a accompagné en visite à domicile uniquement les infirmières qui ont désiré participer au projet. De plus elle est simplement restée à l'écoute et a répondu à leurs questions et a offert des informations et a focalisé sur l'importance de la collaboration et l'approche participative pour implanter le test de Fagerström. En bref, obtenir l'adhésion des parties prenantes est essentiel au succès de la mise en œuvre des nouvelles pratiques (Arbuckle & al, 2020) et l'EM peut être appliquée pour aider le personnel à adopter ces nouvelles pratiques. Les stratégies d'EM les plus applicables pour faciliter l'adoption des initiatives institutionnelles d'amélioration de qualité portent sur trois grandes catégories : bâtir avec l'équipe un sentiment de collaboration dès le début, par le processus de l'engagement ; résoudre l'ambivalence en suscitant le discours sur le changement, par le processus de l'évocation, et la réduction du discours de maintien qui est la dissonance, notamment en évitant le rôle de l'expert (Arbuckle & al, 2020).

Un certain nombre de barrières à la prescription infirmière existent au niveau des patients et donc il est tout aussi important de considérer les patients dans le processus du changement des pratiques. Entre autres, les infirmières ne pouvaient pas prescrire d'emblée de TRN, il fallait respecter le rythme des patients, et ajuster les interventions en conséquence de leur stade de changement pour aboutir à une prescription ultérieure. En effet selon l'(OIIQ, 2006) un des facteurs clés dans l'accompagnement du patient dans le processus d'arrêt tabagique est de comprendre le changement qui s'effectue en lui. En effet les recherches réalisées par (Prochaska & Diclemente, 1992) auprès des patients qui ont arrêté de fumer leur ont permis de conclure que la majorité des fumeurs traversent cinq stades de changements (préréflexion, réflexion, préparation, action, et

maintien) et reviennent au stade précédent trois à quatre reprises avant d'obtenir un comportement définitif (OIIQ, 2006) comme illustré ci-dessous dans la **figure 2**.



Sources : Miller et Rollnick (1991), p.15.

Figure2.cycle des stades de changement comportemental (OIIQ,2006)

Comme illustré dans la figure 2, le processus du changement de comportement est cyclique chaque effort pour arrêter de fumer est un pas en avant pour adopter un comportement permanent d'abandon tabagique (OIIQ, 2006). Comme mentionné précédemment les stades de changement de (Prochaska & Diclemente, 1992) permettent de comprendre comment les changements se

produisent chez le patient, cependant l'ambivalence qu'il ressent, permet d'éclairer l'infirmière sur comment elle peut l'accompagner dans le processus d'arrêt tabagique (OIIQ, 2006).

L'EM offre un exemple clair de la façon d'aider les personnes à progresser à travers les cinq étapes du modèle trans théorique de changement de (Prochaska & Di Clemente, 1984) parmi lesquels les individus peuvent naviguer avant de parvenir à un changement complet (Miller & Rollnick, 2013; Efrainsson, E.O., Fossum, B., Ehrenberg, O.A., Larsson, K., Klang, B., 2012). Ainsi l'évaluation du stade de changement des patients par l'infirmière va lui permettre de déterminer comment et quand intervenir et aussi, cibler et accroître l'efficacité de ses interventions (OIIQ, 2006). Dans ce contexte, l'implantation du test de Fagerström conjointement avec le questionnaire du modèle trans-théorique de changement (**annexe 3**) par l'étudiante étaient des interventions clés afin d'aider les infirmières à mieux cibler leurs interventions et les aider à changer leurs pratiques.

4.2 L'utilité des outils pour le déploiement de la prescription infirmière

La littérature suggère que les outils peuvent être utiles pour la pratique clinique des infirmières prescriptrices. En effet, l'utilisation des outils permet notamment de contribuer aux diagnostics, aux traitements, et à l'évaluation des interventions de prescription. La prescription infirmière permet d'assurer la sécurité, la gestion du risque et à la qualité des soins (AIIC, 2015 ; Borgès Da Silva, et al 2018). Les résultats du stage ont confirmé que les outils facilitent le déploiement de la prescription infirmière. Effectivement le test de Fagerström était utile non seulement pour déterminer le niveau de dépendance, mais aussi pour offrir de l'enseignement aux

patients sur la TRN, pour identifier les barrières à la prescription (ex. mauvaises expériences avec la TRN, contexte familial, obstacles financiers), et pour ajuster les interventions des infirmières. L'outil était utile aussi pour susciter le discours de changement chez les patients, qui selon (Miller & Rollnick, 2013) est le point de départ du changement de comportement.

De plus, le questionnaire sur le stade de changement a mis en valeur l'utilité de l'utilisation du test de Fagerström. Pour les patients, surtout les plus vulnérables (ex. ceux qui sont sur le bord d'avoir leur oxygène retiré en permanence), faire compléter le test de Fagerstrom et le questionnaire sur le stade de changement a pu stimuler le processus de changement pour mener éventuellement à une prescription de la TRN par l'infirmière.

Toutefois pour bien utiliser le test de Fagerström, il faut faire preuve d'un bon jugement clinique et prendre ainsi en considération l'ouverture du patient qui sera influencé par son contexte social, sa situation clinique et son stade de changement. De plus, le jugement clinique est indispensable dans l'interprétation des résultats du test de Fagerström et la prescription de TRN. L'(OIIQ, 2016) précise que plusieurs facteurs ont un impact sur l'absorption individuelle de la nicotine. Par exemple, selon Benowitz (2008) les Asiatiques et les Afro-Américains métabolisent la nicotine plus lentement que les blancs ou les Hispaniques. Le taux de métabolisme de la nicotine est plus rapide chez les femmes que chez les hommes, et il est aussi plus rapide chez les femmes prenant des contraceptifs oraux contenant des œstrogènes par rapport aux autres femmes. Un bon jugement clinique assure une pratique conforme, sécuritaire et optimale (AICC, 2015). Dans ce sens, le soutien clinique, comme l'étudiante a offert, est indispensable non seulement pour contribuer à l'ouverture des infirmières à l'égard de la prescription infirmière, mais aussi pour assurer l'utilisation efficace et sécuritaire des outils. La plus-value de l'utilité des outils ressort aussi dans les résultats de l'enquête de (Borges Da Silva et al., 2017) où les infirmières mentionnent

l'importance d'avoir des outils accessibles permettant de soutenir le déploiement de la prescription infirmière. Un soutien continu et des formations, au moins à moyen terme, sont donc recommandés pour assurer la bonne implantation des outils.

