

**DÉTERMINANTS PSYCHOSOCIAUX DE L'INTENTION
DE CESSER DE FUMER CHEZ UNE CLIENTÈLE
SOUMISE À UNE CORONAROGRAPHIE**

Mémoire présenté
dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)

PAR
© ERIKA POMERLEAU

Octobre 2025

Composition du jury :

Julie Gagnon, présidente du jury, Université du Québec à Rimouski

Danielle Boucher, directrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Dominique Beaulieu, codirectrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

François Boudreau, examinateur externe, Université du Québec à Trois-Rivières

Dépôt initial le 03 juillet 2025

Dépôt final le 6 octobre 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

« La persévérance vient à
bout de tout »

Théocrite

REMERCIEMENTS

Premièrement je tiens à souligner l'encadrement et le soutien apportés par ma directrice, la professeure Danielle Boucher. Pendant toute la réalisation de ce long projet, et au-delà de m'avoir guidé à travers les différentes étapes, elle a toujours eu les mots pour permettre de traverser les embûches, de croire au projet ainsi qu'à mon potentiel de le réaliser. Également, je tiens à souligner l'implication comme co-directrice de la professeure Dominique Beaulieu. Sa disponibilité et son expertise ont grandement permis d'enrichir mon développement tout au long du projet de recherche. Je remercie également la collaboration de la professeure Maria Cecilia Gallani sans qui la réalisation du projet de recherche auprès de la population dans le milieu de soins n'aurait pas été possible. Par ailleurs son expertise s'est avérée un atout dans mes démarches auprès du comité d'éthique de la recherche du milieu hospitalier. Je remercie aussi les intervenants ayant contribué à la réalisation ; Stéphane Turcotte et Camille Brault-Tremblay pour la programmation statistique, Caroline Havard, agente administrative et l'équipe de secteur ambulatoire d'hémodynamie de l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec- Université Laval (IUCPQ) pour leur contribution au recrutement de personnes participantes potentielles. Aussi, un grand merci à ma fille Léa, qui de près ou de loin n'a jamais cessé de croire que j'étais la meilleure en tout point. Enfin, je voudrais souligner l'implication d'autres membres du corps professoral que j'ai eu la chance de côtoyer dans mon parcours académique et qui ont contribué à ma motivation à poursuivre des études supérieures ; Emmanuelle Bédard, Daniel Milhomme et Lily Lessard.

Finalement, je tiens à souligner la contribution de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), la Fondation de l'Université du Québec à Rimouski (FUQAR), le Collectif de recherche sur la santé en région (CoRSeR), le Réseau de recherche en intervention en

sciences infirmières du Québec (RRISIQ) ainsi que le programme MES-Universités pour le soutien en financier apporté dans ce projet.

AVANT-PROPOS

Le tabagisme constitue un facteur de risque majeur dans le développement et l'évolution de plusieurs maladies chroniques dont les maladies cardiovasculaires. Bien que sa prévalence diminue d'année en année, ce comportement est encore observé chez des personnes à risque. Certaines interventions par les équipes cliniques ont suscité des questionnements sur les approches actuellement utilisées auprès d'usagers fumeurs lors d'un épisode de soins. À titre d'exemple, voici quelques affirmations observées ; « C'est parce que vous fumez que vous êtes ici ! » ; « Il y a de la crasse de cigarettes dans vos artères. » ; « Si vous continuez de fumer, vous allez revenir. » et « Si on est tous ici, c'est parce que vous fumez ». Bien que l'intention soit manifestement de tenter de convaincre la personne de cesser du fumer, des interrogations émergent envers les stratégies utilisées. Fumer est un comportement modifiable qui requiert une compréhension des déterminants psychosociaux de l'intention de cesser de fumer chez les personnes qui en ont l'habitude afin de mieux intervenir en prévention secondaire pour les soutenir dans cette démarche. C'est par cette prémissse que le projet a été réalisé en milieu clinique auprès de personnes qui fument et qui se présentaient pour subir un examen invasif visant l'évaluation du fonctionnement et de l'état des structures du cœur, la coronarographie.

RÉSUMÉ

Introduction : Malgré les risques accusés du tabagisme chez les personnes ayant un problème cardiovasculaire, la prévalence de ce comportement demeure préoccupante. En prévention secondaire, la cessation tabagique est essentielle pour améliorer le pronostic. Comprendre les motivations et caractéristiques est un levier crucial pour favoriser l'arrêt du tabac. **But :** Cette étude visait à expliquer les déterminants de l'intention de cesser de fumer après une coronarographie chez des patients électifs ou hospitalisés présentant des facteurs de risque ou symptômes de maladies cardiovasculaires. **Méthode :** Au total, 50 usagers fumeurs (Moyenne [M] = 62,1 ans ; écart-type [ÉT] = 10,7) dans un centre tertiaire de cardiologie (Québec, Canada) ont répondu à un questionnaire autoadministré basé sur *l'Approche de l'action raisonnée* (AAR). Des régressions linéaires multiples ont permis d'identifier les déterminants de l'intention de cesser de fumer ainsi que les croyances les plus fortement associées à cette intention. **Résultats :** L'angioplastie a été le traitement le plus fréquent (44 %) suivant la coronarographie. L'intention de cesser de fumer était plutôt favorable (M = 5,4/7 ; ÉT = 1,27). La perception de contrôle ($\beta = 0,51, p < 0,001$) et la norme subjective ($\beta = 0,39, p = 0,02$) étaient associées à l'intention. Le modèle complet expliquait 59 % de la variance de l'intention. Aucune variable sociodémographique, clinique ou comportementale n'était associée à l'intention. La croyance qu'il est possible de cesser de fumer malgré les symptômes de sevrage était la seule fortement associée à l'intention ($\beta = 0,31 ; p = 0,01$). **Conclusion :** Ces résultats suggèrent des cibles d'interventions pour favoriser l'arrêt tabagique chez cette population. Une étude longitudinale de plus grande envergure permettrait de vérifier l'influence des déterminants du comportement de cesser de fumer chez cette population et d'identifier les prédicteurs du comportement incontournables à considérer dans le développement d'interventions.

Mots-clés : Cessation tabagique, *Approche de l'action raisonnée*, intention, maladies cardiovasculaires, coronarographie.

ABSTRACT

Determinants of intention to quit smoking among clients undergoing coronary angiography.

Introduction: Despite the increased risks of smoking in individuals with a cardiovascular condition, the prevalence of this behavior remains worrying. In secondary prevention, smoking cessation is essential to improve the prognosis. Understanding the motivations and characteristics is crucial for promoting smoking cessation. **Objective:** This study aims to explain the determinants of intention to quit smoking after a coronary angiography in elective or hospitalized patients with risk factors or symptoms of cardiovascular disease. **Method:** Fifty smoking patients (Mean [M] = 62.1 years old, standard deviation [SD] = 10.7) at a tertiary cardiology center (Quebec, Canada) completed a self-administered questionnaire based on the *Reasoned Action Approach* (RAA). Multiple linear regressions were performed to identify the determinants of intention to quit smoking as well as the beliefs most strongly associated with this intention. **Results:** Angioplasty was the most common treatment received (44%) following coronary angiography. The intention to quit smoking was relatively positive ($M = 5.4/7$, $SD = 1.27$). Perceived control ($\beta = 0.51$, $p < 0.001$) and subjective norm ($\beta = 0.39$, $p = 0.02$) were associated with intention. The full model explained 59% of the variance of intention. No sociodemographic, clinical, or behavioral variables were associated with the intention. The belief that it is possible to quit smoking despite withdrawal symptoms was the only belief strongly associated with intention ($\beta = 0.31$, $p = 0.01$). **Conclusion:** These results suggest intervention targets to promote smoking cessation in this population. A larger-scale longitudinal study would help to assess the influence of the determinants of the behavior to quit smoking in this population and to identify key behavioral predictors that should be considered in the development of interventions.

Keys words: Quit smoking, *Reasonned Action Approach*, intention, cardiovascular disease, coronary angiography

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-------|
| REMERCIEMENTS..... | ix |
| AVANT-PROPOS | xi |
| RÉSUMÉ | xiii |
| ABSTRACT..... | xv |
| TABLE DES MATIÈRES | xvii |
| LISTE DES TABLEAUX | xix |
| LISTE DES FIGURES | xxi |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES | xxiii |
| LISTE DES SYMBOLES..... | xxv |
| CHAPITRE 1 INTRODUCTION..... | 1 |
| 1.1 PROBLÉMATIQUE | 1 |
| 1.1.1 Énoncé du problème et son contexte | 2 |
| 1.1.2 Importance du problème..... | 2 |
| 1.1.3 Les conséquences des maladies cardiovasculaires | 4 |
| 1.1.4 Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires | 4 |
| 1.1.5 Conséquences physiopathologiques induites par le tabac | 5 |
| 1.2 LES INTERVENTIONS EXISTANTES | 6 |
| 1.2.1 Stratégies et politiques gouvernementales..... | 6 |
| 1.2.2 Interventions dirigées vers les individus | 7 |
| 1.2.3 Pertinence pour la pratique infirmière et fondement théorique | 9 |
| 1.3 RECENSION DES ÉCRITS..... | 13 |
| 1.3.1 Stratégie de recherche documentaire..... | 13 |

| | |
|---|----|
| 1.3.2 Facteurs associés à la cessation tabagique | 14 |
| 1.4 BUT ET QUESTION DE RECHERCHE | 17 |
| CHAPITRE 2 COMPLÉMENT DE MÉTHODE | 19 |
| 2.1 PROPOSITION INITIALE..... | 19 |
| 2.2 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES..... | 20 |
| 2.2.1 Obstacles rencontrés et amendements au protocole..... | 21 |
| CHAPITRE 3 ARTICLE SOUMIS : DÉTERMINANTS DE L'INTENTION DE CESSER CHEZ UNE CLIENTÈLE SOUMISE À UNE CORONAROGRAPHIE | 25 |
| CHAPITRE 4 COMPLÉMENT DE DISCUSSION | 49 |
| 4.1 STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE LE TABAC ET ACCOMPAGNEMENT | 49 |
| 4.2 NORME SOCIALE ANTITABAGIQUE | 50 |
| 4.3 COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE | 50 |
| 4.4 RÔLE INFIRMIER POUR PROMOUVOIR ET SOUTENIR L'ABANDON DU TABAC | 51 |
| 4.5 RESSOURCES COMMUNAUTAIRES AU QUÉBEC | 52 |
| 4.6 ENJEUX LIÉS AUX HABILETÉS TECHNOLOGIQUES | 54 |
| 4.7 FAISABILITÉ DE L'ÉTUDE EN MILIEU HOSPITALIER..... | 55 |
| CONCLUSION | 57 |
| ANNEXE I APPROBATION COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE du centre de recherche de l'Iucpq-université laval (criucpq) | 59 |
| ANNEXE II APPROBATION COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE UQAR | 60 |
| ANNEXE III QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE | 62 |
| ANNEXE IV FEUILLET DE RECRUTEMENT | 83 |
| RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 85 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 <i>Questionnaire des variables psychosociales</i> | 32 |
| Tableau 2 <i>Description de l'échantillon (n = 50)</i> | 37 |
| Tableau 3 <i>Matrice de corrélation de Pearson entre les variables psychosociales (n = 50)</i> | 39 |
| Tableau 4 <i>Régressions linéaires des déterminants de l'intention de cesser de fumer (n = 50)</i> | 40 |

LISTE DES FIGURES

- Figure 1** *Cadre théorique adapté de l'Approche de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 2010).....31*

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

| | |
|--------------|---|
| AAR | <i>Approche de l'action raisonnée</i> |
| CAT | Centre d'abandon du tabagisme |
| CÉR | Comité d'éthique de la recherche |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| IUCPQ | Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec |
| IPS | Infirmière praticienne spécialisée |
| MCAS | Maladie coronarienne athérosclérosante |
| MCV | Maladie cardiovasculaire |
| OIIQ | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| UQAR | Université du Québec à Rimouski |

LISTE DES SYMBOLES

| | |
|-----------|--|
| M | Moyenne |
| ÉT | Écart-type |
| IC | Intervalle de confiance |
| N | Taille d'échantillon |
| n | Sous-groupe d'un échantillon |
| α | Coefficient Alpha de Cronbach |
| β | Coefficient de régression bêta standardisé |
| r | Coefficient de corrélation de Pearson |
| r_s | Coefficient de corrélation de Spearman |
| RC | Rapport de cotes |
| p | Seuil de signification |

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

Le tabagisme est un des facteurs de risque important dans le développement des maladies cardiovasculaires (MCV). Ce projet vise à approfondir notre compréhension de la clientèle de cardiologie en prévention secondaire et tertiaire en cherchant à mettre en lumière des déterminants psychosociaux de la cessation tabagique. Ce mémoire est organisé en quatre chapitres. Le premier présente la phase conceptuelle du projet à travers l'exposition de la problématique. Le second propose un complément de méthode, visant à approfondir certains aspects non traités dans l'article scientifique. Le troisième chapitre est consacré à l'article soumis à une revue scientifique, qui est actuellement en cours d'évaluation par les pairs. Enfin, le dernier chapitre offre un complément de discussion portant sur les éléments importants révélés par les résultats et le déroulement du projet.

1.1 PROBLÉMATIQUE

Cette introduction expose le contenu de la problématique au sujet du tabagisme chez une clientèle présentant une MCV ou des facteurs de risque de celle-ci. Premièrement, l'énoncé du problème et son contexte, son importance, les conséquences des MCV, les facteurs de risque des MCV et la physiopathologie induite par la consommation de tabac seront présentés. Par la suite seront abordés les interventions existantes et la recension des écrits. Pour conclure ce chapitre, le but et les questions de recherche en lien avec cette problématique seront énoncés.

