

# RECHERCHE

## ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE D'UNE INTERVENTION INFIRMIÈRE DE SOUTIEN À LA CESSATION TABAGIQUE CHEZ DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UN PROBLÈME CARDIAQUE : ÉTUDE PILOTE (SO-LIVE)

### A pre assessment for nursing intervention to support tobacco cessation in patients hospitalized for cardiac problem : A Pilot Study (So-Live)

**Sylvie Cossette, inf, PhD**

Institut de cardiologie de Montréal et Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal,  
Correspondance : [sylvie.cossette.inf@umontreal.ca](mailto:sylvie.cossette.inf@umontreal.ca)

**Nancy Frasure-Smith, PhD**

Institut de cardiologie de Montréal, Centre hospitalier de l'Université de Montréal et Université McGill

**Martine Robert, inf. MSc**

Infirmière spécialisée en cessation tabagique (ISCT)  
Institut de cardiologie de Montréal

**Maud-Christine Chouinard, inf, PhD**

Université du Québec à Chicoutimi

**Martin Juneau, MD**

Institut de cardiologie de Montréal

**Marie-Claude Guertin, PhD**

Centre de coordination des essais cliniques randomisés / Montreal Heart Institute Coordinating Center (MHICC)

**Alexis Cournoyer, BSc**

Université de Montréal et Institut de cardiologie de Montréal

**Tanya Mailhot, inf. BSc**

Étudiante PhD Sciences Infirmières  
Université de Montréal et Institut de cardiologie de Montréal  
Correspondance : [t.mailhot@umontreal.ca](mailto:t.mailhot@umontreal.ca)

### RESUMÉ

**But :** Le but de l'étude était l'évaluation de l'effet d'un programme de soutien à l'arrêt tabagique offert suite à une hospitalisation dans un centre en soins cardiovasculaires aigus. **Méthode :** Étude pilote randomisée (N = 40), durant laquelle le groupe expérimental (GE) recevait un suivi post hospitalier de 6 appels téléphoniques par une infirmière spécialisée en cessation tabagique (ISCT). **Résultats :** Les patients du GE ont présenté des scores améliorés sur deux aspects de la représentation de la maladie (considérer leur maladie comme chronique et moins de représentations émotives négatives). Aucune différence significative sur l'arrêt tabagique n'a été notée à 6 mois ( $p = 0,72$ ). **Conclusion :** Ce résultat peut s'expliquer, entre autres, par le type de fumeurs invétérés ou endurcis qui persistent dans leurs habitudes de consommation de tabac qui étaient incluses dans l'étude. Cette population de fumeurs nécessite possiblement une intervention spécialisée et plus intensive que celle utilisée.

**Mots clés :** arrêt tabagique, intervention infirmière, approche motivationnelle, stades de changement, étude pilote randomisée, soins cardiovasculaires.

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to evaluate the effect of a smoking cessation intervention provided after discharge from a specialized cardiac hospital. **Design:** A randomized pilot study (N = 40); after discharge, the experimental group (EG) received 6 phone calls from a nurse specialized in tobacco cessation counselling. **Results:** Patients in the EG showed improved scores on two aspects of illness representations (perceive their illness as chronic and reported less negative emotional representations). No significant difference in smoking cessation was observed at 6 months ( $p = 0.72$ ). **Conclusion:** The non-significant difference may be explained in part by the smoking characteristics within this sample exemplifying the more nicotine dependent "hard core" smokers who persist in their smoking habits despite the serious health consequences incurred by continued smoking. This population of smokers may require a more intensive, specialized intervention to achieve smoking cessation.

**Mots clés :** smoking cessation, nursing intervention, motivational approach, stages of change, randomized pilot study, cardiovascular care.

Le tabagisme est un facteur de risque important de maladies cardiovasculaires, ces dernières étant associées à des coûts de soins de santé considérables liés à des hospitalisations et des invalidités (1) (2) (3). Le bénéfice de la cessation tabagique est incontestable, permettant de réduire de 36% le risque de mortalité chez les personnes souffrant de maladie coronarienne, ce qui représente un gain plus élevé que tout autre traitement (4). Les fumeurs sont la cible privilégiée d'interventions de la part d'infirmières qui ont développé une expertise dans ce domaine (5) (6). Par ailleurs, les ressources communautaires existantes sont utilisées par peu de fumeurs (7) (8). La présente étude pilote avec devis randomisé avait pour objectif la comparaison entre l'effet d'un programme de cessation tabagique offert en centre hospitalier cardiovasculaire aigu (Groupe contrôle (GC)), par une infirmière spécialisée en cessation tabagique (ISCT), et l'effet de ce même programme, mais bonifié par un suivi post-hospitalier par l'ISCT (Groupe intervention (GI)).

### RECENSION DES ÉCRITS

Selon la méta-analyse de Rice et Stead (9), les programmes de cessation tabagique prodigués par des infirmières améliorent de 1,28 fois le taux de succès

de l'arrêt tabagique chez des patients hospitalisés pour problème cardiaque. Le moment où l'intervention est amorcée de même que le nombre de contacts thérapeutiques auprès du patient paraissent influencer positivement la prise en charge des patients fumeurs. Rigotti et al. (10) concluent que les interventions de conseils en cessation tabagique qui débutent durant l'hospitalisation et qui sont accompagnées d'un suivi post-hospitalier d'au moins 1 mois à la suite du congé augmentent de 65% la cessation tabagique à 6 et 12 mois suivant l'hospitalisation. Il existe donc une relation dose/effet entre le nombre de contacts thérapeute/patient, la durée des contacts de même que leur intensité et le succès de la cessation tabagique (11). Dans une revue systématique de 17 études publiées entre 1993 et 2002, Rigotti et al. (12) ont classifié les interventions selon leurs niveaux d'intensité, la nature et l'étendu du suivi offert. Dans le contexte d'études offrant une intervention de niveau relativement élevé d'intensité, les bénéfices observés sont apparus significatifs (13) (14) (15).

Certaines caractéristiques personnelles entrent aussi en ligne de compte pour favoriser ou défavoriser l'arrêt tabagique. Entre autres, les personnes qui sont atteintes d'un problème cardiaque sont généralement réceptives à l'idée de cesser de fumer et plus motivées à modifier leur style de vie comparativement aux personnes saines (2) (10) (16). Le contexte hospitalier les rendrait plus réceptives aux risques associés au tabagisme en plus de diminuer les occasions de fumer. En effet, Peterson

et al. (17) rapportent que les patients de leur étude, ayant vécu une angioplastie (dilatation des artères coronaires par ballonnet) comme un événement traumatisant et un point tournant dans leur vie, avaient diminué certains facteurs de risque, dont le tabagisme. Ces derniers ont constaté que les patients, ayant modifié leurs facteurs de risque, se sentaient beaucoup plus vulnérables, exprimaient davantage d'inquiétudes comparativement aux autres participants qui avaient davantage l'impression d'être guéris et manquaient de connaissance sur leur condition médicale. Hajek et al. (15) ont observé que les fumeurs ayant subi un infarctus du myocarde (IM) étaient plus susceptibles (191/280 v 5/29) d'avoir cessé de fumer à 12 mois que ceux ayant subi un pontage coronarien. Ainsi, la perception de la maladie et la manière d'y réagir permettraient d'expliquer la tendance des participants à changer de comportements.

L'alcool, le stress, la prise de poids, les états dépressifs et anxieux, la présence de fumeurs dans l'entourage et le niveau de dépendance nicotinique comptent parmi les facteurs qui nuisent à l'arrêt tabagique (15) (16) (18) (19) (20) (21) (22). D'autres résultats permettent de suggérer que l'âge avancé, le genre féminin et le manque de soutien social et familial seraient des barrières à l'arrêt tabagique. Il est possible que les patients plus jeunes soient plus motivés à cesser de fumer étant potentiellement mieux informés et plus sensibilisés au mouvement social orienté vers la santé qui prévaut actuellement (23) (24). Certaines études (2) montrent que les femmes seraient particulièrement touchées par des barrières à l'arrêt tabagique dont le stress, les états dépressifs et des facteurs physiologiques et métaboliques, particulièrement ceux qui sont reliés au maintien du poids. Le manque de soutien social et familial chez les femmes interviendrait également, ces dernières ayant tendance à offrir du support et à moins en recevoir (2). Le soutien serait ainsi considéré comme un facteur d'importance sur le plan du maintien à long terme de la cessation tabagique dans la population générale (25) (26).