4.3. L'importance du leadership

(Borgès Da Silva, Brault, Dubois, Motulsky, et Prud'homme, 2018) stipule que le soutien organisationnel est essentiel pour favoriser le déploiement de la prescription infirmière. Les auteurs précisent que le rôle des gestionnaires est de promouvoir le rôle de l'infirmière prescriptrice, de faire connaître les activités de prescription des infirmières à l'échelle de l'organisation et de créer les conditions propices à l'adoption du rôle de prescriptrice pour les infirmières. D'ailleurs durant le stage, le soutien organisationnel de l'infirmière clinicienne gestionnaire du SRSAD et celui de la conseillère cadre soins infirmiers volets maladies chroniques et services ambulatoires de 1e ligne du CIUSSS-EMTL s'est avéré efficace; leur appui pour le projet a généré la participation d'un grand nombre d'infirmières et a suscité l'intérêt des infirmières et celui d'autres professionnels de la santé pour la prescription infirmière.

La majorité des barrières identifiées durant le stage pourraient aussi être palliées par le leadership. Les gestionnaires sont bien placées pour clarifier les rôles des infirmières du SRSAD et leur mandat et pour offrir un soutien aux infirmières (ex. formations, soutien clinique, diminution de la charge de travail) afin d'augmenter leur confiance, de faciliter l'utilisation des outils, la prescription, le suivi pour l'arrêt tabagique, et de les accompagner dans le processus de l'obtention de leur attestation de prescriptrice. Ce qui rejoint les recommandations de l'AIC dans la promotion

des éléments clés du champ d'exercice des infirmières autorisées à prescrire en offrant une définition claire du rôle (Borgès Da Silva, et al 2018). De plus la Direction des soins infirmiers (DSI) occupe un rôle crucial dans le déploiement optimal de la prescription infirmière et pourrait encourager la révision du remboursement de la TRN par la RAMQ par un leadership politique. Cette contrainte est d'ailleurs un défi pour le CIUSSS de l'Est qui a pour mandat de réduire le taux de fumeur à 14% pour 2021.

4.4. Les objectifs d'apprentissage

Le *National Association of Clinical Nurse Specialists* (NACNS) définit les compétences, et le rôle des infirmières en pratique avancée dans un modèle conceptuel de la pratique des infirmières cliniciennes spécialisées (ICS), celui des << sphères d'influence >>. Les 3 sphères d'influence des (ICS) sont la sphère du patient, la sphère des infirmières et de la pratique infirmière et la sphère de l'organisation ou système. (Lewandowski & Adamle, 2009).

Dans la sphère d'influence du patient, l'expertise clinique de (ICS) est reconnue comme le fondement de la pratique clinique. Selon le NACNS, l'expertise clinique comprend des connaissances et des compétences en pratique avancées notamment pour évaluer, diagnostiquer et promouvoir la santé des patients et en encourager des modes de vie sains (Lewandowski & Adamle, 2009). Dans ce contexte, pour améliorer la qualité de vie des patients, l'évaluation du niveau de dépendance à la nicotine avec un outil recommandé par les données probantes permet de prescrire une TRN et pallier les signes de sevrages tabagiques. De plus l'évaluation du stade de changement du patient préconisé par l'(OIIQ,2006 p.35) pour évaluer le stade de changement de comportement dans le processus du counseling en abandon du tabac permet à l'infirmière d'ajuster ses interventions selon la disposition du patient au changement et d'adapter son intervention en

conséquence. En favorisant l'approche patient partenaire dans le processus d'implantation de l'outil, et en prenant en considération après chaque visite à domicile la vision du patient sur cet outil, l'étudiante a pu atteindre son objectif d'apprentissage celui d'approfondir ses connaissances sur l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique en lien avec la cessation tabagique en procédant à l'implantation de l'outil « Test de Fagerstrôm pour la dépendance à la nicotine » au SRAD.

Dans la sphère des infirmières et de la pratique infirmière, les infirmières cliniciennes spécialisées fournissent également de l'initiative et des conseils pour l'élaboration de procédures des lignes directrices sur les meilleures pratiques. Aider le personnel infirmier à faire en sorte que leur pratique soit fondée sur des données probantes est un élément clé de cette sphère. Les ICS améliorent les résultats pour les patients en dirigeant et en interagissant avec le personnel infirmier, améliorant ainsi la pratique infirmière (Lewandowski & Adamle, 2009). Dans ce contexte l'étudiante à travailler en collaboration et partenariat avec les infirmières, et gestionnaires du SRSAD, facilitant le processus de l'implantation en procédant à l'adaptation des connaissances au milieu local (Graham, et al 2006) et en considérant les perceptions des parties prenantes à l'implantation de l'outil. Ce qui a permis à l'étudiante d'atteindre son objectif d'apprentissage en lien avec la compréhension des perspectives des infirmières cliniciennes, des infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat et infirmières cliniciennes gestionnaires à l'égard de la prescription infirmière pour la cessation tabagique et de l'implantation de l'outil « Test de Fagerstrôm pour la dépendance à la nicotine ». Ce qui a permis aussi à l'étudiante de développer ses habiletés d'intervention en considérant le modèle de « *Knowledge to action* » de (Graham, Logan, Margaret, Harrison, Straus, Tetroe, Caswell, Robinson, 2006) par le biais de la planification et l'exécution des activités du stage.