1.1.1 Énoncé du problème et son contexte

La santé, la qualité de vie, l'apparition d'une maladie chronique ou le risque de décéder prématurément chez une personne sont directement influencés par ses comportements et son mode de vie selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2018). D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le tabac est l'une des plus grandes menaces pour la santé publique mondiale. Son usage serait responsable de la mort de la moitié de ses utilisateurs, ce qui représente annuellement plus de huit millions de personnes (OMS, 2025). Le fardeau économique du tabac est majeur, car il s'agit non seulement des coûts directement associés aux soins de santé pour le traitement des maladies causées par celui-ci, mais aussi de la perte de capital humain du fait de la morbidité et de la mortalité qui lui sont imputables. Au Québec, il s'agit 3,79 milliards de dollars par année (Gouvernement du Québec, 2024b). Le sevrage tabagique devrait faire l'objet d'une attention particulière afin d'être encouragé chez tous les consommateurs et c'est essentiellement aux professionnels de la santé qu'il incombe d'accompagner les personnes dans leur dépendance à l'égard du tabac.

Avec une charge de soins croissante au rythme du vieillissement de la population dans le réseau de la santé, la gestion des facteurs de risque des maladies chroniques tels que les MCV devient impérative, car elles constituent des causes de décès évitables (OMS, 2021). Selon l'OMS, l'incidence des MCV pourrait être réduite de moitié avec le contrôle des comportements non favorables à la santé tels que le tabagisme, le style de vie sédentaire et l'alimentation délétère.

1.1.2 Importance du problème

Bien que l'usage du tabac soit en régression au Canada et au Québec, les enjeux économiques qu'il représente justifient de poursuivre les efforts pour le contrer. Le tabagisme est associé à la mortalité par MCV et à l'augmentation des maladies chroniques. La réduction de ce facteur de risque des MCV constitue une priorité gouvernementale au Québec (Ministère de la santé et des services sociaux, 2015).

Au Canada, malgré les avancées technologiques, les MCV sont la deuxième cause de décès et une des principales causes d'hospitalisation. Elles représentent 24 % des décès chez les Canadiens toutes causes confondues. On estimait en 2012 qu'annuellement, 45 000 Canadiens allaient mourir de maladies reliées à l'usage du tabac (Gouvernement du Canada, 2017). Le tabagisme s'avère la principale cause de décès prématué au Canada et c'est ce qui justifie les efforts soutenus pour poursuivre le développement des interventions en matière de cessation tabagique. Par ailleurs, l'objectif est d'atteindre moins de 5 % de la population fumeuse d'ici 2035 (Gouvernement du Canada, 2024). Chez les individus âgés de 25 ans et plus, la prévalence du tabagisme était de trois millions en 2020, soit 11 % de la population canadienne (hommes adultes 13 % et femmes adultes 9 %) (Gouvernement du Canada, 2022a). De plus, selon Santé Canada (2023), le risque de décéder d'une mort subite est quatre fois plus élevé chez les fumeurs. Considérant qu'un décès sur cinq dû à une maladie cardiaque est lié au tabagisme (OMS, 2020), la gestion de ce facteur de risque devient impérative.

Au Québec, l'usage du tabac est aussi une charge sanitaire majeure. Parmi 12 897 décès liés au tabac, 23 % étaient associés directement aux MCV (INSPQ, 2018). En ce qui concerne les fumeurs quotidiens au Québec, ils représentent 15 % des hommes et 12 % des femmes, ce qui représente 1,3 million de Québécois. Aussi, l'INSPQ (2021a) affirme que le tabagisme est plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain ainsi que dans les milieux défavorisés, ce qui contribue au portrait des inégalités sociales de santé.

Par ailleurs, l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur la consommation de tabac a fait l'objet de certaines recherches (Bommele et al., 2020; Klempener et al., 2020). Les bouleversements créés par la pandémie ont provoqué l'augmentation de la consommation de tabac dans plusieurs pays.

1.1.3 Les conséquences des maladies cardiovasculaires

Les MCV telles que les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux s'inscrivent dans le spectre des maladies chroniques. Elles se définissent par le fait qu'elles sont non transmissibles, se présentent avec une évolution lente sur des décennies et sont irréversibles en ce qui concerne les coronaropathies (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2025). Selon le Système canadien de surveillance des maladies chroniques, 8,5 % d'adultes vivaient avec une cardiopathie ischémique diagnostiquée en 2017-2018 (Gouvernement du Canada, 2022d). Bien que leurs causes soient multiples et sont notamment associées à la présence de facteurs de risque liés aux comportements, leurs charges croient avec le vieillissement de la population (INSPQ, 2018). Par ailleurs, selon les données récentes, le Québec est l'un des endroits où le vieillissement de la population connaît la plus forte progression après le Japon et la Corée (INSPQ, 2021b). Les projections démontrent qu'en 2031, 25 % de la population aura 65 ans et plus et qu'en 2061, 25 % de la population aura 85 ans et plus. On peut donc envisager une augmentation du nombre de personnes vivant avec une maladie chronique.

Au Canada, les cardiopathies ischémiques qui incluent la coronaropathie sont la principale cause d'années de vie perdues. Il y a environ 2,6 millions de Canadiens âgés de 20 ans qui vivent avec un diagnostic de maladie du cœur. Toutes les heures, il s'agit de 14 adultes de plus de 20 ans diagnostiqués avec cette maladie qui décèdent (Gouvernement du Canada, 2022b). Ce même rapport indique que les individus ayant un antécédent d'infarctus ont un taux de mortalité prématûré 4,6 fois plus élevé que ceux n'en ayant jamais subi.

1.1.4 Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires

Les MCV sont attribuables en partie aux facteurs de risque liés aux comportements tels que le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité, la consommation d'alcool excessive ainsi qu'à certaines affections chroniques telles que l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité et l'hyperlipidémie (Gouvernement du Canada, 2012). La gestion des

facteurs de risque et l’implication du mode de vie dans le développement de la coronaropathie, entre autres, sont bien connues (INSPQ, 2018; OMS, 2021; Santé Canada, 2018). Il est recommandé que la cessation tabagique constitue le point de départ des interventions dans la prévention et le contrôle de la maladie pour la clientèle présentant ce facteur de risque (Akcay & Yuksel, 2017).

1.1.5 Conséquences physiopathologiques induites par le tabac

La relation néfaste entre le tabagisme et la coronaropathie est bien documentée. Le tabagisme prédispose les individus à l’angine stable, au syndrome coronarien aigu tel, que l’infarctus et à la mort subite (Tonstad, 2019). De plus, le risque de développer une maladie coronarienne augmente en fonction du nombre d’années de tabagisme et de la quantité de cigarettes fumées quotidiennement (Santé Canada, 2018). Ce risque est aussi présent chez la clientèle considérée comme fumeuse occasionnelle (Inoue-Choi et al., 2019).

Tonstad (2019) a décrit cette cascade néfaste. Premièrement, la fumée du tabac contient plusieurs produits chimiques dont la nicotine. Outre qu’elle soit responsable de la dépendance chez les individus, la nicotine active le système nerveux sympathique, ce qui entraîne une augmentation du rythme cardiaque, de la pression artérielle et une constriction vasculaire. Ces changements ont pour conséquences d’augmenter le travail du muscle cardiaque et impliquent des besoins accrus en oxygène et en nutriments. Aussi, le monoxyde de carbone qui se lie à l’hémoglobine entraîne un processus hypoxémique par la diminution d’oxygène disponible pour les tissus. Il est aussi responsable du processus oxydatif entraînant l’inflammation dans les vaisseaux sanguins, l’activation des plaquettes, une hyper coagulation et une dysfonction endothéliale qui génèrent à leur tour de la constriction et une réduction de l’apport en oxygène et en nutriments au cœur. La combinaison de ces processus amène un déséquilibre entre les apports et les besoins du myocarde ce qui peut favoriser le développement d’un phénomène ischémique ou d’un infarctus (Tonstad, 2019).

1.2 LES INTERVENTIONS EXISTANTES

1.2.1 Stratégies et politiques gouvernementales

Étant donné que le nombre absolu de personnes vivant avec une affection cardiovasculaire est en augmentation, l'optimisation de l'utilisation des ressources professionnelles et le développement de stratégies adaptées s'imposent pour réduire davantage les facteurs de risque modifiables (Agence de santé publique du Canada, 2018). L'OMS (2021), suggère que les principaux domaines d'action au sujet des MCV concernent précisément la réduction des principaux facteurs de risque comportementaux et environnementaux et leurs déterminants sociaux et économiques afin de mettre sur pieds des normes de qualité dans les établissements de soins.

Le Canada et le Québec se démarquent par leurs implications à développer des politiques et des stratégies contre le tabagisme. Depuis les années 90, l'application de plusieurs mesures a permis de réduire l'accès aux produits tabagiques et la prévalence de leurs usages dont l'inclusion du financement des thérapies de sevrage à la nicotine, la hausse de taxes et l'affichage des complications liées à la consommation sur les paquets de cigarettes (Gouvernement du Canada, 2022c). Actuellement au Canada, une stratégie de lutte au tabac est en place. Elle inclut entre autres des investissements pour promouvoir la cessation tabagique auprès les populations chez lesquelles la prévalence de l'usage du tabac est plus marquée, soit, les ménages avec un statut socioéconomique défavorisé, les personnes racisées ainsi que les autochtones. Aussi, la stratégie intègre un volet pour accroître le financement des projets visant à augmenter les connaissances sur les effets de la nicotine et les façons originales de lutter contre le tabagisme (Gouvernement du Canada, 2022c). Par ailleurs, depuis plus de 25 ans, l'application du premier plan d'action québécois en 1995 encadre la lutte contre le tabagisme et fait de notre société l'une des plus proactives à ce sujet (Gouvernement du Québec, 2022b). Au Québec particulièrement, la Loi 44 concernant la lutte contre le tabagisme en est un exemple dont le but est de protéger les jeunes, prévenir l'initiation du comportement ainsi que favoriser l'abandon tabagique (INSPQ, 2015). Concrètement, l'affichage des dangers du tabagisme sur les paquets de cigarettes, la

restriction des périmètres permettant de consommer le tabac, la restriction d'affichage des produits du tabac dans les commerces ainsi que des taxes supplémentaires figurent dans la liste des mesures déployées qui la compose.

Dans ce même ordre d'idée, le gouvernement du Québec a élaboré une orientation précise dans sa Politique gouvernementale de prévention en santé 2015-2025 concernant le renforcement des actions de prévention dans le système de santé et des services sociaux. Un des objectifs est de renforcer l'offre de services préventifs destinés à la population générale et aux populations plus vulnérables. La mesure établie consiste à mettre en place des dispositions visant à réduire l'usage du tabac et à protéger les non-fumeurs de l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement (Gouvernement du Québec, 2022c). Toutes les actions qui permettent de développer les connaissances actuelles sur la clientèle faisant usage du tabac pour optimiser les interventions actuelles en matière de cessation tabagique pourraient avoir un impact favorable dans la réalisation de cette stratégie. Par exemple, la mise à jour du Guide des bonnes pratiques en prévention clinique et sa conversion sous forme d'application Web (Gouvernement du Québec, 2025) est un exemple d'initiative qui émerge de la Politique gouvernementale de prévention en santé.

1.2.2 Interventions dirigées vers les individus

Au Québec, la promotion de la santé et le soutien dans la cessation tabagique sont des responsabilités partagées au sein des professionnels de la santé. Un cadre de référence conjoint sur la pratique professionnelle en abandon du tabac a été élaboré en collaboration avec quatre ordres professionnels ; médecins, infirmières, pharmaciens et inhalothérapeutes (Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec & Québec, 2020). L'objectif étant d'arrimer les actions déployées en matière d'abandon du tabagisme aux priorités gouvernementales et institutionnelles. Outre l'approche pharmacologique pouvant être offerte aux fumeurs, le counseling est abordé. Il s'agit d'intégrer des pratiques qui visent à saisir toutes les occasions pour accompagner et

guider la personne vers sa décision de cesser de fumer et de la considérer comme partenaire impliquée dans la démarche d'abandon du tabac. Un outil clinique est présenté pour soutenir l'action dans le respect de l'individu et de ses intentions. L'évaluation du statut tabagique, sa documentation ainsi que l'évaluation de la volonté, de l'intention et de la motivation font partie des actions soulignées.

La référence à des services d'aide est aussi préconisée. Au Québec, les principaux acteurs sont la ligne téléphonique et le site internet « J'ARRÊTE », ainsi que les centres d'abandon du tabagisme (CAT) (INSPQ, 2024). Les interventions d'accompagnement offertes par ces services sont encadrées par un guide de pratiques visant à soutenir l'abandon du tabagisme qui préconise l'entretien motivationnel entre autres (Gouvernement du Québec, 2015).

Pour l'ensemble des intervenants de proximité, les interventions brèves de counseling concernant l'intention sont recommandées (Li et al., 2021; Reid et al., 2011). Ainsi, après une évaluation du statut tabagique, le point de départ est l'évaluation de l'intention de cesser de fumer pour guider l'action. C'est d'ailleurs la proposition du Cadre de référence conjoint sur les pratiques professionnelles en abandon du tabac (Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec & Québec, 2020).

