

PROJET DE FOYERS
DE SOINS DE LONGUE
DURÉE SANS FUMÉE

manuel

Dans le cadre de la stratégie Ontario sans fumée, mise en œuvre par le gouvernement de l'Ontario, le ministère de la Promotion de la santé finance le Projet de foyers de soins de longue durée sans fumée réalisé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale.

On autorise et on encourage les utilisateurs à photocopier, à distribuer et à modifier le contenu du présent manuel pour répondre à leurs besoins.

On peut également consulter le manuel à www.smokefreeltc.ca



camh

Centre for Addiction and Mental Health
Centre de toxicomanie et de santé mentale



Contenu

page 1	INTRODUCTION	
page 3	1^{RE} PARTIE	Politique
page 9	2^E PARTIE	Mise en œuvre : éducation et communication
page 63	3^E PARTIE	Tabagisme, tabagisme passif et renoncement
page 77	ANNEXE 1	Analyse bibliographique
page 91	ANNEXE 2	Les CASC et la LFOSF
page 93	ANNEXE 3	Études de cas

INTRODUCTION

Le ministère de la Promotion de la santé finance la stratégie Ontario sans fumée, le plus grand et le plus complet des programmes de lutte contre le tabagisme au pays. Cette stratégie repose sur trois objectifs principaux : la **prévention** (en aidant les jeunes à ne pas commencer à fumer), le **renoncement** (en aidant les gens à arrêter de fumer) et la **protection** (en aidant les gens à éviter d'être victimes de tabagisme passif). L'objectif est de réduire de 20 % le nombre de fumeurs entre 2003 et 2007.

Les domaines faisant l'objet d'investissements sont les suivants :

- programmes de prévention destinés aux jeunes
- programmes autochtones
- programmes de renoncement
- éducation du public
- renforcement des capacités locales au profit des bureaux de santé publique
- programmes provinciaux de soutien, et
- évaluation, contrôle et surveillance.

Le **Projet de foyers de soins de longue durée sans fumée** du **Centre de toxicomanie et de santé mentale** est financé dans le cadre de l'objectif **renoncement**. Le présent manuel est l'une des sources de documentation élaborées dans le cadre de ce projet.

Ce manuel a été conçu pour aider les foyers de soins de longue durée à élaborer, à mettre en œuvre et à maintenir des politiques de lutte contre le tabagisme cohérentes avec les règlements de la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* (LFOSF). Le manuel sera utile aux foyers qui ont décidé de faire de leur propriété un lieu entièrement non-fumeur, aux foyers qui ont décidé de n'interdire la pratique du tabagisme qu'à l'intérieur et à ceux qui ont décidé de construire une zone-fumeurs contrôlée. Le manuel se divise en trois parties :

1^{re} partie – Politique

Cette partie comporte un résumé de la LFOSF et détaille son mode d'application dans les foyers de soins de longue durée. Elle comprend également des outils d'aide à l'élaboration d'une politique de lutte contre le tabagisme ainsi qu'un modèle de politique pour vos dossiers.

2^e partie – Mise en œuvre : éducation et communication

Cette partie comprend des astuces et des modèles qui vous aideront à discuter avec le personnel, les médecins, les résidents, les familles et les intervenants des politiques et des modalités en matière de lutte contre le tabagisme, de la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), du renoncement au tabac et des dangers du tabagisme passif.

3^e partie – Tabagisme, tabagisme passif et renoncement

Cette partie comprend des renseignements sur la prévalence du tabagisme dans les foyers de soins de longue durée, sur les dangers du tabagisme passif, sur les avantages du renoncement au tabac pour les personnes âgées et sur la façon d'aider les résidents à arrêter de fumer à l'aide de la TRN.

Vous trouverez par ailleurs dans les **Annexes** :

- une analyse bibliographique qui aborde les préoccupations du personnel, des résidents et des familles ainsi que les préoccupations d'ordre administratif relativement à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de lutte contre le tabagisme dans les foyers de soins de longue durée.
- une fiche de renseignements sur les centres d'accès aux soins communautaires et sur la LFOSF.
- des études de cas sur des foyers de soins de longue durée qui ont réussi à gérer la transition vers un environnement sans fumée.

Une copie électronique du manuel est disponible sur le **CD** qui se trouve à l'avant du classeur. Cela vous permet de reproduire le manuel et de modifier les documents pour les adapter à vos besoins.

Équipe du Projet de foyers de soins de longue durée sans fumée

Michelle Gaffey

Soutien administratif
Projet de foyers de soins de longue durée sans fumée
Centre de toxicomanie et de santé mentale
33, rue Russell, bureau 1092a
Toronto (Ontario) M5S 2S1
Tél. : 416 535-8501, poste 4042
Fax : 416 260-4205
Courriel : michelle_gaffey@camh.net

Louise Walker

Chef de programme
Projet de foyers de soins de longue durée sans fumée
Centre de toxicomanie et de santé mentale
33, rue Russell, bureau 1092a
Toronto (Ontario) M5S 2S1
Tél. : 416 535-8501, poste 6558
Fax : 416 260-4205
Courriel : louise_walker@camh.net

Fauzia Ashraf Baig

Conseillère en programmes
Projet de foyers de soins de longue durée sans fumée
Centre de toxicomanie et de santé mentale
33, rue Russell, bureau 1092a
Toronto (Ontario) M5S 2S1
Tél. : 416 535-8501, poste 4027
Fax : 416 260-4205
Courriel : fauzia_baig@camh.net

Janet McAllister

Conseillère en programmes
Projet de foyers de soins de longue durée sans fumée
Centre de toxicomanie et de santé mentale
171, avenue Queens, bureau 330
London (Ontario) N6A 5J7
Tél. : 519 433-3171, poste 8104
Fax : 519 433-2722
Courriel : janet_mcallister@camh.net

1.1 Résumé de la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*

Dans le cadre de la stratégie globale Ontario sans fumée, la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* (LFOSF) est entrée en vigueur le 31 mai 2006. Le but de la LFOSF est de protéger la population contre le tabagisme passif en interdisant aux personnes de fumer sur tous les lieux de travail et dans tous les lieux publics clos.

La LFOSF s'applique aux foyers de soins de longue durée comme suit :

- La vente de tabac est désormais interdite dans les foyers de soins de longue durée.
- Il est interdit de fumer dans les foyers de soins de longue durée, sauf à l'intérieur des zones-fumeurs contrôlées.
- Il est permis de fumer à l'extérieur, à au moins neuf mètres des entrées et des sorties.
- À la demande d'un pensionnaire autochtone, l'exploitant d'un foyer peut réserver une zone-fumeurs à l'intérieur, distincte des zones où l'usage du tabac est interdit par ailleurs, pour l'usage du tabac dans le cadre d'une activité autochtone traditionnelle de nature culturelle ou spirituelle. (Voir : http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/tobac-tabac/2003_sust-maint_part/part_2_f.html.)

Si votre foyer construit une zone-fumeurs contrôlée :

- Elle doit être close et séparée du reste du bâtiment. Il ne peut pas s'agir d'un lieu de passage.
- La zone doit être réservée de manière spécifique à la pratique du tabagisme.
- Le propriétaire et l'employeur des travailleurs qui entretiennent la zone-fumeurs contrôlée doivent enregistrer cette dernière auprès du ministère de la Promotion de la santé.
- La zone-fumeurs contrôlée doit se conformer à tous les codes et à toutes les normes en vigueur.
- La zone-fumeurs contrôlée doit être nettoyée tous les jours. Il est interdit de fumer pendant les deux heures précédant l'heure à laquelle le personnel d'entretien entre dans la zone et pendant qu'il la nettoie.
- Un panneau indiquant les heures d'ouverture de la pièce doit être affiché à l'extérieur de celle-ci.
- Les pensionnaires doivent pouvoir, de l'avis du propriétaire ou de l'employeur, fumer sans danger et sans être aidés par des employés.
- Les employés ne peuvent être contraints d'entrer dans la zone-fumeurs contrôlée.
- Seuls les pensionnaires de l'établissement (pas le personnel ni les visiteurs) ont le droit de fumer dans la zone-fumeurs contrôlée.
- Pour obtenir de plus amples renseignements, voir : http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/French/94t10_f.htm.

La majorité des résidents de foyers de soins de longue durée sont non-fumeurs. Par ailleurs, un grand nombre d'entre eux souffrent de problèmes de santé comme l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive ou d'autres problèmes respiratoires que la fumée de tabac peut déclencher voire aggraver. Avant l'entrée en vigueur de cette loi, les résidents, le personnel, les bénévoles et les visiteurs n'étaient pas protégés des effets néfastes du tabagisme passif. La LFOSF veille à ce que ça ne soit plus le cas.

En plus des bienfaits pour la santé que pourraient tirer les résidents et le personnel de la mise en place d'une politique de lutte contre le tabagisme dans un foyer de soins de longue durée, celle-ci comporte d'autres avantages.

- o **Élimination des risques d'incendie associés au tabagisme dans un foyer de soins de longue durée :** 20 % des décès consécutifs à un incendie enregistrés chaque année en Ontario sont liés au tabagisme. Les risques d'incendie sont plus élevés dans les foyers de soins de longue durée à cause du fait que la pratique du tabagisme se conjugue aux capacités physiques et cognitives déclinantes des résidents. Le tabagisme est la principale cause d'incendies mortels impliquant des personnes âgées.
- o **Satisfaction des employés et productivité accrue :** ces dernières années, les interdictions de fumer dans les lieux publics se sont multipliées. Si l'on en croit l'Enquête nationale sur la santé de la population canadienne (1996-1997), 88 % des fumeurs s'accordent à dire que les non-fumeurs ne devraient pas être exposés à la fumée de cigarette (tabagisme passif) dans leur environnement de travail. Le nombre de non-fumeurs en accord avec cette affirmation était de 95 %. Plusieurs données montrent que les fumeurs ont plus souvent recours à des congés-maladie, que leurs primes d'assurance sont plus élevées et qu'ils prennent davantage de pauses pendant la journée. L'interdiction de fumer dans les foyers de soins de longue durée éliminera par ailleurs les pertes de temps et d'argent consécutives à l'entretien des zones-fumeurs.
- o **Élimination du risque d'actions en justice :** les effets néfastes du tabagisme passif étant de plus en plus connus, la possibilité que des employés portent plainte est de plus en plus élevée. Un procès a impliqué une aide soignante travaillant dans un foyer de soins de longue durée de l'Ontario qui, en dépit du fait qu'elle était asthmatique, était obligée d'entrer dans la pièce réservée aux fumeurs pour aider les résidents qui fumaient. Lorsqu'elle a refusé, elle a été renvoyée. Le tribunal a statué en sa faveur. Dans une autre affaire, Heather Crowe, une ancienne serveuse, a contracté un cancer des poumons des suites de son exposition à la fumée de cigarette (tabagisme passif). Avant de décéder récemment, elle a réussi à obtenir une indemnisation de la part de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail suite à sa demande d'indemnité pour cause de tabagisme passif.
- o **Augmentation du nombre de tentatives de renoncement de la part des résidents et possiblement de la part des membres du personnel :** les résidents et les membres du personnel des foyers de soins de longue durée peuvent envisager de cesser de fumer ou de réduire leur consommation de tabac du fait des restrictions imposées par la LFOSF. Le fait de proposer des programmes et des documents d'aide au renoncement peut être un moyen efficace de les aider.

1.2 Élaboration d'une politique

Une politique interne, reposant sur la LFOSF, peut fournir aux membres du personnel et aux résidents les renseignements dont ils ont besoin pour comprendre pourquoi et comment leur établissement applique les dispositions et les règlements de la LFOSF.

Une politique bien pensée et mise en œuvre efficacement peut influencer de manière positive la façon dont les gens vivent et les choix qu'ils font. Les politiques peuvent encourager les prises de décision « santé » et décourager celles qui ne le sont pas.

Comment élaborer une politique :

Avant d'élaborer une politique, il est important d'obtenir l'approbation de la haute direction. Une fois l'approbation obtenue, procédez de la façon suivante :

1. Déterminez les raisons pour lesquelles votre foyer de soins de longue durée a besoin de mettre en place une politique de lutte contre le tabagisme

Par exemple :

- pour refléter toute modification devant être mise en œuvre afin d'être en conformité avec la LFOSF
- pour clarifier les procédures de mise en œuvre
- pour encourager et assurer le traitement équitable du personnel
- pour encourager et assurer le respect des résidents

2. Rassemblez un comité représentatif de votre établissement

Incluez des membres du personnel des ressources humaines, des membres de la direction, des membres syndiqués et non syndiqués, des membres du personnel infirmier de première ligne, des médecins, des membres du personnel de loisirs, des représentants du service de santé et de sécurité au travail, des gardiens, des membres du personnel pharmaceutique, des résidents et des familles. Fixez la taille maximale de votre comité à 12 personnes.

3. Faites circuler plusieurs articles pour faciliter la mise en contexte

Faites par exemple circuler une analyse bibliographique et une étude de cas (il est possible d'en trouver une de chaque dans les annexes de ce manuel.)

4. Animez les réunions du comité

- Présentez la LFOSF.
- Réfléchissez ensemble aux questions que la LFOSF soulèvera au sein de votre foyer de soins de longue durée.
- Présentez le cas d'établissements similaires ayant décidé d'interdire le tabagisme.
- Définissez l'objectif de votre politique (p. ex., aider votre foyer de soins de longue durée à interdire le tabagisme à l'intérieur, établir une zone-fumeurs contrôlée ou bannir totalement la pratique du tabagisme sur toute la propriété de l'établissement).
- Élaborez une esquisse de politique (voir le modèle de politique au paragraphe 1.4).
- Élaborez une ébauche de politique et recueillez les impressions des autres membres du personnel et des résidents.
- Élaborez un plan de formation du personnel (voir le paragraphe 2.1).
- Élaborez un plan de communication pour les membres du personnel, les résidents, les familles et les autres intervenants (voir les paragraphes 2.2 à 2.4).
- Obtenez l'approbation de la direction vis-à-vis de la politique, du plan de formation et du plan de communication.

1.3 Liste de vérification du contenu de la politique

Fait	Contenu de la politique	Vos recommandations
	<p><i>Énoncé de la politique :</i></p> <p>Inclure l'historique et les raisons qui ont conduit à l'élaboration d'une politique organisationnelle</p>	
	<p><i>Application :</i></p> <p>Quelles sont les personnes concernées par cette politique?</p>	
	<p><i>Tabagisme :</i></p> <p>Où est-il interdit de fumer? Où est-il permis de fumer?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zone-fumeurs contrôlée - Extérieur - Abri fumeurs <p>Le personnel, les clients et les visiteurs peuvent-ils utiliser toutes les zones fumeurs?</p> <p>Quelles sont les plages horaires durant lesquelles il est permis de fumer?</p>	
	<p><i>Signalisation :</i></p> <p>Quels sont les panneaux requis et où seront-ils placés?</p>	
	<p><i>Entreposage des cigarettes et des briquets :</i></p> <p>Les résidents garderont-ils avec eux leurs propres cigarettes et/ou leurs propres briquets? Les produits du tabac seront-ils conservés dans les postes de soins infirmiers?</p>	
	<p><i>Soutien du personnel et des résidents :</i></p> <p>Quels sont les programmes proposés aux fumeurs qui souhaitent renoncer au tabac?</p>	
	<p><i>Évaluation/réévaluation de la capacité des résidents de fumer sans danger :</i></p> <p>Comment l'évaluation est-elle effectuée?</p> <p>À quelle fréquence est-elle répétée?</p>	
	<p><i>Escorte des résidents à l'extérieur ou jusqu'aux zones fumeurs :</i></p> <p>Sera-t-elle permise? Qui s'en chargera?</p>	
	<p><i>Respect des règles par le personnel et les résidents :</i></p> <p>Tous les membres du personnel seront-ils tenus responsables? Présentation des mesures qui seront mises en place en cas de non-respect des règles par le personnel ou les résidents</p>	

1.4 Exemple de politique

Loi favorisant un Ontario sans fumée : Politique du (Nom du foyer de soins de longue durée)

Date :

Énoncé de la politique

Le 31 mai 2006, la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* (LFOSF) est entrée en vigueur. Les foyers qui souhaitent permettre aux résidents de fumer à l'intérieur de leurs locaux doivent construire une zone-fumeurs contrôlée, conformément aux spécifications de la LFOSF. Après avoir consulté les résidents, les comités et les décisionnaires, il a été décidé que _____ ne construirait pas de zone-fumeurs contrôlée. L'objectif de cette politique est de veiller à ce que les personnes qui travaillent ou qui reçoivent des services à _____ ou qui visitent cet endroit ne soient pas exposées aux effets nocifs pour la santé du tabagisme passif.

Application

Cette politique s'applique à tous les employés, les clients, les membres des familles, les visiteurs, les médecins, les résidents, les étudiants, les bénévoles, les fournisseurs, les membres du personnel des organismes, les membres du conseil et les entrepreneurs indépendants extérieurs qui travaillent, quel que soit leur rôle, à _____.

Interdiction de fumée à _____.

Il est interdit de fumer :

1. Dans tous les bâtiments et les zones désignées de _____.
2. Dans tous les véhicules loués par ou appartenant à _____ et utilisés pour mener les activités de _____.
3. Dans un rayon de neuf mètres autour de toutes les entrées et de toutes les prises d'air.
4. Au niveau des entrées désignées comme étant non-fumeurs.
 - (Description de l'emplacement des entrées.)
5. Dans toutes les cours.

Des panneaux de signalisation seront érigés pour clarifier l'emplacement des zones non-fumeurs. Un abri fumeurs sera construit conformément aux dispositions de la LFOSF.

Soutien du personnel et des résidents à _____

Le tabagisme est une dépendance et il est reconnu qu'il est difficile de modifier ses habitudes en la matière. Par conséquent, _____ s'engage à adopter une approche proactive en proposant aux personnes qui souhaitent renoncer au tabac des documents à vocation éducative et une liste de ressources communautaires auprès desquelles elles peuvent obtenir de l'aide.

Les résidents et le tabagisme sécuritaire

Aux termes de la LFOSF, les résidents doivent être en mesure, de l'avis du propriétaire ou de l'employeur, de fumer sans danger dans une zone-fumeurs contrôlée et sans être aidés par un employé. Bien que nous n'ayons pas de zone-fumeurs contrôlée, _____ évalue les personnes qui souhaitent fumer dehors afin de s'assurer qu'elles peuvent le faire sans danger. Il s'agit d'être certain que le résident est en mesure de fumer seul sans danger.

Résidents non autorisés à sortir seuls

Le personnel de soins de santé n'escortera pas les résidents qui ne sont pas autorisés à sortir seuls. Il ne s'agit pas seulement de tenir compte des questions liées à la santé du personnel. Il faut également pouvoir assurer une permanence pour satisfaire aux besoins des résidents de l'étage. Nous demanderons également aux familles ou aux visiteurs de ne pas oublier que si le résident n'est pas suffisamment indépendant pour fumer, le fait de l'aider à fumer lors des visites pourrait le mettre en état de sevrage après la visite.

Résidents qui réduisent leur consommation de tabac ou qui y renoncent

Des programmes de renoncement au tabac et des aides médicales seront proposés aux résidents; l'équipe de soins de santé assurera un soutien et jouera un rôle éducatif.

Respect des règles établies

Les employés ne respectant pas la politique en vigueur pris en train de fumer dans des zones non-fumeurs seront assujettis à des mesures disciplinaires conformément aux politiques en vigueur en matière de ressources humaines.

Les personnes qui travaillent à _____ sont encouragées à faire respecter la politique afin d'en assurer l'efficacité. Si une personne surprend un résident ou un visiteur en train de fumer dans un lieu où cela est interdit, les mesures suivantes seront appliquées :

1. Approcher la personne et l'informer qu'il est interdit de fumer dans cette zone. Si cela s'avère approprié, informer la personne que si elle désire continuer à fumer, elle doit sortir et se rendre dans une zone où il est permis de fumer.
2. Si cela ne suffit pas, contacter un directeur.

[Cet exemple de politique est adapté de la Politique en matière de lutte contre le tabagisme du *Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)* et de la *Politique en matière de tabagisme à l'intention des résidents de Sunnyside Home en vertu de la Loi favorisant un Ontario sans fumée*, avec leur permission (Sunnyside Home, région de Waterloo).]

2.1 Éducation du personnel

Pour que la stratégie puisse être mise en place efficacement, il est important que le personnel reçoive une formation et une éducation appropriées qui l'aident à gérer la transition vers un environnement sans fumée.

Le personnel peut tirer des enseignements des trois sujets de formation suivants :

1. Présentation de la politique de lutte contre le tabagisme

Cette formation devrait permettre de présenter la politique en détails de façon à ce que les employés aient pleinement connaissance des raisons et des lignes directrices qui ont conduit à la mise en place de la politique de lutte contre le tabagisme. Envisagez d'aborder les points suivants :

- *Loi favorisant un Ontario sans fumée*
- conséquences de l'entrée en vigueur de la LFOSF pour les foyers de soins de longue durée
- évaluation de la capacité des résidents de fumer sans danger
- tabagisme passif
- tabagisme des résidents et sécurité incendie
- dépendance
- ressources mises à la disposition du personnel

La séance de formation devrait également comprendre une séance de questions-réponses afin que le personnel puisse faire part de ses inquiétudes et puisse poser des questions concernant la politique.