Dans la sphère organisationnelle ou systémique, les ICS mettent en œuvre des programmes de soins innovants centrés sur les besoins de soins des patients. Les infirmières cliniciennes spécialisées sont également des agents de changement pour l'amélioration de la qualité et des résultats pour les patients. (Lewandowski & Adamle, 2009). L'étudiante accompagnée les infirmières dans le processus innovateur de l'implantation du test de Fagerström au SRSAD, en adoptant un rôle de facilitatrice et d'agent de changement notamment en participant à des activités favorisant l'implantation de cet outil à grande échelle faisant bénéficier d'autres professionnels, ce qui lui a permis d'atteindre ses objectifs d'apprentissages notamment de développer ses habiletés d'intervention et son rôle de conseillère.

4.5 Recommandations

4.5.1 Recommandation pour la pratique

Premièrement pour la pratique clinique, il importe que lors de l'utilisation du test de Fagerström auprès des patients, les infirmières réalisent aussi les évaluations d'autres facteurs (contexte social, la situation clinique et le stade de changement du patient). Il est aussi recommandé que l'outil soit utilisé conjointement avec le questionnaire du stade de changement. De plus il serait important pour la pratique clinique d'assurer la pérennisation des outils, et élargir leur implantation auprès de toutes les infirmières cliniciennes du SRSAD et les autres professionnels de la santé concernés. Afin d'assurer la pérennité et l'accessibilité des outils, il est recommandé que ces outils soient inclus dans la liste des formulaires nécessaires à l'évaluation des patients qui sont disponibles sur l'unité. Pour soutenir cette initiative, l'étudiante développera une capsule et la rendra disponible sur l'intranet. Enfin, il pourrait être utile de créer une communauté de pratique d'infirmières

prescriptrices qui offrirait un soutien entre pairs par un partage d'expérience (Borgès Da Silva, et al 2018).

4.5.2 Recommandation pour la formation

Certaines infirmières ne savaient pas qu'elles pouvaient prescrire la TRN et étaient très intéressées à obtenir leur attestation de prescription. Il serait pertinent de faire un sondage sur le nombre d'infirmières qui n'ont pas leur attestation de prescriptrice et leur offrir une formation sur la procédure pour l'obtenir. L'AICC (2015) recommande de concevoir des formations continues et de mentorat interprofessionnel pour optimiser la pratique des infirmières prescriptrices. (Borgès Da Silva, et al 2018). De plus il sera souhaitable d'offrir des formations de soutien pour aider les infirmières à continuer à développer leurs compétences à utiliser le test de Fagerström ainsi que le questionnaire du stade de changement.

4.5.3 Recommandation pour les politiques

Certains patients rencontrés durant les visites ont mentionné la contrainte financière qui les empêche de prendre la TRN qui est remboursée une fois par année par la RAMQ. Comme , les infirmières décident de ne pas prescrire dans de telles circonstances, il serait pertinent d'encourager un remboursement des TRN par la RAMQ en soumettant une demande auprès des autorités concernées. Finalement afin de faciliter l'implantation de la prescription infirmière les politiques impliquées au niveau local et provincial doivent la soutenir (Blanchflower, J., Greene, L. et Thorp, C. (2013), notamment par le leadership politique qui va mettre en lumière le rôle de l'infirmière prescriptrice au sein de la population en générale et d'autres professionnels de la santé en particulier. Il serait donc pertinent que la DSI encourage une implication active de l'OIIQ, et le collège des médecins .

4.5.4 Recommandation pour la recherche

Dans une perspective d'implantation de l'outil et de déploiement de la prescription à grande échelle auprès d'autres professionnels (infirmières et inhalothérapeutes) de la santé, il serait pertinent de poursuivre l'identification des facilitateurs et barrières à l'implantation du test de Fagerström ce qui va permettre d'adapter l'outil et les interventions de soutien à leurs besoins. Il serait aussi pertinent de savoir comment les différents professionnels (infirmières et inhalothérapeutes) pourraient travailler ensemble d'une façon collaborative et efficace afin de favoriser le déploiement de la prescription au niveau du CIUSSS-EMTL.

4.5.6. Limites du projet

Les limites du projet étaient le court délai du stage et le contexte de coronavirus. Le stage était censé durer 12 semaines, mais à cause de la pandémie le stage a été réduit à 10 semaines. De plus, dû à la situation, et pour éviter la propagation du virus auprès des patients, l'étudiante n'a pas pu compléter toutes les visites prévues. De plus, cette situation n'a pas permis à l'étudiante de faire sa présentation finale, cependant elle fera la diffusion de ses résultats plus tard.

Chapitre 5 : Conclusion

Le tabagisme est une problématique de santé publique majeure autant au niveau mondial qu'au Québec et <<les infirmières doivent s'en préoccuper dans le cadre de leur pratique quotidienne>> (OIIQ, 2006, p.11). L'expérience du stage démontre que l'implantation du test de

Fagerstrôm afin de favoriser la prescription infirmière pour la cessation tabagique est possible. Les éléments qui ont contribué au succès de cette initiative étaient : premièrement le soutien clinique offert, qui respectait le rythme des infirmières, deuxièmement le leadership et le soutien au niveau organisationnel. Finalement, la prise en compte des barrières à la prescription infirmière au niveau des patients et infirmières. Ces éléments sont également des facteurs clés et essentiels pour faciliter le déploiement de la prescription infirmière.