En résumé, le parcours du patient fumeur est très souvent marqué par des périodes d'arrêt tabagique suivies de rechutes, qui doivent être renforcées par des interventions théoriquement et cliniquement solides et d'intensité la plus élevée possible (nombre et durée des contacts) afin d'obtenir de meilleurs gains (2).

### **Orientations théoriques**

Dans le cadre du processus que traverse l'individu pour cesser de fumer, le stade de changement dans lequel il se trouve et son niveau de motivation à cesser de fumer sont deux composantes essentielles à considérer. Deux modèles, celui des stades de changement de Prochaska et DiClemente (27) et de l'entrevue motivationnelle de Miller et Rollnick (28) sont

les plus souvent retenus dans ce domaine. Prochaska et DiClemente (27) présentent un modèle *trans-théorique* du changement, qui prend comme assise le croisement des frontières des thérapies traditionnelles et qui comprend cinq stades de changement, que traversent habituellement les personnes présentant des conduites de dépendance. Les individus passent de façon ordonnée ou anarchique à travers ces stades soit la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action, et le maintien. Selon les principes de ce modèle, chez les individus qui se situent au *stade de pré-contemplation* et donc, qui n'ont pas l'intention de cesser de fumer dans un avenir rapproché, l'intervention visera la prise de conscience des risques et des problèmes reliés au comportement de dépendance, et à générer un doute dans l'esprit de l'individu. Chez les individus en *stade de contemplation*, et qui ont sérieusement l'intention de changer de comportement tout étant ambivalent face au changement, l'intervention consistera à explorer cette ambivalence et favoriser l'expression des raisons en faveur du changement et des risques encourus à ne pas changer. Au *stade de préparation*, les individus ont l'intention de s'engager prochainement dans des démarches actives pour cesser de fumer, ont généralement un plan d'action et ont parfois fait quelques essais, le modèle invite l'intervenant à proposer un choix de stratégies de changement et à lever les derniers obstacles au changement de comportement. À ce stade, il s'agit d'intervenir selon quatre principes : (a) renverser la balance décisionnelle (plus de négatif que de positif face au tabagisme) ; (b) engager l'individu dans des processus de changement comportementaux avec des actions concrètes ; (c) renforcer son sentiment d'efficacité personnelle ; et (d) l'aider à acquérir des stratégies de prévention pour éviter une rechute. Au *stade d'action*, les individus ont normalement cessé de fumer, l'intervention visera l'accompagnement dans le maintien du changement. Enfin, le *stade de maintien* correspond habituellement à 6 mois après la cessation tabagique, moment où le risque de rechute est moindre. Alors, selon ce modèle, l'atteinte d'un changement de comportement passe d'abord par la progression dans les stades et non seulement l'arrêt tabagique.

L'entretien motivationnel de Miller et Rollnick (29) est complémentaire en promouvant le niveau de conviction et de confiance à réaliser un changement. Un des principes de l'intervention motivationnelle est de manifester de l'empathie. Cette démonstration s'effectue en soulignant les propos contradictoires formulés par l'individu (ex : je veux mais ne veux pas), en évitant l'affrontement et en ne forçant pas la résistance. L'entrevue se doit de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle, soit la confiance chez l'individu en sa capacité à gérer correctement certaines situations. Le but ultime est d'amener

# ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE D'UNE INTERVENTION INFIRMIÈRE DE SOUTIEN À LA CESSATION TABAGIQUE CHEZ DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UN PROBLÈME CARDIAQUE : ÉTUDE PILOTE (SO-LIVE)

l'individu à mettre en œuvre et à maintenir un changement de comportement.

En bref, les résultats suggèrent que les interventions favorisant la cessation tabagique doivent débuter durant l'hospitalisation, en tenant compte du stade de changement et des niveaux de conviction et de confiance à changer.

Le but principal de l'étude pilote randomisée était d'évaluer l'effet d'une intervention infirmière de cessation tabagique chez des patients hospitalisés pour un problème cardiaque sur l'arrêt tabagique à 6 mois. Nous voulions aussi évaluer l'effet de l'intervention sur la progression dans les stades de changement, la représentation de la maladie, les symptômes anxieux et dépressifs et deux facteurs de risque, soit la diète et l'exercice physique.

## MÉTHODE

### Échantillon

La population à l'étude était formée de patients fumeurs hospitalisés dans un centre hospitalier aigu en soins cardiovasculaires (CHA). Pour être inclus, ils devaient : 1) Fumer la cigarette quotidiennement ; 2) Avoir la capacité cognitive et physique de répondre à un questionnaire et de communiquer par téléphone ; et 3) Être capable de communiquer en français ou en anglais. Seuls les patients qui étaient vus durant l'hospitalisation par l'ISCT étaient éligibles. Étaient exclus les patients déjà suivis par la ligne « J'Arrête » ou dans un Centre d'abandon du tabagisme (CAT) (Conseil québécois sur le tabac et la santé, 2010). Dans les deux cas (J'arrête et CAT), les services étaient offerts par des travailleurs sociaux, des infirmières, des physiothérapeutes et tout autre personnel ayant une formation spécialisée en cessation tabagique. Les CAT offrent des conseils, du soutien et de l'aide pharmacologique aux individus fumeurs. Les deux services s'appuient sur le modèle de Prochaska et DiClemente (27) et de l'entretien motivationnel de Miller et Rollnick (29).

### Programme courant offert par le CHA durant l'hospitalisation des patients fumeurs

Depuis 2005, une ISCT rencontre systématiquement tous les patients fumeurs hospitalisés au CHA où s'est déroulée l'étude. L'ISCT détient une formation clinique spécialisée en santé publique de l'école supérieure de soins infirmiers de Lausanne et une maîtrise en santé communautaire de l'Université de Montréal. Elle possède 10 ans

d'expérience en prévention du tabagisme et 2 ans et 6 mois en cessation tabagique. L'intervention de l'ISCT consiste en une ou plusieurs consultations, de durée variée selon les besoins, auprès de tous les patients fumeurs. La consultation s'effectue dans leur chambre ou à un autre endroit tel un salon sur l'unité de soins. Pour les patients qui sont prêts à cesser de fumer, l'ISCT privilégie une bonne préparation et recommande une médication en cessation (thérapie de remplacement nicotinique (TRN)), Bupropion ou Varénicline) qui diminue les malaises causés par le manque de nicotine pendant l'hospitalisation et augmente les chances de réussite après le congé hospitalier. Pour ceux qui ne sont pas prêts à arrêter de fumer, elle encourage une réflexion sur l'importance de cesser de fumer. Son intervention s'appuie sur les stades de changement de Prochaska et DiClemente (27) et sur l'entretien motivationnel de Miller (28). Pour tous les patients du CHA dans les soins courants, des lettres motivationnelles sont envoyées jusqu'à 6 mois suivant le congé, de manière à encourager et soutenir les efforts du patient dans son arrêt tabagique. De plus, tous les patients sont référés aux ressources communautaires en arrêt tabagique (ligne J'Arrête et CAT).

### Procédure

Pour les fins de la présente étude, l'ISCT a d'abord expliqué le projet et son déroulement lors d'une première rencontre – ceci dans le cadre de ses fonctions habituelles - auprès de tous les patients fumeurs hospitalisés. À la fin de la consultation, elle a remis un formulaire de consentement. Ces patients étaient informés qu'ils seraient répartis au hasard dans le groupe intervention (GI) et le groupe contrôle (GC) environ une semaine à la suite de leur congé médical. Cette procédure permettait à tous les patients de recevoir les mêmes soins de la part de l'ISCT durant l'hospitalisation puisque l'ISCT ne savait pas dans quel groupe chaque patient serait randomisé suite au congé. Une semaine après le congé, l'ISCT communiquait avec tous les patients pour confirmer leur volonté de participer à l'étude. Lorsque les patients confirmaient leur acceptation, l'ISCT procédait à la randomisation en ouvrant une enveloppe scellée et opaque fournie par un centre de coordination des essais cliniques randomisés, laquelle déterminait au hasard le groupe d'appartenance du patient. Les patients du GC étaient informés qu'ils étaient référés à la ligne téléphonique communautaire J'arrête et aux CAT. Les patients du GI continuaient d'être suivis par l'ISCT pendant les prochains six mois.

En résumé, tous les patients de l'étude (GC et GI) recevaient le programme courant en cessation tabagique offert aux patients fumeurs hospitalisés du CHA et bénéficiaient ainsi de l'intervention de l'ISCT durant

l'hospitalisation. La différence principale dans le cadre de l'étude actuelle consistait à fournir une référence aux ressources communautaires usuelles (CAT et ligne téléphonique J'Arrête) pour les patients du GC tel que cela se fait dans la pratique courante alors que le GI continuait de recevoir l'intervention par l'ISCT qui les avait rencontrés durant l'hospitalisation.