Plusieurs travaux de recherche au courant des dernières décennies ont été réalisés au sujet des traitements pharmacologiques et des interventions de soutien dans l'arrêt tabagique en prévention secondaire et tertiaire. Les approches se sont développées et améliorées pour optimiser les chances de réussite de la cessation tabagique. Malgré la multitude d'études scientifiques disponibles (Goettler et al., 2020; Höpner et al., 2020; Jimeno Sánchez et al., 2023), il n'y a pas de projets qui se sont intéressés précisément cette clientèle au Québec qui demeurent réfractaire aux avertissements largement diffusés. Contrairement aux postulats de certains modèles, par exemple le modèle des croyances relatives à la santé (Rosenstock et al., 1988), il est impératif de prendre conscience qu'à elle seule, la connaissance des dangers majeurs du tabagisme perçus comme des menaces pour la santé ne suffit pas à convaincre

tous les utilisateurs de cesser de fumer. Des données supplémentaires permettraient de cibler les facteurs impliqués dans la motivation à modifier ce comportement.

1.2.3 Pertinence pour la pratique infirmière et fondement théorique

La démonstration scientifique des conséquences délétères de l'usage du tabac sur le développement des MCV n'est plus à faire. Une meilleure compréhension des caractéristiques de cette population ainsi que l'exploration des facteurs liés à ce phénomène pourraient permettre de mieux comprendre les enjeux, les motivations et les barrières qui sous-tendent les difficultés à effectuer ce changement de comportement et optimiser les approches des intervenants en prévention secondaire et tertiaire.

Selon l'article 39,4 du Code des professions du Québec, la promotion de la santé et la prévention de la maladie auprès des individus, des familles et des collectivités font partie de l'exercice de la profession d'un membre d'un Ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles (Gouvernement du Québec, 2024a). Ainsi, dans un centre hospitalier, la cessation tabagique est souvent une responsabilité partagée entre les différents professionnels du réseau de la santé. Cependant, par leur proximité et leurs champs d'activités variés, les membres de la profession infirmière sont des acteurs privilégiés. En effet, ils sont présents dans de multiples milieux de soins et ce dans toute la trajectoire d'un usager de la première ligne, en passant par l'investigation, l'hospitalisation jusqu'à la sortie de l'hôpital ainsi qu'après un épisode de soins dans un suivi avec une clinique spécialisée.

Selon l'OMS, la prévention primaire se définit par les actions visant à éviter la manifestation d'une maladie (OMS 1999). Ces actions incluent notamment de fournir des informations sur les risques d'un comportement tel que des interventions visant à améliorer la santé en modifiant l'impact des déterminants sociaux et économiques sur la santé. Au Québec, le Guide des bonnes pratiques en prévention clinique (Gouvernement du Québec, 2025) est un outil développé pour soutenir les intervenants de la première ligne des milieux sanitaires. Selon le rapport statistique des effectifs infirmiers de 2022-2023, il s'agit de 18,4

% du personnel infirmier et de 71% au niveau des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) qui y œuvrent (OIIQ, 2023). Considérant l'étendue de la pratique infirmière en première ligne, il n'est pas possible d'assumer que tous les membres disposent des connaissances et des compétences équivalentes en matière de prévention et d'éducation à la santé. Ce guide assure donc l'efficience d'une pratique basée sur les données probantes et son uniformisation en prévention primaire (Roberge, 2021).

En ce qui concerne la prévention secondaire, l'OMS la définit par des actions visant à empêcher l'apparition de la maladie pour une clientèle qui en présente les facteurs de risque. Au niveau tertiaire, il s'agit d'arrêter ou de retarder le développement de la maladie par des actions voulant réduire les conséquences de la maladie par des traitements et interventions adaptés (OMS, 1999). Dans la prise en charge d'une clientèle avec une MCV, la cessation tabagique est une cible d'intervention prioritaire, car elle a le potentiel de diminuer non seulement les conséquences de la maladie qui inclut la survenue d'infarctus, mais aussi le risque de mortalité toutes causes confondues (A. D. Wu et al., 2022). Le Cadre de référence conjoint (Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec & Québec, 2020) permet de promouvoir une pratique de qualité optimale des cliniciens et de reconnaître l'expertise des différents membres des équipes de soins, dont les infirmières. Ceci dit, le fait d'un diagnostic ou d'un suivi favorise certainement un accès privilégié à des ressources spécialisées en abandon du tabac lors d'une hospitalisation ou d'une participation à un programme de réadaptation cardiaque. Cet accès nécessite souvent un référencement par un professionnel. Les stratégies doivent viser à renforcer la systématisation des suivis notamment pour la prévention des rechutes chez les ex-fumeurs (Gouvernement du Québec, 2020b).

Concrètement, les interventions actuelles des infirmières en centre hospitalier qui ne font pas partie de l'équipe de soutien en cessation tabagique officielle semblent se limiter au référencement à une ressource spécialisée et à la gestion des symptômes de sevrage par la prescription d'une thérapie de remplacement de la nicotine par l'équipe médicale ou une IPS. Bien que depuis 2016 l'infirmière puisse prescrire une thérapie de remplacement de la

nicotine, peu d'entre elles s'en sont prévenues. Étant donné que la prise en charge de cette prescription pour les usagers fumeurs en contexte de soins aigus est majoritairement réalisée par l'équipe médicale, l'exposition à cette activité chez l'infirmière est limitée.

La gestion des ressources et le développement de stratégies adaptées s'imposent pour réduire davantage le tabagisme. Optimiser la pratique actuelle en développant une intervention pour outiller toutes les équipes infirmières qui travaillent auprès de cette clientèle à intervenir de façon efficace pourrait certainement favoriser l'impact des mesures actuelles en plus d'enrichir leur pratique professionnelle. Bien que l'interrogation du statut tabagique soit essentielle et recommandée afin de bien cerner le niveau de dépendance d'une personne (Gouvernement du Québec, 2020a), l'évaluation du niveau de motivation est la prémissse de l'intervention en matière de soutien à l'abandon du tabac.

Les décennies de développement en matière d'accompagnement à la cessation tabagique offrent plusieurs possibilités d'approche et d'outils pour structurer la stratégie des infirmières au quotidien. Le paysage théorique composé de modèle de prédiction et de modèle de changement de comportement pour cesser de fumer dans la population générale est varié. Les modèles de prédiction tels que le Modèle de croyances relatives à la santé (Rosenstock et al., 1988) qui s'intéresse aux habitudes de vie et à la perception des individus face aux risques de celles-ci ou encore *l'Approche de l'action raisonnée* (AAR) (Fishbein & Ajzen, 2010) pour laquelle l'adoption d'un comportement repose sur la volonté, les opportunités et les contraintes en sont des exemples. Sinon, on note aussi les théories du changement de comportement, dont la Théorie sociale cognitive (Bandura, 1986) où la motivation repose entre autres sur le sentiment d'efficacité personnelle. En ce qui concerne le Modèle transtheorique (Prochaska & DiClemente, 1983), celui-ci a d'abord été développé pour expliquer les stades par lesquels passent les gens qui désirent cesser de fumer. Il explique l'abandon du tabac par une progression à travers des étapes du changement de comportement (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien et conclusion). Aussi, il propose des stratégies de changement pour favoriser la progression d'un stade à l'autre. Bien qu'il permette de définir à quel stade est la personne, il ne permet

pas d'expliquer pourquoi. Cependant, en précisant le stade de l'individu, il devient possible d'adapter l'intervention à celui-ci (Godin et al., 2012). Dans l'offre de formation continue, l'OIIQ propose une formation intitulée : Counseling en abandon du tabac et thérapies de remplacement de la nicotine. Selon une conseillère pédagogique de l'OIIQ (Roberge, C., communication personnelle, 26 mai 2025), les approches abordées dans cette formation sont l'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2013) et le modèle des 5A. Le modèle des 5A est une approche issue du domaine du marketing (*Aware, Appeal, Ask, Act, Advocate*); prise de conscience, attraction, interrogation, action et recommandation. Un outil émis par l'OMS pour la cessation tabagique dans les soins de santé primaire est d'ailleurs encadré par cette méthode (OMS, 2014). L'utilisation des modèles théoriques permet de bien soutenir et guider les infirmières dans leurs interventions.

L'identification des sources de motivation s'avère un atout pour les intervenants de proximité. Elle permet de cibler les éléments sur lesquels agir pour favoriser la cessation tabagique et son maintien de façon efficace et adapter les stratégies de soutien à la cessation tabagique dans les milieux hospitaliers. Au niveau de la littérature scientifique, des études appuient l'importance de l'intention qui est définie par la motivation à adopter un comportement (Godin, 2012) dans la réussite de la cessation tabagique (Abu-Baker et al., 2010; Berndt et al., 2012) en prévention secondaire des MCV. L'utilisation de l'AAR est d'ailleurs reconnue pour prédire la cessation tabagique pour cette clientèle (Tseng, 2018). La solution proposée dans la présente étude face à cette problématique a été de mettre en place un projet de recherche visant à évaluer la capacité de l'AAR d'identifier les facteurs et croyances associés à l'intention de cesser de fumer chez cette clientèle. La justification de ce choix ainsi que sa description détaillée se trouve dans l'article (Chapitre 3).

1.3 RECENSION DES ÉCRITS

1.3.1 Stratégie de recherche documentaire

La recension des écrits sur l'identification de facteurs impliqués dans la motivation de cesser de fumer a été effectuée à partir d'une recherche documentaire dans les bases de données suivantes : *Medline*, *CINAHL*, *Academic complete search* et *Psychology and Behavioral Sciences collection*. Les mots-clés utilisés étaient: « ("coronary heart disease*" OR "Coronary Disease*" OR "ischemic heart disease*") AND (belie* OR intention* OR motivation* OR behavio* OR attitude*OR influence*) AND ("Tobacco Use Cessation" OR "Smok* Cessation" OR "smok* quit*") OR stop smoking ». Les critères d'inclusion comprenaient : a) des articles en anglais ou en français, b) rapportant des résultats sur l'intention ou le comportement de cesser de fumer chez les personnes avec des MCV, c) publiés à partir de 2006, d) revus par un comité de lecture, et e) présentant un texte intégral disponible. Bien que le vapotage (usage de la cigarette électronique) soit une pratique en hausse comme moyen de substitution de la cigarette (INSPQ, 2021c), les articles ciblant uniquement ce comportement ont été exclus étant donné le manque de données au sujet des conséquences du vapotage par rapport à la consommation de tabac dans le développement des MCV.

Un total de 295 articles a été identifié. Les doublons ont été exclus automatiquement par l'outil de recherche *EBSCOhost* pour toutes les bases de données. Après lecture des titres et résumés, un total de 36 articles a été consulté. De ce nombre, 20 articles ont été retenus pour l'identification de facteurs impliqués dans l'intention de cesser de fumer. Trois autres articles ont été repérés en consultant la liste des références des articles trouvés, pour un nombre total de 23 articles. La stratégie documentaire inclut aussi la consultation de la littérature grise pour les données épidémiologiques, les programmes, les interventions ainsi que les recommandations (ex : INSPQ, OIIQ).

1.3.2 Facteurs associés à la cessation tabagique

Afin de bien catégoriser les différents facteurs répertoriés dans la recension, la Carte de la santé et ses déterminants du Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé a servi de guide (Gouvernement du Québec, 2022a). Les catégories comprennent notamment les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes et le contexte global.

1.3.2.1 Caractéristiques individuelles

Le tabagisme chez la clientèle atteinte de coronaropathie a fait l'objet de plusieurs recherches au courant des dernières décennies. Au niveau des caractéristiques individuelles, le sexe masculin semble être associé à une moindre intention de cesser de fumer chez la clientèle avec cette maladie (Budnik & Opolski, 2015). Il semblerait que les personnes avec des revenus plus élevés ou avec le plus haut niveau de scolarité participent plus constamment aux programmes d'aide (Budnik & Opolski, 2015) et affichent de meilleurs taux de réussite dans la cessation tabagique (Tchicaya et al., 2017). Dans leur étude, Tchicaya et al. (2017) révèlent que le rapport de cotes [RC] de cesser de fumer parmi les personnes dans les catégories de revenu élevé ($RC = 5,62$; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 2,3-14,86) sont significatifs lorsque qu'on les compare à ceux des catégories de revenu faible ($RC = 3,65$; IC à 95% : 1,5- 8,86).

À l'inverse, d'autres ont démontré la relation négative du faible revenu et du bas niveau de scolarité avec l'intention de cesser de fumer (Bo Nielsen et al., 2017; Smith et al., 2018; Sverre et al., 2017; Wang et al., 2008). Des auteurs ont aussi rapporté que l'expérience personnelle d'une MCV influence significativement l'attitude d'une personne face à la cessation tabagique (Andersson et al., 2009). Par contre, le fait qu'elle se présente chez un autre individu de la famille n'est pas un prédicteur de cessation tabagique. Aussi, un statut psychologique caractérisé par la dépression, le stress ou l'anxiété chez un individu est associé à une moins grande intention de cesser de fumer. Une humeur dépressive en début de

programme de soutien serait moins prévalente chez les fumeurs qui réussissent à cesser que ceux qui ne réussissent pas (17,2 % et 35,9 %, $p = 0,03$) (Goettler et al., 2020).