2. Renoncement au tabac

Cette séance de formation vise à familiariser le personnel avec le renoncement au tabac. Envisagez d'aborder les points suivants :

- avantages du renoncement au tabac
- avantages de recourir à la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) pour renoncer au tabac
- types de TRN
- symptômes de sevrage liés à la nicotine
- symptômes de toxicité liés à la nicotine

3. Gestion des résidents en proie à des difficultés vis-à-vis de la nouvelle politique

Cette formation a pour but de donner aux membres du personnel les aptitudes qui leur permettront de gérer les résidents en proie à des difficultés et ayant davantage besoin de soins ou d'encouragement. Envisagez d'aborder les points suivants :

- Technique d'entrevue motivationnelle : ou comment encourager les clients à réfléchir à leur comportement en matière de tabagisme.

- Techniques comportementales : ou comment modifier son comportement pour qu'il soit plus facile de renoncer au tabac (p. ex., en encourageant les résidents à se livrer à des activités de relaxation, telles que respirer profondément ou effectuer des exercices modérés, à des activités qui stimulent les muscles de la bouche, telles que manger des légumes crus ou boire un verre d'eau froide, à des activités qui occupent les mains, telles que jouer aux cartes, tricoter, faire des mots croisés ou un casse-tête).
- Gérer les problèmes comportementaux des résidents : si les résidents sont par exemple pris en train de fumer dans leur salle de bains ou dans leur chambre, envisager de contrôler les chambres des résidents plus souvent. Envisager également de prescrire une TRN ou d'en accroître le dosage pour que les résidents se sentent mieux lorsqu'ils ne fument pas.
- Comment soutenir une personne qui essaie d'arrêter de fumer ou qui essaie de réduire sa consommation de tabac.
- Nature de la dépendance.

2.2 Communiquer avec le personnel

Communiquez avec les membres du personnel en leur remettant des feuillets ou des brochures; planifiez des présentations lors des réunions, accrochez des avis ou des affiches sur les panneaux d'affichage, envoyez des courriels de mise à jour ou des liens vers des sites Web traitant de cette question afin qu'ils connaissent mieux la nouvelle politique et ses enjeux. Le fait d'inclure des renseignements dans les programmes d'orientation des membres du personnel et de les encourager à inclure des renseignements dans le journal de leur unité aidera aussi bien le personnel que les résidents.

Le présent manuel contient des exemples de feuillets et de brochures destinés au personnel, traitant notamment des sujets suivants :

- Risque d'incendie et tabagisme sans danger
- Tabagisme passif
- Fiche-résumé de la TRN
- Arbre décisionnel relatif à la TRN
- Conseils en vue de communiquer avec un résident
- Formulaire d'évaluation de la capacité de fumer sans danger
- Entente en matière de tabagisme à l'intention des résidents et des clients (utilisée avec la permission de Sunnyside Home, Kitchener)

Des lettres devraient par ailleurs être envoyées au personnel et aux membres de la direction afin de faire le point avec eux sur les modifications apportées. Ce manuel contient des modèles de lettres qui peuvent être envoyées :

- à la direction du foyer de soins de longue durée concernant la mise en place de la nouvelle politique du foyer en matière de lutte contre le tabagisme
- aux chefs d'unité du foyer de soins de longue durée concernant la fermeture des pièces réservées aux fumeurs

2.3 Communiquer avec les résidents et leur famille

En plus de former et de renseigner le personnel, il est important de renseigner de manière appropriée les résidents et les membres de leur famille afin de les aider à composer avec la nouvelle politique de lutte contre le tabagisme. Le fait d'informer les résidents quant aux modifications apportées peut les préparer aux ajustements culturels attendus en faisant du foyer un environnement sans fumée. Il est aussi important de faire en sorte que les membres de la famille soient informés. Ils peuvent en effet soutenir leurs proches et les encourager à s'adapter au nouvel environnement non-fumeur du foyer.

Il est possible de communiquer avec les résidents et les familles de plusieurs façons :

- les centres d'accès aux soins communautaires peuvent inclure ces renseignements dans le cadre de leur processus de placement
- orientation/visite
- présentations
- discussions en tête-à-tête
- réunions du comité des résidents
- réunions du comité des familles
- affiches
- lettres
- plan d'intervention
- bulletins d'information mensuels
- discussions informelles avec le personnel
- renseignements figurant sur le site Web du foyer

Envisagez de donner aux résidents et aux familles les renseignements suivants :

- raisons : pourquoi le foyer est devenu non-fumeur
- effets du tabagisme passif : aussi bien pour les fumeurs que pour les non-fumeurs
- comment la nouvelle politique affectera les résidents
- évaluation de la capacité de fumer sans danger : pourquoi et comment
- comment la famille et les amis peuvent apporter leur aide

Ce manuel comprend des exemples de feuillets destinés aux résidents, traitant notamment des sujets suivants :

- Risque d'incendie et tabagisme sans danger
- Fiche d'information sur la TRN
- Pourquoi arrêter de fumer?
- Tabagisme passif
- Conseils pour aider sa famille et ses amis à arrêter de fumer

En plus de communiquer avec les résidents, envisagez de déposer des documents dans des endroits clés, tels que les :

- entrées
- salles communes (p. ex., salles de jeu et salons)
- cafétérias

Les affiches peuvent également être des outils utiles pour informer la famille et les visiteurs de la mise en place d'une nouvelle politique. Ce manuel inclut un modèle pour :

- les foyers entièrement non-fumeurs
- les foyers où il est permis de fumer à l'extérieur (à neuf mètres des entrées)

Ce manuel comprend des modèles de lettres pouvant être envoyées à la famille/au tuteur des résidents concernant :

- la nouvelle politique de lutte contre le tabagisme en vigueur dans le foyer (qu'il y ait ou non une zone-fumeurs contrôlée)
- les résultats de l'évaluation de la capacité d'un résident de fumer sans danger

Invitez les résidents à anticiper les modifications à venir dans le foyer :

- si un foyer ferme une zone-fumeurs contrôlée, invitez les résidents à trouver un nouvel usage pour cet espace désormais libre
- les résidents qui essaient actuellement d'arrêter de fumer pourront s'adonner à des activités qui leur éviteront de s'ennuyer et qui constitueront une alternative au tabagisme. Demandez aux résidents de vous indiquer à quelles activités ils aimeraient s'adonner.

2.4 Communiquer avec les autres intervenants

Ce manuel comprend également des modèles de lettres pouvant être envoyées à d'autres intervenants de foyers de soins de longue durée (p. ex., membres de la collectivité, parrains, organismes partenaires) concernant la nouvelle politique de lutte contre le tabagisme en vigueur dans le foyer de soins de longue durée.

Des modèles ont été inclus pour :

- les foyers de soins de longue durée **dotés** d'une zone-fumeurs contrôlée
- les foyers de soins de longue durée **ne comportant pas** de zone-fumeurs contrôlée

Ressources

Feuillets destinés au personnel et aux médecins

- **Risque d'incendie et tabagisme sans danger**
- **Tabagisme passif**
- **Fiche-résumé sur la TRN**
- **Signes/symptômes de sevrage à la nicotine ou d'une surdose de nicotine**
- **Arbre décisionnel relatif à la TRN**
- **Conseils en matière de communication**
- **Formulaire d'évaluation de la capacité de fumer sans danger**
- **Entente en matière de tabagisme à l'intention des résidents et des clients**

Feuillets destinés aux résidents

- **Risque d'incendie et tabagisme sans danger**
- **Tabagisme passif**
- **Pourquoi arrêter de fumer?**
- **Fiche d'information sur la TRN**
- **Conseils pour aider les membres de sa famille et ses amis à arrêter de fumer**

Affiches

- **Affiche destinée aux foyers où il est permis de fumer à l'extérieur**
- **Affiche destinée aux foyers où il est interdit de fumer**

Lettres

- **À la direction**
 - o concernant la mise en place de la nouvelle politique de lutte contre le tabagisme du foyer
- **Aux chefs d'unité**
 - o concernant la fermeture des pièces désignées comme étant réservées aux fumeurs
- **Aux membres de la famille des résidents**
 - o concernant les résultats de l'évaluation de la capacité de fumer sans danger
- **Aux intervenants du foyer de soins de longue durée**
 - o concernant la nouvelle politique de lutte contre le tabagisme du foyer (pour les établissements ne comportant pas de zone-fumeurs contrôlée)
- **Aux intervenants du foyer de soins de longue durée**
 - o concernant la nouvelle politique de lutte contre le tabagisme du foyer (pour les établissements dotés d'une zone-fumeurs contrôlée)

Feuillets destinés au personnel et aux médecins

- **Risque d'incendie et tabagisme sans danger**
- **Tabagisme passif**
- **Fiche-résumé sur la TRN**
- **Signes/symptômes de sevrage à la nicotine ou d'une surdose de nicotine**
- **Arbre décisionnel relatif à la TRN**
- **Conseils en matière de communication**
- **Formulaire d'évaluation de la capacité de fumer sans danger**
- **Entente en matière de tabagisme à l'intention des résidents et des clients**

Risque d'incendie et Tabagisme sans danger



RISQUE D'INCENDIE

- Selon une étude de l'Association canadienne des chefs de pompiers, le bilan annuel des incendies liés au tabagisme au Canada est d'environ 70 morts et 300 blessés.
- Le tabagisme est la principale cause d'incendie mortel chez les personnes âgées.
- Dans les résidences où au moins une personne fume, le risque qu'un fumeur ou qu'un membre de la famille soit blessé suite à un incendie est cinq fois plus élevé que dans les résidences où personne ne fume.
- Comparativement à la population générale, le risque de mourir dans un incendie augmente avec l'âge : De 65 à 74 ans – le risque est 1,8 fois plus élevé qu'au sein de la population générale; chez les plus de 85 ans – le risque augmente pour être jusqu'à 4,6 fois plus élevé qu'au sein de la population générale.
- Le 1^{er} octobre 2005, la norme sur le potentiel d'allumage des cigarettes est entrée en vigueur. Le règlement :
« ...exige que toutes les cigarettes fabriquées ou importées au Canada se consomment entièrement dans au plus 25 % des cas lors d'essais effectués selon la méthode E2187-04 de l'ASTM International, intitulée *Standard Test Method for Measuring the Ignition Strength of Cigarettes*. » (Santé Canada, 2005 http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/ignition-incend/index_f.html)

Cela signifie que toutes les cigarettes fabriquées ou importées au Canada seront plus sûres en terme de risque incendie, car les chances d'entraîner l'embrasement d'autres matériaux (meubles, vêtements, draps, etc.) seront moindres.

Tabagisme sans danger

- La *Loi favorisant un Ontario sans fumée* protège l'ensemble des membres du personnel et des résidents en réduisant le risque de décès ou de blessure suite à un incendie. Elle exige que tous les résidents qui fument dans les zones-fumeurs contrôlées soient évalués afin de déterminer leur capacité de fumer sans danger.
- Des modèles de formulaire d'évaluation de la capacité de fumer sans danger sont disponibles pour aider le personnel à évaluer la capacité des résidents.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le risque d'incendie et le tabagisme sans danger ou pour obtenir un modèle de formulaire d'évaluation de la capacité de fumer sans danger, veuillez communiquer avec :

Faisons du bureau un espace non-fumeur



Le problème

- Le tabagisme passif expose le personnel et les résidents (qu'ils soient fumeurs ou non) à plusieurs milliers de produits chimiques, plus de 50 d'entre eux étant réputés cancérigènes.
- La concentration de certaines substances toxiques est plus élevée dans la fumée inhalée par une personne ne fumant pas que dans la fumée inhalée directement par la personne qui fume la cigarette.
- Le tabagisme passif augmente le risque de maladie cardiaque, de cancer du sein, de cancer des poumons, de cancer des sinus paranasaux et de maladies respiratoires telles que la bronchite chronique et l'emphysème.
- Le tabagisme passif aggrave l'asthme et les allergies et irrite les yeux, le nez, la gorge et les poumons.
- Environ 80 % de l'exposition d'un non-fumeur au tabagisme passif se produit au travail.

La solution

- La *Loi favorisant un Ontario sans fumée* protège la santé de tous les membres du personnel et de tous les résidents des foyers de soins de longue durée en éliminant l'exposition au tabagisme passif – il n'est permis de fumer à l'intérieur que dans les zones-fumeurs contrôlées. À l'extérieur, les zones réservées aux fumeurs doivent être situées à plus de neuf mètres des entrées du bâtiment.
- 90 % des travailleurs ontariens – et 70 % des fumeurs – sont d'accord avec l'idée de faire des lieux de travail des environnements sans fumée dans le but de protéger la santé des travailleurs.
- Les politiques de lutte contre le tabagisme aident les fumeurs à réduire leur consommation de tabac ou à y renoncer. Elles aident également les anciens fumeurs à ne pas recommencer à fumer.

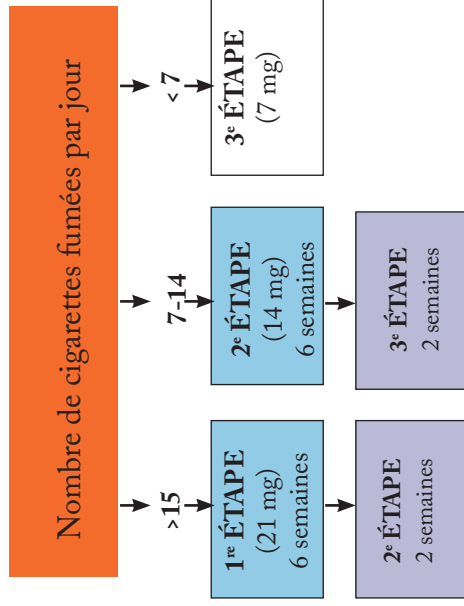
Ce que vous pouvez faire

- Mettez l'accent sur le tabagisme, pas sur les fumeurs.
- Encouragez les résidents et les membres du personnel qui souhaitent réduire leur consommation ou qui souhaitent arrêter de fumer.
- Renseignez-vous davantage sur les politiques relatives au tabagisme passif sur le lieu de travail.

POUR OBTENIR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC :

THÉRAPIE DE REMPLACEMENT DE LA NICOTINE

Timbre à la nicotine : seul ou combiné avec de la gomme/un inhalateur



Comment l'utiliser

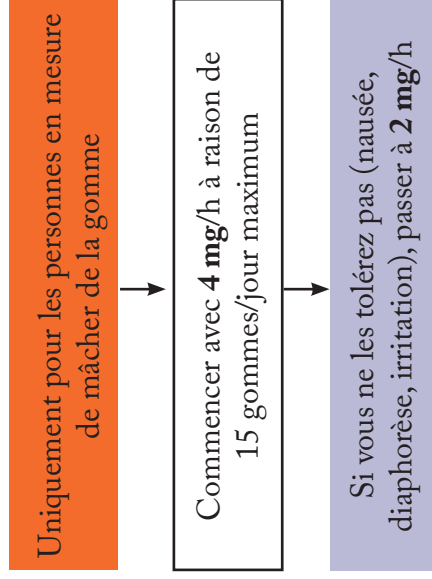
- Appliquer sur une zone propre, sèche et glabre (il est possible qu'il vous faille nettoyer la zone avec un tampon imbibé d'alcool).
- Enlever l'ancien timbre avant d'en appliquer un nouveau.
- Ne pas utiliser de savon ou de lotion hydratante là où le timbre doit être appliqué.
- Ne toucher qu'un petit coin de l'adhésif.
- Frotter le timbre après l'avoir appliqué – veiller à ce que tous les coins adhèrent.
- Se rincer les mains immédiatement après l'application – ne pas utiliser de savon.
- Après s'être rincé les mains à l'eau claire, utiliser du savon pour se laver les mains.
- Jeter les timbres usagés en veillant à ce qu'ils soient hors de portée des enfants et des animaux.



Contre-indications/Avertissements :

Hypersensibilité de contact : érythème, prurit, œdème, urticaire ou rougeurs généralisées. AVC récent, immédiatement après un infarctus du myocarde, angine, arythmie pouvant entraîner la mort.

Gomme à la nicotine : seule ou combinée avec des timbres/un inhalateur



Comment l'utiliser

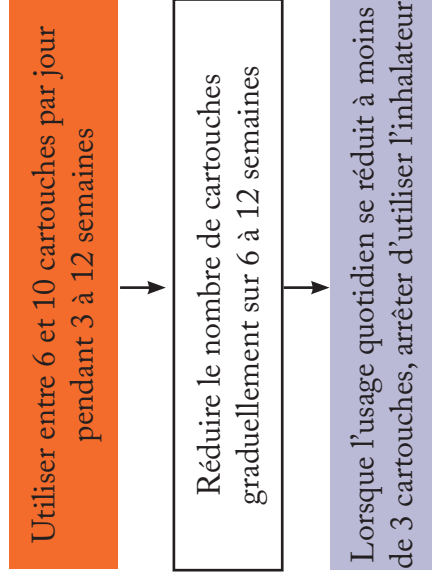
- Mâcher une seule gomme à la fois.
- Mâcher la gomme et la placer entre les dents et les joues.
- Mastiquer toutes les minutes environ.
- Chaque gomme est efficace pendant environ 30 minutes.
- Ne pas mâcher dans les 30 minutes suivant la prise de produits acides ou contenant de la caféine.



Contre-indications/Avertissements :

Incapacité à mâcher la gomme, abîme les dents, dysfonctionnement de l'ATM, immédiatement après un infarctus du myocarde, angine, arythmie pouvant entraîner la mort.

Inhalateur de nicotine : seul ou combiné avec des timbres/de la gomme (à la place de la gomme, en cas d'incapacité à la mâcher)



Comment l'utiliser

- Inhaler comme on inhale un cigare.
- NE PAS inhaler profondément dans les poumons.
- Peut être utilisé de façon continue ou au besoin.
- Il est possible d'éprouver une sensation de brûlure ou de tiédeur lors de l'inhalation – cela est acceptable sauf si c'est une gêne.
- Nettoyer l'inhalateur régulièrement avec de l'eau savonneuse.



Contre-indications/Avertissements :

Immédiatement après un infarctus du myocarde, angine, arythmie pouvant entraîner la mort.