### Groupe contrôle (GC)

Lors de l'appel téléphonique une semaine après le congé, l'ISCT référait les patients du groupe contrôle (GC) qui le souhaitaient à une ressource communautaire externe, soit la ligne J'Arrête ou un CAT.

### Groupe de l'intervention expérimentale (GI)

Les patients du GI continuaient de recevoir un suivi de l'ISCT selon la même approche décrite ci-dessus, soit recevaient un suivi externe comprenant : 1) un appel téléphonique par l'ISCT à chaque semaine durant le premier mois ainsi qu'à la fin du 2<sup>ème</sup> et du 3<sup>ème</sup> mois et 2) une disponibilité téléphonique entre 3 et 6 mois suivant l'hospitalisation. Lors de ces appels téléphoniques, l'intervention de soutien par l'ISCT visait à identifier le stade de changement dans lequel se situait le patient, de discuter de ses motivations, de l'amener à augmenter sa confiance et sa conviction à cesser de fumer. Elle lui fournissait certaines

références, ou lui proposait une médication au besoin. À trois semaines post randomisation, alors qu'il s'agit d'une période généralement plus difficile, le patient pouvait choisir de rencontrer l'ISCT à l'ICM ou de recevoir un appel téléphonique. Les patients du GI pouvaient aussi faire appel d'eux-mêmes aux services des CAT et de la ligne « J'Arrête », mais la référence n'était pas faite par l'ISCT et ce suivi aurait été additionnel à celui assuré par l'ISCT. Un résumé de la séquence des temps d'intervention est présenté au Tableau 1.

## MESURES

Tous les patients dans les deux groupes (GI et GC) ont répondu au départ à un questionnaire de base incluant les données sociodémographiques, l'histoire tabagique et celles concernant les mesures de la représentation de la maladie, les sentiments dépressifs, anxieux, les facteurs de risque dont la diète et l'exercice physique (T1 – mesures de base) – ces facteurs étant reconnus comme nuisibles à l'arrêt tabagique (16) (18) (20) (21) (22). À six mois post randomisation, ces mêmes mesures ainsi que la mesure du statut tabagique (T3) ont été collectés lors un appel téléphonique effectué par une assistante de recherche aveugle, l'assignation des patients aux groupes (GC et GI

Tableau 1  
Déroulement de l'étude

Temps d'intervention	Séquence du déroulement de l'étude
Durant l'hospitalisation	Intervention de l'ISCT avec tous les patients dans les soins usuels
T1	Présentation de l'étude durant l'hospitalisation Signature du consentement Mesures de base Congé médical selon ce qui est prévu dans les soins usuels
T2a	GC et GI : Appel téléphonique après une semaine à tous les patients ayant accepté l'étude – randomisation GC : avisés qu'ils sont référés aux ressources usuelles GI : Intervention de soutien débute
T2 b à d	GI : Appel téléphonique chaque semaine durant le premier mois
T2 e	GI : 2 mois : Appel téléphonique
T2f	GI : 3 mois : Appel téléphonique
T3	GC + GI : 6 mois post-randomisation → mesures de résultats par appel téléphonique par une personne aveugle à l'assignation des patients aux groupes



# ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE D'UNE INTERVENTION INFIRMIÈRE DE SOUTIEN À LA CESSATION TABAGIQUE CHEZ DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UN PROBLÈME CARDIAQUE : ÉTUDE PILOTE (SO-LIVE)

La mesure de résultat principal est le statut tabagique à 6 mois. Il s'agit d'une mesure auto-rapportée la plus couramment utilisée mais qui comporte cependant des limites en particulier chez les patients fumeurs qui peuvent se déclarer non-fumeurs. Dans le devis, nous avons ainsi prévu évaluer la faisabilité de faire des tests de nicotine/cotinine urinaire ou salivaire lors d'une visite par l'assistante de recherche à domicile à 6 mois pour les personnes qui habitaient dans un rayon de 50 kilomètres du centre hospitalier où se déroulait l'étude. Un seul patient a fait un tel test de contrôle, les autres ayant refusé ou habitant trop loin.

La représentation de la maladie a été évaluée par le *Illness perception questionnaire* (IPQ-R) (30). Sur cette échelle de 38 items, le patient indique son degré d'accord ou de désaccord avec chaque item sur une échelle de Likert à 5 points (tout à fait en désaccord = 1 à tout à fait en accord = 5). Un score pour chacune des sept dimensions (chronologie chronique (vs aigue), conséquences négatives, sentiment de contrôle personnel et sentiment de contrôle face au traitement, cohérence face à la maladie, chronologie cyclique (vs stable) et représentation émotionnelle négative) est calculé en additionnant la réponse à chacun des énoncés.

Les sentiments anxieux et dépressifs ont été évalués à l'aide du *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) qui vise à détecter des formes légères de difficultés psychologiques (31). Les 14 items permettent de calculer deux scores soit les sentiments anxieux et les sentiments dépressifs à partir des réponses sur une échelle ordinaire à 4 points. Un score plus élevé sur chacune des sous-échelles (étendue possible de 0 – 21 pour chacune des sous-échelles) indique un degré plus élevé de symptômes.

La variable *alimentation* a été mesurée par l'échelle *Mangez-vous santé ?* (<http://www.actimenu.ca/accueil.php>) qui comporte 20 questions (score variant de 0 à 100, plus le score est élevé, meilleure est l'alimentation) couvrant la consommation en matières grasses ainsi que la consommation en aliments importants pour la santé (ex : calcium, vitamines)? *L'échelle Avez-vous bon cœur ?*, aussi publiée par Acti Menu comporte une question mesurant le niveau d'activité physique selon 4 catégories qui ont été dichotomisées à 0 = moins d'une fois par semaine et 1 = deux fois ou plus par semaine.

Le test de 6 questions du test de Fagerström, portant sur la dépendance tabagique a été utilisé en raison de son pouvoir prédictif sur l'arrêt tabagique (19). Ce test permet de classer une dépendance légère (score de 0-3), moyenne (score de 4-6) et sévère (score de 7-10).

La variable *stade de changement* a été mesurée à l'aide de questions sous forme d'algorithme qui permettent de classer les personnes selon cinq stades (ex : pré contemplation à contemplation). Un score de 1 est assigné aux patients qui progressent alors qu'un score de 0 est accordé pour ceux qui demeurent au même stade ou qui reculent. Cet algorithme et cette classification ont été utilisés dans l'étude de Chouinard et Robichaud-Ekstrand (2005) (32). Les niveaux de conviction et de confiance ont été évalués par l'ISCT selon son jugement clinique et basé sur les travaux de Miller et Rolnick (29). La cible d'intervention pour effectuer l'évaluation des niveaux de conviction chez l'individu se réalise par des questions ouvertes permettant d'attribuer un score se situant entre 1 (ambivalent) et 5 (convaincu). Ces mesures permettent d'une part de situer où se situe la personne sur ces variables et orienter l'intervention en conséquence, de même que d'évaluer la progression à travers les rencontres.

*Mesures de l'intervention.* L'ISCT a noté ses interventions auprès des patients du GI, après chaque contact (T2a au T2f), à l'aide d'une grille d'intervention qui fut développée par l'équipe, en fonction des expériences cliniques et des écrits théoriques et qui fut validée au préalable par des experts dans le domaine. Cette grille a permis de savoir quelles étaient les interventions retenues pour chaque patient selon les stades de changement.

## Taille de l'échantillon et analyses

Un échantillon de 20 patients par groupe a été retenu puisqu'il s'agissait d'une étude pilote visant à décrire de façon préliminaire l'efficacité de l'intervention en observant la tendance dans la direction des résultats. En tant qu'étude pilote, la taille de l'échantillon n'est pas été calculée en fonction de l'atteinte d'une puissance statistique adéquate, mais pour répondre aux objectifs cités précédemment (33). Tel que recommandé par le groupe Consort, aucun test statistique de différence entre les groupes au T1 n'a été effectué puisque que de tels tests sont superflus (34). Si les groupes différaient sur des variables au départ qui auraient pu prédire l'arrêt tabagique autres que l'intervention selon la littérature, celles-ci ont été retenues dans les analyses en tant que variables contrôles dans les tests d'hypothèse en utilisant une régression logistique où chacune des co-variables est forcée dans le modèle avant d'inclure la variable groupe.