Chapitre 6 : Références

- Allenby, C. E., Boylan, K. A., Lerman, C., & Falcone, M. (2016). Precision Medicine for Tobacco Dependence: Development and Validation of the Nicotine Metabolite Ratio. *J Neuroimmune Pharmacol*, 11(3), 471-483. doi:10.1007/s11481-016-9656-y
- Arancibia H., F. (2017). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Tabaquismo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33, 225-229. Retrieved from https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300225&nrm=iso
- Arbuckle, M. R., Foster, F. P., Talley, R. M., Covell, N. H., & Essock, S. M. (2020). Applying Motivational Interviewing Strategies to Enhance Organizational Readiness and Facilitate Implementation Efforts. *Qual Manag Health Care*, 29(1), 1-6. doi:10.1097/QMH.0000000000000234
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2015). Cadre de l'infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/cna-rn-prescribing-framework_f.pdf?la=fr
- Association pulmonaire du Québec (2017). *La maladie pulmonaire obstructive chronique*. Récupéré à : <http://www.pq.poumon.ca/diseases-maladies/copd-mpoc/>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2008). treating tobacco use and dependence. Repéré à: <https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/index.html>
- Blanchflower, J., Greene, L. et Thorp, C. (2013). Breaking down the barriers to nurse prescribing. *Nurse Prescribing*, 11(1), 44-47. Repéré à <https://cdn.ps.emap.com/wpcontent/uploads/sites/3/2013/08/070813-Breaking-through-barriers-to-nurse-prescribing.pdf>
- Benowitz, N. L. (2008). Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clin Pharmacol Ther*, 83(4), 531-541. doi:10.1038/clpt.2008.3
- Borgès Da Silva, R., Brault, I., Dubois, C.-A., Motulsky, A. et Prud'homme, A. (2017). Évaluation de l'implantation de la prescription infirmière au Québec. *Perspective infirmière*, 14(5), 53-57.

- Brault, I., Desjardins, A.-A., Borgès Da Silva, R., Dubois, C.-A., Motulsky, A. et Prud'homme, A. (2018). Soutenir le déploiement de la prescription infirmière dans les milieux cliniques. *Perspective infirmière*, 15(1), 46-50.
- Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., & Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*(5), CD009329. doi:10.1002/14651858.CD009329.pub2
- Carey, N., Stenner, K., & Courtenay, M. (2014). An exploration of how nurse prescribing is being used for patients with respiratory conditions across the east of England. *BMC Health Serv Res*, 14, 27. doi:10.1186/1472-6963-14-27
- Cashin, A., Buckley, T., Newman, C., & Dunn, S. (2009). Nurse Practitioner provision of patient education related to medicine. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 12-18. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105289014&lang=fr&site=ehost-live>
- Courtenay, M., Carey, N., Stenner, K., Lawton, S., & Peters, J. (2011). Patients' views of nurse prescribing: effects on care, concordance and medicine taking. *Br J Dermatol*, 164(2), 396-401. doi:10.1111/j.1365-2133.2010.10119.x
- Creedon, R., Byrne, S., Kennedy, J., & McCarthy, S. (2015). The impact of nurse prescribing on the clinical setting. *Br J Nurs*, 24(17), 878-885. doi:10.12968/bjon.2015.24.17.878
- Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment (CAN-ADAPTT, 2008). Practice-Informed Guidelines. *Complete Clinical Practice Canadian Smoking Cessation Guideline*.pdf. Repéré à: <https://www.nicotinedependenceclinic.com/en/canadaptt/Pages/CAN-ADAPTT-Guidelines.aspx#>
- CAN-ADAPTT. (2011). *Canadian smoking cessation clinical practice guideline*. Toronto, ON: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health. Repéré à: <http://www.can-adaptt.net>
- Collège des médecins du Québec. (2016). *Droit de prescrire des infirmières : devant le peu d'intérêt des infirmières à prescrire de manière autonome, le Collège doit prolonger le délai pour éviter un risque de rupture de services*. Repéré à: <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/droit-de-prescrire-des-infirmieres.aspx>
- Earle, E. A., Taylor, J., Peet, M., & Grant, G. (2011). Nurse prescribing in specialist mental health (part 1): the views and experiences of practising and non-practising nurse prescribers and service users. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 18(3), 189-197. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01672.x

- Efrainsson, E. O., Fossum, B., Ehrenberg, O. A., Larsson, K., Klang, B. (2012) Use of motivational interviewing in smoking cessation at nurse-led chronic obstructive pulmonary disease clinics. *Journal of Advanced Nursing* 68(4), 767–782. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05766.x
- Gielen, S. C., Dekker, J., Francke, A. L., Mistiaen, P., & Kroezen, M. (2014). The effects of nurse prescribing: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, 51(7), 1048-1061. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*, 26(1), 13-24. doi:10.1002/chp.47
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. (2019). Repéré à https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-POCKET-GUIDE_FINAL_WMS.pdf ,
- Green, A., Westwood, O., Smith, P., Peniston-Bird, F., & Holloway, D. (2009). Provision of continued professional development for non-medical prescribers within a South of England Strategic Health Authority: a report on a training needs analysis. *J Nurs Manag*, 17(5), 603-614. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00892.x
- Hartmann-Boyce, J., Chepkin, S. C., Ye, W., Bullen, C., & Lancaster, T. (2018). Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, Cd000146. doi:10.1002/14651858.CD000146.pub5
- Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., & Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*(5), CD009329. doi:10.1002/14651858.CD009329.pub2
- Carey, N., Stenner, K., & Courtenay, M. (2014). An exploration of how nurse prescribing is being used for patients with respiratory conditions across the east of England. *BMC Health Serv Res*, 14, 27. doi:10.1186/1472-6963-14-27
- Cashin, A., Buckley, T., Newman, C., & Dunn, S. (2009). Nurse Practitioner provision of patient education related to medicine. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 12-18. Retrieved from

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105289014&lang=fr&site=ehost-live>