Des auteurs ont souligné que le niveau de dépendance à la cigarette, la fréquence et la durée de consommation sont étroitement liés au niveau d'intention de cesser de fumer après un évènement cardiovasculaire (Chou et al., 2013; Piotrkowska et al., 2022; Wang et al., 2008; Yoon Hee et al., 2022). Selon ces auteurs, les personnes âgées de plus de 60 ans qui fument depuis très longtemps ainsi que celles avec une consommation quotidienne élevée de cigarettes seraient celles qui afficheraient un niveau d'efficacité personnelle le plus faible, cette dernière agissant sur le niveau d'intention. Par ailleurs, la dynamique du renoncement au tabac est complexe. Il n'est pas rare d'observer des périodes de transitions fréquentes chez les personnes qui tentent de cesser de fumer avant de parvenir à la cessation définitive (Statistique Canada, 2015). Selon cette enquête menée au Canada, plus du tiers des personnes qui font une tentative de renoncement rechutent. Par contre, le fait d'avoir déjà fait l'expérience de plusieurs tentatives de cesser de fumer dans le passé serait un prédicteur d'une intention favorable à la cessation tabagique (Høie et al., 2010).

La motivation à cesser de fumer est aussi augmentée par un sentiment d'efficacité personnelle ($\beta = 0,758$; $p = 0,001$) (Bakker et al., 2015) et une perception négative du tabac chez les fumeurs (Chou et al., 2013). Penser que le tabac est néfaste pour sa santé et que celle-ci puisse être améliorée par la cessation tabagique serait un avantage favorable perçu. En effet, des études auprès d'une clientèle en milieu hospitalier avec un diagnostic d'infarctus du myocarde ou de syndrome coronarien aigu ont identifié que la peur associée à l'idée d'une récidive (Bhaumik et al., 2019) ou de subir des complications d'infarctus pendant l'hospitalisation ($RC = 0,37$; IC à 95 % : 0,12–1,12) (Höpner et al., 2020) représente un inconvénient du tabagisme chez les personnes en faveur de la cessation tabagique. Aussi, pour des personnes qui consultaient aux urgences pour une problématique cardiovasculaire, le fait de croire que leur problème cardiaque était directement lié à leur consommation de tabac, était un incitatif à cesser de fumer (Bernstein et al., 2008).

Selon les résultats de l’Enquête québécoise sur le tabac et les produits de vapotage de 2023, divers moyens ont été utilisés par les fumeurs en soutien pour arrêter de fumer au Québec. Entre autres, 34 % ont utilisé des aides pharmacologiques, 30 % ont fait usage de la cigarette électronique et 17 % ont opté pour un suivi offert par un professionnel de la santé (médecin, infirmière, pharmacien ou spécialiste d’un centre d’abandon). Aussi, c’est 31 % de personnes qui fument et d’anciens fumeurs et anciennes fumeuses qui n’ont utilisé aucun moyen de cessation tabagique lors de leur dernière tentative d’arrêt (Institut de la statistique du Québec, 2025).

1.3.2.2 Facteurs liés à des milieux de vie, des systèmes et du contexte global

Au niveau du milieu de vie, certains auteurs ont décrit le lien favorable de la présence d’un soutien social, de la famille ou du conjoint comme un facteur facilitant la cessation tabagique (Abu-Baker et al., 2010; Berndt et al., 2012; Bo Nielsen et al., 2017; Datta et al., 2024; Havranek et al., 2015; Lisy & Thephilah, 2025; Park et al., 2023; Wang et al., 2008). À l’inverse, le fait d’avoir un réseau social, un conjoint ou un parent fumeur est reconnu comme une barrière à la cessation tabagique (Armoon et al., 2022; Berndt et al., 2012; Bo Nielsen et al., 2017; Wang et al., 2008) et comme facteur de l’environnement social ayant un impact défavorable sur l’intention de l’individu (Abu-Baker et al., 2010).

Au niveau des systèmes, l’absence de programme de soutien et les inégalités sociales dans l’accès à ces programmes ont été soulevées de façon négative dans la motivation des individus (Bo Nielsen et al., 2017; Goettler et al., 2020). Aussi, certains auteurs ont identifié chez les professionnels de la santé des compétences insuffisantes comme facteur négatif agissant sur la motivation des individus lors d’un épisode de soins (Bhaumik et al., 2019). D’une part les personnes fumeuses interrogées de cette étude qualitative relatent l’approche confrontante et paternaliste des cardiologues. D’autre part, les cardiologues interrogés dans cette même étude affirment que peu de formations sur le counseling sont offertes dans le cheminement académique pour développer des habiletés et que les opportunités de

formations sont absentes (Bhaumik et al., 2019). Les problèmes d'accès liés aux programmes ou à la qualité du counseling offerts sont présentés comme des barrières perçues chez les fumeurs ayant une maladie coronarienne.

Pour ce qui est de la catégorie du contexte global, le gouvernement québécois y intègre le contexte politique et législatif, économique, démographique, social et culturel, scientifique et technologique ainsi que l'environnement naturel et les écosystèmes (Gouvernement du Québec, 2022a). La recension a mis en lumière un impact de la norme sociale chez les usagers atteints de maladies coronariennes. Le climat négatif entourant la consommation de tabac dans la société est un facteur pouvant décourager les personnes à continuer de fumer (Abu-Baker et al., 2010). Aussi, en ce qui concerne la pandémie, la plupart des consommateurs de tabac de la population générale étaient réceptifs aux messages qui invitaient à cesser de fumer pour se protéger de la COVID-19 (INSPQ, 2021).

Malgré le bassin de littérature scientifique disponible, cette recension n'a pas révélé d'études qui se sont intéressés précisément aux motivations et aux caractéristiques des personnes avec une maladie coronarienne au Québec. Enfin, malgré les stratégies et les mesures qui suggèrent clairement que fumer n'est plus la norme (Gouvernement du Québec, 2020b), il n'y a que peu d'informations au sujet de l'impact de celle-ci sur la cessation tabagique dans les articles examinés.

1.4 BUT ET QUESTION DE RECHERCHE

Le but de cette étude était d'expliquer les déterminants de l'intention de cesser de fumer un mois après l'examen chez une clientèle soumise à une coronarographie. Pour procéder à une coronarographie, une personne doit présenter des facteurs de risque de MCV, des symptômes ou une MCV. L'examen diagnostique peut être réalisé en électif pour des personnes en ambulatoire mais aussi chez celles hospitalisées. Les questions de recherche étaient les suivantes : 1) quels sont les déterminants psychosociaux, comportementaux, cliniques et sociodémographiques de l'intention de cesser de fumer chez les personnes

soumises à une coronarographie et, 2) quelles sont les croyances les plus fortement associées à l'intention de cesser de fumer?

En plus d'exposer les dimensions conceptuelles du projet, ce chapitre a révélé le portrait actuel du Québec en matière de tabagisme, son impact relatif aux MCV, les interventions actuelles ainsi que la pertinence du projet pour les sciences infirmières. Le personnel infirmier, avec l'étendue de son champ d'exercices et sa proximité avec les usagers du réseau de la santé, est incontestablement une ressource essentielle pour optimiser le soutien offert aux fumeurs.

CHAPITRE 2

COMPLÉMENT DE MÉTHODE

Ce chapitre propose un complément à la section *Méthode* présentée dans l'article soumis (Chapitre 3) afin d'expliquer ou approfondir certains éléments. Les sujets abordés seront la proposition initiale et son adaptation, les considérations éthiques ainsi que les obstacles rencontrés et les amendements au protocole de recherche.

2.1 PROPOSITION INITIALE

Le projet a été développé avec la proposition de départ de répondre aux exigences requises par un devis corrélational prédictif et a été accepté par les comités d'éthique de la recherche (CÉR) du centre hospitalier (Annexe I) et de l'université (Annexe II). Les obstacles rencontrés dans le recrutement, comprenant les requêtes du CÉR de l'IUCPQ, les difficultés inhérentes à l'identification des personnes participantes potentielles et les aspects technologiques ont mené à des modifications. Étant donné les difficultés rencontrées, un devis corrélational transversal explicatif a été finalement privilégié.

La taille de l'échantillon avait été calculée a priori à l'aide du logiciel G*Power 3.1 (Faul et al., 2007) afin de connaître la puissance statistique nécessaire pour identifier les déterminants de l'intention. En considérant les variables à l'étude reposant sur l'AAR, soit les facteurs psychosociaux (variables indépendantes) au nombre de six qui comprennent l'attitude, la norme perçue, la perception de contrôle et leurs croyances relatives (comportementales, normatives et de contrôle) ainsi que le comportement passé à mettre en relation avec l'intention (variable dépendante), le type d'analyse à effectuer avec un seuil de signification bilatéral (a) de 0,05, une puissance statistique (b) de 0,80, une taille moyenne d'effet ($f^2 = 0,15$) par convention de Cohen (1992), la taille d'échantillon calculée était de

103 personnes participantes. À ce nombre, un ajout de 10 % pour l'attrition potentielle avait été considéré. Un total de 113 participants était initialement prévu.

Les variables mesurées, en l'occurrence les caractéristiques des personnes participantes ainsi que les variables psychosociales et comportementales et les spécifications quant à leurs formulations, sont présentées dans l'article au Chapitre 3. La collecte de données a été effectuée à l'aide d'un questionnaire électronique auto administré (*Lime Survey*) développé par l'étudiante-chercheuse (Annexe III). L'analyse des données est décrite dans l'article au Chapitre 3.

Étant donné les difficultés d'atteindre la taille de l'échantillon dans un délai réaliste à l'accomplissement d'un projet de maîtrise, et ce, malgré les modifications apportées au protocole, un total de 50 questionnaires complets a été utilisé pour procéder aux analyses statistiques. L'étude a permis d'identifier des déterminants de l'intention de cesser de fumer en milieu clinique à l'aide de l'AAR.

2.2 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

En guise de compensation pour le temps investi à la complétion du questionnaire en ligne, un tirage de deux cartes-cadeaux dans une librairie d'une valeur de 50 \$ a été prévu. Pour participer à ce tirage, les personnes participantes étaient invitées par un lien spécifique en fin de questionnaire à inscrire leurs coordonnées personnelles. Ces coordonnées étant récoltées sur un deuxième questionnaire, aucune correspondance ne pouvait être établie entre celles-ci et les données des personnes participantes. Les coordonnées ont été traitées de façon confidentielle et conservées sur le serveur sécurisé de l'UQAR dans un fichier différent des données du projet.

2.2.1 Obstacles rencontrés et amendements au protocole

Plusieurs obstacles ont amené la nécessité de procéder à des modifications pour optimiser le recrutement. Afin de répondre aux exigences du CÉR, un feuillet avec un code QR remis aux personnes participantes potentielles a été utilisé (Annexe IV) avec les coordonnées de l'étudiante afin qu'ils remplissent le questionnaire à leur guise pendant le séjour ou bien à leur retour à la maison. Après quelques semaines de recrutement, le constat était qu'aucune participation n'était observée sur la plateforme *Limesurvey*. En remettant le feuillet en main propre à quelques personnes participantes potentielles, la discussion avec eux a permis de mettre en lumière des éléments problématiques. Premièrement, toutes les personnes n'ont pas nécessairement accès à internet sur leur téléphone cellulaire ou à leur domicile. De plus, le fait de cibler les usagers des milieux ambulatoires seulement limitait le bassin possible de fumeurs parmi les usagers devant subir une coronarographie. Par ailleurs, si une hospitalisation devenait nécessaire à l'issue de la coronarographie, l'usager qui transférait alors sur une unité de soins régulière qui n'était pas indiquée au protocole approuvé par le CÉR rendait son recrutement impossible si le feuillet n'avait pas été reçu au préalable. Aussi, les milieux de soins étant presque tous en surcharge de travail et sous tension en termes de capacité, peu de participation des intervenants sollicités a été observée dans l'identification des personnes participantes potentielles malgré la demande. Également, bien que cette liste ne soit pas exhaustive, plusieurs autres variables entrent en ligne de compte dans la logistique pour établir le contact avec un usager : le moment d'arrivée et de départ, sa région de résidence, son rang planifié sur la liste pour l'examen, la survenue d'urgence intercalée dans ce rang préétabli, la durée de l'examen ou encore la survenue d'une complication. Par ailleurs, l'identification des usagers devant subir ou ayant subi une coronarographie était plutôt simple, mais l'identification des fumeurs parmi eux nécessitait du temps et devait être coordonnée préféablement après que l'examen soit réalisé considérant une question relative aux résultats de cet examen. Cette particularité venait alourdir le processus en imposant que le questionnaire soit rempli à un moment déterminé par celui de l'examen. Considérant que le délai de l'examen est variable d'un individu à l'autre, cette information était impossible à obtenir avec exactitude. Toutes ces variables

amenaient une imprévisibilité dans le moment où l'usager était identifié, ce qui explique que certains ne l'étaient pas systématiquement.

La première demande de modification au protocole était constituée de la possibilité de prêter une tablette connectée au réseau WI-FI du centre hospitalier, acquise par l'étudiante, afin que les personnes participantes puissent remplir le questionnaire pendant leur présence à l'hôpital. La tablette est plus conviviale pour remplir le questionnaire en comparaison au téléphone cellulaire dont l'écran est plus petit. Aussi, afin d'élargir le bassin de personnes participantes potentielles, une demande de remettre les feuillets sur une unité supplémentaire d'hospitalisation en cardiologie a été faite.

Après les amendements demandés et acceptés par les CÉR du centre hospitalier et de l'université, la mise en place des nouvelles mesures a amélioré le recrutement légèrement. D'autres constats émergeaient tout de même tels que le fait que plusieurs personnes participantes avaient besoin d'aide pour utiliser un code QR. Ceci nous informe que bien que l'utilisation de la technologie est répandue et mise de l'avant, toutes les personnes n'ont pas nécessairement le niveau d'habiletés technologiques adapté à une utilisation confortable d'un questionnaire en ligne. Ce constat laissait émerger la possibilité qu'une partie de la clientèle visée pouvait s'abstenir de participer, car elle n'était pas à l'aise avec le mode d'administration du questionnaire. Aussi, au total, une quinzaine de questionnaires ont été ouverts, mais n'ont pas été remplis. Bien qu'on ne puisse pas exclure que la personne participante ait simplement arrêté sa participation, on ne peut pas faire abstraction de la possibilité d'un problème technique ou de compréhension de la structure du questionnaire en ligne.