Le statut tabagique à 6 mois suite à la randomisation et les stades de changement ont été comparés entre le GI et le GC par un test du chi-carré. Pour les patients non rejoints à 6 mois sur la mesure de statut

tabagique, nous avons assigné le statut de « fumeur » comme cela se fait le plus souvent dans les écrits portant sur les effets de programme en cessation tabagique basé sur le risque accru que les non répondants soient des fumeurs (35). Cette mesure comporte la limite d'être conservatrice puisque ce ne sont pas tous les non- répondants qui seraient réellement des fumeurs.

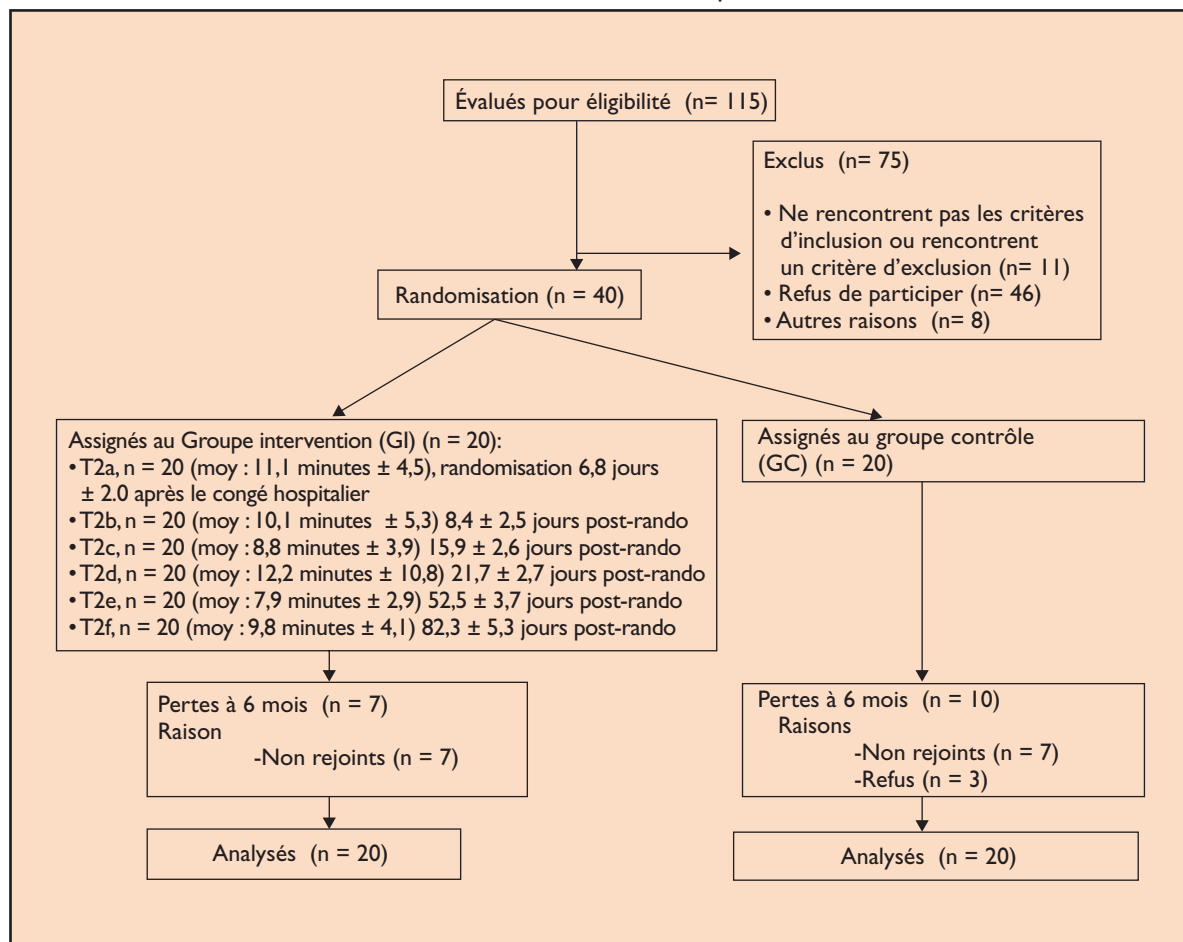
Les mesures complémentaires utilisant des échelles de type continu (représentation de la maladie, les sentiments anxieux et dépressifs et l'alimentation) ont été comparées à **T3** entre les deux groupes par des analyses de covariance en incluant la variable correspondante du **T1** comme covariable. L'activité physique à 6 mois (mesure dichotomique) a été comparée entre les groupes par un test du chi-carré. Pour tenir compte de la valeur de base, une régression logistique avec la variable de base (T1) comme covariable a aussi été utilisée. Une dernière analyse

a été menée à titre exploratoire dans laquelle nous avons examiné les caractéristiques de base mesurées au T1 qui étaient reliées avec l'arrêt du tabac à 6 mois (oui-non), indépendamment de l'appartenance au groupe à l'aide de tests du chi-carré (pour les variables catégorielles) et de tests de Student (pour les variables avec mesures de type continu).

### Considérations éthiques

L'étude a été autorisée par le comité interne d'éthique du Centre de recherche où l'étude s'est déroulée. Les participants ont été informés du caractère de l'étude et ses objectifs. Ils ont eu tout le temps nécessaire pour décider d'y participer ou non. Tous ont signé un formulaire de consentement écrit indiquant leur acceptation d'y participer et les conditions associées. En tant qu'étude pilote, l'étude a été enregistrée dans le registre des essais cliniques

Figure 1  
Cheminement du recrutement des patients



## ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE D'UNE INTERVENTION INFIRMIÈRE DE SOUTIEN À LA CESSATION TABAGIQUE CHEZ DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UN PROBLÈME CARDIAQUE : ÉTUDE PILOTE (SO-LIVE)

Tableau 2  
Caractéristiques sociodémographique et cliniques (T1)

Variable	Groupe Intervention (n=20)	Groupe contrôle (n=20)
Âge	59,8 ± 12,6 <sup>a</sup>	54,4 ± 7,1 <sup>a</sup>
Hommes	13 (65%)	11 (55%) (11)
Travailleurs actifs	8 (40%)	14 (70%) (14)
Niveau d'éducation secondaire complété	16 (80%)	15 (75%) (15)
Mariés/conjoints de fait	12 (60%)	13 (65%) (13)
Habite avec fumeur	8 (73%)	11 (69%) (11)
Diagnostic de syndrome coronarien aigu vs autre	2 (10%)	9 (45%) (9)
Antécédent d'infarctus	8 (40%)	4 (20%) (4)
Chirurgie durant l'hospitalisation (pontage ou plastie ou remplacement de valve)	8 (40%)	8 (40%) (8)
Facteurs de risque		
Diabète	7 (35%)	3 (15%) (3)
Sédentarité	10 (50%)	5 (25%) (5)
HTA	14 (70%)	8 (40%) (8)
Dyslipidémie	14 (70%)	10 (50%) (10)
Aucune activité physique	9 (56%)	7 (44%) (7)
Tour de taille	106,4 ± 21,6 <sup>a</sup>	95,6 ± 14,9 <sup>a</sup>
30 et + d'indice de masse corporelle (IMC)	11 (58%)	4 (20%)
Score d'alimentation (score 0-100)	N=15 54,4 ± 15,6 <sup>a</sup>	N=17 53,0 ± 15,0 <sup>a</sup>
HDL	1,37 ± 1,46 <sup>a</sup>	0,99 ± 0,30 <sup>a</sup>
LDL	1,88 ± 0,60	2,61 ± 0,96
Triglycérides	1,90 ± 0,73	1,94 ± 1,86
Durée hospitalisation	8,3 ± 5,0	7,9 ± 7,3 <sup>a</sup>
Nb. de contacts par l'infirmière durant l'hospitalisation		
1	4 (20%)	2 (10%)
2	2 (10%)	7 (35%)
3	14 (70%)	11 (55%)
Nb. minutes des contacts par l'infirmière durant l'hospitalisation	42,5 ± 15,6 <sup>a</sup>	41,0 ± 11,4 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> : Moyenne ± Écart type