- Courtenay, M., Carey, N., Stenner, K., Lawton, S., & Peters, J. (2011). Patients' views of nurse prescribing: effects on care, concordance and medicine taking. *Br J Dermatol*, *164*(2), 396-401. doi:10.1111/j.1365-2133.2010.10119.x
- Creedon, R., Byrne, S., Kennedy, J., & McCarthy, S. (2015). The impact of nurse prescribing on the clinical setting. *Br J Nurs*, *24*(17), 878-885. doi:10.12968/bjon.2015.24.17.878
- Earle, E. A., Taylor, J., Peet, M., & Grant, G. (2011). Nurse prescribing in specialist mental health (part 1): the views and experiences of practising and non-practising nurse prescribers and service users. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, *18*(3), 189-197. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01672.x
- Gielen, S. C., Dekker, J., Francke, A. L., Mistiaen, P., & Kroezen, M. (2014). The effects of nurse prescribing: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, *51*(7), 1048-1061. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003
- Green, A., Westwood, O., Smith, P., Peniston-Bird, F., & Holloway, D. (2009). Provision of continued professional development for non-medical prescribers within a South of England Strategic Health Authority: a report on a training needs analysis. *J Nurs Manag*, *17*(5), 603-614. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00892.x
- Hartmann-Boyce, J., Chepkin, S. C., Ye, W., Bullen, C., & Lancaster, T. (2018). Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, *5*, Cd000146. doi:10.1002/14651858.CD000146.pub5
- Jimenez Ruiz, C. A., Buljubasich, D., Riesco Miranda, J. A., Acuna Izcaray, A., de Granda Orive, J. I., Chatkin, J. M., . . . Alfageme Michavila, I. (2017). Using PICO Methodology to Answer Questions About Smoking in COPD Patients. *Arch Bronconeumol*, *53*(11), 622-628. doi:10.1016/j.arbres.2017.04.012
- Latter, S., Smith, A., Blenkinsopp, A., Nicholls, P., Little, P., & Chapman, S. (2012). Are nurse and pharmacist independent prescribers making clinically appropriate prescribing decisions? An analysis of consultations. *J Health Serv Res Policy*, *17*(3), 149-156. doi:10.1258/jhsrp.2012.011090
- Lewandowski, W., & Adamle, K. (2009). Substantive areas of clinical nurse specialist practice: a comprehensive review of the literature. *Clin Nurse Spec*, *23*(2), 73-90; quiz 91-72. doi:10.1097/NUR.0b013e31819971d0
- Naughton, C., Drennan, J., Hyde, A., Allen, D., O'Boyle, K., Felle, P., & Butler, M. (2013). An evaluation of the appropriateness and safety of nurse and midwife prescribing in Ireland. *J Adv Nurs*, *69*(7), 1478-1488. doi:10.1111/jan.12004

- Sales, M. P. U., Araujo, A. J., Chatkin, J. M., Godoy, I., Pereira, L. F. F., Castellano, M., . . . Silva, C. (2019). Update on the approach to smoking in patients with respiratory diseases. *J Bras Pneumol*, 45(3), e20180314. doi:10.1590/1806-3713/e20180314
- Stead, L. F., Koilpillai, P., Fanshawe, T. R., & Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD008286. doi:10.1002/14651858.CD008286.pub3
- Weglicki, R. S., Reynolds, J., & Rivers, P. H. (2015). Continuing professional development needs of nursing and allied health professionals with responsibility for prescribing. *Nurse Educ Today*, 35(1), 227-231. doi:10.1016/j.nedt.2014.08.009
- Institut national de santé publique (2019). *Le tabagisme au Québec*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/tabagisme/le-tabagisme-au-quebec>
- Instituts de recherche en santé du Canada (2019). L'application des connaissances dans les soins de santé : transition des données probantes à la pratique. Processus des connaissances à la pratique*. Repéré à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/40618.html#toc>
- Jimenez Ruiz, C. A., Buljubasich, D., Riesco Miranda, J. A., Acuna Izcaray, A., de Granda Orive, J. I., Chatkin, J. M., . . . Alfageme Michavila, I. (2017). Using PICO Methodology to Answer Questions About Smoking in COPD Patients. *Arch Bronconeumol*, 53(11), 622-628. doi:10.1016/j.arbres.2017.04.012
- Latter, S., Smith, A., Blenkinsopp, A., Nicholls, P., Little, P., & Chapman, S. (2012). Are nurse and pharmacist independent prescribers making clinically appropriate prescribing decisions? An analysis of consultations. *J Health Serv Res Policy*, 17(3), 149-156. doi:10.1258/jhsrp.2012.011090
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2015). *Orientations ministérielles. Politique de lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et de services sociaux*, Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-006-03W.pdf>
- Naughton, C., Drennan, J., Hyde, A., Allen, D., O'Boyle, K., Felle, P., & Butler, M. (2013). An evaluation of the appropriateness and safety of nurse and midwife prescribing in Ireland. *J Adv Nurs*, 69(7), 1478-1488. doi:10.1111/jan.12004
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). *Smoking—harm reduction public health guideline: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/documents/smoking-cessation-services-in-primary-care-pharmacies-local->

authorities-and-workplaces-particularly-for-manual-working-groups-pregnant-women-and-hard-to-reach-communities-review-proposal-consultation2

- New Zealand Ministry of Health. (2007). *New Zealand smoking cessation guidelines*. Wellington, NZ: New Zealand Ministry of Health. Retrieved from <http://www.moh.govt.nz>
- Northern Territory Government Department of Health and Families. (2010). *Clinical guidelines for the management of nicotine dependent inpatients*. Darwin, AU: Department of Health, Western Australia. Retrieved from <https://health.nt.gov.au>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2006). *Counseling en abandon du tabac. Orientations pour la pratique infirmière pour le bien-être et la santé des populations*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/tabac/OIIQ_orientClini-06.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2006). *Counseling en abandon du tabac. Orientations pour la pratique infirmière pour le bien-être et la santé des populations*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/tabac/OIIQ_orientClini-06.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec. (2015). *Guide explicatif conjoint : prescription infirmière. Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, pris en application de la Loi médicale*. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/guideexplicatif-prescription-infirmiere-final-web.pdf>
- Organisation mondiale de la santé(2019) .Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2017 Résumé d'orientation. Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention. Repéré à:https://www.who.int/tobacco/global_report/2017/executive-summary/fr/
- Registered Nurses' Association of Ontario, (2017). Integrating tobacco interventions into daily practice
Third edition. Repéré à https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/bpg/RNAO_Integrating_Tobacco_Interventions_into_Daily_Practice_2017_Third_Edition_Best_Practice_Guideline_0.pdf
- Royal Australian College of General Practitioners. (2011). *Supporting smoking cessation: A guide for health professionals*. Melbourne, AU: Royal Australian College of General Practitioners. Retrieved from <http://aascp.org.au/health-professionals/resources/guidelines/>
- Rollnick, S. Miller, W.R. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York, NY: Guilford Press.