Également, les MCV étant une des principales causes d'hospitalisation, les lits sur les unités spécifiques de cardiologie ne suffisent pas toujours. Certains usagers se retrouvent donc sur des unités à vocation différente qui n'étaient pas incluses dans la convenance au protocole au début du projet, rendant ainsi leur recrutement impossible. Ainsi le deuxième amendement demandé au CÉR était constitué de l'ajout de la possibilité de procéder à l'administration du questionnaire sous forme d'entrevue et par questionnaire

papier pour mieux répondre au besoin d'accompagnement de certains ainsi que d'élargir la possibilité de recruter sur toutes les unités pouvant accueillir des usagers en cardiologie.

Ce chapitre a évoqué différents aspects méthodologiques pour mettre en contexte le déroulement du projet. Les précisions sur les éléments de la méthode qui concernent les variables mesurées et leurs analyses seront abordées dans l'article tout comme les principaux résultats et leurs interprétations. Le chapitre suivant présente l'article soumis qui est actuellement en processus d'évaluation par les pairs.

CHAPITRE 3

ARTICLE SOUMIS : DÉTERMINANTS DE L'INTENTION DE CESSER CHEZ UNE CLIENTÈLE SOUMISE À UNE CORONAROGRAPHIE

Introduction : Malgré les risques accusés du tabagisme chez les personnes ayant un problème cardiovasculaire, la prévalence de ce comportement demeure préoccupante. En prévention secondaire, la cessation tabagique est essentielle pour améliorer leur pronostic. Comprendre leurs motivations et caractéristiques est un levier crucial pour favoriser l'arrêt du tabac. **But :** Cette étude visait à expliquer les déterminants de l'intention de cesser de fumer après une coronarographie auprès des personnes fumeuses soumises à une coronarographie. **Méthode :** 50 usagers fumeurs ($M=62,1$ ans ; $ET 10,7$) dans un centre tertiaire de cardiologie (Québec, Canada) ont répondu à un questionnaire autoadministré basé sur *l'Approche de l'action raisonnée* (AAR). Des régressions linéaires multiples ont permis d'identifier les déterminants de l'intention de cesser de fumer ainsi que les croyances les plus fortement associées à cette intention. **Résultats :** L'intention de cesser de fumer était plutôt favorable ($M = 5,4/7$; $ET 1,27$). Les analyses de régression linéaire révèlent que la perception de contrôle ($\beta = 0,51$, $p < 0,001$) et la norme subjective ($\beta = 0,39$, $p = 0,02$) étaient associées à l'intention. Le modèle complet explique 59 % de la variance de l'intention. Aucune variable sociodémographique, clinique ou comportementale n'était associée à l'intention. La croyance qu'il est possible de cesser de fumer malgré les symptômes de sevrage était la seule fortement associée à l'intention ($\beta = 0,31$; $p = 0,01$). **Discussion/Conclusion :** Ces résultats suggèrent des déterminants pouvant orienter le développement d'interventions pour favoriser l'arrêt tabagique chez cette population.

Cet article a été soumis à la revue *Science infirmière et pratiques en santé*. Une demande de révisions mineures est en cours au moment de déposer ce mémoire. En tant que première auteure, j'ai conçu l'étude avec l'encadrement et la collaboration de la deuxième auteure, la professeure Danielle Boucher. Nous avons participé à l'ensemble des étapes du projet de façon significative. La troisième auteure, la professeure Dominique Beaulieu a intégré le projet à la création du questionnaire avec une contribution significative pour l'élaboration de la méthode, la révision des outils et du manuscrit. La quatrième auteure, la professeure Maria Cécilia Gallani a révisé la méthode, le questionnaire et le manuscrit. Elle m'a également soutenu dans les démarches au CÉR du centre hospitalier (CH). J'ai recruté les personnes admissibles, collecté les données et leurs analyses ont été faites par la

cinquième auteure, la statisticienne Camille Brault-Tremblay et révisées par le sixième auteur, le biostatisticien Stéphane Turcotte. J'ai rédigé l'ébauche du manuscrit. Les professeures Danielle Boucher, Dominique Beaulieu et Maria Cécilia Gallani ont révisé le contenu avec une contribution significative. Toutes les personnes autrices ont révisé et approuvé la version finale du manuscrit. Les résultats du projet ont fait l'objet d'une présentation par affiche (Pomerleau et al., 2024) et seront présentés au personnel infirmier du milieu de recherche.

Introduction

Le tabagisme constitue un problème majeur de santé publique, responsable de la mort de près de la moitié des utilisateurs qui n'en cessent pas l'usage (Organisation mondiale de la Santé, 2025). Il est aussi un facteur de risque reconnu dans le développement et l'évolution de plusieurs maladies chroniques dont les maladies cardiovasculaires (OMS, 2021). À l'échelle mondiale, un décès sur cinq dû à une maladie cardiaque est lié au tabagisme (OMS, 2020). Au Canada, chez les individus âgés de 25 ans et plus, la prévalence du tabagisme était de trois millions en 2020, soit 11 % de la population (hommes 13 %; femmes 9 %) (Gouvernement du Canada, 2022a).

Au Canada, les maladies cardiovasculaires sont la deuxième cause de décès et elles constituent une des principales causes d'hospitalisation (Gouvernement du Canada, 2022b). Le fait de continuer à fumer après un évènement cardiovasculaire tel qu'une défaillance cardiaque augmente le taux de mortalité de 38,4 % (RC = 1,384; IC à 95 % : 1,139–1,681)) et de réadmission de 44,8 % (RC = 1,448; IC à 95 % : 1,086–1,930) (Son & Lee, 2020). Cependant, chez une personne fumeuse qui reçoit un diagnostic de maladie coronarienne, la cessation tabagique permet de réduire considérablement le risque d'événements graves, notamment les crises cardiaques. En effet, le risque de récidive d'infarctus est significativement plus faible chez les personnes ayant cessé de fumer que chez celles qui persistent (Goettler et al., 2020).

Ces données mettent en évidence l'importance cruciale de promouvoir activement l'arrêt tabagique après un évènement cardiaque. Or, certaines circonstances peuvent favoriser davantage cette démarche notamment par l'implication de l'équipe infirmière dans l'accompagnement aux modifications des habitudes de vie. Un épisode de soins représente une occasion unique de modifier les pensées et d'influencer positivement la modification de comportements liés à la santé (Godin & Gagné, 2012). En ce sens, le contexte de soins en milieu hospitalier, notamment la réalisation d'une intervention comme la coronarographie constitue une expérience marquante, pouvant générer de l'anxiété (Dallaire-Habel et al., 2024; Ratté et al., 2021). Ce contexte peut favoriser une remise en question des habitudes de

vie, comme l'usage du tabagisme (Höpner et al., 2020). Ainsi, en plus de permettre d'accéder à un échantillon de la population cible, cette période peut représenter une fenêtre d'opportunité unique pour intervenir et maximiser l'impact des stratégies promouvant la cessation tabagique (Bernstein et al., 2008; Jimeno Sánchez et al., 2023; Streck et al., 2024).

Avant d'intervenir, il est essentiel de comprendre les facteurs sous-jacents au comportement ciblé. De nombreuses études ont exploré les déterminants du comportement du tabagisme chez la population générale, notamment les caractéristiques sociodémographiques et sociales (Armoon et al., 2022; Samim et al., 2018). Par ailleurs, certaines études ont examiné ce comportement chez les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires en prenant en compte des caractéristiques individuelles, environnementales et liées à l'expérience vécue (Höpner et al., 2020; Sverre et al., 2017). Toutefois, peu de travaux se sont penchés sur les facteurs motivant un changement de comportement après une intervention telle que la coronarographie. De plus, aucune étude visant à identifier les facteurs déterminants du tabagisme chez les personnes atteintes d'une maladie coronarienne au Québec ni celles ayant subi une coronarographie à des fins diagnostiques ou thérapeutiques n'a été identifiée. Une meilleure compréhension de l'influence des déterminants sur l'intention d'arrêter de fumer chez une clientèle ayant subi cette intervention permettrait d'orienter efficacement les stratégies d'accompagnement utilisées par les professionnels de la santé, particulièrement l'équipe infirmière. Par leur proximité avec la clientèle et le fait qu'elles interviennent à presque toutes les étapes d'un épisode de soins, cette équipe est un acteur clé pour agir en prévention.

Ainsi, cette étude visait à expliquer les déterminants de l'intention de cesser de fumer chez les personnes fumeuses soumises à une coronarographie. Les questions de recherche étaient les suivantes : 1) quels sont les déterminants psychosociaux, comportementaux, cliniques et sociodémographiques de l'intention de cesser de fumer chez les personnes soumises à une coronarographie et, 2) quelles sont les croyances les plus fortement associées à l'intention de cesser de fumer ?

Méthode

Cadre théorique

L'Approche de l'action raisonnée (AAR) de Fishbein et Ajzen (2010) et sa précédente version, la Théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) sont des cadres théoriques de prédiction largement utilisés dans le domaine de la santé (Armitage & Conner, 2001; McEachan et al., 2016) pour leur efficacité à prédire différents comportements liés à la santé notamment celui de la cessation tabagique auprès de différentes populations (Blankers et al., 2016; Tapera et al., 2020; Tseng et al., 2018). Selon l'AAR, les construits directs sont les variables qui exercent une influence sur l'intention sont l'attitude (c.-à-d. les réponses cognitives [attitude cognitive] et émotionnelles [attitude affective] à l'idée d'adopter le comportement, la norme perçue (c.-à-d. l'opinion de l'entourage de la personne [norme subjective] de même que la perception de la prévalence du comportement dans l'entourage de la personne [norme descriptive]), et la perception de contrôle (c.-à-d. la capacité et le niveau d'autonomie perçus de la personne à adopter le comportement) (Fishbein & Ajzen, 2010). Ces trois variables sont influencées par les construits indirects, c'est-à-dire certaines croyances sous-jacentes soit les croyances comportementales (avantages et désavantages perçus) pour l'attitude, les croyances normatives (sentiment d'approbation de certaines personnes ou groupes spécifiques) pour la norme perçue et les croyances de contrôle (barrières et facteurs facilitants perçus) pour la perception de contrôle (Fishbein & Ajzen, 2010).

Devis et personnes participantes

Un devis corrélationnel transversal explicatif a été utilisé. La population cible était constituée des patients fumeurs soumis à une coronarographie dans un centre de soins tertiaires de cardiologie de la province de Québec (Canada). Un échantillonnage non probabiliste de convenance a été utilisé. Les critères d'inclusion étaient ; être âgé de 18 ans et plus au moment de l'examen ; être en mesure de lire et comprendre le français et avoir

fumé au minimum une cigarette par jour durant les 30 derniers jours. Le recrutement s'est déroulé sur une période de 14 mois de mars 2023 à avril 2024.

Variables mesurées

Dix variables sociodémographiques, cliniques et comportementales ont été mesurées : l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le revenu, le statut matrimonial, le lieu de résidence, le résultat de l'examen de la coronarographie, l'âge de l'initiation tabagique, le nombre de cigarettes consommées par jour et le comportement passé soit le nombre de tentatives de cesser de fumer. Bien que le comportement passé soit une variable externe au modèle théorique de l'AAR, une étude a démontré qu'il pouvait expliquer 8 % de la variance de l'intention de cesser de fumer chez une population d'étudiants fumeurs au quotidien (Høie et al., 2010).

Le comportement a été défini selon les quatre composantes recommandées par Fishbein et Ajzen (2010) soit la cible (cesser), l'action (de fumer la cigarette), le contexte (définitivement) et le temps (au cours du mois suivant la coronarographie). Les variables issues de l'AAR ont été mesurées, soit l'intention comme variable dépendante ainsi que les autres variables indépendantes suivantes; l'attitude, les normes perçues (descriptive et subjective), la perception de contrôle (autonomie et capacité), les croyances comportementales (avantages et désavantages), les croyances normatives et les croyances liées au contrôle (barrières et les facilitateurs) (Figure 1 et Tableau 1). La formulation des items s'inspirait des recommandations des auteurs de l'AAR (Fishbein & Ajzen, 2010) et de Gagné et Godin (2012) ainsi que des croyances identifiées dans la recension des écrits (voir Tableau 1). Pour favoriser la variabilité des réponses, une échelle de type Likert à sept points a été utilisée (ex : extrêmement en désaccord à extrêmement d'accord), à l'exception de l'attitude où une échelle à différenciateurs sémantiques à sept niveaux a été appliquée. Au total, 40 questions ou énoncés ont été mesurés.

Le contenu des items a été revu par trois expertes dans le développement de questionnaires psychosociaux. Par la suite, l'outil a aussi été préexpérimenté auprès de trois personnes représentantes de la population cible afin de vérifier la clarté des consignes et des questions, l'exhaustivité des choix de réponse et déterminer le temps requis pour répondre au questionnaire. Cette étape n'a soulevé aucun enjeu qui nécessitait d'effectuer une modification à l'outils.