SEVRAGE À LA NICOTINE/SURDOSE DE NICOTINE

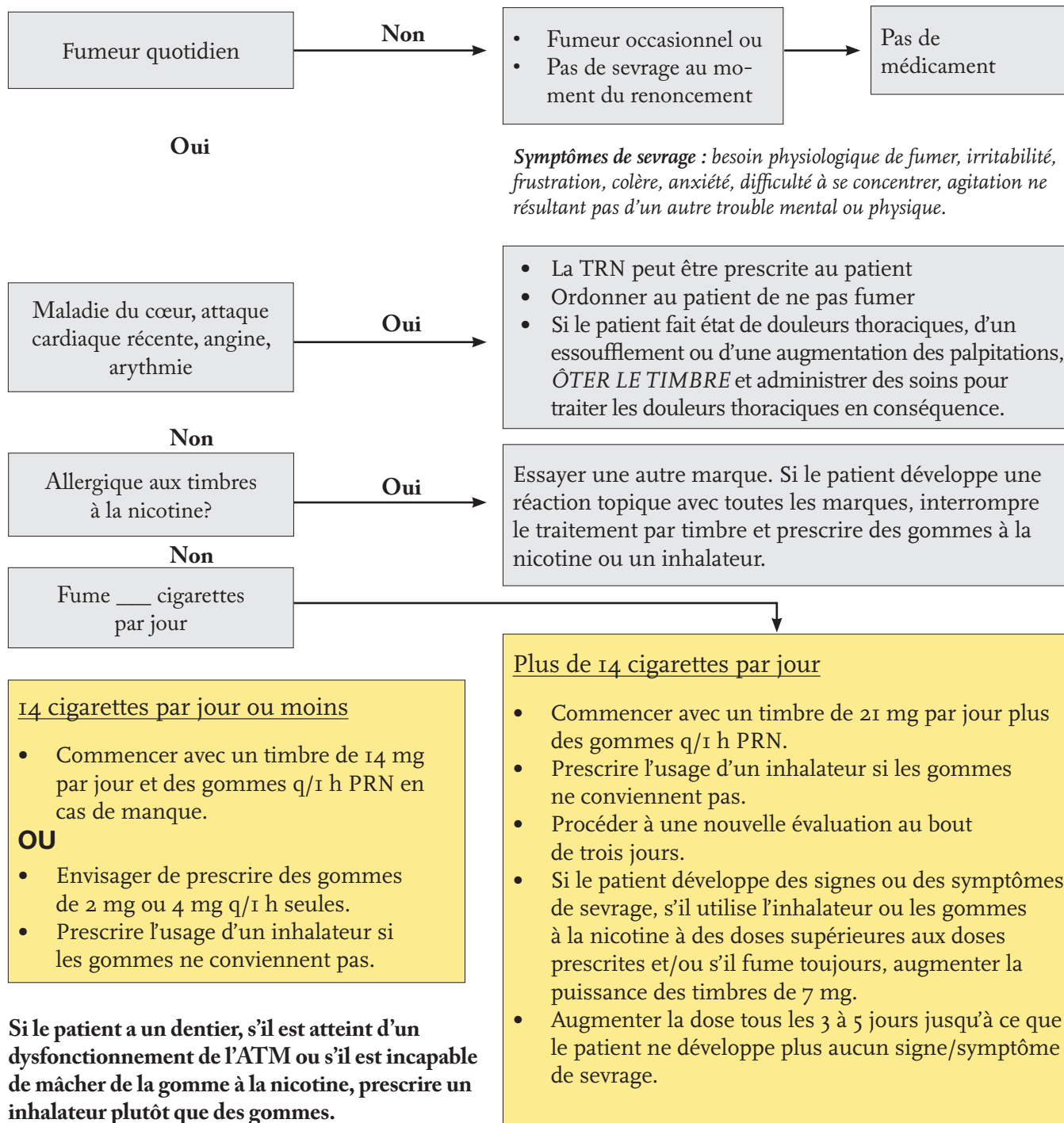
Signes/symptômes de sevrage à la nicotine	
Se manifestant immédiatement	Se manifestant plus tard
<p>Besoin physiologique de fumer Frustration Colère Difficulté à se concentrer Agitation</p>	<p>Nausée Diarrhée/constipation Tremblement Vertiges Fatigue Troubles du sommeil Maux de tête</p>
<p>Peuvent se manifester dans les heures qui suivent l'arrêt de la consommation de tabac. Atteignent leur plus haut niveau au bout de 1 à 4 jours. Peuvent durer six mois ou plus.</p>	<p>Généralement moins sévères que les signes/symptômes immédiats. Peuvent durer six mois ou plus.</p>

Signes/symptômes d'une surdose de nicotine
<p>Nausée/vomissements Sudation Vertiges Tremblement Confusion Faiblesse Palpitations cardiaques Étourdissements</p>

SEVRAGE À LA NICOTINE – ARBRE DÉCISIONNEL

Évaluer la situation du client en terme de tabagisme

- Fréquence : fumeur quotidien/fumeur occasionnel/ancien fumeur/n'a jamais fumé
- Quantité fumée : nombre de cigarettes fumées chaque jour
- Y a-t-il eu, dans le passé, sevrage après le renoncement et, si oui, combien de temps après?
- Présence d'un quelconque signe de sevrage au moment de l'évaluation?
- Objectifs (réduction, arrêt, prise en charge du sevrage)
- Expérience passée avec la TRN : arrêt/réduction
- Anamnèse : antécédent d'infarctus du myocarde/infarctus du myocarde récent, angine instable, arythmie, dysfonctionnement de l'ATM, dentiers



CONSEILS POUR COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL ET LES RÉSIDENTS

- Soyez positif.
- Soyez objectif – ça ne se passera pas toujours sans accroc.
- Expliquez « pourquoi » en mettant l’accent sur la santé des résidents et du personnel.
- Montrez l’exemple.
- Soyez respectueux des appréhensions et des inquiétudes du personnel et des résidents. Veillez également à leur citer des exemples d’autres établissements ayant réussi leur transition vers un environnement sans fumée.
- Veillez à ce que le personnel reçoive une formation sur la façon de s’occuper des résidents fumeurs, sur la TRN, sur la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* et sur la politique du foyer en la matière.
- Proposez d’autres activités aux fumeurs afin de modifier les facteurs déclencheurs du désir de fumer comme l’heure et le lieu.
- Veillez à ce que les fumeurs ne soient pas stigmatisés. Éduquez le personnel et les résidents vis-à-vis des préjugés et de leur impact. Lorsque vous vous occupez d’une personne, il est important de ne pas oublier de la considérer dans son ensemble, plutôt que de ne mettre l’accent que sur son problème de santé.

Exemple de formulaire pour évaluer la capacité d'un résident à fumer seul

Nom du résident _____ Âge _____ N° de dossier _____
Date _____ Heure _____

La *Loi favorisant un Ontario sans fumée* énonce plusieurs exigences relativement aux zones-fumeurs contrôlées :

- La pièce doit être désignée comme étant une zone-fumeurs contrôlée.
- Les résidents doivent être en mesure, de l'avis du propriétaire ou de l'employeur, de fumer sans danger et sans être aidés d'un employé.
- Les employés ne sont pas obligés d'entrer dans la zone-fumeurs contrôlée.
- Seuls les résidents (pas le personnel ou les visiteurs) de l'établissement ont le droit de fumer dans la zone-fumeurs contrôlée.
- La zone-fumeurs contrôlée doit être close et dotée d'un système de ventilation conforme à la réglementation. Elle doit être identifiée comme telle à l'aide des panneaux prescrits et doit se conformer à toutes les exigences prescrites.

Ce formulaire doit être rempli lorsque le résident est éveillé et alerte, lorsqu'il est conscient de l'heure qu'il est, du lieu où il se trouve et des personnes qui l'entourent et qu'il est capable de se déplacer seul ou de se déplacer en fauteuil roulant sans danger. **Si le résident ne respecte pas ces critères, il n'est pas autorisé à fumer.**

Sources de renseignements : (cocher toutes les cases applicables)

- Observation
- Discussion avec le résident
- Soignant membre de la famille
- Rapport des infirmières/de l'équipe infirmière
- Examen du dossier relativement aux accidents dus au tabagisme
- Personnel, médecins et pharmaciens à propos des médicaments

1) Point de vue du résident

Source de renseignements s'ils ne viennent pas du résident : _____

i) Aimerez-vous arrêter de fumer?

- Oui (**prendre un rendez-vous avec une infirmière praticienne ou un médecin**)
- Non

ii) Combien de cigarettes fumez-vous chaque jour? _____

iii) À quelle heure fumez-vous votre première cigarette? _____

iv) Avez-vous besoin d'aide pour fumer?

- Oui
- Non

Explications : _____

- v) Vous est-il déjà arrivé de vous endormir alors que vous étiez en train de fumer une cigarette et, si oui, combien de fois cela s'est-il produit?

Jamais Nombre de fois : _____

Explications: _____

- vi) Que feriez-vous en cas d'urgence dans la salle/zone-fumeurs? (*Le résident devrait expliquer, sans y être aidé, qu'il chercherait à obtenir de l'aide et qu'il quitterait la zone.*)
-

Si le résident s'est endormi plus d'une fois alors qu'il était en train de fumer ou s'il n'est pas en mesure de répondre à la question vi) correctement, le résident présente un risque en terme d'incendie. Mettez fin au questionnaire immédiatement. Consultez une infirmière praticienne ou un médecin pour obtenir de l'aide relativement à la TRN, si cela est possible.

Facteurs de risque

- a) Le résident a-t-il des limitations physiques pouvant avoir des répercussions sur sa capacité de fumer (c.-à-d., arthrite, blessure à la main, paralysie)?
 Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____
- b) Le résident utilise-t-il un appareil fonctionnel pouvant altérer sa capacité de fumer (c.-à-d., attelle/collet cervical)
 Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____
- c) Le résident est-il connu pour avoir l'une des mauvaises habitudes suivantes?
i) Il se débarrasse des cendres ou des mégots de façon non sécuritaire Oui Non
ii) Sa peau ou ses vêtements comportent des traces de brûlures Oui Non
- d) Le résident est-il connu pour avoir essayé de déclencher un incendie ou pour avoir utilisé un dispositif d'allumage de façon non sécuritaire?
 Oui Non
- e) Le résident consomme-t-il de l'alcool en quantité excessive?
 Oui Non
- f) Le résident s'est-il déjà endormi alors qu'il était assis?
 Oui Non
- g) Le résident prend-il des médicaments pouvant influencer sur sa capacité de fumer sans danger (p. ex., des médicaments entraînant une somnolence)?
 Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions ci-dessus, quelle qu'elle soit, le résident présente un risque en terme d'incendie et ne peut fumer seul sans danger.

S'il apparaît, suite à l'entretien, que le résident est capable de fumer seul, il convient de l'observer comme suit :

2) Observation directe

Emmener le résident dehors et lui demander de fumer une cigarette. Le résident a-t-il effectué les tâches suivantes seul et sans danger? Si tel n'est pas le cas, commenter le comportement du résident en utilisant l'espace prévu à cet effet. Indiquer si les causes sous-jacentes sont liées à des troubles d'ordre physique, cognitif, perceptif et/ou comportemental.

- a) Se rend dans la salle-fumeurs? Oui Non _____
- b) Obtient des cigarettes et un briquet? Oui Non _____
- c) Obtient et utilise un tablier de fumeur Oui Non _____ S.O.
- d) Utilise un cendrier? Oui Non _____
- e) Sait allumer la cigarette? Oui Non _____
- f) Tient la cigarette sans danger? Oui Non _____
- g) Se débarrasse des cendres dans le cendrier? Oui Non _____
- h) Éteint la cigarette? Oui Non _____
- i) Range les cigarettes et le briquet? Oui Non _____
- j) Est en mesure d'appeler en cas d'urgence? Oui Non _____

Si vous avez répondu NON à l'une des questions ci-dessus, quelle qu'elle soit, le résident présente un risque en terme d'incendie et ne peut pas fumer seul. Si vous avez répondu oui à toutes les questions, le résident peut fumer seul.

Nom du membre du personnel ayant effectué l'évaluation :

Signature :

Le 31 mai 2006, la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* est entrée en vigueur. Il n'est pas permis de fumer à l'intérieur de Sunnyside Home. Il est permis aux résidents et aux clients en mesure de fumer seuls ou avec l'aide de membres de leur famille ou d'amis de fumer à l'extérieur s'ils peuvent le faire sans danger.

Il n'est permis de fumer que dans la zone extérieure réservée aux fumeurs identifiée comme telle, située devant les bâtiments.

La vente de produits du tabac sera interdite sur le site. Le foyer achètera des cigarettes pour les résidents dont les familles ne peuvent s'acquitter de cette tâche.

Une aide au renoncement du tabac est offerte aux résidents. Ils peuvent demander à en bénéficier auprès du personnel infirmier.

Les résidents et les clients en mesure de fumer seuls et de manière sécuritaire dans la zone extérieure réservée aux fumeurs sont autorisés à fumer à Sunnyside Home. Le personnel n'aidera pas les résidents et les clients à se déplacer dans le but de fumer.

Les résidents et les clients qui ont besoin d'une zone de vie sécurisée (soins spéciaux) ne sont pas autorisés à quitter le foyer sauf s'ils sont accompagnés, en raison des risques d'errance.

Les membres de la famille et les amis de résidents ou de clients souhaitant fumer peuvent les transporter ou les aider dans ce but.

Si un résident n'est pas en mesure d'atteindre la zone extérieure réservée aux fumeurs et/ou s'il n'est pas en mesure de fumer de manière sécuritaire, il lui est interdit de fumer tant qu'il réside à Sunnyside Home. L'évaluation de la capacité du résident à fumer de manière sécuritaire est faite par l'infirmière autorisée.

Les produits du tabac seront fournis au résident ou au client par le personnel infirmier.

Si un résident tente de fumer seul alors qu'il n'est pas en mesure de le faire de manière sécuritaire, le foyer avisera ce dernier et sa famille qu'il n'est plus autorisé à fumer à Sunnyside Home. Si un résident est pris en flagrant délit de fumer à l'intérieur du foyer, il ne sera plus autorisé à fumer à Sunnyside Home.

Les visiteurs et les bénévoles peuvent utiliser la zone extérieure réservée aux fumeurs.

Pour obtenir davantage de renseignements sur les lignes directrices relatives au tabagisme des résidents et des clients, veuillez communiquer avec une infirmière autorisée.

Veillez apposer votre signature ci-dessous afin de confirmer que vous comprenez les règles relatives au tabagisme en vigueur à Sunnyside Home et que vous acceptez de vous y plier.

Signature du résident

Signature de la personne titulaire d'une procuration relative au soin de la personne/de la personne responsable de la prise de décisions au nom d'autrui

Signature du membre du personnel ayant passé en revue les lignes directrices relatives au tabagisme avec le résident et sa famille

Date

Feuillets destinés aux résidents

- **Risque d'incendie et tabagisme sans danger**
- **Tabagisme passif**
- **Pourquoi arrêter de fumer?**
- **Fiche d'information sur la TRN**
- **Conseils pour aider sa famille et ses amis à arrêter de fumer**

Risque d'incendie et Tabagisme sans danger



Risque d'incendie

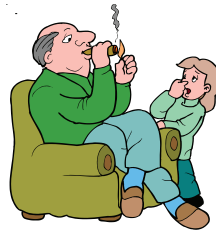
- Selon une étude de l'Association canadienne des chefs de pompiers, le bilan annuel des incendies liés au tabagisme au Canada est d'environ 70 morts et 300 blessés.
- Le tabagisme est la principale cause d'incendie mortel chez les personnes âgées.
- Dans les résidences où au moins une personne fume, le risque qu'un fumeur ou qu'un membre de la famille soit blessé suite à un incendie est cinq fois plus élevé que dans les résidences où personne ne fume.
- Comparativement à la population générale, le risque de mourir dans un incendie augmente avec l'âge :
 - De 65 à 74 ans – le risque est 1,8 fois plus élevé qu'au sein de la population générale
 - Chez les plus de 85 ans – le risque augmente pour être jusqu'à 4,6 fois plus élevé qu'au sein de la population générale

Tabagisme sans danger

- La *Loi favorisant un Ontario sans fumée* protège l'ensemble des membres du personnel et des résidents en réduisant le risque de décès ou de blessure suite à un incendie et en exigeant que tous les résidents qui fument dans les zones-fumeurs contrôlées soient évalués afin de déterminer leur capacité de fumer sans danger.
- Les fumeurs ne présentant pas de risque sont ceux qui peuvent fumer sans danger et sans être aidés par un tiers.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le risque d'incendie et le tabagisme sans danger ou pour obtenir un modèle de formulaire d'évaluation de la capacité de fumer sans danger, veuillez communiquer avec :

HALTE AU TABAGISME PASSIF



Le problème



- Le tabagisme passif expose le personnel, les résidents et les familles (qu'ils soient fumeurs ou non) à plusieurs milliers de produits chimiques, plus de 50 d'entre eux étant réputés cancérigènes.
- La concentration de certaines substances toxiques est plus élevée dans la fumée inhalée par une personne ne fumant pas que dans la fumée inhalée directement par la personne qui fume la cigarette.
- Le tabagisme passif augmente le risque de maladie cardiaque, de cancer du sein, de cancer des poumons, de cancer des sinus paranasaux et de maladies respiratoires, telles que la bronchite chronique et l'emphysème.
- Le tabagisme passif aggrave l'asthme et les allergies et irrite les yeux, le nez, la gorge et les poumons.

La solution

- La *Loi favorisant un Ontario sans fumée* protège la santé de tous les membres du personnel et de tous les résidents des foyers de soins de longue durée en éliminant l'exposition au tabagisme passif – il n'est permis de fumer à l'intérieur que dans les zones-fumeurs contrôlées. À l'extérieur, les zones réservées aux fumeurs doivent être situées à plus de neuf mètres des entrées.
- Les politiques de lutte contre le tabagisme aident les fumeurs à réduire leur consommation de tabac ou à y renoncer. Elles aident également les anciens fumeurs à ne pas recommencer à fumer.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le tabagisme passif ou pour obtenir des renseignements sur le renoncement au tabac, veuillez communiquer avec :

Pourquoi arrêter de fumer?



Les bienfaits pour vous :

Il n'est JAMAIS trop tard pour profiter des bienfaits du renoncement au tabac. Il vous suffit de consulter le tableau ci-dessous pour connaître tous les bienfaits immédiats, à court et à long terme du renoncement du tabac.

Après...	Bienfaits pour la santé
20 minutes	La pression artérielle, le pouls et la température des mains et des pieds redeviennent normaux
8 heures	Les niveaux de nicotine et de monoxyde de carbone dans le sang diminuent de moitié, les niveaux d'oxygène reviennent à la normale
24 heures	Le monoxyde de carbone est éliminé du corps, les poumons commencent à évacuer du mucus et d'autres débris du tabac
48 heures	Le risque d'avoir une crise cardiaque commence à diminuer, les extrémités nerveuses commencent à repousser et les sens du goût et de l'odorat s'améliorent
72 heures	Il devient plus facile de respirer, les bronches se décontractent, les niveaux d'énergie augmentent
2-12 semaines	La circulation sanguine et la capacité respiratoire s'améliorent, il devient plus facile de marcher
3-9 mois	Les problèmes de toux, de respiration sifflante et les problèmes respiratoires se résorbent, la capacité pulmonaire augmente de 10 à 30 %
1 année	Le risque de crise cardiaque liée au tabagisme est réduit de moitié
10 ans	Le risque de cancer des poumons est réduit de moitié

- Tous les fumeurs (que l'on soit un homme, une femme, jeune ou plus âgé) peuvent profiter des bienfaits du renoncement au tabac.
- Même les fumeurs qui ont déjà développé des problèmes de santé liés au tabagisme, tels que des maladies cardiaques, peuvent espérer voir leur santé s'améliorer après avoir arrêté de fumer. Selon Santé Canada, les fumeurs qui renoncent au tabac après avoir fait une crise cardiaque réduisent de moitié les risques d'en avoir une deuxième et de mourir prématurément.
- Des problèmes de santé tels qu'un emphysème ou une bronchite peuvent se stabiliser et se résorber après avoir renoncé au tabac.

- Le renoncement au tabac est également salutaire pour les diabétiques : les fumeurs diabétiques qui renoncent au tabac courent un risque beaucoup moins élevé de souffrir de complications graves comme une maladie cardiaque, une cécité ou un accident vasculaire cérébral.
- Le fait de continuer à fumer augmente le risque d'être atteint de démence, de la maladie d'Alzheimer ou de cataracte.

Les bienfaits pour votre famille, vos amis et les personnes qui vous entourent

- Vous aurez plus d'énergie. Vous pourrez ainsi passer plus de temps et prendre part à un plus grand nombre d'activités avec votre famille et vos amis.
- Vous éliminerez le risque que courent votre famille, vos amis et les personnes qui vous entourent d'être victimes de tabagisme passif. Une exposition au tabagisme passif d'une durée de huit à 20 minutes peut entraîner des réactions physiques liées à une maladie cardiaque ou un accident vasculaire cérébral (accélération du rythme cardiaque, diminution de l'apport d'oxygène au cœur, constriction des vaisseaux sanguins, augmentation de la pression artérielle, le cœur doit par conséquent travailler plus fort).

Vous pouvez arrêter de fumer

- De nombreux Canadiens arrêtent de fumer chaque année, pourquoi pas vous?
- N'oubliez pas que le renoncement au tabac est un processus et que cela prendra du temps.

Aide au renoncement

- Pour une période de temps limitée, le coût de la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) proposée aux résidents de foyers de soins de longue durée sera remboursé par le ministère de la Promotion de la santé par le biais du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- Il existe également un certain nombre de brochures pratiques et d'autres programmes conçus pour vous aider à arrêter de fumer.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le renoncement au tabac ou sur la thérapie de remplacement de la nicotine, veuillez communiquer avec :


Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)

Thérapie de remplacement de la nicotine

- Cela fait plus de deux décennies que la TRN existe.
- Il s'agit du traitement médical le plus utilisé pour aider les fumeurs à renoncer au tabac.
- En Ontario, il est possible de choisir entre trois méthodes : le timbre, la gomme et l'inhalateur.
- La TRN est facile à utiliser.
- La TRN présente un faible risque de dépendance.
- Presque toutes les personnes âgées de plus de 18 ans peuvent avoir recours à la TRN (même les personnes ayant des troubles cardiaques, bien qu'il soit préférable de consulter un médecin au préalable).

La TRN peut vous aider à arrêter de fumer

- La nicotine est le stupéfiant qui est inhalé lorsqu'on fume du tabac; la TRN est un moyen sûr de fournir de la nicotine au corps.
- La TRN permet de diffuser lentement dans le corps de faibles doses de nicotine, ce qui aide à réduire le sevrage à la nicotine lorsqu'on essaie de renoncer au tabac.

Timbre	Gomme	Inhalateur	Avertissement
<ul style="list-style-type: none"> • Ressemble à un grand autocollant carré. • À placer sur une zone propre et glabre du corps. • Utiliser un timbre par jour. • Changer de zone tous les jours. • Peut être utilisé avec une gomme à la nicotine ou un inhalateur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressemble à une gomme normale. • La mâcher et la placer dans la joue pour qu'elle absorbe la nicotine. • Mâcher au plus 15 gommes par jour à raison d'une gomme par heure. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressemble à une cigarette. • Des cartouches de nicotine sont insérées dans l'inhalateur. • Utiliser jusqu'à 10 cartouches par jour. • Chaque cartouche peut fournir jusqu'à trois sessions de 20 minutes. 	 Faire attention aux signes et symptômes de toxicité à la nicotine suivants : <ul style="list-style-type: none"> • nausée • vomissements • sudation • vertiges • tremblement • confusion • faiblesse • palpitations • étourdissements
Utiliser pendant au moins 8 à 12 semaines	Utiliser pendant au moins 8 à 12 semaines	Utiliser pendant au moins 8 à 12 semaines	Consulter un médecin

Conseils pour aider votre ami à Arrêter de fumer



N'OUBLIEZ PAS

- ♦ C'est peut-être l'une des choses les plus **difficiles** qu'entreprendra votre ami.
- ♦ N'oubliez pas que ses cigarettes ou ses pipes l'ont accompagné **pendant les bons moments et pendant les moments difficiles** de sa vie, qu'il s'agisse de naissances ou de décès, et que pour certaines personnes, ces cigarettes ou ces pipes sont presque des amies.
- ♦ Bien que la fumée et l'odeur puissent vous être désagréables, voire nocives, il est important de ne pas oublier que la dépendance au tabac est aussi forte que la dépendance à l'héroïne. Cela signifie qu'il est **extrêmement difficile** pour certaines personnes d'arrêter de fumer. Les symptômes physiques de sevrage peuvent durer de 48 heures à quatre semaines.
- ♦ N'oubliez pas d'être **patient et de reconforter** les amis, collègues ou clients qui essaient de réduire leur consommation ou qui essaient d'arrêter de fumer, et ce, même s'ils sont parfois de mauvaise humeur.
- ♦ N'oubliez pas d'envisager la personne dans son ensemble. Ne la cataloguez pas comme étant « UN FUMEUR ». Traitez-la avec **respect et compassion**.