- Statistique Canada (2018). *Feuillets d'information : Tabagisme, 2017*. Répéré à: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2018001/article/54974-fra.htm>
- Sales, M. P. U., Araujo, A. J., Chatkin, J. M., Godoy, I., Pereira, L. F. F., Castellano, M., . . . Silva, C. (2019). Update on the approach to smoking in patients with respiratory diseases. *J Bras Pneumol*, 45(3), e20180314. doi:10.1590/1806-3713/e20180314
- Stead, L. F., Koilpillai, P., Fanshawe, T. R., & Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD008286. doi:10.1002/14651858.CD008286.pub3
- Straus, S. E., Tetroe, J., Graham, I. D., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O., & Shepperd, S. (2010). Monitoring use of knowledge and evaluating outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 182(2), E94-E98. doi:10.1503/cmaj.081335
- U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. (2008). *Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline, 2008 update*. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>
- van Eerd, E. A., van der Meer, R. M., van Schayck, O. C., & Kotz, D. (2016). Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2016(8), CD010744. doi:10.1002/14651858.CD010744.pub2
- Weglicki, R. S., Reynolds, J., & Rivers, P. H. (2015). Continuing professional development needs of nursing and allied health professionals with responsibility for prescribing. *Nurse Educ Today*, 35(1), 227-231. doi:10.1016/j.nedt.2014.08.009

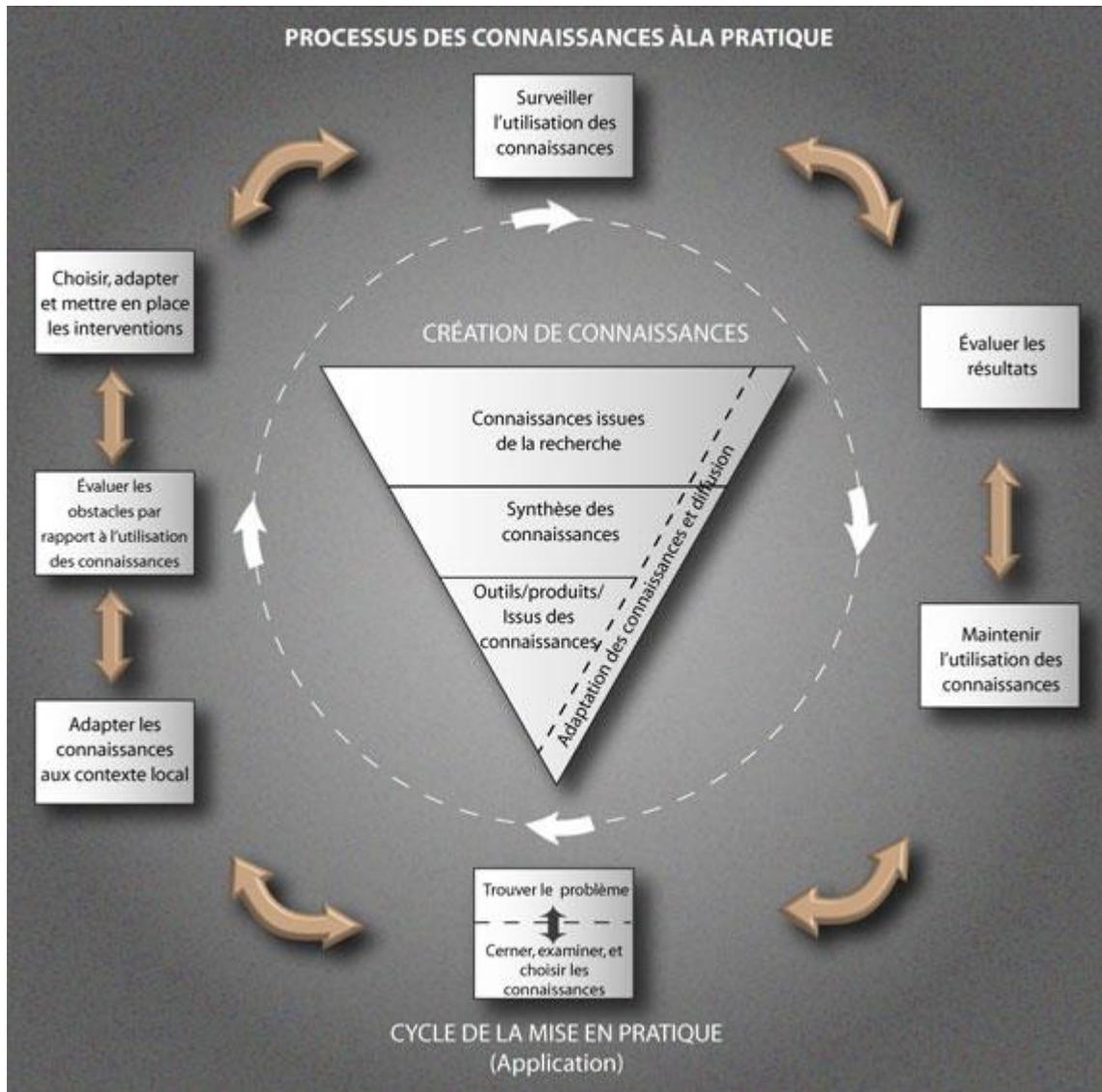


Figure 1 : Processus des connaissances à la pratique (IRSC, 2019)