Tableau 3  
Histoire tabagique

Variable (étendue pour variables continues)	Groupe Intervention (n=20)	Groupe contrôle (n=20)
Nb. années tabagisme	38,7 ± 12,8 <sup>a</sup>	39,0 ± 14,3 <sup>a</sup>
Nb. cigarettes par jour	19,6 ± 12,6 <sup>a</sup>	25,3 ± 14,3
Nb. cigarettes par jour	8 (40%)	14 (70%) (14)
10 ou -	5 (25%)	2 (10%)
11-20	7 (35%)	5 (25%)
21-30	6 (30%)	10 (50%)
31 ou +	1 (5%)	3 (15%)
A déjà arrêté 6 mois ou plus dans le passé (% oui)	6 (33,3%)	2 (11,1%)
Causes de rechutes		
Symptômes sevrage (% oui)	10 (50%)	8 (40%)
Pressions sociales (% oui)	4 (20%)	3 (15%)
Événement majeur (% oui)	2 (10%)	3 (15%)
Intolérance Rx (Bupropion, Varénicline, timbres cutanés) (% oui)	1 (5%)	5 (25%)
Médication au départ		
0 = aucun	9	7
1 = Bupropion, Varénicline	4	2
2 = gomme, timbres cutanés, inhalateur ou pastille	7	11
Stade de changement TI		
1 pré-contemplation	0	0
2 contemplation	0	1 (5%)
3 préparation	20 (100%)	19 (95%)
4 action	0	0
5 maintien	0	0
Score de dépendance Fagerström (Moy ± ET)	6,2 ± 1,3 (n = 19) <sup>a</sup>	6,5 ± 1,1 <sup>a</sup>
Score clinique de dépendance		
1- Dépendance légère	1 (5,3%)	0
2- Dépendance modérée	10 (53%)	11 (56%)
3- Dépendance sévère	8 (42%)	9 (45%)

<sup>a</sup> : Moyenne ± écart type

randomisés (numéro d'enregistrement d'étude clinique randomisée : ISRCTN26884027).

## RÉSULTATS

### Description des participants

Le recrutement des 40 participants s'est déroulé entre septembre et novembre 2008. Des 115 patients dont les dossiers ont été examinés pour éligibilité (Figure 1),

104 ont rencontré les critères d'inclusion. De ces derniers, 46 ont refusé de participer, soit parce qu'ils ne voulaient pas entreprendre de démarche de cessation tabagique (n = 13) ou parce qu'ils refusaient l'étude sans autre indication (n = 33). À 6 mois post randomisation, 7 des 20 patients du GI et 10 des 20 patients du GC n'ont pas fourni de mesures de résultats par questionnaire auto-rapporté parce qu'ils n'ont pas été rejoints malgré quelques tentatives d'appels ou qu'ils ont refusé de répondre aux questions. En comparant les caractéristiques des participants des deux groupes (Tableaux 2 et 3), on note que

## ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE D'UNE INTERVENTION INFIRMIÈRE DE SOUTIEN À LA CESSATION TABAGIQUE CHEZ DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UN PROBLÈME CARDIAQUE : ÉTUDE PILOTE (SO-LIVE)

les patients du GI sont plus âgés, sont moins sur le marché du travail et sont plus nombreux à avoir un antécédent d'infarctus du myocarde. De plus, environ deux fois plus de patients du GI sont diabétiques, obèses ou sédentaires comparativement aux patients du GC. Ainsi, les patients du GI sont ainsi plus désavantagés sur le plan de facteurs favorisant l'arrêt tabagique, soit l'obésité, la sédentarité, l'âge avancé et moins de soutien social en lien avec un statut de travailleur. Un nombre plus important de patients du GC ont été hospitalisés pour un SCA (Syndrome Coronarien Aigu) en comparaison avec les patients hospitalisés pour un autre diagnostic (ex : insuffisance cardiaque, arythmie).

L'histoire tabagique collectée au T1 décrite au Tableau 3 indique que le GC incluait davantage de gros fumeurs (20 cigarettes ou +), mais comportait moins de fumeurs qui avaient déjà tenté d'arrêter de fumer par le passé. Tous les patients sauf un dans les 2 groupes se situaient au stade de changement de « préparation », donc avait l'intention de cesser de fumer dans les 30 prochains jours et environ la moitié avait un niveau de conviction très élevé face à l'arrêt du tabac. La moitié des patients dans les 2 groupes était en

dépendance sévère face au tabagisme selon le score de Fagerström.

### Description de l'intervention

Durant l'hospitalisation, l'ISCT a rencontré les patients de l'étude entre une à trois fois et ce pour un nombre similaire de minutes entre les deux groupes. La moyenne de jours suivant le premier contact post-hospitalier – au début duquel se faisait la randomisation – a été d'environ à une semaine post-randomisation tel que prévu. Tous les patients du GI ont reçu les six contacts prévus (T2a à T2f) qui ont duré en moyenne entre 7,9 minutes et 12,2 minutes (Figure 1 p.66). Aucun contact en face à face n'a été effectué par l'ISCT puisqu'il n'y a pas eu de demandes à cet effet. La majorité des interventions effectuées se situaient pour des patients en stade de préparation ou en action et visaient l'augmentation du niveau de conviction et de confiance à l'arrêt tabagique.

### Test d'hypothèses

**Statut tabagique à 6 mois.** La variable principale, le statut tabagique à 6 mois, a été collectée auprès des 23 patients à 6 mois (13 du GI et 10 GC). Tel

**Tableau 4**  
Effets du programme sur le statut tabagique et la progression dans les stades de changement

Variable	Groupe expérimental (n = 20)	Groupe contrôle (n = 20)	P pour groupe (Chi-square)
Fumeur à 6 mois (n = 40) <sup>a</sup>			
Non	5 (25%)	6 (30%)	0,72 <sup>b</sup>
Oui	15 (75%)	14 (70%)	
Fumeur à 6 mois patients rejoints (n = 23) <sup>c</sup>			
Non	5 (38%)	6 (60%)	0,31
Oui	8 (62%)	4 (40%)	
Progression stade de changement (n = 23) <sup>c</sup>			
Stabilité ou recul	8 (62%)	4 (40%)	0,31
Progression	5 (38%)	6 (60%)	

<sup>a</sup> N = 40 : les 3 refus et les 14 patients non rejoints classifiés à fumeur.

<sup>b</sup> P pour groupe avec contrôle des variables au T1 en régression logistique : âge 0,67 ; occupation 0,87 ; habite avec un fumeur 0,84 ; diagnostic de SCA vs autre 0,77 ; antécédent de IM vs non 0,89 ; diabète 0,68 ; obésité 0,59 ; sédentarité 0,59 ; HTA 0,89 ; poids 0,66 ; tour de taille 0,50 ; BMI clinique 0,31 ; symptômes anxieux 0,99 ; symptômes dépressifs 0,99 ; test de dépendance de Fagerström 0,86 ; médication d'aide à la cessation du tabac au congé hospitalier 0,69.

<sup>c</sup> données disponibles seulement pour le 23 patients rejoins au téléphone à 6 mois.

a été assigné aux 17 patients non-rejoins ou qui ont refusé de répondre au questionnaire. Les résultats présentés au tableau 4 indiquent qu'il n'y a aucun effet significatif de l'intervention ( $p = ,72$ ) sur le statut de fumeur à 6 mois. En contrôlant chacune des variables où l'on notait un déséquilibre entre les groupes au T1 – soit au début de l'étude –, les valeurs p demeurent non significatives (Tableau 4). L'effet du groupe sur l'échantillon des 23 patients rejoins qui ont répondu à la question sur le statut tabagique à 6 mois est aussi non significatif.

Tous les non-fumeurs (sauf un) à 6 mois ont mentionné qu'ils avaient cessé lors de l'hospitalisation durant laquelle ils ont débuté leur participation à l'étude ; seulement un avait arrêté de fumer après son départ de l'hôpital. Seulement un patient du GI rapporte avoir utilisé une autre ressource extérieure que l'ISCT suite à son hospitalisation alors que la moitié des 10 patients rejoins du GC avaient utilisé les ressources extérieures, soit un CAT ou la ligne téléphonique *J'arrête*.

### L'effet du programme sur les variables complémentaires

Pour la progression dans les stades de changement (Tableau 4), on ne note aucun effet du groupe ( $p = 0,31$ ). Un nombre similaire de patients avaient progressé dans les deux groupes ( $n = 5$  et  $6$ ) dans les stades de changement selon l'échelle de Prochaska. On note un effet du groupe sur la variable perception

de la maladie (chronologie chronique (vs aigue)) indiquant qu'au T3 (6 mois), les patients du GI considèrent davantage leur maladie comme étant chronique et moins comme étant aigu comparativement à ceux du GC. Même si un épisode de SCA est aigu, la nature chronique de la maladie cardiaque doit être reconnue pour être convaincu de modifier ses facteurs de risques modifiables tel le tabagisme. On note aussi que les patients du GI rapportent moins de représentations émotives négatives que les patients du GC, ce qui favorise le GI (Tableau 5). Ainsi, il se peut que le suivi de l'ISCT ait favorisé le GI sur le plan de la perception de la maladie au niveau de la prise de conscience du caractère chronique de la maladie cardiaque et sur le plan émotionnel. On note que davantage de patients du GI comparativement à ceux du GC (8 vs 3 patients) rapportent faire de l'exercice un peu à tous les jours, en comparaison avec « pas du tout », mais la différence n'est pas statistiquement significative.