SOUTIEN

- ♦ **Demandez-lui** ce qu'elle aimerait que vous fassiez pour elle.
- ♦ **Écoutez-la** et encouragez-la.
- ♦ Une personne qui cesse de fumer aura un **besoin maladif** de nicotine, aura faim et sera agitée.
 - Suggérez-lui de manger sainement et de prendre plusieurs petits repas tout au long de la journée.
 - Conseillez-lui de boire beaucoup de liquides, tout en limitant sa consommation de caféine et d'alcool.
 - Évitez, dans la mesure du possible, les endroits où l'usage du tabac est permis.
 - Modifiez certains aspects de votre routine de façon à ce qu'elle ne voie pas le temps passer et qu'elle oublie qu'il est l'heure à laquelle elle fait habituellement une pause-cigarette.
- ♦ Même si elle recommence à fumer, rappelez-lui que la plupart des gens qui cessent de fumer définitivement ont dû s'y prendre à plusieurs reprises. Arrêter de fumer **demande de l'exercice**.
- ♦ **Fêtez** chaque objectif atteint et chaque **réussite!**

Adapté à partir du site Web de l'Association pulmonaire http://www.poumon.ca/protect-protégez/tobacco-tabagisme/quitting-cesser/friend-ami_f.php

Affiches

- **Affiche destinée aux foyers de soins de longue durée dans lesquels il est permis de fumer à l'extérieur**
- **Affiche destinée aux foyers de soins de longue durée dans lesquels il est interdit de fumer**

BIENVENUE



DANS NOTRE FOYER NON-FUMEUR

est fier d'être un foyer sans fumée depuis le



Veillez respecter notre politique de lutte contre le tabagisme et ne fumer qu'à l'extérieur, à plus de **9 mètres** des entrées et des sorties, et seulement dans les zones-fumeurs désignées comme telles

BIENVENUE



DANS NOTRE FOYER NON-FUMEUR

est fier d'être un foyer sans fumée depuis le



Veillez respecter notre politique de lutte contre le tabagisme et ne pas fumer dans nos locaux

Lettres

- **À la direction**
 - ♦ **concernant la mise en place de la nouvelle politique de lutte contre le tabagisme du foyer**
- **Aux chefs d'unité**
 - ♦ **concernant la fermeture des pièces désignées comme étant réservées aux fumeurs**
- **Aux membres de la famille des résidents**
 - ♦ **concernant les résultats de l'évaluation de la capacité de fumer sans danger**
- **Aux intervenants du foyer de soins de longue durée**
 - ♦ **concernant la nouvelle politique de lutte contre le tabagisme du foyer (pour les établissements ne comportant pas de zone-fumeurs contrôlée)**
- **Aux intervenants du foyer de soins de longue durée**
 - ♦ **concernant la nouvelle politique de lutte contre le tabagisme du foyer (pour les établissements dotés d'une zone-fumeurs contrôlée)**

À la direction du (*Nom du foyer de soins de longue durée*)

Objet : Mise en place de notre nouvelle politique de lutte contre le tabagisme

Vous savez d'ores et déjà que le (*nom de l'établissement*) deviendra un lieu **non-fumeur**. Nous avons élaboré une politique afin de clarifier la façon dont nous allons mettre en pratique la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* le (*date*). L'élaboration de notre politique est le fruit de la contribution de résidents, de familles et de membres du personnel.

Le fait d'informer tous les dirigeants du rôle qui sera le leur en ce qui a trait à la mise en œuvre de la politique et de la législation rentre dans le cadre de ce processus. Comme pour toutes les politiques du (*nom de l'établissement*), le rôle que joue la direction en donnant des instructions au personnel et en le soutenant dans la mise en œuvre de la politique est apprécié. Nous demandons aux dirigeants qu'ils encouragent et conseillent, de façon à ce que les membres du personnel puissent jouer un rôle actif en expliquant la politique aux résidents et aux visiteurs et qu'ils la respectent eux-mêmes. Les membres du personnel qui ne se conformeront pas à la politique seront assujettis à des mesures disciplinaires, conformément aux politiques en vigueur en matière de ressources humaines.

Tous les membres du personnel suivront la formation obligatoire portant sur la politique. La formation sera assurée de la façon suivante : (*méthode de formation*).

Nos pièces-fumeurs seront transformées pour devenir des salles d'activités à l'intention des résidents. Tout l'attirail nécessaire aux fumeurs, comme les cendriers, devrait être jeté. Par ailleurs, il sera important de discuter de la politique de lutte contre le tabagisme avec les résidents, avant sa date d'entrée en vigueur, afin de les préparer à ces changements. Des efforts de communication sur la politique et sa date d'entrée en vigueur ont déjà été entrepris par le biais d'affiches et d'annonces.

Enfin, nous espérons également que les dirigeants travailleront avec les membres de leur personnel pour élaborer des protocoles cohérents, afin de s'occuper des résidents qui refusent sans cesse de respecter la politique. Si les résidents estiment que le fait qu'ils fument dans les zones non-fumeurs ne porte pas à conséquence, ils continueront à le faire. La plupart des programmes ont déjà mis en place des protocoles/mesures relativement à d'autres problèmes d'ordre comportemental. Ils peuvent peut-être les appliquer ou les adapter au tabagisme. Nous aimerions cependant que le personnel veille à ce que les répercussions ne soient pas punitives et que l'accès aux cigarettes ne soit pas utilisé comme récompense ou comme punition dans le but d'aider à contrôler les comportements.

Voici quelques-unes des suggestions que nous avons recueillies dans le cadre des consultations avec d'autres établissements ayant mis en place des politiques de lutte contre le tabagisme :

1. Éduquer les résidents sur les raisons qui ont conduit à la mise en place d'une politique de lutte contre le tabagisme et étudier avec eux le contenu de la législation en vigueur et de la politique.
2. Toujours approcher les personnes qui fument dans des zones non-fumeurs afin de les informer du contenu de la législation et de la politique en vigueur (ne jamais fermer les yeux devant leur comportement).
3. Surveiller en continu les symptômes associés au sevrage à la nicotine et à la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN). Procéder à des ajustements au besoin.
4. Aborder toute violation répétée de la politique.

Nous savons que chaque programme est différent et que les problèmes et défis varient d'un programme à l'autre. Nous vous encourageons à rencontrer votre personnel à l'avance afin de discuter des implications opérationnelles qu'aura la politique sur votre programme ou votre service, de façon à ce que tous les membres du personnel adressent le même message aux résidents. Il convient de traiter les violations de la politique de lutte contre le tabagisme comme toutes les autres infractions d'ordre comportemental.

Vos instructions et votre leadership sont requis pour que le processus se déroule autant que possible en douceur. Si vous avez des questions ou des inquiétudes, veuillez communiquer avec (*nom et numéro/courriel*).

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Aux chefs d'unité de (*Nom de l'établissement*)

Objet : Fermeture des pièces désignées comme étant réservées aux fumeurs

La date d'entrée en vigueur de la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* et de la politique de (*nom de l'établissement*) approche et nous aimerions vous tenir informés des étapes de la modification des salles désignées comme étant réservées aux fumeurs en de nouvelles salles d'activités destinées aux résidents.

Comme vous le savez, le (*date*), il est essentiel que toutes les pièces-fumeurs soient fermées et qu'il ne soit plus permis de fumer dans ces zones. Dans les jours qui suivront, le personnel d'entretien ménager nettoiera chaque unité entièrement, y compris les murs et les plafonds. Une fois qu'elles auront été nettoyées, le personnel de maintenance repeindra chaque pièce. Une fois les travaux de peinture terminés, les concierges réaménageront les étages.

Les services d'entretien ménager et de maintenance prendront contact avec chaque unité afin de planifier ces travaux. Ce processus commencera immédiatement après le (*date*).

Les pièces-fumeurs seront retenues aux fins d'utilisation par les résidents. Une fois qu'elles auront été nettoyées et repeintes, elles seront transformées en un espace alternatif destiné aux résidents. Nous aimerions recueillir l'opinion des résidents et du personnel relativement à l'utilisation de ces nouvelles salles d'activités. (*Insérer des instructions sur la façon dont le personnel et les résidents peuvent faire part de leur opinion relativement à l'utilisation des nouveaux locaux.*)

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec (*nom et numéro/courriel*).

En vous remerciant, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

À l'attention de (*nom du membre de la famille*)

Objet : Évaluation de la capacité du résident à fumer sans danger

Comme vous le savez peut-être, la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* (LFOSF) est entrée en vigueur à la fin du mois de mai 2006. Pour nous conformer à la LFOSF, nous avons fermé nos pièces désignées comme étant réservées aux fumeurs et avons ouvert une zone-fumeurs contrôlée. En vertu de la LFOSF, les membres du personnel ne sont plus obligés d'aider les résidents à fumer. Pour que les résidents puissent fumer dans la zone-fumeurs contrôlée, ils doivent pouvoir fumer seuls et sans danger.

Nous aimerions vous informer que (*nom du résident*) a été évalué comme n'étant pas capable de fumer seul et sans danger. Nous avons par conséquent élaboré avec (*nom du résident*) un plan afin de l'aider à arrêter de fumer. Si (*nom du résident*) souhaite recourir à la thérapie de remplacement de la nicotine, notre médecin lui apportera une aide médicale. Notre personnel sera également à ses côtés afin de l'aider à réaliser cette transition.

Les personnes âgées réussissent généralement plus facilement à cesser de fumer que les adultes plus jeunes. Nous espérons que vous soutiendrez (*nom du résident*) dans cette transition. Vous trouverez ci-joints des renseignements qui vous expliqueront comment vous pouvez soutenir une personne qui essaie d'arrêter de fumer. Nous espérons qu'ils vous permettront d'aider (*nom du résident*).

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec (*nom et numéro/courriel*).

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

À l'attention de (nom de l'intervenant)

Objet : La nouvelle politique de lutte contre le tabagisme de (nom du foyer de soins de longue durée)

(Nom de l'établissement) s'est engagé à offrir un environnement sûr et sain à tous ses résidents, à tous les membres de son personnel et à tous les visiteurs. Nous sommes par conséquent heureux d'annoncer que notre foyer est désormais non-fumeur, conformément à la nouvelle *Loi favorisant un Ontario sans fumée*. Grâce à la recherche, nous savons désormais que le tabagisme passif a de nombreux effets nocifs sur la santé.

Le fait que notre foyer devienne non-fumeur implique que tous les bâtiments appartenant au (Nom de l'établissement) seront entièrement non-fumeurs, y compris (lieux que les gens pourraient envisager comme n'étant pas concernés). Il sera permis de fumer à l'extérieur, à au moins neuf mètres des entrées et des sorties.

(Inclure des renseignements tirés de votre politique de lutte contre le tabagisme, si vous en avez élaboré une [c.-à-d., escorte des patients par le personnel pour qu'ils puissent fumer à l'extérieur, fourniture de cigarettes et de briquets, etc., interdiction de fumer à proximité des fenêtres pouvant s'ouvrir ou des prises d'air].)

Nous savons que suite à l'entrée en vigueur de la législation et de notre politique, il est possible que vous soyez inquiet des conséquences que cela pourrait avoir pour nos résidents. Nous savons que certains de nos résidents fument et que la fermeture des pièces-fumeurs constituera une transition pour eux, une transition qui pourrait s'avérer difficile. Bien que l'objectif principal de la législation soit de garantir un environnement sûr, nous savons que certains résidents pourraient choisir ou avoir besoin de cesser de fumer s'ils ne sont pas en mesure de fumer sans danger. Notre personnel médical a été formé pour soutenir ceux qui souhaiteraient réduire leur consommation ou arrêter de fumer.

En tant que membre de la famille, ami, organisme partenaire ou membre de la collectivité, nous espérons que vous informerez les autres personnes qui pourraient être concernées par notre nouvelle politique de lutte contre le tabagisme. Nous nous servons des connaissances accumulées par les autres foyers devenus non-fumeurs pour faire en sorte que cette transition se fasse autant que possible en douceur.

Vous trouverez ci-jointe une copie de notre brochure de lutte contre le tabagisme conçue à l'intention des résidents de (nom du foyer). Vous y trouverez des renseignements de base sur la législation et sur notre politique.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec (nom et numéro/courriel).

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

À l'attention de (nom de l'intervenant)

Objet : La nouvelle politique de lutte contre le tabagisme de (nom du foyer de soins de longue durée)

Conformément à la nouvelle *Loi favorisant un Ontario sans fumée*, (nom de l'organisme) souhaite améliorer la santé et la sécurité des résidents, du personnel et des visiteurs qui se rendent dans notre établissement. Nous savons, grâce aux recherches qui ont été menées, que le tabagisme passif a de nombreux effets nocifs sur la santé. De ce fait, nous aimerions protéger davantage les résidents et le personnel. Nous sommes par conséquent heureux d'annoncer qu'à compter du (date), une zone-fumeurs contrôlée sera accessible à nos résidents.

La zone-fumeurs contrôlée sera située (*décrire le lieu*). Il ne sera permis aux résidents de fumer dans la zone-fumeurs contrôlée que s'ils peuvent fumer sans être aidés. Aucun visiteur ou membre du personnel n'est autorisé à fumer dans la zone-fumeurs contrôlée. Il sera également permis de fumer à l'extérieur, à au moins neuf mètres des portes d'entrée, sauf indication contraire dans notre politique.

(Inclure des renseignements tirés de votre politique de lutte contre le tabagisme, si vous en avez élaboré une [c.-à-d., escorte des patients à l'extérieur par le personnel pour fumer, fourniture de cigarettes et de briquets, etc., interdiction de fumer à proximité des fenêtres pouvant s'ouvrir ou des prises d'air].)

Nous savons que suite à l'entrée en vigueur de la législation et de notre politique, il est possible que vous soyez inquiet des conséquences que cela pourrait avoir pour nos résidents. Nous savons que certains de nos résidents fument et que la fermeture des pièces-fumeurs constituera une transition pour eux, une transition qui pourrait s'avérer difficile. Bien que l'objectif principal de la législation soit de garantir un environnement sûr, nous savons que certains résidents pourraient choisir ou avoir besoin de cesser de fumer s'ils ne sont pas en mesure de fumer sans danger. Notre personnel médical a été formé pour soutenir ceux qui souhaiteraient réduire leur consommation ou arrêter de fumer.

En tant que membre de la famille, ami, organisme partenaire ou membre de la collectivité, nous espérons que vous informerez les autres personnes qui pourraient être concernées par notre nouvelle politique de lutte contre le tabagisme. Nous nous servons des connaissances accumulées par les autres foyers devenus non-fumeurs pour faire en sorte que cette transition se fasse autant que possible en douceur.

Vous trouverez ci-jointe une copie de notre brochure de lutte contre le tabagisme conçue à l'intention des résidents de (nom du foyer). Vous y trouverez des renseignements de base sur la législation et sur notre politique.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec (nom et numéro/courriel).

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

3.1 Tabagisme

Environ 5 % des résidents de foyers de soins de longue durée fument. Bien que la majorité de ces résidents fument depuis de nombreuses années, la recherche a montré que les fumeurs âgés de 65 ans et plus peuvent arrêter de fumer et que cette abstinence peut leur être bénéfique sur le plan de la santé. Le fait de conseiller et d'offrir une aide au renoncement au tabac aux résidents des foyers de soins de longue durée permettra de promouvoir notre objectif qui est d'améliorer et de préserver la santé.

3.2 Tabagisme passif

Le tabagisme passif est le fait d'être exposé à la fumée émise à l'extrémité d'une cigarette allumée ainsi qu'à la fumée expirée par le fumeur. Les recherches montrent que cette fumée contient 4 000 agents chimiques, dont plus de 50 sont connus comme étant cancérigènes. Le tabagisme passif se classe au troisième rang des principales causes de décès évitables, après le tabagisme actif et l'abus d'alcool. En devenant non-fumeurs, les foyers de soins de longue durée espèrent empêcher que les personnes qui vivent ou travaillent dans ces foyers ou que les personnes qui les visitent ne subissent les conséquences néfastes du tabagisme passif. Parmi celles-ci figurent le cancer, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'asthme, des délais de cicatrisation plus longs, l'ostéoporose et les maladies cardiovasculaires. Étant donné qu'ils ont d'ores et déjà des problèmes de santé, un grand nombre de résidents de foyers de soins de longue durée sont particulièrement sensibles aux conséquences possibles de l'inhalation de la fumée de cigarette.

3.3 Renoncement

Il convient d'encourager les résidents qui fument à cesser de le faire. Les bienfaits du renoncement au tabac sont nombreux pour les fumeurs âgés :

- En l'espace de quelques minutes, la pression artérielle redevient normale.
- Au bout de quelques jours, le risque de crise cardiaque commence à décliner et il devient plus facile de respirer.
- Au bout de quelques semaines, la circulation s'améliore.
- Au bout d'un an, le risque de crise cardiaque diminue de moitié.

Même les fumeurs ayant déjà développé des problèmes de santé liés au tabagisme, comme une maladie cardiaque, peuvent espérer voir leur santé s'améliorer après avoir arrêté de fumer. Selon Santé Canada, les fumeurs qui renoncent au tabac après avoir eu une crise cardiaque réduisent de moitié les risques d'en avoir une deuxième et de mourir prématurément. De plus, certains problèmes de santé comme l'emphysème ou la bronchite peuvent se stabiliser et se résorber après le renoncement au tabac.

Le renoncement au tabac est également salutaire pour les diabétiques : les fumeurs diabétiques qui renoncent au tabac courent un risque moins élevé de souffrir de complications graves comme une maladie cardiaque, une cécité ou un accident vasculaire cérébral.

3.3.1. Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)

L'importance du recours à la TRN dans un établissement non-fumeur ne peut être sous-estimée. La TRN est cruciale si l'on veut que la transition vers un environnement sans fumée soit réussie. La TRN peut permettre de prévenir ou de traiter le sevrage à la nicotine, lorsque les résidents de foyers de soins de longue durée ne sont pas en mesure de fumer autant ou aussi régulièrement qu'ils le feraient normalement (c.-à-d., lorsqu'il est inopportun qu'ils sortent pour fumer). Le sevrage à la nicotine peut être pénible aussi bien pour les résidents que pour le personnel, les résidents pouvant en effet ressentir des symptômes, tels que des douleurs à l'estomac, une irritabilité et des changements d'humeur. Le fait que la TRN soit offerte (si possible au moment de l'admission) aux résidents qui verront leur consommation de nicotine réduite peut contribuer à prévenir de telles conséquences.

À propos de la nicotine et de la TRN : S'agit-il d'une méthode sûre?

La TRN administre de la nicotine à une dose plus faible et de manière plus contrôlée et plus régulière que les cigarettes. Cela permet d'empêcher le niveau de nicotine de fluctuer, ce qui pourrait entraîner des symptômes de sevrage. Trois types de TRN sont actuellement disponibles : les timbres, les gommes et l'inhalateur. Veuillez noter que les résidents peuvent toujours fumer lorsqu'ils portent un timbre, tout en ayant pour objectif de réduire leur consommation de cigarettes. Les résidents qui ne peuvent fumer autant qu'ils le feraient normalement peuvent toujours ressentir des symptômes de sevrage; la TRN peut être utilisée pour aider les résidents à gérer leur manque et leurs symptômes de sevrage entre deux cigarettes.

Signes/Symptômes de sevrage à la nicotine

Il est important que tous les professionnels de la santé soient en mesure de repérer les signes et les symptômes de sevrage à la nicotine. En voici une liste non exhaustive. En règle générale, le sevrage à la nicotine peut se produire dans les heures qui suivent l'abstinence. Les symptômes atteignent leur plus haut niveau au bout de un à quatre jours. Le sevrage peut durer six mois ou plus.

Se manifestant immédiatement	Se manifestant plus tard
<ul style="list-style-type: none">• Besoin physiologique de fumer• Frustration• Colère• Anxiété• Difficulté à se concentrer• Agitation <p>(Ne résultant pas d'autres problèmes mentaux ou physiques.)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Nausée• Diarrhée/constipation• Tremblement• Vertige• Changement d'appétit• Fatigue• Troubles du sommeil• Maux de tête• Maladresse <p>(Ont tendance à être moins sévères que les symptômes se manifestant immédiatement, mais peuvent durer six mois ou plus.)</p>

Signes et symptômes d'une surdose à la nicotine

Si une TRN, de quelque type que ce soit, a été prescrite à un résident, il est également important de surveiller les signes annonciateurs d'une trop grande consommation de nicotine. Si un résident présente l'un des symptômes suivants, quel qu'il soit, il peut s'avérer nécessaire de réévaluer son niveau de consommation de nicotine.