Tableau 1 : Résumé des activités du stage

| Date du rendez- vous | Personnes visées | Titre de l'activité | Objectifs de l'activité |
|---|---|---|---|
| 2019- 12-31 | Mme Fortier Conseillère au centre d'arrêt tabagique | Rencontre téléphonique | Informers l'étudiante sur les interventions récentes en cessation tabagique offerte aux intervenants au (CIUSSS-EMTL) |
| 2020- 01-03 | Mme MacBeth conseillère cadre soins infirmiers et Mme Boisvert conseillère cadre soins infirmiers volet pratiques professionnelles, responsables de la formation sur l'initiation de la prescription de la TRN.DSI | Rencontre | Présenter le projet de l'étudiante. Informers l'étudiante sur l'état actuel du taux de prescription infirmière en santé publique qui est en progression. Informers l'étudiante sur les références et formations récentes disponible sur intranet du (CIUSSS-EMTL) |
| 2020- 01-08 | Infirmières cliniciennes Infirmières Mme Paquin infirmière clinicienne gestionnaire | Présentation orale <<power point>> | Présenter le projet de stage de l'étudiante |

| | | | |
|----------------|--|-------------------|---|
| | Infirmière clinicienne assistante aux supérieure immédiate Mme MacBeth conseillère cadre soins infirmiers | | |
| 2020- 01-10 | Infirmière clinicienne | Visite à domicile | Implanter le test de Fagerstrôm Identifier les barrières et facilitateurs de l'implantation de l'outil et la prescription infirmière |
| 2020- 01-14 | Infirmière clinicienne | Visite à domicile | Implanter le test de Fagerstrôm Identifier les barrières et facilitateurs de l'implantation de l'outil et la prescription infirmière |
| 2020- 01-17 | Infirmière clinicienne | Visite à domicile | Implanter le test de Fagerstrôm Identifier les barrières et facilitateurs de l'implantation de l'outil et la prescription infirmière |
| 2020- 01-20 | Infirmière clinicienne | Visite à domicile | Implanter le test de Fagerstrôm Identifier les barrières et facilitateurs de l'implantation de l'outil et la prescription infirmière |
| 2020- 01-23 | Infirmière clinicienne | Visite à domicile | Implanter le test de Fagerstrôm Identifier les barrières et facilitateurs de l'implantation |

| | | | |
|------------|---|---------------------------------------|---|
| | | | de l'outil et la prescription infirmière |
| 2020-01-24 | Infirmière clinicienne | Visite à domicile | Implanter le test de Fagerström Identifier les barrières et facilitateurs de l'implantation de l'outil et la prescription infirmière |
| 2020-01-29 | Inhalothérapeutes, thérapeutes en réadaptation pulmonaires, travailleurs sociaux, Mme Paquin infirmière clinicienne gestionnaire, et Mme MacBeth conseillère cadre soins infirmiers | Présentation orale <<power point>> | Présenter le projet de stage de l'étudiante Impliquer les autres professionnels du SRSAD dans le processus d'implantation de l'outil |
| 2020-01-30 | Infirmière clinicienne | Visite à domicile | Implanter le test de Fagerström Identifier les barrières et facilitateurs de l'implantation de l'outil et la prescription infirmière |
| 2020-2-04 | Infirmière clinicienne | Visite à domicile | Implanter le test de Fagerström Identifier les barrières et facilitateurs de l'implantation de l'outil et la prescription infirmière |
| 2020-2-05 | Patients partenaires dont une patiente avec maladie pulmonaire Une infirmière clinicienne | Atelier | Établir un bilan éducatif partagé Définir les besoins éducatifs des patients valoriser les efforts du patient |

| | | | |
|-----------|--|-------------------|---|
| | une travailleuse sociale, 1 nutritionniste, 1 conseillère cadre en nutrition, 1 conseillère cadre qualité | | dans son processus de changement d'habitude de vie |
| 2020-2-10 | Infirmière clinicienne | Visite à domicile | Implanter le test de Fagerstrôm Identifier les barrières et facilitateurs de l'implantation de l'outil et la prescription infirmière |
| 2020-2-14 | Infirmière clinicienne | Visite à domicile | Implanter le test de Fagerstrôm Identifier les barrières et facilitateurs de l'implantation de l'outil et la prescription infirmière |
| 2020-2-20 | Mme MacBeth Conseillère cadre soins infirmiers Mme Huppé Chargée de projet gestion du Centre d'excellence en soins infirmiers | Rencontre | Présenter le projet de l'étudiante Élargir l'implantation du test au (CIUSSS-EMTL) |
| 2020-2-21 | Infirmière clinicienne | Visite à domicile | Implanter le test de Fagerstrôm Identifier les barrières et facilitateurs de l'implantation de l'outil et la prescription infirmière |

Annexe 1 : Test de Fagerström pour la dépendance à la nicotine

Appendix H: Fagerström Test for Nicotine Dependence (Revised)

The following test is designed to help you determine the strength of your nicotine addiction. Circle the appropriate score for each question. Total the number of points to arrive at your score.

The highest possible score is 10.

How soon after you wake up do you smoke your first cigarette?

- Within 5 min 3 points
- 5–30 min 2 points
- 31–60 min 1 point
- After 60 min 0 points

Do you find it hard not to smoke in places that you shouldn't smoke, such as at church, in school, in a movie, on the bus, in court, or in a hospital?

- Yes 1 point
- No 0 points

Which cigarette would you hate most to have to give up?

- The first one in the morning 1 point
- Any other one 0 points

How many cigarettes do you smoke each day?