Figure 1

Cadre théorique adapté de l'Approche de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 2010)

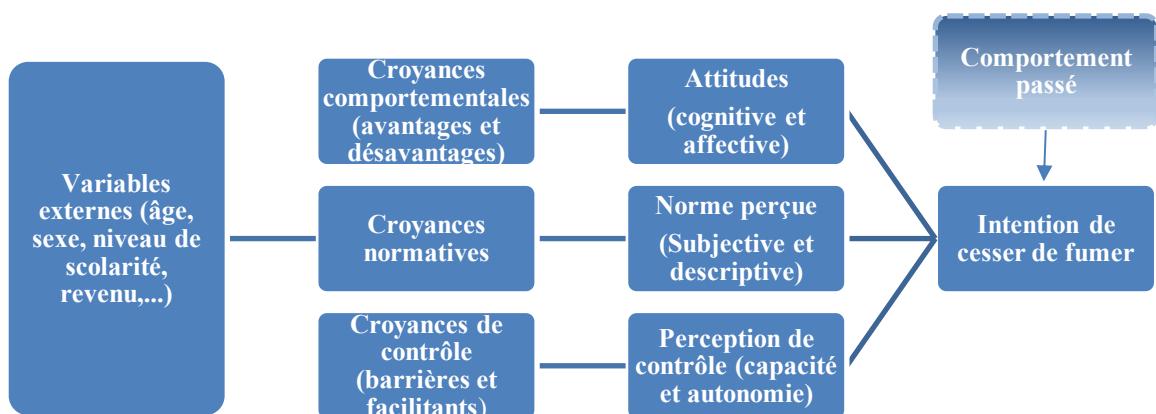


Tableau 1
Questionnaire des variables psychosociales

| Variables | Nombre d'énoncés | Exemples d'énoncés | Exemples de réponses | Coefficient ^a | Moyenne (ÉT) ^b |
|----------------------------|------------------|--|---|--------------------------|---------------------------|
| Intention | 3 | J'ai l'intention de cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie | Extrêmement en désaccord à Extrêmement en accord | 0,77 ¹ | 5,4 (1,2) |
| Attitude | 4 | | | 0,88 ¹ | 5,6 (1,2) |
| Dimension cognitive | 2 | Cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie serait pour moi ... | Extrêmement nuisible à Extrêmement bénéfique | 0,81 ² | 6,0 (1,1) |
| Dimension affective | 2 | Cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie serait pour moi ... | Extrêmement satisfaisant à Extrêmement insatisfaisant | 0,52 ² | 5,2 (1,4) |
| Croyances comportementales | 5 | | | | |
| Avantages | 4 | Cesser de fumer...m'éviterait de développer et/ou aggraver une maladie cardiaque | Extrêmement en désaccord à Extrêmement en accord | n/a | n/a |
| Désavantage | 1 | Cesser de fumer ... impliquerait d'avoir des symptômes de sevrage | Extrêmement en désaccord à Extrêmement en accord | n/a | n/a |
| Norme perçue | 5 | | | 0,72 ¹ | 5,6 (0,9) |

| | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|-------------------|-----------|--|
| | | | | | | |
| Norme subjective | 2 | La plupart des personnes importantes pour moi approuveraient que je cesse de fumer ... | Extrêmement en désaccord à Extrêmement en accord | 0,65 ² | 6,4 (0,9) | |
| Norme descriptive | 3 | La plupart des personnes ayant les mêmes problèmes de santé que moi cessent de fumer dans le mois suivant une coronarographie | Extrêmement en désaccord à Extrêmement en accord | 0,73 ² | 4,8 (1,3) | |
| Croyances normatives | 3 | | | | | |
| | | Ma famille approuverait que je cesse de fumer au cours du mois suivant la coronarographie | Extrêmement en désaccord à Extrêmement en accord | n/a | n/a | |
| Perception de contrôle | 4 | | | 0,77 ¹ | 4,7 (1,2) | |
| Capacité | 2 | Je me sens capable de surmonter les difficultés qui pourraient m'empêcher de cesser de fumer... | Extrêmement en désaccord à Extrêmement en accord | 0,22 | 4,1 (1,1) | |
| Autonomie | 2 | Il n'en tient qu'à moi de cesser de fumer au courant du mois suivant la coronarographie | Extrêmement en désaccord à Extrêmement en accord | 0,66 ² | 5,4 (1,5) | |
| Croyances liées au contrôle | 5 | | | | | |

| | | | | | |
|-------------|---|--|--|-----|-----|
| Barrières | 3 | Je me sentirais capable de cesser de fumer ...même si j'étais en contact avec des personnes qui fument | Extrêmement en désaccord à Extrêmement en accord | n/a | n/a |
| | | Ce serait plus facile de cesser de fumer au cours du mois ... si je connaissais des ressources (organismes ou personnes) qui seraient prêtes à m'aider | Extrêmement en désaccord à Extrêmement en accord | | |
| Facilitants | 2 | | | n/a | n/a |
| | | | | | |

Note : ÉT = écart-type; n/a = non applicable

^a Coefficients alpha de Cronbach¹ pour les variables avec trois items et plus et coefficients de corrélation de Spearman² pour les variables avec deux items;

^b Valeurs possibles sur une échelle de 1 à 7 points (1 à 3 = négatif; 4 = neutre; 5 à 7 = positif).

Recrutement et procédure de collecte des données

Le projet a été approuvé par les comités d'éthique de la recherche de l'établissement hospitalier (# 2023-3851) et de l'université d'attache de la chercheure principale (# 2023-266). Toute la clientèle en cardiologie a été considérée dans le recrutement. L'identification des personnes participantes potentielles s'est faite auprès de l'équipe infirmière responsable des usagers en attente de coronarographie à partir de la liste d'attente quotidienne affichée sur les départements. Les équipes infirmières concernées ont été consultées pour établir le statut de tabagique des personnes participantes potentielles. Un feuillet d'information était distribué aux personnes participantes qui présentaient les critères d'inclusion. Un code QR permettait d'accéder à l'information sur le projet et au consentement. La collecte de données a été effectuée à l'aide d'un questionnaire électronique (*Lime Survey*), autoadministré ou par entrevue individuelle selon les habiletés technologiques ou la préférence de la personne participante. Une tablette électronique connectée au réseau internet a été utilisée pour faciliter la collecte de données.

Analyses statistiques

Des analyses descriptives (ex; fréquence, moyenne, écart-type [ÉT]) ont été effectuées. Des corrélations de Pearson ou de Spearman, selon la nature et la distribution des variables, ont permis de vérifier le degré d'association bivariée entre les variables mesurées. Les variables psychosociales ont fait l'objet d'analyses de la cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach ou de Spearman pour les variables ayant deux items) afin de vérifier l'homogénéité des mesures. Des analyses de régression linéaire multiple en trois étapes ont permis d'identifier les déterminants de l'intention. À la première étape, les attitudes affective et cognitive, les normes subjective et descriptive et la perception de contrôle ont été incluses dans le modèle. À la deuxième étape, le comportement passé a été ajouté. La troisième étape prévoyait ajouter au modèle les variables sociodémographiques et cliniques significativement corrélées avec l'intention. Le pourcentage de variance de l'intention

expliquée par le modèle a été calculé. Finalement, une autre série d'analyses de régression linéaire multiple a été effectuée selon la procédure recommandée par Von Haeften et al. (2001) pour identifier les croyances significativement associées à l'intention de cesser de fumer. Cette procédure consiste à réaliser une analyse de régression en considérant l'intention comme variable dépendante et les croyances reliées à des construits directs significatifs comme variables indépendantes. Pour l'ensemble des analyses, le seuil de signification statistique a été fixé à $p < 0,05$. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS, version 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA).

Résultats

Description de l'échantillon

Un total de 65 questionnaires en ligne a été amorcé sur *Limesurvey*. Les questionnaires qui comportaient plus de la moitié des réponses manquantes ont été retirés ($n = 14$). L'échantillon final utilisé pour faire les analyses comprenait 50 questionnaires. Seulement deux items des croyances comportementales présentaient une donnée manquante ($n = 49$). L'échantillon était composé majoritairement composé d'hommes (66 %). La moyenne d'âge était de 62,1 années (ÉT 10,7). La plupart des personnes participantes (58 %) étaient en couple (conjoints de fait ou mariés) et résidaient en milieu urbain (66 %). L'angioplastie a été le traitement reçu le plus souvent (44 %) à l'issue de la coronarographie (Tableau 2).

Tableau 2
Description de l'échantillon (n = 50)

| Variables | M (ÉT) | n † | % |
|---|-------------|-----|----|
| Femme | | 16 | 32 |
| Homme | | 33 | 66 |
| Âge | 62,1 (10,7) | | |
| Revenu (\$CAN) | | | |
| < 40 000\$ | | 19 | 38 |
| ≥ 40 000\$ | | 22 | 44 |
| Préfère ne pas répondre | | 9 | 18 |
| Scolarité | | | |
| Primaire ou secondaire | | 21 | 42 |
| Collégiale/Professionnelle/Universitaire | | 25 | 50 |
| État civil | | | |
| Célibataire | | 15 | 30 |
| Conjoint de fait/marié | | 29 | 58 |
| Séparé/Divorcé/Veuf | | 5 | 10 |
| Lieu de résidence | | | |
| Urbain | | 33 | 66 |
| Rural | | 15 | 30 |
| Résultat de la coronarographie | | | |
| Normal | | 10 | 20 |
| Traitements pharmacologiques | | 5 | 10 |
| Angioplastie | | 22 | 44 |
| Chirurgie de pontage | | 10 | 20 |
| Je ne sais pas | | 3 | 6 |
| Nombre de cigarette(s) fumée(s) par jour | 18,5 (9,4) | | |
| Âge au moment du début du comportement de fumer | 16,1 (5,9) | | |
| Tentative de cesser de fumer effectuée | | | |
| Oui | | 48 | 96 |
| Non | | 2 | 4 |
| Nombre de tentatives | 3,1 (2,1) | | |

Note : M = moyenne, ÉT = écart-type;

† Le total peut être différent de 50 en raison de données manquantes.

Comportement tabagique

Chez les personnes participantes, la consommation moyenne de cigarettes par jour s'élevait à 18,5 (ÉT 9,36). Les répondants avaient commencé à fumer en moyenne à l'âge de 16,1 ans (ÉT 5,85). Pour ce qui est du comportement passé, la majorité de l'échantillon (96 %) avait déjà fait au moins une tentative de cesser de fumer et le nombre de tentatives moyen s'élevait à 3,08 (ÉT 2,05) (Tableau 2).

Variables psychosociales et déterminants de l'intention

Les coefficients alpha de Cronbach ou corrélations de Spearman des variables sont présentés au Tableau 1. Les résultats indiquent que les personnes participantes avaient une intention plutôt favorable de cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie ($M = 5,4$; ÉT 1,2 sur une échelle de 1 à 7 points). Les personnes participantes démontraient aussi une attitude positive à l'idée de cesser de fumer. Concernant la perception de contrôle, en moyenne, les répondants avaient une opinion neutre à plutôt favorable par rapport au fait de cesser de fumer. La norme perçue démontre que les personnes participantes accordaient une importance plutôt favorable à l'opinion et au comportement des gens significatifs pour eux concernant le fait de cesser de fumer (Tableau 1).

Les analyses de corrélation entre l'intention de cesser de fumer et l'ensemble des variables sociodémographiques, cliniques et comportementales (nombre de cigarettes consommées par jour, âge au début de la consommation et les tentatives passées et leur nombre) n'ont révélé aucune association statistiquement significative. Cependant, toutes les corrélations entre l'intention et les variables psychosociales (construits directs) étaient statistiquement significatives avec des magnitudes faibles à modérées ($r = 0,35$ à $0,63$, $p < 0,05$) (Dancey et al., 2012) (Tableau 3).

Tableau 3*Matrice de corrélation de Pearson entre les variables psychosociales (n = 50)*

| Variables | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|--------------------------------------|---|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|-------------|
| 1. Intention | | | | | | | | | |
| 2. Attitude globale | | 0,45* | | | | | | | |
| 3. Attitude affective | | 0,35 | 0,95 | | | | | | |
| 4. Attitude cognitive | | 0,50 | 0,91 | 0,73 | | | | | |
| 5. Norme globale | | 0,56 | 0,36 | 0,22 | 0,49 | | | | |
| 6. Norme subjective | | 0,63 | 0,45 | 0,33 | 0,52 | 0,76 | | | |
| 7. Norme descriptive | | 0,37 | 0,21 | 0,09 | 0,34 | 0,90 | 0,40 | | |
| 8. Perception de contrôle globale | | 0,63 | 0,34 | 0,33 | 0,30 | 0,17 | 0,39 | -0,03 | |
| 9. Perception de contrôle capacité | | 0,62 | 0,37 | 0,39 | 0,29 | 0,09 | 0,41 | -0,15 | 0,84 |
| 10. Perception de contrôle autonomie | | 0,52 | 0,25 | 0,22 | 0,24 | 0,19 | 0,30 | 0,07 | 0,92 |
| | | | | | | | | | 0,56 |

* Les corrélations statistiquement significatives à $p < 0,05$ sont indiquées en caractères gras.

Les cinq variables psychosociales ont été entrées dans le modèle de régression linéaire hiérarchique à l'étape 1 ($n = 50$). L'ajout du comportement passé au modèle initial à l'étape deux n'a pas eu d'effet significatif sur l'intention. De plus, l'étape trois n'a pas été réalisée étant donné que les variables sociodémographiques, cliniques et comportementales n'étaient pas associées à l'intention de façon statistiquement significative. Les résultats des analyses de régression linéaire multiple révèlent que la perception de contrôle ($\beta = 0,51$; $p < 0,0001$) et la norme subjective ($\beta = 0,39$; $p = 0,02$) étaient les déterminants statistiquement significatifs de l'intention de cesser de fumer. La perception de contrôle fait référence à la capacité d'adopter le comportement (ex : je me sens capable de surmonter les difficultés liées au sevrage...) et la dimension autonomie (ex : il n'en tient qu'à moi de cesser de fumer...).