- Nausée et/ou vomissements
- Sudation
- Vertige
- Tremblement

- Confusion
- Faiblesse
- Palpitations
- Étourdissement

Si le résident fume, il convient de l'encourager à réduire davantage sa consommation ou de réduire la dose du timbre. Si le résident a cessé de fumer, il convient de mettre fin à la TRN ou d'en réduire la dose.

Maladie cardiovasculaire et TRN

Il n'a pas été démontré que la TRN augmentait le risque de problème cardiovasculaire. Les effets nocifs du tabagisme compensent largement le risque qu'il y a à recourir à la TRN. Le tabagisme entraîne une augmentation de la pression sanguine et du rythme cardiaque; une augmentation du LDL et une baisse du HDL; et une augmentation du risque d'arythmie et de dysfonction endothéliale. La TRN n'a pas les mêmes effets. Elle devrait être prescrite lorsque les résidents ne sont pas en mesure d'arrêter de fumer en ne modifiant que leur comportement.

Formation du personnel sur la TRN

Dans le cadre du processus de lutte contre le tabagisme, il est important que les membres du personnel reçoivent une formation sur le repérage et le traitement du sevrage à la nicotine – et donc sur le recours à la TRN. Si possible, un représentant de chaque foyer de soins de longue durée devrait recevoir une formation sur le recours à la TRN en travaillant avec des résidents fumeurs. Ces « champions » pourraient renseigner les autres membres du personnel.

3.3.2 Mythes et faits avérés sur la TRN

Les renseignements qui suivent ont été préparés en juin 1999 par Nicole de Guia, directrice de projet et chercheure, sous la direction et avec le soutien des D^{rs} Ted Boadway, Patricia North et Carol Jacobson du Health Policy Department de l'Ontario Medical Association (OMA) et Michael Perley de l'Ontario Campaign for Action on Tobacco. Pour obtenir l'intégralité du texte exprimant le point de vue de l'OMA, consulter le site Web : <http://www.oma.org/Health/tobacco/stopsmoke.asp>

Premier mythe

La nicotine est la substance nocive contenue dans les cigarettes.

Faits avérés :

Ce n'est pas la nicotine, mais les milliers de toxines présentes dans le tabac et ses produits de combustion qui sont responsables de la vaste majorité des maladies dues au tabac. Il y a plus de 4 000 substances dans le tabac et la fumée de tabac, et plus de 50 d'entre elles – dont le benzopyrène, les nitrosamines, le chlorure de vinyle, l'arsenic, le chrome et le nickel – sont connues comme étant cancérigènes. Il n'a pas été démontré que la nicotine était cancérigène.

Deuxième mythe

L'effet d'accoutumance possible de la nicotine est le même, que la nicotine soit absorbée par le biais de gommes ou de timbres à la nicotine ou par le biais de cigarettes.

Faits avérés :

Les cigarettes créent une dépendance bien plus forte que les gommes ou les timbres à la nicotine, principalement à cause de la façon dont elles administrent la nicotine. La nicotine est un stupéfiant qui crée une très forte dépendance, une dépendance similaire à celle que peuvent engendrer la cocaïne ou l'héroïne. L'inhalation de la nicotine par le biais de cigarettes est la méthode d'administration de nicotine qui crée la dépendance la plus

forte. Étant donné que la nicotine est absorbée par le biais des poumons, elle ne met que 10 à 19 secondes pour atteindre le cerveau; ce qui est plus rapide qu'une injection. Les niveaux de nicotine dans le sang atteignent leur plus haut niveau en l'espace de quelques secondes, puis déclinent rapidement. Ce processus se répète et se renforce à chaque inhalation. Les timbres administrent de la nicotine à travers la peau, bien plus lentement, à des doses plus faibles et de manière plus uniforme que les cigarettes. À cause de la vitesse à laquelle le stupéfiant est acheminé et du trajet qu'il emprunte, les timbres à la nicotine n'ont pratiquement aucun effet en terme d'accoutumance. La nicotine est absorbée plus rapidement par le biais des gommes que par le biais des timbres, mais plus lentement que par le biais des cigarettes. À cause de la vitesse à laquelle le stupéfiant est acheminé et du trajet qu'il emprunte, les gommes à la nicotine n'entraînent qu'une faible dépendance.

Troisième mythe

La thérapie de remplacement de la nicotine est dangereuse pour les fumeurs.

Faits avérés :

La thérapie de remplacement de la nicotine est sûre pour les fumeurs. La TRN administre de la nicotine sans pour autant administrer toutes les toxines dangereuses que l'on trouve dans les cigarettes. La TRN est considérée comme étant un système « propre » d'administration de nicotine. Par ailleurs, la possibilité que les timbres ou les gommes créent une dépendance est faible voire inexistante, du fait de leur mode d'administration de la nicotine.

Quatrième mythe

Le fait de fumer tout en portant un timbre augmente le risque de crise cardiaque.

Faits avérés :

Le recours à la TRN tout en fumant n'entraîne pas pour le fumeur une augmentation du risque cardiovasculaire. Les fumeurs courent déjà un risque élevé dans ce domaine. Le tabagisme a de sérieux effets sur le plan cardiovasculaire, tels que l'athérosclérose, l'infarctus aigu du myocarde, l'accident vasculaire cérébral et la mort subite. Ces risques pour la santé résultent principalement des composants de combustion de la cigarette, pas de la nicotine.

Cinquième mythe

Les patients ayant une maladie cardiaque ne devraient pas utiliser les gommes ou les timbres à la nicotine.

Faits avérés :

Il est plus dangereux pour les patients ayant une maladie cardiaque de continuer à fumer que de recourir à la TRN. Étant donné la gravité de leur état de santé, les patients cardiaques qui ne peuvent pas arrêter de fumer devraient être les premiers patients à envisager de recourir à la TRN. Il n'a pas été démontré que les patients cardiaques ayant utilisé des timbres courraient un risque plus élevé de décès, de crise cardiaque ou d'hospitalisation pour des raisons d'ordre cardiaque que les patients n'ayant pas eu recours à la TRN.

Sixième mythe

Les médicaments de renoncement au tabac ne sont pas efficaces pour ce qui est d'aider les gens à arrêter de fumer.

Faits avérés :

La TRN et Zyban sont des médicaments efficaces, approuvés par le gouvernement, qui peuvent aider les fumeurs. Il a été démontré que les patients utilisant la TRN ou Zyban avaient un taux de renoncement environ deux fois plus élevé que les patients sous placebo. Tous deux peuvent contribuer à atténuer les symptômes de sevrage résultant de la privation de nicotine.

Septième mythe

Les timbres et les gommes à la nicotine ne devraient pas être utilisés en même temps que Zyban ou en combinaison avec ce médicament.

Faits avérés :

Les timbres et les gommes à la nicotine peuvent être utilisés en même temps que Zyban ou en combinaison avec ce médicament. Il a été démontré que le fait de combiner les gommes à la nicotine aux timbres entraînait des taux de renoncement supérieurs à ceux résultant de l'utilisation de gommes ou de timbres seuls. L'utilisation combinée de gommes et de timbres est une solution thérapeutique commode, étant donné qu'elle donne à l'utilisateur un apport régulier en nicotine (le timbre), un apport qui peut être complété par des gommes à la nicotine pour répondre aux fortes envies passagères. Pour certaines personnes, l'utilisation combinée de Zyban et de la TRN peut être une stratégie efficace, en particulier si une thérapie unique est inadéquate. Les patients ayant recours à cette combinaison devraient être suivis de près par leur médecin.

Huitième mythe

La TRN ne devrait être prise qu'en respectant les doses recommandées.

Faits avérés :

Les fumeurs devraient contrôler la façon dont ils utilisent la TRN et devraient varier les doses en fonction de leurs propres besoins. Apprendre comment utiliser au mieux la TRN pour en optimiser les bienfaits prend du temps. Sans cigarettes, un fumeur peut souffrir de symptômes de sevrage, comme une humeur dépressive, une irritabilité, une difficulté à se concentrer ou de l'anxiété.

Neuvième mythe

Une abstinence forcée pendant une hospitalisation entraîne souvent un renoncement du tabagisme.

Faits avérés :

Une abstinence forcée pendant une hospitalisation a peu de chance d'entraîner un renoncement du tabagisme. Les fumeurs devraient se voir régulièrement offrir des médicaments d'aide au renoncement, avant ou pendant leur hospitalisation. Une hospitalisation, quelle qu'en soit la raison, entraîne un degré élevé d'anxiété et de stress, aussi bien chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. La combinaison des deux facteurs aggrave le stress du fumeur hospitalisé. Cela peut encourager le fumeur à chercher à se procurer des cigarettes à la première occasion qui se présente.

Dixième mythe

L'utilisation des timbres ou des gommes à la nicotine ne devrait pas durer plus de trois mois.

Faits avérés :

Les timbres et les gommes à la nicotine devraient être utilisés aussi longtemps que nécessaire pour maintenir ou prolonger l'abstinence.

Onzième mythe

Les gommes et les timbres à la nicotine ne devraient être utilisés que pour arrêter de fumer.

Faits avérés :

Les gommes et les timbres à la nicotine peuvent être utilisés par des personnes qui ne sont pas encore prêtes à arrêter de fumer ou capables de le faire. Pour certaines personnes, renoncer au tabac n'est en effet pas un objectif envisageable. La TRN peut aider les fumeurs qui « prennent des vacances » en terme de tabagisme. Dans certains cas, elle peut aussi leur permettre de réduire considérablement leur consommation de tabac, une étape intermédiaire raisonnable sur le chemin conduisant à l'abstinence.

3.3.3 Prescrire la TRN

Contexte

Plus de 20 % des personnes deviennent physiquement dépendantes à la nicotine contenue dans les cigarettes quelques mois après avoir commencé à fumer (DiFranza et coll., 2000) (Karp et coll., 2005). La demi-vie de la nicotine est d'environ 90 à 120 minutes et la plupart des fumeurs essaient de maintenir leur niveau de nicotine. Les risques élevés de maladie cardiaque, de maladie pulmonaire et de cancer sont dus à l'inhalation de la fumée de tabac, laquelle contient environ 4 000 agents chimiques, dont plus de 50 sont réputés cancérigènes (Benowitz, 1999).

Raisons conduisant à prescrire la TRN aux résidents

Lorsque des résidents sont admis dans des foyers de soins de longue durée ayant mis en place des politiques de lutte contre le tabagisme, ils peuvent éprouver de la difficulté à s'adapter à ce nouvel environnement sans fumée (Rigotti et coll., 2000) (Greeman et McClellan, 1991). Informez les résidents qu'on les aidera à gérer leurs symptômes de sevrage aigus, qu'ils aient choisi ou non de cesser de fumer à long terme (Rigotti et coll., 1999). Une TRN adéquate conduit à une diminution du niveau d'agressivité associé au sevrage à la nicotine (Cherek et coll., 1991).

Chaque cigarette fumée produit entre un et cinq milligrammes de nicotine, en fonction de la façon dont la cigarette est fumée. Les cigarettes légères et allégées ne réduisent pas la quantité de nicotine administrée aux fumeurs. Par conséquent, les chiffres qui figurent sur les paquets de cigarettes sont trompeurs (Kozlowski et O'Connor, 2002).

Les timbres à la nicotine (Fiore, 2000) (Cummings et Hyland, 2005)

- substituent environ 50 % de la nicotine
- leur durée d'action est de 24 heures

Les gommes à la nicotine (Cummings et Hyland, 2005)

- substituent environ 20 à 25 % de la nicotine
- leur durée d'action est d'environ 20 à 120 minutes, en fonction de la situation

Les inhalateurs à la nicotine (Cummings et Hyland, 2005)

- substituent environ 30 à 40 % de la nicotine, en fonction de la technique utilisée
- leur durée d'action est d'environ 20 à 120 minutes, en fonction de la situation

Un résident qui en garde d'autres fumer peut être incité à fumer lui-même. Une personne se trouvant dans un environnement non-fumeur peut être en mesure de rester plus longtemps sans fumer ou sans être incitée à fumer. (McClernon et Gilbert, 2004).

Le timbre est une préparation de « libération continue » qui crée un état stable, tandis que la gomme et l'inhalateur sont des produits à « libération immédiate » utilisés comme des médicaments « efficaces » ou « de secours » sur une base PRN (Fagerstrom et coll., 1993). Pour obtenir plus de détails sur ces produits, consulter leur monographie.

Décider de la dose et du type de TRN

(Consulter l'arbre décisionnel relatif à la TRN dans les ressources documentaires de la deuxième partie)

- Il convient de prescrire des timbres de 21 mg aux résidents qui fument au moins 15 cigarettes par jour (cpj).
- S'ils fument entre 7 et 14 cpj, commencer avec des timbres de 14 mg.
- Les gommes à la nicotine ne devraient être utilisées que par des personnes en mesure de mâcher (pas de dentier) et prêtes à apprendre la technique appropriée, étant donné que la nicotine doit être absorbée à travers les muqueuses buccales. La nicotine qui est avalée est métabolisée presque entièrement dans le foie (métabolisme de premier passage poussé).
 - o 2 mg : à utiliser seulement en combinaison avec des timbres en tant que médicament « efficace » (pas plus d'une gomme par heure, jusqu'à 15 gommes par jour).
 - o 4 mg : à utiliser toutes les heures, jusqu'à 15 gommes par jour, pas plus d'une gomme par heure. Peuvent être utilisées seules ou en combinaison avec un timbre.

Si le résident se plaint de ressentir des symptômes de sevrage avec un timbre de 21 mg :

- Vérifier la conformité et l'adhérence du timbre.
- Ajouter des gommes de 2 mg PRN à la posologie, à raison d'une gomme par heure au maximum.
- Pour chaque ensemble de 5 à 6 gommes utilisées en une journée, ajouter un autre timbre de 7 mg à la posologie. Une personne utilisant 15 gommes par jour tout en utilisant un timbre de 21 mg aura par conséquent besoin d'appliquer un autre timbre de 21 mg. Si cela s'avère efficace, l'utilisation de gommes PRN diminuera considérablement.

Inhalateur à la nicotine :

- Utile seul ou combiné avec un timbre pour ceux qui ne sont pas en mesure de mâcher une gomme ou qui ne veulent pas le faire. L'avantage est que le geste qui consiste à porter la main à la bouche subsiste.
- N'oubliez pas que la nicotine se trouvant dans l'inhalateur est absorbée par voie buccale et non par les poumons comme c'est le cas pour la fumée. Il convient d'apprendre aux résidents à tirer une bouffée de l'inhalateur, comme avec un cigare, plutôt que de l'inhaler comme une cigarette.

Fumer tout en portant un timbre

Avec un timbre transdermique, la quantité de nicotine de substitution varie. De nombreux patients continuent à ressentir le besoin de fumer tout en ayant recours à la TRN, en particulier si ce besoin est déclenché par la vue, l'odeur ou d'autres stimuli associés au tabagisme (repas, anxiété, etc.).

- Si un résident fume tout en utilisant un timbre, il est important de savoir s'il a connu une expérience aversive. Si c'est le cas, la puissance du timbre est appropriée et il devrait avoir recours à sa nicotine PRN plus souvent.
- D'un autre côté, si le patient déclare que la cigarette a soulagé son envie/sentiment de désagrément, sans ressentir le moindre symptôme d'intoxication ou de surdose, le dosage de la TRN est inapproprié et il convient de l'augmenter.

Il n'a pas été prouvé scientifiquement que le fait de fumer tout en ayant recours à la TRN était un facteur de risque d'infarctus du myocarde aigu (Benowitz et coll., 1984). Au contraire, l'innocuité du fait de fumer tout en ayant recours à la TRN a été démontrée à plusieurs reprises (Fagerstrom et Hughes, 2002) (Stahl et coll., 2001). Il est par contre prudent de ne pas prescrire la TRN à des personnes ayant une angine instable ou des antécédents d'IM au cours des deux dernières semaines (Mathew et Herity, 2001).

Références

- Benowitz, N.L. (1999). Nicotine addiction. *Primary Care* 26 (3), 611-31.
- Benowitz, N.L., Kuyt, F. et Jacob, P. (1984). Influence of nicotine on cardiovascular and hormonal effects of cigarette smoking. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 36 (1), 74-81.
- Cherek, D.R., Bennett, R.H. et Grabowski, J. (1991). Human aggressive responding during acute tobacco abstinence: effects of nicotine and placebo gum. *Psychopharmacology (Berl)*, 104 (3), 317-22.
- Cummings, K.M. et Hyland, A. (2005). Impact of nicotine replacement therapy on smoking behavior. *Annual Review of Public Health*, 26, 583-99.
- DiFranza, J.R., Rigotti, N.A., McNeill, A.D., Ockene, J.K., Savageau, J.A., St. Cyr, D. et coll. (2000). Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9 (3), 313-9.
- Fagerstrom, K.O., Schneider, N.G. et Lunell, E. (1993). Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology (Berl)*, 111 (3), 271-7.
- Fagerstrom, K.O. et Hughes, J.R. (2002). Nicotine concentrations with concurrent use of cigarettes and nicotine replacement: a review. *Nicotine & Tobacco Research*, 4 (Suppl. 2), S73-9.
- Fiore, M.C. (2000). U.S. public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respiratory Care*, 45 (10), 1200-62. L'intégralité des lignes directrices et des ressources est disponible en ligne à l'adresse : <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm>
- Greeman, M. et McClellan, T.A. (1991). Negative effects of a smoking ban on an inpatient psychiatry service. *Hospital & Community Psychiatry*, 42 (4), 408-12.
- Karp, I., O'Loughlin, J., Paradis, G., Hanley, J. et DiFranza, J. (2005). Smoking trajectories of adolescent novice smokers in a longitudinal study of tobacco use. *Annals of Epidemiology*, 15 (6), 445-52.
- Kozlowski, L.T. et O'Connor, R.J. (2002). Cigarette filter ventilation is a defective design because of misleading taste, bigger puffs, and blocked vents. *Tobacco Control*, 11 (Suppl. 1), I40-50.
- Mathew, T.P. et Herity, N.A. (2001). Acute myocardial infarction soon after nicotine replacement therapy. *QJM: An International Journal of Medicine*, 94 (9), 503-4.

McClernon, F.J. et Gilbert, D.G. (2004). Human functional neuroimaging in nicotine and tobacco research: basics, background, and beyond. *Nicotine & Tobacco Research*, 6 (6), 941-59. Erratum dans : *Nicotine & Tobacco Research*(2005), 7 (2), 307.

Rigotti, N.A., Arnsten, J.H., McKool, K.M., Wood-Reid, K.M., Singer, D.E. et Pasternak, R.C. (1999). The use of nicotine-replacement therapy by hospitalized smokers. *American Journal of Preventative Medicine*, 17 (4), 255-9.

Rigotti, N.A., Arnsten, J.H., McKool, K.M., Wood-Reid, K.M., Pasternak, R.C. et Singer, D.E. (2000). Smoking by patients in a smoke-free hospital: prevalence, predictors, and implications. *American Journal of Preventative Medicine*, 31, (2 Pt 1), 159-66.

Stahl, M.M., Wohlfart, B. et Pahlm, O. (2001). Tolerability of concurrent use of nicotine gum and smoking in healthy volunteers. *Nicotine & Tobacco Research*, 3 (2), 157-65.

Annexe 1

Analyse bibliographique

- **Résumé**
- **Analyse bibliographique complète**

Résumé

Une analyse bibliographique a été menée afin de répondre aux préoccupations du personnel, des résidents et des membres de leur famille et afin d'aborder les préoccupations d'ordre administratif relativement à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques de lutte contre le tabagisme dans les foyers de soins de longue durée. Voici quelques-unes des principales conclusions; l'analyse bibliographique intégrale suit.

1. Faisabilité de la mise en place d'une politique de lutte contre le tabagisme dans les foyers

- En dépit de l'appréhension du personnel, des directeurs, des administrateurs et des membres de la famille des résidents, un certain nombre de foyers de soins de longue durée ont mis en place des politiques de lutte contre le tabagisme sans que cela n'entraîne une forte résistance de la part des résidents.
- Une étude menée par Adler et coll. en 1997 a démontré que lorsqu'il était permis de fumer dans les foyers de soins de longue durée, le nombre de conflits entre les résidents, et entre les résidents et le personnel, était plus élevé.
- Les résidents non-fumeurs qui ont choisi d'éviter d'être exposés à la fumée de cigarette se plaignent d'être exclus des pièces-fumeurs – des salles dans lesquelles ils peuvent nouer des contacts et se livrer à certaines activités (Adler et coll., 1997).
- La suppression des pièces-fumeurs met tout le monde sur un pied d'égalité (Kochersberger, 1996).
- Lorsque des politiques de lutte contre le tabagisme étaient en place, les fournisseurs de services faisaient non seulement face à une opposition minimale de la part des personnes âgées, mais ils constataient également une augmentation du nombre de personnes prenant part aux activités (Bergman et Falit, 1997).