Finalement, les caractéristiques de départ qui étaient reliés au statut de fumeur ou non à 6 mois sont décrites au Tableau 6, indépendamment de l'appartenance au groupe. On note que les fumeurs à 6 mois étaient moins sur le marché du travail au départ, avaient moins souvent un conjoint et avaient été hospitalisés pour un « autre » diagnostic qu'un SCA. La majorité des fumeurs à 6 mois avaient déjà tenté d'arrêter de fumer par le passé et avaient recommencé à cause des symptômes de sevrage.

Tableau 5  
Effet du programme sur variables IPQ, sentiments anxieux et dépressifs, activités physiques et alimentation à 6 mois (T3)

Variable	Groupe expérimental N = 12	Groupe contrôle N = 10	P pour groupe avec contrôle pour T1
Chronologie chronique (vs aigue)	22,86 ± 1,21 <sup>a</sup>	15,97 ± 1,34 <sup>a</sup>	0,001
Conséquences négatives	20,75 ± 1,16 <sup>a</sup>	22,00 ± 1,27 <sup>a</sup>	0,48
Contrôle personnel	21,78 ± 1,29 <sup>a</sup>	23,07 ± 1,42 <sup>a</sup>	0,52
Contrôle du traitement	19,10 ± 0,60 <sup>a</sup>	20,18 ± 0,66	0,26
Cohérence de la maladie	19,89 ± 1,09 <sup>a</sup>	18,73 ± 1,20 <sup>a</sup>	0,50
Chronologie cyclique (vs stable)	9,36 ± 0,82	10,57 ± 0,90 <sup>a</sup>	0,35
Représentations émotives négatives	15,84 ± 1,39 <sup>a</sup>	19,88 ± 1,61 (n=9) <sup>a</sup>	0,076
Symptômes anxieux	5,83 ± 1,35 <sup>a</sup>	5,58 ± 1,63 <sup>a</sup>	0,91
Symptômes dépressifs	4,44 ± 1,15 <sup>a</sup>	4,93 ± 1,39 <sup>a</sup>	0,79
Activités physiques			
0 aucune	5 (38.5%)	6 (66.7%)	0,26
1 un peu ... à tous les jours	8 (61.5%)	3 (33.3%)	
Score	57,49 ± 3,99 (n = 12) <sup>a</sup>	57,59 ± 5,25 (n = 7) <sup>a</sup>	0,99

<sup>a</sup> : Moyenne ajustée ± Erreur type

## ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE D'UNE INTERVENTION INFIRMIÈRE DE SOUTIEN À LA CESSATION TABAGIQUE CHEZ DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UN PROBLÈME CARDIAQUE : ÉTUDE PILOTE (SO-LIVE)

Tableau 6  
Variables de base (T1) reliées au statut de fumeur à 6 mois (T3) (chi-carré <sup>a</sup>)

Variable	Non-fumeur (n=11)	Fumeur (n=12)	Valeur P
Occupation			
Travailleurs actifs	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0,062
Autres	4 (30,8%)	9 (69,2%)	
Statut marital			
Mariés/conjoints de fait	10 (71,4%)	4 (28,6%)	
Autres	1 (11,1%)	8 (88,9%)	
Diagnostic			
SCA	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0,043
Autres	6 (35,3%)	11 (64,7%)	
Symptômes de sevrage comme cause de rechute antérieure			
Non	8 (72,7%)	3 (27,3%)	0,022
Oui	3 (25,0%)	9 (75,0%)	

<sup>a</sup> seules les variables avec une valeur  $p < 0,10$  sont rapportées

### DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'effet d'une intervention infirmière de cessation tabagique chez des patients hospitalisés pour un problème cardiaque sur l'arrêt tabagique à 6 mois. L'effet de l'intervention a aussi été évalué sur des mesures de résultats complémentaires, soit sur la progression dans les stades de changement, la représentation de la maladie, les symptômes anxieux et dépressifs et deux facteurs de risque, soit la diète et l'exercice physique. Les résultats n'indiquent aucune différence sur le taux de cessation tabagique à 6 mois entre le groupe de l'intervention expérimentale (GI) et le groupe contrôle (GC). On note cependant une différence en faveur du GI sur une dimension de la représentation de la maladie, les patients du GI considérant leur maladie plus chronique qu'aiguë, ce qui est réaliste compte tenu de la nature chronique de la maladie cardiaque. Ce résultat peut également traduire un effet de l'intervention de l'ISCT dans ce groupe, soit le fait que les participants du GI aient reçu davantage d'information sur la maladie, notamment sur son caractère chronique. Également, nous observons une tendance à ce que les patients du GI rapportent moins de représentations émotives négatives que les patients du GC. Ainsi, sur les 23 patients rejoints à 6 mois, l'effet de l'intervention est favorable sur ces deux variables de type psychologique.

Nous avons observé un taux de succès de 25% pour le GI et de 30%, dans le GC sur la variable de résultat. L'interprétation de ce résultat doit tenir compte

du fait qu'un statut de fumeur a été assigné à 17 participants non rejoints ou ayant refusé de répondre à cette question auto-rapportée. Chez les 23 patients rejoints, nous observons un taux de cessation tabagique de 38% dans le GI et de 60%, dans le GC. Ceci indique que les patients « rejoints » représentent possiblement davantage ceux qui avaient cessé de fumer, alors que les personnes n'ayant pas cessé de fumer ont été plus difficiles à rejoindre ou ont possiblement refusé de répondre.

Dans la littérature (36), les taux de succès sont moindres que celui observé dans le présent programme, ce qui suggère le potentiel de l'approche évaluée. Notons que tous les patients du GI ont été rejoints par l'ISCT pour les 6 contacts prévus suite à leur hospitalisation ce qui permet de soutenir l'acceptabilité de cette approche. Ceci est d'ailleurs corroboré dans les écrits, l'hospitalisation étant considérée comme un moment privilégié pour intervenir auprès de patients fumeurs afin de les soutenir dans leur démarche de cessation (37).

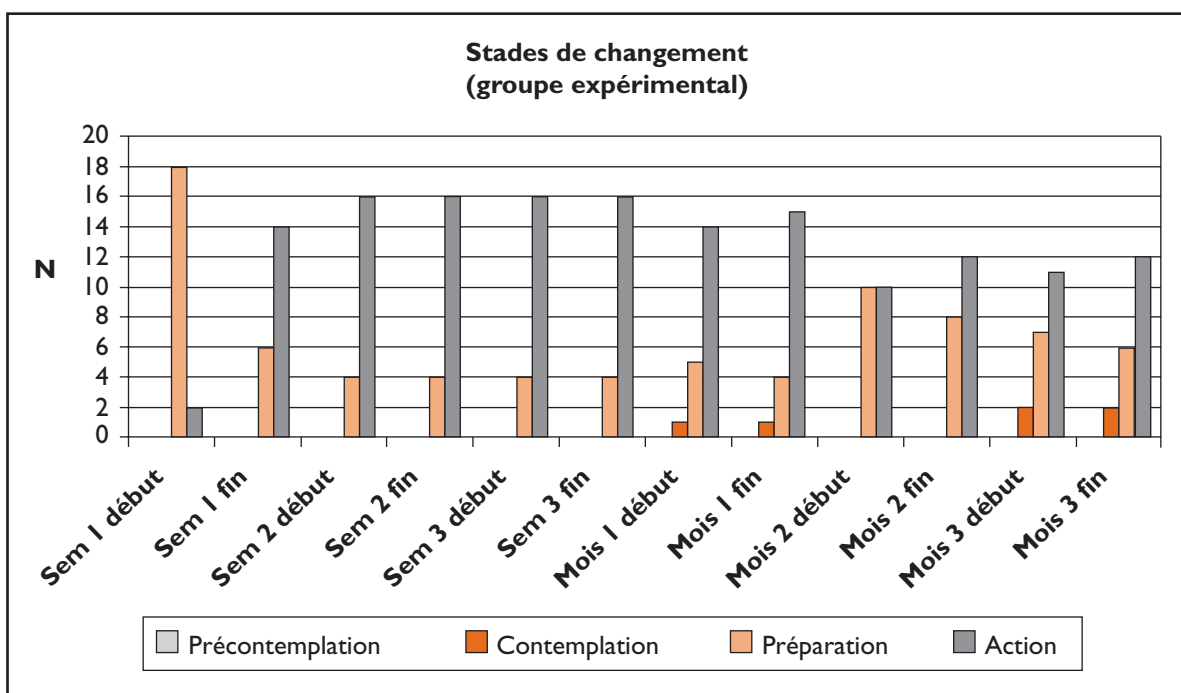
Parmi les explications plausibles pour ces résultats non significatifs, nous envisageons les possibilités de contamination entre les groupes et de débalancement entre les groupes au départ. Dans le présent projet, le GC recevait, tout comme le GI, l'intervention de l'ISCT durant l'hospitalisation. Ce n'est que suite au congé hospitalier que la modalité d'intervention expérimentale était mise en place. Nous avons aussi observé que tous, sauf un participant de l'étude qui rapportait avoir cessé de fumer lors de l'appel téléphonique à 6 mois, l'avaient fait durant

l'hospitalisation. Ceci suggère que l'effet le plus important de l'intervention de l'ISCT s'est produit durant l'hospitalisation.