Pour sa part, la norme subjective fait référence à l'opinion de l'entourage (ex : la plupart des personnes importantes pour moi approuveraient que je cesse de fumer...). Le modèle complet explique 59 % de la variance de l'intention (Tableau 4).

Tableau 4

Régressions linéaires des déterminants de l'intention de cesser de fumer (n = 50)

| Variables | Coefficient de régression (β) | Valeur p |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Attitude affective | -0,04 | 0,73 |
| Attitude cognitive | 0,20 | 0,26 |
| Norme subjective | 0,39 | 0,02* |
| Norme descriptive | 0,20 | 0,06 |
| Perception de contrôle globale | 0,51 | < 0,0001* |
| R ² ajusté | 0,59 | |
| Valeur p (modèle) | | < 0,0001 |

* Les coefficients de régression sont statistiquement significatifs à $p < 0,05$ et sont indiqués en caractères gras.

Croyance modérément associée à l'intention

Suite aux analyses de corrélation et de régression en trois étapes réalisées, la seule croyance ayant une relation statistiquement significative avec l'intention de cesser de fumer était la barrière suivante : « je me sentirais capable de cesser de fumer...même si j'avais des symptômes de sevrage » ($\beta = 0,31$; $p = 0,01$).

Discussion

Cette étude visait à expliquer les déterminants de l'intention de cesser de fumer chez les usagers soumis une coronarographie diagnostique ou à des fins thérapeutiques. Concernant les variables de l'AAR, l'intention de cesser de fumer était plutôt favorable. Dans les analyses de régression linéaire multiple, la perception de contrôle et la norme subjective étaient les construits directs associés de l'intention. Le modèle de régression explique 59% de sa variance. Considérant le coefficient alpha de Cronbach (0,77, ET 4,7) de la perception de contrôle globale, qui combine les dimensions capacité et autonomie, ce construit a été retenu pour effectuer les analyses. Au niveau des construits indirects, la croyance que la personne se sente capable de cesser de fumer malgré les symptômes de sevrage était la seule modérément associée à l'intention ($\beta = 0,31$; $p = 0,01$) (tableau 4).

L'échantillon présentait une population comparable à d'autres études en regard du sexe avec une surreprésentation des hommes fumeurs avec une maladie coronarienne (Abu-Baker et al., 2010; Berndt et al., 2012; Budnik & Opolski, 2015; Busch et al., 2015; Chou et al., 2013; Goettler et al., 2020).

L'intention de cesser de fumer chez les participants à l'étude semblait globalement élevée, suggérant une ouverture au changement et une réceptivité potentielle aux interventions visant l'arrêt tabagique. Ces résultats rejoignent ceux de Bakker et al. (2015) et Sverre et al. (2017) qui rapportent, pour une même clientèle de fumeurs après un événement coronarien, des niveaux d'intention (motivation) respectifs de 7,7 et de 7,8 sur une échelle de Likert à dix niveaux.

En ce qui a trait aux déterminants de l'intention, la perception de contrôle ainsi que la norme subjective se sont révélées les deux variables expliquant l'intention de cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie.

En regard de la perception de contrôle et des croyances qui y sont associées, les résultats indiquent que les personnes qui se sentaient capables de surmonter les difficultés liées à la cessation tabagique, notamment les symptômes de sevrage, avaient une intention

plus favorable de cesser de fumer. D'autres études ont rapporté que la présence et la sévérité des symptômes de sevrage influençaient négativement l'intention de cesser de fumer. Par exemple, l'étude de Koçak et al. (2023) a constaté qu'un nombre important de personnes continuaient de fumer après un infarctus du myocarde (51,8 %), la principale barrière à la réussite étant les symptômes de sevrage. Ces symptômes ont également un effet néfaste sur le maintien de l'arrêt tabagique, étant identifiés comme l'une des principales causes de rechute chez la clientèle atteinte de maladies cardiovasculaires (Bakker et al., 2015; Koçak et al., 2023; Sverre et al., 2017; Yoon Hee et al., 2022).

La norme subjective, qui reflète l'importance que les personnes accordent à l'opinion des gens significatifs de leur entourage, était l'autre déterminant significatif de l'intention de cesser de fumer. Ce résultat soulève la nécessité que les personnes se sentent appuyées par leur entourage ou leur réseau social dans leurs efforts de cesser de fumer. D'autres auteurs sont arrivés à des conclusions similaires pour une population atteinte d'une maladie cardiovasculaire (Havranek et al., 2015) ou d'une maladie coronarienne (Höpner et al., 2020), lors de tentatives d'arrêt tabagique, le soutien familial ou social était associé à une meilleure réussite. Certains auteurs l'ont même qualifié de crucial chez les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires (Park et al., 2023).

Des études menées sur l'arrêt tabagique auprès d'autres populations, comme les patients cardiaques en réadaptation ou les jeunes adultes, ont montré que le comportement passé (Hoie et al. 2010) et l'attitude (Bakker et al., 2015) étaient des déterminants de l'intention de cesser de fumer. Toutefois, dans notre population, ni le comportement passé, ni l'attitude ou les variables sociodémographiques, cliniques ou psychosociales n'étaient significativement associés à cette intention. Ces résultats pourraient s'expliquer par un manque de puissance statistique lié à la taille restreinte de l'échantillon, mais ils pourraient également refléter une caractéristique propre de cette population.

L'arrêt tabagique est un comportement difficile à atteindre. Au Canada, Gravely et al. (2021) ont mis en évidence que chez les personnes qui tentent de cesser de fumer sans aide,

le taux d'échec pour une tentative donnée s'élève à plus de 90 %. Ainsi, comprendre les facteurs sous-jacents au changement de ce comportement devient un incontournable.

À la lumière de nos constats, il semble que la stratégie d'intervention à utiliser en priorité chez la clientèle soumise à la coronarographie pour une maladie cardiaque ou des symptômes s'avère une combinaison d'actions visant : a) le développement de la capacité perçue à surmonter les symptômes de sevrage, b) un soutien dans l'accompagnement direct avec une personne professionnelle de la santé, et c) la collaboration avec le réseau familial ou social.

Une aide critique à ces patients pour les soutenir avec l'impact négatif des symptômes du sevrage serait l'approche pharmacologique. Des études ont mis en évidence que la plupart des traitements pharmacologiques ont des bénéfices dans la cessation tabagique en comparaison avec un placebo (Streck et al., 2024; Xing et al., 2023) et surtout si le traitement est débuté à l'hôpital (Streck et al., 2024). Par exemple, précisément chez la clientèle avec une maladie cardiovasculaire, la varénicline (RC = 2,30; IC à 95 % : 1,77- 3,00) et le bupropion (RC = 1,65; IC à 95 % : 1,29- 2,11) ont un effet positif sur l'abstinence (Xing et al., 2023). Aussi, Xing et al. (2023) révèlent qu'en plus que ces molécules prises seules ou qu'une simple thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) seraient plus efficaces qu'aucun traitement, la combinaison de ces molécules avec une TRN serait supérieure. Ces résultats sur l'efficacité de l'approche pharmacologique proviennent de méta-analyses et d'une revue systématique issue de la base de données Cochrane.

Différents outils existent pour guider les professionnels de la santé dans leurs interventions visant l'information sur les différents produits et leurs dosages (Gouvernement du Québec, 2020a), des états de connaissances (Institut national d'excellence en santé et services sociaux, 2025) ainsi que des guides des meilleures pratiques (Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec & Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, 2020; Gouvernement du Québec, 2015).

En ce qui a trait à la collaboration avec les proches, un plan d'abandon du tabagisme peut être élaboré en concertation avec l'usager et son réseau de soutien social lorsque cela est possible. L'entourage peut jouer un rôle clé en offrant encouragement et motivation, en devenant une ressource essentielle pour accompagner la personne dans ce défi et en étant le premier point de soutien disponible lors du retour à la vie quotidienne après un épisode de soins (Lisy & Thephilah, 2025). Dans le réseau de la santé actuel au Québec, l'Approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et services (Gouvernement du Québec, 2018) encourage l'implication active du réseau social et familial dans la prise en charge, les décisions et les épisodes de soins. Ce cadre de référence représente donc un atout majeur pour soutenir les intervenants dans l'intégration des proches dans une démarche de cessation tabagique.

L'infirmière joue un rôle crucial dans le soutien des patients vers la cessation tabagique, notamment en raison de sa proximité avec les patients durant l'épisode de soins, comme la coronarographie. Le contact avec le patient peut être souvent bref dans ce contexte, qu'il s'agisse de la préparation du patient en amont de la procédure, pendant celle-ci par l'équipe d'hémodynamie ou lors du suivi après l'examen. Les infirmières sont néanmoins en mesure d'identifier la motivation du patient, ses craintes liées aux symptômes de sevrage ainsi que le réseau social susceptible de le soutenir dans le changement de comportement. Pour y arriver, il conviendrait de fournir de la formation sur des stratégies adaptées aux réalités du milieu. Il est important que le soutien à l'usager fumeur soit initié lors de l'épisode de soins et poursuivi à départ de l'hôpital (Streck et al., 2024). L'infirmière peut alors orienter les patients vers des ressources de soutien pour ceux qui acceptent un suivi et leur offrir un accompagnement à la cessation tabagique. Cette référence devrait être offerte systématiquement. De plus, la plupart des patients ont de la difficulté à identifier les symptômes de sevrage (Bhaumik et al. (2019). Dans cette optique, l'infirmière pourrait les aider à mieux comprendre ces symptômes et à élaborer des stratégies pour les gérer, réduisant ainsi leur impact négatif (L. Wu et al., 2016).

Les résultats de la présente étude nous offrent des pistes d'action pour l'infirmière et d'autres professionnels de la santé afin d'initier des interventions visant à soutenir le patient atteint d'une maladie cardiaque à arrêter de fumer, en utilisant le moment autour d'une procédure comme la coronarographie. Cependant, d'autres études sont nécessaires pour évaluer l'impact des interventions proposées pour la modification des déterminants psychosociaux, ainsi que pour déterminer la durée de ses effets. Il est possible qu'au long du processus d'arrêt tabagique d'autres variables psychosociales soient mobilisées. Ainsi, une adaptation de l'intervention pourrait s'avérer nécessaire pour renforcer le maintien et prévenir la rechute.

Finalement, une récente analyse des données d'enquête sur le tabac et le vapotage chez la population générale au Québec révèle que près d'une personne fumeuse sur deux (46 %) avait fait une tentative de cessation tabagique au cours des deux dernières années (Institut de la statistique du Québec, 2025). À notre connaissance, aucune donnée récente n'examine l'association entre l'intention et le nombre de tentatives de cesser de fumer (comportement passé) pour les patients déjà atteints d'une maladie cardiaque au Québec ou au Canada. Bien que les populations étudiées et les périodes d'observation diffèrent dans l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec (2025), notre étude montre que les personnes ayant eu une coronarographie ont rapporté trois tentatives, renforçant l'importance de la présente étude.

Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte certaines forces. D'une part, il s'agit à notre connaissance de la seule qui s'intéresse à l'opinion des personnes fumeuses québécoises à risque de développer des maladies cardiovasculaires ou qui en sont déjà atteintes. Cette étude a permis d'améliorer la compréhension des enjeux sous-jacents à la cessation tabagique dans ce contexte, en plus de bien circonscrire les actions à entreprendre dans le développement d'interventions pertinentes auprès de cette clientèle. D'autre part, l'utilisation d'un cadre théorique éprouvé

dans le domaine des comportements reliés à la santé a permis de cerner des facteurs psychosociaux sur lesquels devrait reposer le développement de l'intention, moteur du changement comportemental.

Cette étude présente néanmoins plusieurs limites. Premièrement, l'identification des croyances ne reposait pas sur les données d'un volet qualitatif auprès d'un échantillon de la population cible pour identification des croyances, comme préconisé par l'AAR, mais plutôt sur les croyances identifiées à partir de la littérature. Deuxièmement, malgré les différentes stratégies de recrutement utilisées, un nombre limité de personnes répondantes a été atteint dans la période déterminée pour la collecte de données. L'implication variable de l'équipe de soins dans l'identification des participants potentiels, le fait de ne pas avoir eu l'autorisation du CER de consulter les dossiers médicaux, ainsi que le contexte de soins aigus où les patients étaient fortement sollicités et donc peu disponibles pour la complétion d'un questionnaire autorapporté, ont contribué aux limites de recrutement. De plus, bien que l'utilisation de la technologie comporte de nombreux avantages en recherche, des défis liés à l'utilisation de la technologie au sein de cette population ont été rencontrés. L'ajout d'entretiens en personne comme stratégie complémentaire de collecte de données a permis de ne pas marginaliser les personnes ayant des habiletés plus limitées avec la technologie. Aussi, un biais de sélection ne peut être exclu. En effet, les participants ayant une plus forte intention de cesser de fumer étaient probablement plus enclins à se manifester et à exprimer leur opinion, ce qui a pu les rendre plus représentés dans l'échantillon. Enfin, considérant les résultats possibles à l'issue d'une coronarographie; examen normal, traitement pharmacologique, angioplastie et chirurgie cardiaque (Tableau 1), les données de cette étude ne permettent pas d'identifier leur impact sur l'intention de cesser de fumer auprès des personnes participantes.