2. Renoncement chez les résidents

- Bergman et Falit (1997) ont trouvé que les résidents fumeurs ont tendance à avoir l'esprit ouvert en terme de renoncement. Il a été déterminé qu'ils répondaient souvent « oui » lorsqu'on leur demandait s'ils avaient déjà envisagé d'arrêter de fumer. Ils admettaient par ailleurs que s'ils étaient soutenus de manière appropriée, ils essaieraient de cesser de fumer.
- Les personnes âgées qui fument et qui sont motivées pour arrêter de le faire ont plus de chance de voir leur tentative couronnée de succès que les fumeurs plus jeunes (Bergman et Falit, 1997).
- Les études ont démontré que les personnes âgées qui fument réagissent extrêmement bien aux programmes de renoncement et que la probabilité qu'elles réussissent à arrêter de fumer (en utilisant plusieurs approches fondées sur des résultats cliniques et scientifiques) est au moins égale, si ce n'est supérieure, à celle des fumeurs plus jeunes (Ossip-Klein et coll., 1999).

- La recherche a par ailleurs montré qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. Les personnes âgées qui renoncent au tabac peuvent voir leur niveau de santé s'améliorer de façon substantielle (Hirsch, 1999).
- Le renoncement au tabac peut réduire le risque global de décès et d'invalidité au sein de cette population; il a été montré que les personnes âgées ayant cessé de fumer ont un taux de mortalité globalement plus bas et qu'elles courent un risque moins élevé de développer une maladie cardiovasculaire, d'avoir un infarctus du myocarde ou de développer un cancer des poumons ou un autre cancer que les personnes qui continuent à fumer. Leurs capacités pulmonaire et physique sont par ailleurs bien meilleures (Ossip-Klein et coll., 1999).

3. Résidents ayant des troubles psychiatriques

- Carosella et coll. (1999) ont trouvé que la prévalence du tabagisme était accrue (78 %) dans les foyers de soins de longue durée servant une population importante de résidents ayant des troubles psychiatriques.
- Les chercheurs ont trouvé que ce noyau de résidents était moins porté à croire aux risques associés au tabagisme et aux bienfaits du renoncement que la population générale (Carosella et coll., 1999).
- Environ 93 % des fumeurs appartenant à la population générale s'accordent à dire que le tabagisme a un impact négatif sur la santé et que le fait de renoncer a au contraire un impact positif; seuls 68 % des résidents de foyers de soins de longue durée ayant des problèmes psychiatriques et qui sont des fumeurs sont d'accord avec ces affirmations (Carosella et coll., 1999).

4. Éducation des résidents

- Carosella et ses collègues ont conclu que seuls 50 % des fumeurs et 56 % des non-fumeurs ont été informés des dangers que fait courir le tabagisme passif (Carosella et coll., 2002).
- Carosella et coll. (2002) ont déterminé que la majorité des résidents âgés de maisons de soins infirmiers étaient des pré-contemplateurs, c'est-à-dire que leur comportement et leur motivation indiquaient qu'ils n'avaient pas envisagé de cesser de fumer.
- Au sein de la population générale âgée, les personnes fermement persuadées que le tabagisme augmente le risque de développer un cancer des poumons ou une maladie cardiaque ont de bien meilleures chances d'être des non-fumeurs ou d'anciens fumeurs que d'être des fumeurs (Hirsch, 1999). Cela prouve que les fumeurs ne sont pas suffisamment sensibilisés.
- Selon l'étude de Carosella, seuls 50 % des résidents fumeurs ont mentionné que les médecins ou les infirmières leur avaient conseillé d'arrêter de fumer.

- Ils ont également déclaré que le foyer ne proposait aucun programme éducatif ou d'aide au renoncement (Carosella et coll., 2002). Une étude de Bergman et Falit (2004) est arrivée à la même conclusion et a montré que seuls 42 % des foyers de soins de longue durée éduquaient leurs résidents quant aux dangers du tabagisme et que seuls 11 % des foyers proposaient des programmes de renoncement.
- Cela démontre qu'il existe un déficit et un besoin important de programmes d'éducation, d'intervention et d'aide au renoncement qui, non seulement, sensibilisent les fumeurs aux dangers du tabagisme et aux bienfaits du renoncement, mais qui conseillent, motivent et donnent accès aux ressources qui permettront d'aider les fumeurs âgés à renoncer au tabac.

5. Obstacles auxquels font face les résidents en matière de renoncement

- Il a été montré que l'obstacle le plus important auquel font face les fumeurs en matière de renoncement au tabac est simplement le fait qu'ils éprouvent du plaisir à fumer. Carosella et coll. (1999) ont trouvé que 47 % de leurs sujets n'avaient pas envisagé d'arrêter de fumer du fait du plaisir qu'ils ressentent lorsqu'ils se livrent à cette activité.
- Dans cette étude, 12 % des fumeurs ont déclaré qu'ils fumaient par ennui, tandis que 11 % ont déclaré qu'ils fumaient par anxiété (Carosella et coll., 1999).

6. Principales recommandations

- Rendre possible et promouvoir la communication.
- Obtenir le soutien d'équipes multidisciplinaires.
- Supprimer les incitations au tabagisme.
- Encourager les résidents à réduire leur consommation ou à renoncer au tabac.
- Assurer des contrôles efficaces et veiller au strict respect des règles en vigueur.

Foyers de soins de longue durée non-fumeurs – Analyse bibliographique

Introduction

Plusieurs études scientifiques ont démontré de manière irréfutable qu'il existait un lien entre le tabagisme passif et de graves problèmes de santé. De nombreuses études et six analyses bibliographiques reconnues mondialement portant sur les effets du tabagisme passif sur la santé ont conclu que le tabagisme passif était directement responsable de maladies cardiaques, de cancers des poumons, de cancers des sinus paranasaux, de morts subites du nourrisson (MSN), de maladies respiratoires, comme l'asthme, et d'infections de l'oreille moyenne chez l'enfant. Des liens ont par ailleurs été établis entre le tabagisme passif et d'autres effets néfastes pour la santé, comme les maladies vasculaires cérébrales, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus. Étant donné qu'aucun niveau d'exposition au tabagisme passif ne peut être considéré comme étant sûr, toute exposition involontaire à la fumée de tabac devrait être considérée comme étant dangereuse et devrait par conséquent être éliminée.

On estime qu'en Ontario, le tabagisme passif entraîne le décès de plus de 425 personnes chaque année, sans compter les effets dus à une exposition sur le lieu de travail. Par conséquent, le gouvernement de l'Ontario a adopté le *Projet de loi 164 : Loi de 2005 modifiant des lois en ce qui a trait à la réglementation de l'usage du tabac*, qui remplace l'ancienne *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac* par la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* (LFOSF). Cette stratégie agressive de réglementation de l'usage du tabac met l'accent sur la protection, le renoncement et le respect des mesures législatives. Un des principaux objectifs de cette loi est de protéger les personnes exposées par inadvertance au tabagisme passif. Aux termes de la LFOSF, il est par conséquent interdit de fumer dans tous les lieux publics et lieux de travail clos.

La Loi favorisant un Ontario sans fumée et les foyers de soins de longue durée

Les foyers de soins de longue durée sont des lieux de travail comme les autres. Contrairement à la tendance passée qui consistait à les exclure de la législation en matière de lutte contre le tabagisme, la nécessité de protéger les individus contre le tabagisme passif prédomine aujourd'hui. La recherche a prouvé que les personnes âgées ayant des problèmes de santé courent un risque accru de subir les effets néfastes du tabac sur la santé si elles fument activement ou passivement (par le biais du tabagisme passif) (Watt et coll., 2004). La *Loi favorisant un Ontario sans fumée*, qui est entrée en vigueur le 31 mai 2006, a été un élément moteur en encourageant les foyers de soins de longue durée à effectuer une transition vers un environnement sans fumée. Pour veiller à la sécurité et à la santé de leurs résidents, de leur personnel et de leurs visiteurs, les foyers de soins de longue durée sont en train d'apporter plusieurs modifications et adaptations relativement à la mise en place de politiques de lutte contre le tabagisme. Cela implique notamment la fermeture des pièces-fumeurs désignées comme telles.

Stratégie de recherche pour les foyers de soins de longue durée

Les bases de données suivantes ont été consultées en juillet 2005 et en mai 2006 : MEDLINE (1990-2006); Web of Science (1990-2006); EMBASE (1980-2006); PolicyFile (1990-2005); Proquest Digital Dissertations (1990-2005); CDC Smoking and Health Database (1990-2006); Ontario Tobacco Research Unit Library (1990-2005); Cochrane Library Database (1990-2006).

Les termes utilisés dans le cadre de cette stratégie de recherche étaient les suivants :

- tabagisme OU renoncement au tabagisme
- sans fumée OU non-fumeur
- politique en matière de santé OU politique de l'hôpital OU politique
- foyer de soins de longue durée OU établissement de soins de longue durée OU maison de soins infirmiers
- personnes âgées OU aînés OU vieillissement OU âge OU âgé
- maladie psychiatrique OU déficience intellectuelle OU maladie d'Alzheimer OU démence.

Certains articles ont été tirés des listes de référence des articles récupérés. Par ailleurs, on a consulté certaines études empiriques non publiées par le biais d'une recherche sur Internet. Seules les études publiées en anglais ont été incluses.

Élaboration et mesures des résultats

L'analyse bibliographique a porté sur 18 études, dont six se sont penchées sur le comportement vis-à-vis du tabac et sur le renoncement au tabagisme des personnes âgées (Bergman, Hirsch, Honda, Kviz, Ossip-Klein, Schroeder). Cinq études se sont intéressées aux politiques de lutte contre le tabagisme en vigueur dans les foyers de soins de longue durée et dans des établissements similaires (Adler, Bergman, Hartz, Kochersberger, Wolfsen). Les autres études portaient sur la connaissance du tabagisme, le comportement et les croyances vis-à-vis du tabagisme et le renoncement au tabagisme chez les résidents et le personnel des foyers de soins de longue durée, sur les interventions en matière de renoncement gérées par le personnel infirmier et sur le tabagisme des patients âgés de foyers de soins de longue durée ayant des troubles psychiatriques ou atteints de la maladie d'Alzheimer (Carosella 1999, Carosella 2002, Hartz, Kochersberger, Sabbagh, Smith, Watt, White, Wolfsen). Certaines études appartenaient à plus d'une catégorie. Ces 18 études ont été examinées dans le cadre de cette analyse afin d'obtenir une vue d'ensemble du tabagisme et du renoncement au tabagisme dans les foyers de soins de longue durée.

Les comportements et les croyances vis-à-vis du tabagisme ainsi que l'impact des politiques de lutte contre le tabagisme dans les foyers de soins de longue durée ont été évalués par le biais de sondages écrits et téléphoniques, de questionnaires et d'entrevues structurées, en examinant des graphiques, en analysant des dossiers infirmiers et par le biais d'observations documentées.

Inquiétudes préalables à la mise en place de la politique

En mettant en place la politique, il est essentiel d'aborder toutes les inquiétudes exprimées. Parmi les sources habituelles d'inquiétudes exprimées par le personnel lors de l'élaboration des politiques de lutte contre le tabagisme dans les foyers de soins de longue durée figurent : 1) la violation des droits des résidents, 2) le non-respect de la politique par les résidents, ce qui les conduit à se livrer à des pratiques dangereuses en fumant à l'intérieur, 3) l'absence escomptée de bienfaits pour la santé pour les personnes qui cessent de fumer à un âge avancé, 4) le sevrage à la nicotine et ses effets, 5) le manque d'expérience du personnel pour ce qui est d'aider les résidents à faire face aux symptômes de sevrage, 6) le fait que le personnel pense que les résidents ne seront pas en mesure de tolérer une interdiction de fumer sans conséquences (c.-à-d., stress, ennui, irritabilité et modification du comportement) et 7) la résistance escomptée des résidents et des membres de la famille (Adler, Kochersberger, Watt).

Les études ont mis en évidence le fait que les membres du personnel des foyers de soins de longue durée, et notamment les infirmières, s'inquiètent du fait que les résidents soient « forcés » de cesser de fumer. Étant donné que la majorité des résidents des foyers de soins de longue durée ont une mobilité limitée et/ou une déficience intellectuelle qui les empêche de fumer seuls, ce groupe de résidents n'aura pas d'autre choix que d'arrêter de fumer une fois que la politique aura été mise en place. Selon le personnel infirmier, les résidents ne souhaitent pas arrêter de fumer. Le personnel compatit et déclare ne pas vouloir empêcher les résidents de fumer dans leur propre « maison » (Watt). Il s'inquiète du fait que les résidents commencent à mettre en doute leur autonomie s'ils sont forcés de sacrifier « l'un de leurs derniers plaisirs et l'une de leurs dernières décisions » de vie (Adler).

Le personnel infirmier pense également que « les résidents seront plus difficiles à prendre en charge s'il leur est interdit de fumer » (Watt). Le personnel a peur que les résidents ressentent des symptômes de sevrage à la nicotine et que sans une formation appropriée en matière de renoncement et de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) et sans ressources, il sera mal préparé à faire face à ces symptômes. Pour ces raisons, le personnel infirmier est moins enclin à conseiller aux fumeurs âgés résidant en foyer de soins de longue durée d'arrêter de fumer et à préconiser une politique de lutte contre le tabagisme.

Par conséquent, pour gagner le soutien d'équipes pluridisciplinaires, il est important d'élaborer et de mettre en place une politique qui tienne compte de toutes ces inquiétudes et qui intégrera les idées et commentaires des résidents, des membres de leur famille, du personnel, des fournisseurs de soins de santé, des administrateurs et des directeurs. Il est par ailleurs tout aussi important de garder à l'esprit l'objectif principal de la politique de lutte contre le tabagisme et d'insister sur cet objectif, à savoir la prévention du tabagisme passif. Du fait du niveau élevé de soins requis par les résidents de foyers de soins de longue durée, la majorité des fumeurs a besoin de l'aide des aides-infirmières et des autres membres du personnel. Chaque jour, ces travailleurs sont exposés fréquemment et inéluctablement au tabagisme passif.

Résultats : La faisabilité des foyers de soins de longue durée non-fumeurs

En dépit d'une certaine appréhension de la part du personnel, des directeurs, des administrateurs et des membres de la famille des résidents, des politiques de lutte contre le tabagisme ont été mises en place dans certains foyers de soins de longue durée sans que les résidents ne s'y soient vraiment opposés. Une étude réalisée en 1997 par Adler et coll. a démontré que lorsqu'il était permis de fumer dans les foyers de soins de longue durée, le nombre de conflits entre les résidents, et entre les résidents et le personnel était plus élevé (Adler, 1997). Lorsqu'il est permis de fumer, les résidents fumeurs se plaignent souvent d'un manque de locaux appropriés pour fumer. Les résidents non-fumeurs qui préfèrent ne pas s'exposer à la fumée de cigarette se plaignent d'être exclus des pièces-fumeurs – des salles dans lesquelles ils peuvent nouer des contacts et se livrer à certaines activités (Adler, 1997). La disparition des pièces-fumeurs met tout le monde sur un pied d'égalité (Kochersberger, 1996). Bergman et Falit, qui se sont penchés sur la portée des politiques de lutte contre le tabagisme dans les établissements pour personnes âgées et sur les raisons qui ont conduit à leur mise en place, ont découvert que lorsque des politiques de lutte contre le tabagisme étaient en place, les fournisseurs de services faisaient non seulement face à une opposition minimale de la part des personnes âgées, mais constataient également une augmentation du taux de participation aux activités (Bergman et Falit, 1997).

On a par ailleurs découvert que les résidents fumeurs ont l'esprit ouvert en ce qui a trait au renoncement au tabac. Les résidents répondaient souvent par l'affirmative lorsqu'on leur demandait s'ils avaient déjà envisagé de renoncer au tabac. Ils admettaient par ailleurs que s'ils étaient soutenus de manière appropriée, ils essaieraient de cesser de fumer (Bergman et Falit, 1997). On a par ailleurs découvert que les personnes âgées qui fument et qui sont motivées pour arrêter de le faire ont plus de chance de voir leur tentative couronnée de succès que les fumeurs plus jeunes (Bergman, 1997). Ossip-Klein a écrit une lettre à l'éditeur de *Nicotine and Tobacco Research*, dans laquelle elle met en évidence l'importance du renoncement au tabac chez les adultes. Elle réfute le mythe selon lequel les personnes âgées sont incapables d'arrêter de fumer et affirme que plusieurs études ont prouvé que les fumeurs âgés réagissent très bien aux programmes de renoncement au tabac et que la probabilité qu'ils réussissent à arrêter de fumer (en utilisant plusieurs approches fondées sur des résultats cliniques et scientifiques) est au moins égale, si ce n'est supérieure, à celle des fumeurs plus jeunes (Ossip-Klein).

La recherche a par ailleurs montré qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. Les personnes âgées qui renoncent au tabac peuvent voir leur niveau de santé s'améliorer de façon substantielle (Hirsch, 1999). Le renoncement au tabac peut réduire le risque global de décès et d'invalidité au sein de cette population (Ossip-Klein et coll., 1999). Il a été démontré que les personnes âgées ayant cessé de fumer ont un taux de mortalité globalement plus bas et qu'elles courent un risque moins élevé de développer une maladie cardiovasculaire, d'avoir un infarctus du myocarde ou de développer un cancer des poumons ou un autre cancer que les personnes qui continuent à fumer. Leurs capacités pulmonaire et physique sont par ailleurs bien meilleures (Ossip-Klein). Les bienfaits de la mise en place de politiques de lutte contre le tabagisme dans les foyers de soins de longue durée ont par conséquent été établis.

Comportement et croyances vis-à-vis du renoncement au tabac et obstacles à franchir

L'éducation et le counseling font partie intégrante du changement d'attitude et de comportement entourant le tabagisme. Carosella et coll. ont trouvé que la prévalence du tabagisme était accrue (78 %) dans les foyers de soins de longue durée servant une population importante de résidents ayant des troubles psychiatriques (Carosella et coll., 1999). Les chercheurs ont trouvé que ce noyau de résidents était moins porté à croire aux risques associés au tabagisme et aux bienfaits du renoncement que la population générale (Carosella et coll., 1999). Si environ 93 % des fumeurs appartenant à la population générale s'accordent à dire que le tabagisme a un impact négatif sur la santé et que le fait de renoncer a au contraire un impact positif, seuls 68 % des résidents de foyers de soins de longue durée ayant des problèmes psychiatriques sont d'accord avec ces affirmations (Carosella et coll., 1999). En 2002, Carosella et ses collègues ont effectué une étude de suivi sur les attitudes, les comportements et les connaissances des résidents de maisons de soins infirmiers pour personnes âgées vis-à-vis du tabac. Ils ont déterminé qu'en règle générale seuls 50 % des fumeurs et 56 % des non-fumeurs ont été informés des dangers que fait courir le tabagisme passif (Carosella et coll., 2002).

Carosella et coll. (2002) ont découvert que la majorité des résidents de maisons de soins infirmiers pour personnes âgées étaient des pré-contemplateurs, c'est-à-dire que leur comportement et leur motivation indiquaient qu'ils n'avaient pas envisagé de cesser de fumer. Au sein de la population générale âgée, les personnes fermement persuadées que le tabagisme augmente le risque de développer un cancer des poumons ou une maladie cardiaque ont de bien meilleures chances d'être des non-fumeurs ou d'anciens fumeurs que d'être des fumeurs (Hirsch, 1999). Cela prouve que les fumeurs ne sont pas suffisamment sensibilisés. De plus, selon l'étude de Carosella, seuls 50 % des résidents fumeurs ont mentionné que les médecins ou les infirmières leur avaient conseillé d'arrêter de fumer. Ils ont également déclaré que le foyer ne proposait aucun programme éducatif ou d'aide au renoncement (Carosella et coll., 2002). Une étude de Bergman et Falit (2004) est arrivée à la même conclusion

et a montré que seuls 42 % des foyers de soins de longue durée éduquaient leurs résidents quant aux dangers du tabagisme et que seuls 11 % des foyers proposaient des programmes de renoncement (Bergman). Cela démontre qu'il existe un déficit et un besoin important en terme de programmes d'éducation, d'intervention et d'aide au renoncement qui, non seulement sensibilisent les fumeurs aux dangers du tabagisme et aux bienfaits du renoncement, mais qui conseillent, motivent et donnent aussi accès aux ressources qui permettront d'aider les fumeurs âgés à renoncer au tabac.

Étant donné l'importance du rôle joué par les infirmières en ce qui a trait à l'administration de soins aux résidents de foyers de soins de longue durée, leur participation à des programmes d'intervention en matière de tabagisme et leur rôle de conseillères sont cruciaux. Il a cependant été démontré que, de manière générale, les infirmières ont tendance à estimer qu'il revient au médecin de prodiguer des conseils et de faire du counseling (Kviz, 1999). Dans une étude menée par Kviz et coll. en 1999, les résultats obtenus par les médecins relativement aux pratiques de renoncement au tabac ont été sept à huit fois supérieurs à ceux obtenus par les infirmières autorisées (Kviz). Par ailleurs, aussi bien les médecins que les infirmières autorisées demandaient bien plus fréquemment aux patients s'ils fumaient ou non qu'ils ne les conseillaient, les aidaient et/ou programmaient des interventions relatives au renoncement au tabac ou un suivi (Kviz). Schroeder et coll. ont découvert que le simple fait qu'un professionnel de la santé conseille le patient constituait la méthode la plus efficace pour intervenir auprès des femmes âgées relativement au tabagisme (Schroeder).