Une deuxième explication possible est que les participants des deux groupes différaient au départ sur des caractéristiques sociodémographiques et cliniques qui présentent des liens avec le tabagisme. Le GI comportait des participants avec des caractéristiques qui offraient moins de chance d'obtenir un succès pour l'arrêt tabagique tel le fait d'être plus âgé, d'inclure moins de travailleurs actifs, donc plus de personnes isolées socialement (38). De plus le GE : en effet, une étude réalisée par Baker et al. (39) a démontré que les patients plus âgés étaient moins motivés à cesser de fumer en raison de l'isolement dans lequel ils sont plongés et donc du fait qu'ils sont moins sensibilisés sur le virage santé médiatisé depuis quelques années et moins informés sur les effets néfastes du tabac. En outre, l'isolement social aurait pour effet de réduire les possibilités d'échange et de soutien avec des membres de la communauté et encore les occasions d'échanges avec des professionnels de la santé (38). Le fait de travailler réduirait également les possibilités de fumer et ce, en raison des contraintes associées au fait de fumer sur les lieux du travail (40). Le GC comportait toutefois plus de personnes qui habitaient avec un fumeur, ce qui aurait pu les défavoriser puisque côtoyer des fumeurs diminue les chances d'abstinence au tabac (38). Cependant le nombre restreint de personnes impliquées dans l'étude réduit les possibilités d'interprétation.

Une étude indique que les fumeurs ayant subi un SCA seraient plus enclins à cesser de fumer que ceux ayant eu un pontage coronarien (15). Dans la présente étude, le fait d'avoir un diagnostic de SCA vs un autre diagnostic, favorisait l'arrêt tabagique. Par contre, le fait d'avoir eu une chirurgie (pontage ou valve) versus non n'était pas prédicteur de l'arrêt tabagique à 6 mois dans la présente étude. L'étude de Peterson et al (17) faisait ressortir la possibilité que les personnes qui subissent une angioplastie (dilatation par ballonnet), qui est une procédure moins invasive qu'une chirurgie pour pontage coronarien, peuvent moins voir nécessaire de modifier leurs facteurs de risque lorsqu'ils se font dire que le problème est réglé. Une étude à plus large échantillon permettrait d'identifier si et quels types de pathologies cardiaques sont plus ou moins à risque de recommencer à fumer suite à une hospitalisation.

Le GI était aussi moins favorisé sur le plan des facteurs de risque. Ce groupe était formé du double de personnes avec un diabète, de personnes sédentaires et atteintes d'hypertension, de dyslipidémie et d'obésité, comparativement aux individus du GC. Ceci nous permet de penser que le GI pouvait comporter davantage de patients fumeurs dits irréductibles, récalcitrants qui représentent les « noyaux durs » et donc, possiblement peu convaincus de la toxicité du tabagisme et cumulant plusieurs facteurs de risque. Sur le plan de l'histoire tabagique, on note que les patients du GC étaient peut-être davantage de gros fumeurs avec la moitié (n = 10) rapportant fumer environ un paquet par jour comparativement à seulement 6 du GI



# ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE D'UNE INTERVENTION INFIRMIÈRE DE SOUTIEN À LA CESSATION TABAGIQUE CHEZ DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UN PROBLÈME CARDIAQUE : ÉTUDE PILOTE (SO-LIVE)

rapportant cette même consommation. Peut-être qu'une plus grosse consommation de cigarette rend le tabagisme potentiellement plus dangereux aux yeux des utilisateurs, les rendant plus réceptifs à arrêter de fumer, comparativement aux personnes qui se considèrent des fumeurs légers donc peu à risque des complications du tabagisme.

D'avantage de patients du G1 avaient tenté de cesser de fumer par le passé, et la plupart avaient repris leur habitude en raison des symptômes de sevrage. Ces personnes avaient donc vécu l'expérience d'un arrêt tabagique et pouvaient en pressentir les difficultés. Dans la présente étude, environ la moitié des participants des deux groupes avaient reçu leur congé hospitalier avec une prescription de thérapie de remplacement nicotinique (TRN). Chez les 11 patients non fumeurs rejoints à 6 mois dans la présente étude, la moitié avait reçu leur congé avec une telle prescription et la moitié non. Cependant, l'utilisation de TRN est largement reconnue dans la littérature pour favoriser l'abstinence du tabac et reste à recommander tels que les guides de pratique clinique le mentionnent (37). Finalement, notons que près de la moitié des participants de l'étude présentaient un score de dépendance sévère sur l'échelle de Fagerström soit de 7 ou plus ce qui représente aussi les « fumeurs invétérés » ou « *hard-core smokers* », nécessitant possiblement une intervention spécialisée de type plus intensive (19). Par exemple, un programme d'intervention global par une équipe multidisciplinaire pouvant offrir un soutien psychologique professionnel pour des personnes isolées socialement serait à considérer pour ce type de fumeurs. La prise en charge de personnes avec de multiples pathologies et facteurs de risque serait aussi bonifiée en post événement aigu par une telle équipe.

La majorité des patients de l'étude se disaient prêts à entreprendre une démarche de cessation tabagique puisqu'ils acceptaient de participer à l'étude et se classait donc en stade de « préparation » selon la classification de Prochaska et Di Clemente (27), c'est-à-dire, qu'ils envisageaient de cesser de fumer dans les 30 prochains jours. Cependant, cette cessation tabagique était davantage imposée que choisie puisqu'elle était provoquée par une hospitalisation pour un problème cardiaque. D'une part, le patient « heureux fumeur » à l'admission doit décider de passer à l'action et arrêter de fumer sans y être préparé en raison de l'hospitalisation. D'autre part, la menace d'un événement cardiaque nécessitant une hospitalisation est un bon déclencheur pour ébranler la conviction à cesser de fumer. Les barrières et les facilitateurs de l'arrêt tabagique lors d'une hospitalisation doivent ainsi être équilibrés afin de favoriser un changement de comportement (29).

En somme, divers éléments tant sur le plan méthodologique, que sur celui de l'intervention similaire offerte durant l'hospitalisation, ainsi que des

différences majeures présentées par les participants assignés aux deux groupes, peuvent avoir contribué à expliquer l'absence de différence entre les groupes G1 et G2 sur la cessation tabagique à 6 mois.

Outre le fait d'évaluer l'efficacité préliminaire de cette étude pilote, nous avons voulu en évaluer la faisabilité et l'acceptabilité. Ceci nous amène à ajouter un point important en ce qui concerne les mesures de nicotine/cotinine urinaire et salivaire, effectués qu'avec un seul patient de l'étude. Cette limite doit être prise en compte dans une étude future et des stratégies doivent être mises en place pour faciliter la démarche. De plus, le fait de ne pas rejoindre presque la moitié des patients pour la fin d'étude suscite la réflexion sur des moyens permettant de diminuer cette perte tels des contacts plus fréquents ou plus personnalisés avec les patients des deux groupes.

Finalement, notons que les caractéristiques des personnes fumeuses et non fumeuses dans l'échantillon sont similaires à celles observées dans la littérature, ce qui supporte la représentation de notre échantillon. Tel qu'observé dans les écrits, les non fumeurs à 6 mois étaient davantage des travailleurs actifs, mariés et qui avaient été hospitalisés pour un SCA (versus autre diagnostic) (41). Ces non fumeurs étaient aussi moins enclins à avoir vécu des symptômes de sevrages comme cause de rechute lors d'essais précédents.

La présente étude comporte des limites qui ont été décrites précédemment, dont la petite taille de l'échantillon, la perte de participants pour les mesures de fin d'étude et la non faisabilité d'une mesure physiologique de vérification du statut de tabagisme. Par ailleurs, les forces de l'étude incluent le fait d'avoir été conforme à un devis pilote expérimental ce qui permet d'établir des bases solides pour la tenue d'une future étude.