- 10 or fewer 0 points
- 11–20 1 point
- 21–30 2 points
- 31 or more 3 points

Do you smoke more in the first few hours after waking than you do during the rest of the day?

- Yes 1 point
- No 0 points

Do you still smoke, even if you are so sick that you are in bed most of the day, or if you have the flu or a severe cough?

- Yes 1 point
- No 0 points

TOTAL ____ points

Interpretation of Scoring

7 to 10: You have a high dependence on nicotine and may benefit from a smoking cessation program based on treatment for nicotine addiction. Start with 21 mg patch or 4 mg gum.

4 to 6: You have a moderate dependence on nicotine; however, this does not rule out a smoking cessation program based on treatment for nicotine addiction. Start with 14 mg patch or 2 mg gum.

< 4: You have a low dependence on nicotine, but are not likely to need nicotine replacement therapy (NRT).

Source: Reprinted with permission from Dr. Karl Fagerström.

Annexe 2 : la version française du test de Fragerström

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal



Test de Fagerström pour la dépendance à la nicotine

Ce test vous aide à identifier votre niveau de dépendance à la nicotine. Veuillez encircler le chiffre qui correspond à votre réponse. Additionnez le total pour avoir votre score final.

1-Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette?

| | |
|--------------------|---|
| Dans les 5 minutes | 3 |
| 6 à 30 minutes | 2 |
| 31 à 60 minutes | 1 |
| Après 60 minutes | 0 |

2-Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, école, église, autobus, hôpital, tribunal) ?

| | |
|-----|---|
| Oui | 1 |
| Non | 0 |

3-A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

| | |
|-----------------------------|---|
| A la première de la journée | 1 |
| A une autre | 0 |

4-Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

| | |
|-------------|---|
| 10 ou moins | 0 |
| 11 à 20 | 1 |
| 21 à 30 | 2 |
| 31 ou plus | 3 |

5-Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

| | |
|-----|---|
| Oui | 1 |
| Non | 0 |

6-Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée?

| | |
|-----|---|
| Oui | 1 |
| Non | 0 |

| | |
|-------------|--|
| Score total | |
|-------------|--|

Interprétation du score :

*Votre jugement clinique prévaut lors de l'interprétation du score.

7 à 10 : vous avez une haute dépendance à la nicotine et pouvez bénéficier d'un programme d'arrêt tabagique axé sur la thérapie de remplacement de nicotine (TRN). Commencez avec un patch de 21mg ou Gomme de NicoretteMD ou ThriveMD 4mg. (Max 20 gommes/jours)

4 à 6 : vous avez une dépendance modérée à la nicotine et pouvez bénéficier d'un programme d'arrêt tabagique axé sur la thérapie de remplacement de nicotine. Commencez avec un patch de 14 mg ou Gomme de NicoretteMD ou ThriveMD 2mg. (Max 20 gommes/jours)

< 4 : vous avez une faible dépendance à la nicotine, la TRN n'est pas nécessaire.

Registered Nurses' Association of Ontario, (2017, p.77). Integrating tobacco interventions into daily practice. Traduction libre du test de Fagerström pour la dépendance à la nicotine.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016, p.3). Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN).

Annexe 3 : Questionnaire sur le stade de changement

35

TABLEAU 7

Évaluer le stade du changement
de comportement du client

Si le client fume, lui demander :
Avez-vous l'intention de cesser de fumer?

| Réponse | Stade de changement |
|---|---------------------------------------|
| Non, pas au cours des six prochains mois | <input type="checkbox"/> PRÉRÉFLEXION |
| Oui, au cours des six prochains mois, mais pas au cours du prochain mois | <input type="checkbox"/> RÉFLEXION |
| Oui, au cours du prochain mois | <input type="checkbox"/> PRÉPARATION |

Si le client ne fume pas, mais s'il a déjà fumé,
lui demander : Quand avez-vous cessé de fumer?

| Réponse | Stade de changement |
|--------------------------|-----------------------------------|
| Il y a moins de six mois | <input type="checkbox"/> ACTION |
| Il y a plus de six mois | <input type="checkbox"/> MAINTIEN |

(Évaluer le stade de changement de comportement, OIIQ, 2006, p.35)

Annexe 4 : le modèle transthéorique de changement (Prochaska & Diclemente)

TABLEAU 1
Étapes de changement de comportement
selon Prochaska et DiClemente

| Étape | Définition | Description |
|--|--|---|
| Préréflexion 50 à 60 % des fumeurs | › La personne n'envisage pas de cesser de fumer au cours des six prochains mois. | › Elle ne perçoit pas son tabagisme comme un problème. › Elle a tendance à ignorer les renseignements qui pourraient la convaincre de cesser de fumer. |
| Réflexion 30 à 40 % des fumeurs | › La personne envisage de cesser de fumer au cours des six prochains mois. | › Elle commence à considérer son tabagisme comme un problème. › Elle peut reconnaître les bienfaits liés à l'abandon. › Elle ressent beaucoup d'ambivalence par rapport à la cessation. |
| Préparation 10 à 15 % des fumeurs | › La personne envisage de cesser de fumer au cours du prochain mois. | › Elle est convaincue de la nécessité d'arrêter de fumer. › Elle se prépare à cesser de fumer. › Elle cherche des moyens pour le faire. |
| Action | › La personne a cessé de fumer depuis moins de six mois. | › Elle utilise différentes stratégies pour contrôler son envie de fumer. › Elle est vigilante pour ne pas recommencer à fumer. |
| Maintien | › La personne a cessé de fumer depuis plus de six mois. | › Elle demeure vigilante pour ne pas recommencer à fumer. › Elle se considère en confiance dans son nouveau comportement. |

Sources : Lacroix et Ladouceur (1999) ; Prochaska et al. (1992).

(Étapes de changement de comportement selon Prochaska & Di Clemente, OIIQ, 2006, p.25)