On peut ainsi constater que lorsqu'ils traitent des patients âgés, les médecins et les infirmières ne devraient pas simplement demander aux patient s'ils fument, mais aussi les conseiller sur leur comportement en matière de tabagisme et sur les méthodes qui les aideront à renoncer au tabac. Il est nécessaire d'adopter une approche plus active en matière d'intervention liée au tabagisme. Smith et coll. ont effectué une étude afin d'évaluer l'efficacité d'un programme de renoncement au tabac pris en charge par des infirmières et destiné à des patients hospitalisés appartenant à la population générale. Ce programme était offert gratuitement aux personnes admissibles (Smith). Les infirmières ont éduqué les patients, elles les ont incités à modifier leur comportement (étapes du changement) et les ont conseillés à leur chevet. Des documents à emporter ont été fournis aux patients. Les médecins ont été incités à demander aux patients quelles étaient leurs habitudes en terme de tabagisme et à les encourager à cesser de fumer. De plus, les patients en proie à de graves symptômes de sevrage se sont vus proposer de recourir à la TRN avant d'être renvoyés de l'hôpital. Les chercheurs ont découvert, lors du suivi après un an, que 49 % des fumeurs ayant participé à l'étude avaient cessé de fumer (Smith). Les infirmières ont par ailleurs l'avantage d'être plus fréquemment en contact avec les résidents âgés dans un foyer de soins de longue durée. Elles devraient par conséquent considérer le fait de prodiguer des conseils et de faire du counseling comme faisant partie de leurs tâches quotidiennes. Pour ce faire, le personnel infirmier pourrait avoir besoin de suivre une formation spécialisée et d'assister à des ateliers éducatifs.

Lorsqu'on souhaite aider les résidents à surmonter leur dépendance, la première étape consiste à mieux comprendre les obstacles auxquels ils peuvent faire face. Il a été démontré que l'obstacle le plus important auquel font face les fumeurs en matière de renoncement au tabac est simplement le fait qu'ils éprouvent du plaisir à fumer. Carosella et coll. (1999) ont trouvé que 47 % de leurs sujets n'avaient pas envisagé d'arrêter de fumer du fait du plaisir qu'ils ressentent lorsqu'ils se livrent à cette activité. Dans cette étude, 12 % des fumeurs ont déclaré qu'ils fumaient par ennui, tandis que 11 % ont déclaré qu'ils fumaient par anxiété (Carosella et coll., 1999). L'étude de Honda effectuée en 2005 a mis en évidence le fait que les fumeurs couraient bien plus de risques de ressentir une détresse psychologique que les anciens fumeurs (Honda, 2005). Cette corrélation entre le tabagisme et l'anxiété devrait être prise en compte lors de l'élaboration de programmes de renoncement et d'intervention. Ces programmes devraient par ailleurs mettre l'accent sur la suggestion ou l'offre d'activités de loisirs afin de combattre l'ennui.

Tabagisme et maladie d'Alzheimer

Les personnes vivent aujourd'hui plus longtemps qu'auparavant. Cette longévité s'accompagne cependant d'une foule de maladies occasionnant une démence. Environ 65 % des résidents de foyers de soins de longue durée sont atteints de troubles mentaux, sous une forme ou une autre, comme la maladie d'Alzheimer, et, par conséquent, de démence. Bien qu'il soit nécessaire d'effectuer davantage de recherches pour pouvoir tirer des conclusions significatives relativement au tabagisme et à la maladie d'Alzheimer, les recherches disponibles tendent à montrer que le tabagisme aggrave la maladie d'Alzheimer. Sabbagh et coll. ont effectué en 2005 une étude longitudinale afin d'examiner les effets du tabagisme sur les individus atteints de la maladie d'Alzheimer. Ils ont constaté que les personnes qui fumaient activement lorsque la maladie d'Alzheimer s'est déclarée ont vu leur parcours clinique s'aggraver et sont décédées plus jeunes (Sabbagh). Ils ont également constaté que si un individu cessait de fumer avant que la maladie d'Alzheimer ne se déclare, son comportement préalable en terme de tabagisme n'avait aucun effet sur la survenue, la durée et l'issue de la maladie (Sabbagh). Cette constatation a des implications en ce qui a trait aux bienfaits possibles pour la santé du renoncement au tabac chez les personnes âgées courant le risque de développer la maladie d'Alzheimer, de par leur code génétique.

Les chercheurs White et coll. ont par ailleurs étudié, en 1998, les effets de la TRN sur des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Ils ont découvert que l'utilisation de timbres à la nicotine par des patients atteints de la maladie d'Alzheimer pouvait améliorer de manière significative la durée d'attention de ces derniers, comme cela a été mesuré par le test de performance continue de Conner (continuous performance test [CPT]) (White). D'autres travaux de recherche seront nécessaires pour confirmer ces résultats, étant donné qu'ils suggèrent qu'il existe une méthode potentiellement efficace pour réduire la déficience intellectuelle des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et que la TRN pourrait avoir d'autres effets positifs sur la santé des fumeurs atteints de la maladie d'Alzheimer.

Principales recommandations

Énormément de choses ont été apprises au cours du processus de mise en place de politiques de lutte contre le tabagisme au sein des foyers de soins de longue durée. Les principales recommandations extraites des documents étudiés renvoient à un certain nombre de thèmes importants :

- Rendre possible et promouvoir la communication.
- Obtenir le soutien d'équipes multidisciplinaires.
- Supprimer les incitations au tabagisme.
- Encourager les résidents à réduire leur consommation ou à renoncer au tabac.
- Assurer des contrôles efficaces et veiller au strict respect des règles en vigueur.

Rendre possible et promouvoir la communication

La majorité des études ont souligné l'importance de consacrer suffisamment de temps au dialogue et à la communication avec le personnel et les résidents avant la mise en place de la politique. Les résidents potentiels devraient être informés de l'existence de la politique de lutte contre le tabagisme du foyer, avant leur admission et au moment de leur entrée (Adler). Le fait d'offrir aux membres du personnel la possibilité de faire connaître leurs doléances et d'offrir aux patients la possibilité d'exprimer leurs inquiétudes verbalement ou par le biais de notes écrites destinées à l'administration de l'hôpital a été identifié comme particulièrement important. Parmi les autres méthodes visant à promouvoir l'échange de renseignements figurent la tenue de réunions

communautaires, l'affichage de panneaux avant et pendant la mise en place de la politique et le lancement d'une campagne à vocation éducative sur la lutte contre le tabagisme afin d'informer les patients, les familles et les membres du personnel des effets nocifs du tabagisme passif. Afin de tenir compte des inquiétudes antérieures du personnel et de chasser les croyances selon lesquelles le passage à l'acte augmente au sein de la population de patients après une interdiction de fumer, une étude a fourni au personnel d'encadrement, au cours du processus de mise en place de la politique, des mises à jour continues sur un certain nombre d'évaluations du comportement.

Obtenir le soutien d'équipes multidisciplinaires

Il est important de comprendre que les foyers de soins de longue durée constituent un groupe unique au sein des fournisseurs de soins de santé. Ils offrent une résidence permanente et des soins continus à leur clientèle, laquelle est constituée davantage de résidents que de patients. Les résidents sont en majorité atteints d'une déficience cognitive, ne peuvent prendre leurs propres décisions seuls et comptent sur les membres de leur famille et sur les médecins pour les aider à prendre des décisions relativement à leur santé. Ils comptent également sur le personnel, et notamment sur les infirmières, pour faciliter leurs activités quotidiennes. Pour toutes ces raisons, l'élaboration et la mise en place de politiques de lutte contre le tabagisme au sein de foyers de soins de longue durée devraient faire appel à la participation des résidents et des membres de leur famille, du personnel infirmier, des fournisseurs de soins de santé, des travailleurs sociaux et des directeurs administratifs.

Pour que la mise en place se passe le mieux possible, un certain nombre d'études ont recommandé d'adopter une approche multidisciplinaire en ce qui a trait à l'élaboration et à la mise en place de la politique. Cela suppose notamment d'encourager les différentes parties, comme le personnel, les infirmières, les médecins, les autres membres du personnel fournisseur de soins, les résidents et leurs famille et amis à prendre part aux processus d'élaboration et de mise en place de la politique (Adler, Kviz, Watt, Wolfsen).

Une étude a recommandé que les travailleurs sociaux collaborent au nom des résidents avec les administrateurs afin d'aborder la question des politiques relatives au tabagisme (Adler). La politique devrait être la même pour tous (résidents, membres du personnel et visiteurs), afin qu'elle soit respectée et afin d'éviter que des produits du tabac n'entrent clandestinement (Adler, Hartz). Les membres de la famille devraient participer activement au processus, afin qu'ils puissent apporter leur soutien et afin d'éviter les rechutes (Schroeder, Wolfsen). Cette étude a par ailleurs recommandé que toute prise de décision relativement à la modification de la politique se fasse en collaboration avec l'administration, les résidents, les familles, le personnel et un comité d'éthique. L'équipe de prise de décision devrait être composée de fumeurs et de non-fumeurs afin que les décisions prises ne soient pas biaisées (Adler). Une campagne active visant à assurer la cohérence de la politique entre le personnel et les résidents (Adler) devrait être lancée, le personnel devant encourager les patients et leur famille à participer activement à la mise en place et l'évaluation de la politique afin de veiller à son respect et d'éviter que des produits du tabac n'entrent clandestinement.

Beemer (1992) a décrit un processus de mise en place qui a entraîné un grand nombre de disputes d'ordre procédural et juridictionnel. Pour être certaines que chaque membre du personnel et que chaque patient puissent faire connaître ses doléances et que tous puissent se réunir afin de communiquer et d'agir, les infirmières de toutes les unités ont créé un comité des politiques. Elles ont ensuite pris contact avec des membres du personnel administratif afin de veiller à ce que tous puissent être entendus et à ce que personne ne soit mis de côté.

Ce type d'approche par équipe permet également d'effectuer une surveillance efficace et de réprimander les patients pour avoir fumé en cachette. Hoffman (1992) a par exemple élaboré toute une gamme de sanctions pour les patients ayant enfreint les règles. L'équipe de traitement a élaboré plusieurs options, les a regroupées pour en faire une politique et les a communiquées aux patients au moment de leur admission. Les membres du personnel se sont réunis régulièrement afin de s'assurer qu'ils informaient les patients et les familles des nouvelles règles en vigueur et qu'ils réprimaient les patients lorsque ces derniers enfreignaient la politique.

Supprimer les incitations au tabagisme

Les études évaluant l'impact des interdictions partielles de fumer arrivent à la conclusion que cette approche en matière de politique de lutte contre le tabagisme ne fonctionne pas. Hartz et coll. (2004) ont mené une étude afin d'examiner les différences entre l'interdiction partielle de fumer imposée dans certaines unités d'un foyer de soins de gérontopsychiatrie et l'interdiction totale de fumer dans d'autres unités (Hartz, 2004) ainsi que leurs effets respectifs. Les chercheurs ont découvert que dans les unités où l'interdiction de fumer était partielle, le fait de permettre à certains résidents de fumer (fumeurs indépendants) tout en interdisant à d'autres de continuer à le faire (fumeurs présentant un risque) a conduit ces derniers à penser que les premiers recevaient un traitement de faveur (Hartz, 2004). Ils ont par ailleurs constaté une agitation accrue et un non-respect des consignes de la part des fumeurs faisant l'objet de restrictions dans ces unités (Hartz, 2004).

Il est difficile de contrôler le tabagisme clandestin dans un environnement où il est permis de fumer sous condition. Hartz a fait état d'une augmentation du tabagisme clandestin, aussi bien parmi les membres du personnel que parmi les résidents, immédiatement après la mise en place d'une interdiction partielle de fumer au sein de leur unité. Les fumeurs ne présentant pas de danger ont commencé à faire entrer en cachette des cigarettes dans la maison de soins infirmiers afin de les vendre aux fumeurs présentant un risque. Pour ces raisons, la maison de soins infirmiers en question, qui faisait l'objet d'une enquête, est devenue définitivement non-fumeur (Hartz, 2004).

Downey et coll. (1998) se sont penchés sur les conséquences d'une interdiction de fumer différentielle dans une unité de malades psychiatriques hospitalisés. Ils ont noté que lorsque les fumeurs étaient placés dans un environnement où l'interdiction de fumer était partielle et où d'autres personnes avaient le droit de fumer, leur motivation en matière de renoncement au tabac diminuait. Une interdiction totale de fumer fut proposée afin de gagner en efficacité. Les environnements non-fumeurs motivent en effet davantage les patients à renoncer au tabac. Downey et coll. ont par ailleurs recommandé que des produits de TRN et des instructions relatives à leur emploi soient distribués dans un contexte d'interdiction totale. « Cette méthode de prise en charge des besoins contradictoires des patients hospitalisés fumeurs et non-fumeurs peut en effet s'avérer plus appropriée et davantage susceptible d'encourager les patients à cesser de fumer. »

Les pièces-fumeurs désignées comme telles et la vue et l'odeur de la fumée de cigarette servent d'indices sociaux du tabagisme et provoquent des rechutes chez les fumeurs qui essaient de renoncer au tabac (Hartz, 2004). Il est important d'imposer une interdiction de fumer qui élimine tous les incitatifs au tabagisme (Carosella et coll., 1999). Pour que la motivation des fumeurs à renoncer au tabagisme soit encore plus forte, il a été recommandé que les pièces-fumeurs soient rénovées une fois l'interdiction de fumer instaurée, de façon à ce qu'aucun indice pouvant rappeler que cet endroit était fumeur, comme des cendriers, des mégots, une odeur de fumée ou des dommages faits par des cigarettes, ne subsiste et ne déclenche ainsi une envie de fumer (Adler, Bergman, Hartz).

Encourager les résidents à réduire leur consommation ou à renoncer au tabac

Il est admis que les foyers de soins de longue durée devraient encourager activement les résidents à mettre fin à leur dépendance au tabac (Adler) et que le personnel devrait soutenir les résidents et les encourager à tenter de renoncer au tabac (Honda). Dans le cadre de la mise en place d'une politique de lutte contre le tabagisme, on considère qu'il est essentiel de proposer des ressources supplémentaires en matière de renoncement au tabac. Parmi les ressources citées figurent la TRN, c'est-à-dire les timbres transdermiques et les gommes de substitution à la nicotine (Adler). Ceci étant, tous les membres du personnel et tous les cliniciens ne connaissent pas nécessairement les produits de la TRN, leur mode d'emploi ou les méthodes de prescription. D'autres ressources temporelles et financières doivent par conséquent être affectées à la formation continue du personnel et des cliniciens (Carosella et coll., 1999). Les infirmières doivent être formées pour pouvoir reconnaître les aspects physiologiques du sevrage et les distinguer des troubles de l'anxiété psychologique.

Smith et coll. (2002) ont élaboré un programme de renoncement géré par des infirmières destiné à des patients hospitalisés. Il a été démontré que ce programme était efficace. Sa mise en œuvre a été recommandée à tous les établissements de soins de santé (Smith). Il était relativement simple à mettre en œuvre et peu onéreux. Également transférable, il incluait par ailleurs des protocoles de normalisation pour professionnels de la santé, un contenu, des scripts de counseling, des documents à caractère éducatif destinés aux patients et une formation (Smith).

Les membres du personnel peuvent également profiter de la mise en place de la politique de lutte contre le tabagisme pour arrêter de fumer. Il est par conséquent possible qu'ils aient besoin de se voir offrir des possibilités de traitement ou de thérapie (Bergman). La recherche suggère que la mise en place de politiques de lutte contre le tabagisme constitue un déclic pour les fumeurs (qu'il s'agisse de résidents ou de membres du personnel) et qu'elle les encourage à essayer d'arrêter de fumer. Il s'agit donc d'une occasion rêvée de mettre en place des programmes de renoncement et de les rendre accessibles à la fois aux résidents et au personnel.

Il est recommandé de mettre en place des ateliers et des cliniques de renoncement dans les foyers de soins de longue durée, avant l'entrée en vigueur de la politique. Il est essentiel de fournir aux résidents des documents à vocation éducative sur le renoncement et de proposer des séances de counseling en groupe ou en tête-à-tête (Adler). L'étude de Bergman recommande de s'abstenir de n'utiliser que des documents passifs sur la santé, tels que des pamphlets ou des brochures. Le recours à des conférenciers ou à d'autres méthodes interactives devrait être envisagé afin d'éduquer les résidents efficacement en ce qui a trait aux risques liés au tabagisme. On a par ailleurs découvert qu'il était efficace de proposer aux résidents des programmes éducatifs et de renoncement conçus spécifiquement pour les personnes âgées, plutôt que des programmes génériques (Carosella et coll., Wolfsen). Ces programmes devraient comprendre des activités stimulantes, afin d'aborder les questions de la gestion du stress, de la lutte contre l'ennui et de la facilitation de l'interaction sociale (Wolfsen). Les coordonnateurs de tels programmes devraient faire particulièrement attention aux obstacles uniques auxquels font face les résidents fumeurs (à savoir, déficience cognitive, handicap, fiabilité, etc.). Les travailleurs sociaux devraient adopter une approche proactive afin de veiller à ce que ces documents et outils soient proposés aux résidents (Adler).

Assurer des contrôles efficaces et veiller au strict respect des règles en vigueur

Une politique de lutte contre le tabagisme ne sera pas efficace si l'on ne procède pas à des contrôles continus et si l'on ne veille pas au strict respect des règles en vigueur. Dans le cadre de la politique de départ, il convient de concevoir un protocole afin de s'atteler au non-respect des règles. Il convient par ailleurs d'établir des sanctions en cas de violation de la politique et de les communiquer clairement à tous. Il a par exemple été démontré que si l'on ne veille pas au strict respect des règles en vigueur, les résidents continueront de fumer quand bon leur semblera (Wolfsen). Wolfsen et coll. (2002) ont découvert que lorsqu'une politique de lutte contre le tabagisme était en place dans un foyer de soins de longue durée, les résidents continuaient de fumer dans les zones non désignées, car les membres du personnel omettaient de les en dissuader (Wolfsen). Il est même arrivé que les membres fumeurs du personnel rejoignent les résidents pour fumer dans des zones non désignées isolées de façon à ne pas être vus des directeurs ou des administrateurs (Wolfsen). Il convient par conséquent de veiller à ce que tous respectent la politique, aussi bien les membres du personnel que les résidents.

Bien qu'il soit nécessaire d'imposer des règles strictes, il convient également de veiller à ce que la mise en application de la politique de lutte contre le tabagisme se fasse de façon non punitive (Wolfsen). Il s'agit en fait d'éviter que les résidents d'un foyer de soins de longue durée n'aient le sentiment qu'on leur interdit arbitrairement de fumer dans leur propre « maison ». Il est possible de parvenir à un meilleur respect des règles et à moins de complications si les résidents comprennent qu'on respecte leur autonomie et que d'autres options sont possibles (à savoir, counseling en matière de renoncement, TRN, fumer à l'extérieur). La méthode qui consiste à veiller au respect de la politique de lutte contre le tabagisme est essentielle pour que la politique soit acceptée. Si les résidents fumeurs sont encouragés à *adopter un mode de vie plus sain* plutôt que d'être forcés de *mettre fin à une habitude agréable qu'ils ont depuis toujours*, il y a de grandes chances qu'ils modifient l'opinion qu'ils ont de la politique. Bien qu'il convienne de veiller au respect constant de la politique de lutte contre le tabagisme, aussi bien chez les résidents que chez le personnel, cela ne devrait pas se faire de manière autoritaire. Il peut être préférable de veiller au respect de la politique en éduquant et en sensibilisant.

Conclusions

Après avoir analysé la documentation disponible, il semblerait qu'il faille encourager le personnel et l'administration des foyers de soins de longue durée à assurer une transition réussie vers un environnement sans fumée. Bien qu'il faille s'attendre à quelques conséquences négatives, voire les anticiper, celles-ci peuvent être atténuées si le processus de mise en place comprend des mesures permettant d'assurer une communication suffisante entre les résidents, les membres de leur famille et le personnel, et s'il suppose la constitution d'équipes de soutien multidisciplinaires regroupant toutes les parties intéressées. Il est crucial de prendre en compte les exigences et les limitations des résidents et d'adapter tous les programmes d'intervention afin de satisfaire ces besoins. Une fois la politique en place, il est extrêmement utile d'éliminer les éléments pouvant inciter à fumer, tels que les salles-fumeurs et autres articles de fumeur, et de renforcer le caractère non-fumeur de l'établissement en encourageant à la fois le personnel et les résidents à cesser de fumer. Enfin, pour veiller au respect de la politique, des modalités de contrôle et de mise en application efficaces doivent être adoptées de façon à ce que les cas de tabagisme clandestin soient répertoriés et traités de manière appropriée.