Les impacts de la publication d'une étude pilote randomisée comme celle-ci, sont importants en fournissant des pistes d'interventions et de modèles de prestation d'interventions en cessation tabagique. La publication d'études aux résultats non significatifs est aussi nécessaire pour améliorer la formation en recherche infirmière, en fournissant un exemple d'étude randomisée en sciences infirmières. La non-publication d'études expérimentales aux résultats non-significatifs telle que la notre, au profit d'étude aux données statistiquement éloquentes, représente un biais considérable qu'il importe de corriger.

## CONCLUSION

Le tabagisme est l'un des quatre facteurs de risques majeurs des maladies cardiovasculaires avec la dyslipidémie, l'hypertension (HTA) et le diabète. Non seulement,





l'usage du tabac est le facteur de risque majeur le plus important, mais il intensifie et complique la dyslipidémie ainsi que l'HTA et augmente la résistance à l'insuline chez les diabétiques. De plus, après un diagnostic de maladie cardiovasculaire chez un fumeur, l'arrêt tabagique est le plus efficace et le plus rapide pour réduire le risque de progression, de récurrence ou de complications. Cette étude pilote nous a permis de constater que les fumeurs atteints de maladies cardiovasculaires chroniques représentent des fumeurs irréductibles et récalcitrants dits les « noyaux durs » qui cumulent le plus souvent des comorbidités tant physique que psychologique.

Ce type de clientèle nécessite de privilégier une approche plus intensive de soutien à l'arrêt. L'optimisation de l'aide à l'arrêt des « noyaux durs » impose une stratégie d'intervention cohérente, soutenue dans le temps et reposant sur un travail partenarial. Ce genre d'intervention partenariale devrait être évalué par une étude clinique pour se doter d'une intervention valable basée sur des évidences scientifiques pour assurer des soins de santé de qualité.

### Financements de la recherche

Recherche subventionnée par le Groupe de recherche en Interventions en sciences infirmières du Québec (GRIISIQ) et la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada (FIC)

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Baliunas D, Patra J, Rehm J, Popova S, Taylor B. Smoking-attributable morbidity: acute care hospital diagnoses and days of treatment in Canada. *BMC Public Health*. 2002 ; 7 : 247.
2. Fiore MC, Ja, n CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, et al. Treating Tobacco use and dependence: 2008 update. *Clinical Practical Guideline*. USDepartment of Health and Human Services. 2010 : 1-257.
3. Sant, md. Le tabac: des statistiques alarmantes. *Journal of Abnormal Psychology*. 2010.
4. Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003(4) : 1-50.
5. Halcomb E, Moujalli S, Griffiths R, Davidson P. Effectiveness of general practice nurse interventions in cardiac risk factor reduction among adults. *Int J Evid Based Healthc*. 2007 ; 5 : 269-95.
6. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010 ; 1 : 1-58.
7. Kairouz S, Montreuil A, Poulin I, Payette Y, Hamel D, Tremblay M. Connaissance, utilisation et perception des interventions en arrêt tabagique chez les fumeurs québécois. *Institut national de santé publique du québécois*. 2010.
8. Leclerc BS, et al. Évaluation préliminaire des centres d'abandon du tabagisme. Période 2005-2006. *Institut national de santé, publique du Québec*. 2010.
9. Rice VH, Stead L.F. Nursing interventions for smoking cessation *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008.
10. Rigotti N, Munafo MR, Stead LF. Intervention for smoking cessation in hospitalised patients. 2008. p. 1-13.
11. Silagy C. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002 ; 1.
12. Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002(4) : 1-24.
13. Pederson LL, Wanklin JM, Lefcoe NM. The effects of counselling on smoking cessation among patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *The International Journal of the Addictions*. 1991 ; 26(1) : 107-19.
14. Pelletier JG, Moisan JT. Smoking cessation among hospitalized patient: a quasi-experimental study in Quebec. *Canadian Journal of Public Health*. 1998 ; 89(264) : 269.
15. Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2002 ; 324 :1-5.
16. Thorndike AN, Regan S, McKool K, et al. Depressive symptoms and smoking cessation after hospitalization for cardiovascular disease. *Archives of Internal Medicine*. 2010; 168(2) : 186-91.
17. Peterson JC, Allegrante JP, Pirraglia PA, et al. Living with heart disease after angioplasty: a quantitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart & Lung*. 2010 ; 39(2) : 105-15.

## ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE D'UNE INTERVENTION INFIRMIÈRE DE SOUTIEN À LA CESSATION TABAGIQUE CHEZ DES PATIENTS HOSPITALISÉS POUR UN PROBLÈME CARDIAQUE : ÉTUDE PILOTE (SO-LIVE)

18. Cargill BR, Emmons KM, Kahler CW, et al. Relationship among alcohol use, depression, smoking behavior, and motivation to quit smoking with hospitalized smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2010 ; 15(3) : 272-5.
19. Heatherston TF, Kozlowski L, Frecker RC, Gortner S. The Fagerstrom test for nicotine dependence: A revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*. 1991 ; 86(9) : 1119-27.
20. Heaton PC, Frede SM. Patients' need for more counseling on diet, exercise, and smoking cessation: Results from the National Ambulatory Medical care Survey. *Journal of American Pharmacy Association*. 2010 ; 46 : 364-9.
21. Holme I, Haaheim LL, Tonstad S, et al. Effect of dietary and antismoking advice on the incidence of myocardial infarction: a 16-year follow-up of the Oslo Diet and Antismoking Study after its close. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*. 2010 ; 16 : 330-8.
22. Perez G.L. N, J.C., Romano, W. et al. Depression: a predictor of smoking relapse in a 6 month follow-up after hospitalization for acute coronary syndrome. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 2010 ; 15(1) : 89-94.
23. Centers for Disease C, Prevention. Behavioral Risk Factor Surveillance Survey, data from 2001. *Journal of Abnormal Psychology*. 2010.
24. Baker V, et al. Introduction of new guidelines for emergency patients: motivational counselling among smokers. *Clin Respir J*. 2010 : 37-41.
25. Franks M, Pienta AM, Wray LA. It takes two: Marriage and smoking cessation in the middle years. *Journal of Aging and Health*. 2010 ; 14 : 336-54.
26. Homish GG, Leonard KE. Spousal influence on smoking behaviors in a US community sample of newly married couples. *Social Science & Medicine*. 2010 ; 61 : 2557-67.
27. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and practice*. 1982 ; 19(3) : 276-87.
28. Miller W. Motivational interviewing: research, practice and puzzles. *Addictive Behaviors*. 1996 ; 21 : 835-42.
29. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Paris : InterEditions-Dunod; 2006.
30. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 2002 ; 17(1) : 1-16.
31. Hermann C. International experiences with the hospital anxiety and depression scale - a review of validation data and clinical results. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 1997 ; 42 : 17-41.
32. Chouinard MC, Robichaud-Ekstrand S. The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research*. 2005 ; 54(4) : 243-54.
33. Feeley N, Cossette S, Heon M, Stremler R, Martorella G, Purden M. The importance of piloting an RCT intervention. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2009 ; 41(2) : 85-99.
34. Schulz KF, Altman DG, Moher D, the CG. CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. 2010.
35. Barnes SA, Larsen, M.D., Schroeder, D., Hanson, A., Decker, P.A. Missing data assumptions and methods in a smoking cessation study. *Addiction*. 2010 ; 105(3) : 431-7.
36. Fiore MH. Treating Tobacco Use and Dependence (revised 2000). *Clinical Practice Guideline*. 2007 ; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.7644>.
37. Fiore MC, Jan, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., et al. Treating tobacco use and dependence, 2008 update. *Clinical Practical Guideline Us Department of Health and Human Services*. 2008 : 1-257.
38. Baha MY, LeFaou, A.L. Smoking Cessation Interventions Offered to French Adult Light Smokers: A Heterogeneous Population with Specific Needs *European Addiction Research*. 2010 ; 16(3) : 162-9.
39. Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin TJ, Carr VJ, Taylor RL, et al. Characteristics of smokers with a psychotic disorder and implications for smoking interventions. *Psychiatry Res*. 2007 Mar 30 ; 150(2) : 141-52.
40. Chapman S, Freeman, B. Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry. *Tabacco Control*. 2008 ; 17 : 25-31.
41. Kabat CG, Wynder, E. L. Determinants of quitting smoking. *American Journal of Public Health*. 1987 ; 77(10) : 1301-5.