Documents analysés

- Adler, G., Greeman, M., Rickers, S. et Kuskowski, M. (1997). Smoking in Nursing Homes: Conflicts and Challenges. *Social Work in Health Care*, 25 (4), 67–81.
- Bergman, J. et Falit, J. (1997). Non-smoking policies, tobacco education and smoking cessation programmes in facilities serving the elderly in Michigan, United States. *Tobacco Control*, 6, 194–8.
- Carosella, A., Ossip-Klein, D. et Owens, C. (1999). Smoking attitudes, beliefs, and readiness to change among acute and long term care inpatients with psychiatric diagnoses. *Addictive Behaviors*, 24 (3), 331–44.
- Carosella, A., Ossip-Klein, D., Watt, C. et Podgorski, C. (2002). Smoking history, knowledge, and attitudes among older residents of a long-term care facility. *Nicotine & Tobacco Research*, 4, 161–9.
- Downey, K.K, Pomerleau, C.S., Huth, A.C. et Silk, K.R. (1998). The effect of a restricted smoking policy on motivation to quit smoking in psychiatric patients. *Journal of Addictive Diseases*, 17 (2), 1–7.
- Hartz, G. et Kuhlman, G. (2004). Smoking Cessation for Geropsychiatric Patients in Long-Term Care. *Psychiatric Services*, 55 (4), 254–55.
- Hirsch, R. (1999). An analysis of smoking patterns among older adults. *Medical Care*, 37 (6), 615–19.
- Honda, K. (2005). Psychosocial correlates of smoking cessation among elderly ever-smokers in the United States. *Addictive Behaviors*, 30, 375–81.
- Kochersberger, G. et Clipp, E. (1996). Resident Smoking in Long-Term Care Facilities – Policies and Ethics. *Public Health Reports*, 111 (1), 66–70.
- Kviz, F., Clark, M., Slezak, J. et Davis, A. (1999). Providers' Smoking Cessation Attitudes and Practices for Older Patients. *Behavioral Medicine*, 25 (2), 53–62.
- Ossip-Klein, D., Pearson, T., McIntosh, S. et Orleans, T. (1999). Smoking is a geriatric health issue. *Nicotine and Tobacco Research. Letter to the Editor*. 1, 299–300.
- Sabbagh, M.N., Tyas, S.L., Emery, S.C., Hansen, L.A., Alford, M.F., Reid, R.T et coll. (2005). Smoking affects the phenotype of Alzheimer's Disease. *Neurology*, 64 (7), 1301–3.
- Schroeder, K., Lawlor, D., Montaner, D. et Ebrahim, S. (2006). Self-reported smoking cessation interventions were not associated with quitting in older women. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59, 622–28.
- Smith, P., Reilly, K., Miller, N., DeBusk, R. et Taylor, C. (2002). Application of a nurse-managed inpatient smoking cessation program. *Nicotine and Tobacco Research*, 4, 211–22.

Watt, C., Carosella, A., Podgorski, C. et Ossip-Klein, D. (2004). Attitudes Toward Giving Smoking Cessation Advice Among Nursing Staff at a Long-Term Residential Care Facility. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (1), 56–63.

Wellington-Dufferin-Guelph Public Health. (2005). *Loi de 2005 favorisant un Ontario sans fumée : Incidences de la loi sur les établissements de soins en résidence*. Source : <http://www.wdghu.org/smokefree/ResidCareFacilities.pdf>.

White, H. et Levin, E. (1999). Four-week nicotine skin patch treatment effects on cognitive performance in Alzheimer's disease. *Psychopharmacology*, 143, 158–65.

Wolfsen, C., Barker, J. et Mitteness L. (2001). Smoking and Health: Views of Elderly Nursing Home Residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 27 (8), 6–12.

Références

California Environmental Protection Agency (septembre 1997). *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke*. Office of Environmental Health Hazard Assessment. Disponible à l'adresse : http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/index.html

Department of Health (mars 1998). *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health*. The Stationery Office. Londres, Royaume-Uni. Disponible à l'adresse : <http://www.health.gov.au/nhmrc/publicat/synopses/ph23syn.htm>

Assemblée législative de l'Ontario (2005). Projet de loi 164 : *Loi modifiant des lois en ce qui a trait à la réglementation de l'usage du tabac*. Disponible à l'adresse : http://www.ontla.on.ca/documents/Bills/38_Parliament/Session1/b164_e.htm

National Health and Medical Research Council (1997). *The health effects of passive smoking*. Australie. Disponible à l'adresse : <http://www.health.gov.au/nhmrc/publicat/synopses/ph23syn.htm>

Ontario Campaign for Action on Tobacco (2003). *OMA Position Paper: The Duty To Protect: Eliminating Second Hand Smoke from Public Places and Workplaces in Ontario*. Toronto, Ontario. Disponible à l'adresse : <http://www.oma.org/phealth/2ndsmoke03.pdf>

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD) (2005). *Les effets de la fumée secondaire*. Disponible à l'adresse : http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/updatesf/archivesf/hu_04f/tobaccof/tobacco_2handf.html

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD) (2004). *Program Standards: Smoking Survey Results*. Préparé par la Direction des établissements de soins de longue durée, Division de la santé communautaire.

Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (2001). *Protection from Second-hand Smoke in Ontario: A Review of Evidence Regarding Best Practices*. Toronto, Ontario. Disponible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/special/special_ets_eng.pdf

United States Environmental Protection Agency. (décembre 1992) *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*. Office of Research and Development, EPA/600/6-90/006F, Washington, É.-U. Disponible à l'adresse : <http://www.epa.gov/ncea/smoking.htm>

U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (2005). *Report on Carcinogens, Eleventh Edition*. Washington, É.-U. Disponible à l'adresse : <http://ehp.niehs.nih.gov/roc/ninth/known/ets.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. Tobacco-Free Initiative (1999). *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health: Consultation Report*. Document technique de l'OMS n° WHO/TFI/99.10. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/en/health/intconsult.html>

Annexe 2

Les centres d'accès aux soins communautaires et la LFOSF

- **Fiche de renseignements**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Les centres d'accès aux soins communautaires et la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*

Renseignements destinés aux personnes souhaitant être admises dans un foyer de soins de longue durée

En tant que coordonnateurs des placements pour les foyers de soins de longue durée, les CASC sont conscients du rôle unique qu'ils jouent en ce qui a trait à la transmission de renseignements aux demandeurs concernant les foyers de soins de longue durée et notamment concernant les politiques en matière de tabagisme et les programmes de renoncement dont un demandeur fumeur peut bénéficier. Les CASC sont en mesure de fournir des renseignements aux demandeurs concernant la nouvelle *Loi favorisant un Ontario sans fumée* (LFOSF) et ses répercussions. Les CASC travailleront avec les demandeurs, leur famille et les foyers de soins de longue durée afin de s'assurer qu'ils ont bien transmis la totalité des renseignements essentiels. Il a été demandé à tous les foyers de soins de longue durée d'aviser leur CASC local de la disponibilité ou non d'une zone-fumeurs contrôlée et du contenu des politiques en matière de tabagisme, afin de permettre aux CASC d'aider les patients à prendre une décision éclairée.

Expliquer les options offertes aux fumeurs en vertu de la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*

Les CASC devraient aviser les personnes ayant déposé une demande d'admission au sein d'un foyer de soins de longue durée des options qu'elles ont désormais aux termes de la nouvelle loi.

1. Fumer à l'intérieur

Les demandeurs fumeurs et les résidents qui souhaitent continuer à fumer *à l'intérieur* peuvent choisir d'être placés sur la liste d'attente d'un foyer qui se conforme aux exigences relatives aux zones-fumeurs contrôlées aux termes de la LFOSF et du Règl. de l'Ont. 48/06.

Ces personnes devront être évaluées par le foyer de soins de longue durée en ce qui a trait à leur capacité physique de fumer sans danger et sans être aidées. Aux termes de la Loi, un résident qui souhaite fumer dans une zone-fumeurs contrôlée doit être en mesure de le faire sans danger et sans être aidé par un employé du foyer de soins de longue durée. Les employés ne sont pas tenus d'entrer dans une zone-fumeurs contrôlée. Bien qu'il soit probable que le CASC ait une idée de la capacité du demandeur de fumer seul suite au processus de demande et au counseling précédant le placement, et bien qu'il soit probable qu'il ait transmis ces renseignements au foyer de soins de longue durée, il revient à ce dernier d'évaluer la capacité du demandeur de fumer seul et sans danger. Le CASC avisera alors le patient, avant son admission, qu'il sera évalué par le foyer de soins de longue durée au moment de son admission.

2. Fumer à l'extérieur

Les demandeurs et les résidents fumeurs peuvent être autorisés à fumer à l'extérieur. Si un résident souhaite fumer à l'extérieur, il peut le faire si tant est qu'il se trouve à plus de neuf mètres des entrées et des sorties du foyer de soins de longue durée, notamment dans un abri-fumeurs.

Comme il est d'usage, le foyer de soins de longue durée évalue la capacité physique des résidents de sortir, quelle qu'en soit la raison, au moment de leur inscription. Le foyer de soins de longue durée devrait aider tout résident souhaitant sortir dans le cadre de son programme de soins. En ce qui a trait au tabagisme, le personnel n'est pas tenu d'emmener le résident jusqu'à la zone-fumeurs située à l'extérieur ni d'aider un résident souhaitant sortir pour fumer. Le foyer de soins de longue durée n'est pas obligé d'aider un résident à se déplacer dans une autre partie de la propriété s'il a été déterminé que le résident pouvait y être en danger.

3. Renoncement au tabac

Les CASC devraient aviser les demandeurs que, s'ils le souhaitent, le foyer de soins de longue durée peut les aider à réduire leur consommation de tabac ou à arrêter de fumer. Il convient par ailleurs d'aviser les demandeurs qu'il est probable que les foyers de soins de longue durée recevant des fumeurs entameront avec eux des discussions/des activités de counseling relativement au renoncement au tabac. Les résidents peuvent choisir de participer à un programme de renoncement au tabac ou de suivre une thérapie de remplacement de la nicotine. La décision de participer ou non à un programme de renoncement doit toujours appartenir au résident, si tant est qu'il soit en mesure de la prendre. Le foyer proposera ces programmes, lesquels devront être expliqués clairement aux résidents et aux membres de la famille, de manière à ce qu'ils puissent prendre une décision éclairée.

Si le résident est incapable de prendre la décision, la personne chargée de la prise de décision au nom du résident, dûment autorisée par la loi, ayant le pouvoir de prendre des décisions relatives au traitement, peut donner son consentement.

Les CASC peuvent par ailleurs expliquer aux demandeurs fumeurs que s'ils le souhaitent, ils ont la possibilité d'entamer un programme de renoncement avant d'être admis comme résident. Des documents sont disponibles et le demandeur peut, s'il le souhaite, discuter avec sa famille et un médecin afin de se fixer un objectif en terme de renoncement. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), Téléassistance pour fumeurs (1 877 513-5333) ou le site Web de Téléassistance pour fumeurs (www.smokershelpline.ca) peuvent également apporter de l'aide. Les fumeurs peuvent également consulter le site Web de leur bureau local de santé publique pour obtenir une liste de ressources : http://www.health.gov.on.ca/french/public/contact/phuf/phuloc_mnf.html.

Les CASC fourniront aux demandeurs fumeurs les renseignements mentionnés ci-dessus. Les CASC consigneront par ailleurs la transmission de renseignements au demandeur et la réponse de ce dernier au dossier du client.

Annexe 3

Études de cas

- **Finlandia Nursing Home, Sudbury (Ontario)**
- **Lee Manor Nursing Home, Owen Sound (Ontario)**
- **Riverview Gardens, Chatham (Ontario)**
- **Sunnyside Home, Kitchener (Ontario)**

EXPÉRIENCES RÉUSSIES :

Finlandia Nursing Home Sudbury (Ontario)

Contexte

À l'occasion de l'entrée en vigueur du règlement de Sudbury de 2003 en matière de lutte contre le tabagisme, les administrateurs et les directeurs de Finlandia Nursing Home ont décidé de faire de leur foyer de soins de longue durée un environnement sans fumée. Ils ont par ailleurs décidé d'imposer leur politique de lutte contre le tabagisme sur l'ensemble du terrain, à l'exception d'une cabane réservée aux fumeurs qui avait été construite pour satisfaire une demande du personnel. La cabane réservée aux fumeurs sera désormais supprimée, étant donné qu'elle ne respecte pas les normes actuelles, telles qu'énoncées dans la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*. Les nouveaux plans concernant cette cabane prévoient son nettoyage et envisagent de la convertir en une salle d'activités pour les résidents.

Mise en œuvre

Avant que la politique ne soit mise en œuvre, seuls huit des 110 résidents fumaient (soit environ 7 %). Le personnel infirmier et les autres membres du personnel étaient responsables de l'entreposage et de la distribution des cigarettes des résidents afin de les empêcher d'allumer une cigarette sans surveillance et dans une zone non désignée. Pour préparer les résidents fumeurs aux changements à venir, des lettres ont été envoyées aux membres de la famille des résidents afin de les informer que la salle-fumeurs serait fermée. Les administrateurs et les directeurs ont pris soin d'informer le centre d'accès aux soins communautaires pour qu'il avise les résidents potentiels de la politique de lutte contre le tabagisme en vigueur, et du fait qu'il est interdit de fumer sur tout le terrain de l'établissement. Les membres du personnel ont également été encouragés à cesser de fumer.

Réaction des résidents

Les résidents fumeurs et les membres de leur famille n'ont pas opposé beaucoup de résistance (les familles étaient plutôt favorables à la nouvelle politique). Les résidents ont accepté de réduire graduellement leur consommation journalière de cigarettes jusqu'à arrêter complètement (ils fumaient relativement peu de toute façon).

Thérapie de remplacement de la nicotine

Du fait de cette transition graduelle, le personnel n'a pas observé de symptômes de sevrage chez les résidents. Aucun programme de renoncement et aucune thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) n'ont été nécessaires.

Non-respect

Un acte de non-respect a été relevé : un homme quelque peu rebelle face à la politique a pris des cigarettes dans la voiture de son fils au cours d'une visite. Il a par la suite allumé et fumé les cigarettes dans l'un des salons du foyer. Les membres du personnel l'ont arrêté, et ses cigarettes lui ont été confisquées (les résidents ne sont pas autorisés à conserver/entreposer leurs propres cigarettes). Aucun autre incident n'a été observé.

Réussite globale

Après la mise en œuvre de la politique en 2003, le foyer a constaté une réduction considérable du nombre de fumeurs (résidents et membres du personnel). Une résidente qui continue de fumer est aidée par un soignant privé. Celui-ci vient lui rendre visite chaque jour pour l'emmener dehors afin qu'elle fume. Les autres résidents fumeurs sont trop fragiles pour sortir et ont complètement cessé de fumer.

EXPÉRIENCES RÉUSSIES :

Lee Manor Nursing Home Owen Sound (Ontario)

Contexte

Suite à l'entrée en vigueur d'un règlement en 2003, Lee Manor Nursing Home a commencé à mettre en œuvre une stratégie de lutte contre le tabagisme. Le foyer a avisé tout le monde qu'il faudrait dorénavant utiliser les zones-fumeurs situées à l'extérieur. À l'époque, il y avait environ neuf fumeurs dans le foyer.

Réaction des résidents

Deux résidents fumeurs ont été en mesure de cesser de fumer de leur propre chef. Des programmes de renoncement ont également été offerts à ceux qui souhaitaient arrêter de fumer.

Réussite globale

Depuis, le foyer continue à veiller à ce que les fumeurs restants respectent les règles en vigueur. Les personnes pouvant fumer seules et sans danger sortent pour fumer, à neuf mètres du bâtiment, aussi bien en été qu'en hiver. Le foyer héberge actuellement quatre fumeurs occasionnels qui fréquentent la zone-fumeurs par beau temps. Trois d'entre eux semblent être en mesure d'arrêter de fumer pendant l'hiver. Le foyer énonce clairement sa politique auprès des personnes effectuant une visite et pendant les séances d'orientation. Certains demandeurs ont essayé un refus après avoir reconnu qu'ils ne comptaient pas adhérer à la politique.

EXPÉRIENCES RÉUSSIES :

Thamesview Lodge, Victoria Residence et Riverview Gardens Chatham (Ontario)

Contexte

Aux termes du règlement entré en vigueur à Chatham en 2003, Thamesview Lodge et Victoria Residence ont été obligés de devenir des établissements non-fumeurs. Quarante des 320 résidents qu'ils accueillait tous les deux fumaient (soit environ 13 %). Avant l'entrée en vigueur du règlement en 2003, les foyers étaient dotés de pièces-fumeurs désignées comme telles.

(Par la suite, Riverview Gardens a ouvert ses portes et les résidents de Thamesview Lodge et de Victoria Residence ont été transférés dans ce nouveau foyer de soins de longue durée non-fumeur.)

Mise en œuvre

Thamesview Lodge et Victoria Residence ont organisé des réunions avec des résidents et leur famille afin que le personnel du bureau local de santé publique puisse leur fournir des renseignements sur la TRN et sur les méthodes de renoncement au tabac.

Les foyers ont construit à l'extérieur des abris-fumeurs conformes aux exigences du règlement. Il s'agissait d'abris en bois dotés de dispositifs de sécurité et d'urgence (alarme, couvertures antifeu, extincteurs, tabliers, etc.). Le foyer a consulté le service local de lutte contre les incendies avant de construire les abris. Les membres du personnel et les administrateurs ont affiché des images des abris à l'intention des résidents fumeurs afin que ces derniers se préparent au changement d'ambiance. L'ensemble des cigarettes et des briquets devait être conservé dans les postes d'infirmerie afin d'empêcher les résidents de fumer dans des endroits peu sûrs et non désignés comme étant fumeurs.

Des étudiants assistants ont été recrutés pendant les mois de juin à septembre afin d'aider les résidents à sortir pour fumer. Les résidents ont apprécié de savoir qu'ils auraient la possibilité de sortir pour fumer même s'ils ne pouvaient pas choisir eux-mêmes quand.

Réaction des résidents

Après s'être vus offrir une aide au renoncement, dont la TRN, au moins 10 fumeurs ont essayé d'arrêter de fumer et quelques-uns y sont parvenus.

Thérapie de remplacement de la nicotine

Ces foyers de soins de longue durée ont offert le timbre gratuitement pendant les trois premiers mois.

Non-respect

À deux reprises seulement, des résidents ont été pris en train de fumer dans les toilettes après l'entrée en vigueur de la politique.

Réaction des familles

La plupart des familles ont soutenu la politique à cause de toute l'aide que le foyer et son personnel apportaient aux résidents. Les inquiétudes ressenties au départ par les familles ont disparu une fois la politique mise en œuvre et après avoir vu comment elle fonctionnait.

EXPÉRIENCES RÉUSSIES :

Sunnyside Home Kitchener (Ontario)

Contexte

Ces quatre dernières années, le foyer a accueilli jusqu'à 37 résidents fumeurs sur les 255 qu'il hébergeait. Beaucoup de ressources étaient dépensées pour aider ces résidents à fumer. Avant le 31 mai 2006, Sunnyside disposait de pièces-fumeurs et d'une zone-fumeurs à l'extérieur. Des plaintes ont été déposées par des résidents non-fumeurs dont la chambre se trouvait à proximité des pièces-fumeurs à cause du niveau d'exposition à la fumée/de la gêne occasionnée à leurs visiteurs ou à eux-mêmes. Le 31 mai 2006, Sunnyside a fermé toutes les pièces-fumeurs situées à l'intérieur et est devenu un établissement non-fumeur. Les résidents fumeurs qui ont été évalués par l'infirmière autorisée comme ne présentant pas de risque sont autorisés à fumer à l'extérieur, dans les zones désignées. Toutes les cigarettes et tous les dispositifs d'allumage sont désormais conservés par le personnel. Au moment de la mise en œuvre de la politique, 17 résidents du foyer étaient des fumeurs.

Mise en œuvre

Le processus de mise en œuvre s'est étalé sur environ trois mois. Pendant la phase de mise en œuvre, les pièces-fumeurs sont restées ouvertes, mais les résidents ont été avisés de leur fermeture prochaine. Des avis ont été affichés afin d'informer les résidents que la politique en matière de tabagisme allait être modifiée et des lettres ont été envoyées aux membres de la famille et aux tuteurs légaux concernant la nouvelle politique de lutte contre le tabagisme.

Réaction des résidents et des familles

Les résidents et les familles ont peu réagi et il n'y a eu aucune résistance. Les familles et les résidents non-fumeurs ont ressenti un profond soulagement vis-à-vis de la nouvelle politique de lutte contre le tabagisme.

Réaction du personnel

Certains membres du personnel étaient plutôt inquiets au départ de ne pas pouvoir aider les résidents qui fumaient, mais qui ne pouvaient le faire seuls. Ils ont cependant rapidement salué les raisons ayant conduit à l'adoption d'une politique de lutte contre le tabagisme et empêchant le personnel d'aider les résidents à fumer.

Non-respect

À ce jour, aucun incident relatif au non-respect des consignes n'a été relevé.

Thérapie de remplacement de la nicotine

Aucune thérapie n'a été proposée, étant donné que tous les résidents fumeurs sont actuellement en mesure de sortir seuls pour fumer.

Actuellement

Le foyer n'a aucun problème à gérer sa nouvelle politique de lutte contre le tabagisme. Tous les fumeurs sortent pour fumer. Le foyer a entrepris de faire construire un abri-fumeurs pour l'hiver.