Recommandations pour la recherche future

Considérant la capacité de l'AAR à identifier des déterminants de l'intention de cesser de fumer chez les usagers soumis à une coronarographie dans cette étude, il est possible d'envisager son utilisation dans la réalisation d'une étude longitudinale de plus grande envergure pour vérifier l'influence d'autres facteurs significatifs à considérer pour le développement d'interventions.

Ensuite, considérant les difficultés de recrutement rencontrées dans cette étude, la procédure de collecte de données devrait être adaptée pour maximiser son efficacité. Premièrement, pour faciliter l'identification de la clientèle fumeuse parmi les usagers en attente de coronarographie, la consultation des dossiers médicaux serait un atout notable, avec l'approbation du comité éthique de la recherche. Ceci diminuerait le temps d'investigation auprès des équipes infirmières au quotidien, du moins pour une certaine partie des participants potentiels. Aussi, considérant les nombreuses distractions rencontrées pendant la complétion du questionnaire, la possibilité d'entrer en contact avec les usagers après l'épisode de soins aigus lors de leur retour à domicile permettrait de diminuer cet impact en offrant la possibilité de remplir le questionnaire dans un environnement favorisant une meilleure concentration. Enfin, il serait important d'adapter les modes d'administration du questionnaire pour tenir compte des différents niveaux d'habiletés technologiques. Finalement, il serait pertinent de reproduire cette collecte de données à différentes étapes de la trajectoire d'arrêt tabagique du patient afin d'identifier si d'autres variables psychosociales sont mobilisées à divers moments du processus.

Conclusion

Cette étude suggère des déterminants de l'intention de cesser de fumer chez une clientèle soumise à la coronarographie. Les résultats ont indiqué que les personnes ont une intention plus forte à cesser du fumer si elles se sentent capables de surmonter les difficultés, entre autres, celles liées au sevrage et si elles perçoivent l'approbation de leur entourage. Ces

résultats révèlent l'importance d'accompagner les personnes dans la prise en charge des symptômes de sevrage et d'inclure l'entourage significatif pour maximiser les chances de réussite. Une étude longitudinale des déterminants du comportement de cesser de fumer chez cette population permettrait d'identifier les prédicteurs du comportement et de vérifier si d'autres pistes d'interventions sont incontournables.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en lien avec cet article.

Remerciements

Nous adressons nos remerciements à chacune des personnes participantes de l'étude, au Centre de recherche du centre hospitalier, au personnel infirmier et aux chefs des unités participantes pour leur soutien et leur collaboration, plus particulièrement pour le recrutement. Nous remercions également les différents organismes pour le soutien financier; le Programme MES-Universités, le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec du Québec (RRISIQ), le Collectif de recherche sur la santé en région (CoRSeR) ainsi que la Fondation de l'UQAR (FUQAR).

CHAPITRE 4

COMPLÉMENT DE DISCUSSION

Ce dernier chapitre portera sur des éléments mis en lumière dans la réalisation du projet, mais non abordés dans l'article. Il convient d'en discuter pour enrichir la discussion considérant leurs importances dans la prévention et la prise en charge en lien avec l'abandon du tabagisme. Ainsi seront présentés les stratégies de lutte contre le tabac et l'accompagnement, la norme sociale antitabagique, la collaboration interprofessionnelle, le rôle infirmier pour promouvoir l'abandon du tabac, les ressources communautaires ainsi que les enjeux liés aux habiletés technologiques. Pour terminer, la faisabilité du projet sera exposée.

4.1 STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE LE TABAC ET ACCOMPAGNEMENT

Jusqu'à présent, les stratégies gouvernementales ont mené à une prévalence du tabagisme actuel chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus en 2022 de 10,9 %. Considérant la cible de moins de 5 % en 2035 (Gouvernement du Canada, 2024), le développement d'interventions qui poursuivent ces objectifs doit être adapté. Les résultats de cette étude ont mis en lumière des déterminants de la cessation tabagique pour une clientèle donnée et nous permettent d'envisager l'utilisation de l'AAR pour identifier des cibles à prendre en compte dans le développement de nouvelles approches dans les stratégies de lutte contre le tabac chez les usagers atteints de MCV.

4.2 NORME SOCIALE ANTITABAGIQUE

Bien que cette étude n'eût pas l'objectif spécifique de mesurer l'impact réel de la norme sociale, les résultats de l'étude en ce qui concerne les normes perçues (descriptive et subjective) qui ont été mesurées nous permettent de l'aborder. Un constat important est que l'usager fumeur accorde de l'importance à l'opinion d'autrui. Il peut donc être intéressant d'émettre l'hypothèse que le contexte des différentes mesures mises en place dans le programme de lutte contre le tabagisme actuel tel que l'affichage des complications possibles sur les paquets de cigarettes, les restrictions au niveau des publicités et les diverses politiques et lois entourant le comportement (INSPQ, 2015) peut contribuer au développement d'une norme sociale anti-tabagisme favorable et conséquemment influencer positivement la motivation à cesser de fumer de même que l'opinion de l'entourage d'un individu. Chez la population générale, des auteurs ont d'ailleurs démontré dans une revue exploratoire que la dénormalisation de l'usage du tabac ainsi que la norme sociale antitabagique contribuent à augmenter les taux de cessation tabagique (Dono et al., 2020).

Depuis plusieurs décennies, ces diverses mesures visent à dénormaliser le tabac au Québec, en modifiant la norme sociale et le cadre juridique pour le rendre moins acceptable, désirable et accessible. Les objectifs généraux sont de réduire l'attrait et l'accessibilité du tabac et du vapotage, et de promouvoir une norme sociale favorable au non-usage (Gouvernement du Québec, 2020b). La stratégie inclut aussi des actions pour intégrer de la formation à l'abandon du tabagisme dans les cursus des différents professionnels de la santé. Dès les études collégiales et universitaires, et tout au long de la formation continue, les professionnels devraient avoir accès aux nouvelles connaissances pour développer des compétences nécessaires pour intervenir efficacement auprès des fumeurs en prévention.

4.3 COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Les résultats de l'étude nous indiquent que les usagers fumeurs accordent de l'importance à l'opinion des personnes importantes, pour eux telles que la famille, les amis

ainsi qu'à celle des professionnels (Pomerleau et al., 2024). Or, la diversité des professionnels impliqués en cessation tabagique peut poser un défi pour l'uniformité des pratiques. L'harmonisation de la pratique et la collaboration interprofessionnelle sont donc essentielles pour assurer la cohérence des interventions. À cet égard, le Cadre de référence conjoint en abandon du tabac du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, de l'Ordre des pharmaciens du Québec et de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (Collège des médecins du Québec & al., 2020) souligne l'importance de la communication entre les intervenants. Ce cadre ainsi que le formulaire de soutien clinique à l'abandon du tabagisme sont développés en ce sens, et la poursuite de ces efforts de collaboration reste cruciale. Pour sa part, en plus de la formation pour obtenir le droit de prescrire la thérapie de remplacement de la nicotine, l'OIIQ offre une formation afin de soutenir les infirmières qui travaillent auprès de personnes qui fument et qui veulent pleinement exercer leurs rôles en prévention: « Counseling en abandon du tabac et prescription infirmière des thérapies de remplacement de la nicotine ». Ce type de formation contribue à donner les outils aux infirmières dans leur rôle au sein de l'équipe multidisciplinaire.

4.4 RÔLE INFIRMIER POUR PROMOUVOIR ET SOUTENIR L'ABANDON DU TABAC

Pour optimiser toutes interventions, les professionnels de la santé se doivent d'adopter rapidement une posture proactive en matière de promotion de la santé et la prévention par opposition au curatif. Leurs rôles en première ligne sont essentiels alors que 18,4 % des infirmières et des infirmiers et 71 % des IPS y œuvrent. Par la proximité et le temps passé auprès des usagers, l'équipe infirmière peut être le groupe professionnel le plus efficace en matière de soutien à la cessation tabagique (Li et al., 2021). Chaque interaction avec un professionnel de la santé en milieu hospitalier, en particulier une infirmière, devrait inclure : la vérification du statut tabagique, l'évaluation des symptômes de sevrage et des diverses options pour leurs soulagements lors des tentatives d'arrêt antérieures, une offre de soutien, un suivi pour ceux désirant arrêter de fumer, et l'orientation vers des services spécialisés en

cessation tabagique. Tel que précisé dans l'article au Chapitre 3, spécifiquement pour la clientèle atteinte de maladie cardiovasculaire athérosclérosante (MCAS), Jimeno Sánchez et al. (2023) ont mis en évidence que le fait de débuter les interventions de soutien à l'abandon du tabac dès l'admission améliore le taux de réussite de la cessation lors de l'intégration de l'individu à un programme de réadaptation.

L'équipe infirmière en proximité avec un usager a la capacité de contribuer à l'amélioration de la motivation des individus en mettant l'emphase sur la gestion des symptômes de sevrage. Comme l'affirment Bhaumik et al. (2019), la plupart des patients ont de la difficulté à bien identifier les divers symptômes de sevrage. Le fait de favoriser l'exploration des symptômes et des perceptions individuelles pour personnaliser la stratégie permettrait de mettre en place des mécanismes pour gérer et diminuer l'influence du sevrage sur la réussite d'une tentative. Par ailleurs, le gouvernement met à disposition un outil intéressant pour adapter les interventions de prévention en fonction des caractéristiques des individus et de ses besoins tel que le Guide des bonnes pratiques en prévention clinique (Gouvernement du Québec, 2025). En plus de permettre d'encadrer l'activité de prévention qui est dans le champ d'exercice de la profession infirmière, ce guide assiste aussi l'infirmière dans la réalisation de ses activités réservées notamment dans l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique et aussi dans l'exercice d'une surveillance clinique de la condition des personnes, dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (OIIQ, 2016).

4.5 RESSOURCES COMMUNAUTAIRES AU QUÉBEC

Il est important d'adapter les services d'abandon du tabagisme aux besoins des clientèles spécifiques à leurs sorties des milieux de soins, notamment celles en situation de vulnérabilités physiques, économiques et environnementales. L'offre de services doit être présente dans des lieux accessibles comme les quartiers défavorisés et les organismes

communautaires afin de mieux rejoindre ces populations vulnérables qui fument et augmenter leurs chances de réussite, et ce autant en milieu rural qu'en milieu urbain.

L'élaboration de programme de cessation tabagique au Québec doit tenir compte de toutes les vulnérabilités des personnes pour assurer un accès équitable aux ressources et contribuer à réduire les inégalités sociales et de santé. Plusieurs ressources sont disponibles que ce soit, en personne ou en virtuelle avec les centres d'abandon du tabac, par téléphone avec la ligne JARRÊTE ou en ligne avec la démarche web J'ARRÊTE ou encore par texto. La stratégie de soutien envisagée doit être adaptée au besoin d'une clientèle moins encline aux technologies numériques.

La nouvelle proposition du site « J'ARRÊTE » tente une offensive novatrice en s'appuyant sur une démarche de cessation tabagique qui s'appuie sur la pleine conscience et des techniques se rapprochant de la médiation. Cette approche est fondée sur la thérapie de l'acceptation et de l'engagement (Hayes et al., 2002). Elle invite les personnes à ne pas se battre contre les envies, mais les laisser vivre, s'ouvrir à elles et faire la paix. Sans entrer dans le détail de cette idée, le site « J'ARRÊTE » propose même des exercices à faire pour affronter les envies, les accepter pour mieux s'en libérer. L'orientation de « J'ARRÊTE » est en cohérence avec les résultats de la présente étude qui affirment que la difficulté rencontrée ayant le plus d'influence sur l'intention est la présence des symptômes de sevrage. La perception de contrôle face à ceux-ci est une des variables qui expliquent significativement l'intention.

Aussi, des auteurs ont révélé que les programmes de réadaptation cardiaque sont favorables à la cessation tabagique (Goettler et al., 2020). Cependant, selon la région et en tenant compte des vulnérabilités physiques et économiques, des questionnements et des interventions sont nécessaires pour favoriser un accès équitable aux ressources. À ce sujet, les résultats de la présente étude démontrent une opinion plutôt neutre des personnes participantes par rapport aux ressources (moyenne de 4,3 sur 7 à l'énoncé sur la croyance de contrôle (facteur facilitant) : « ...serait plus facile si je connais des ressources aidantes »). Il existe beaucoup de ressources en ligne et selon l'INSPQ (2022), la plupart des fumeurs

(81 %) et anciens fumeurs (61 %) connaissent les services d'aide par ligne téléphonique et le site internet J'ARRÊTE, mais peu l'utilisent (2 % et 8 %). Sans invalider son utilisation, les ressources aidantes doivent être bien évaluées, car en regard de la clientèle ciblée dans l'étude (âge moyen 62 ans), il est permis de croire que cette population est simplement moins encline aux stratégies téléphoniques ou numériques. D'autres pistes de soutien devraient être envisagées comme le recours à des guides en format papier.

4.6 ENJEUX LIÉS AUX HABILETÉS TECHNOLOGIQUES

Les enjeux au niveau des habiletés technologique sont à prévoir lorsqu'on utilise la technologie numérique auprès d'une clientèle de tout âge. Ceci est peu documenté dans les articles scientifiques, mais certainement que le choix de proposer un questionnaire numérique peut avoir un impact négatif sur les personnes participantes potentielles ayant le moins d'aptitudes informatiques. À titre d'exemple, plusieurs usagers ne savaient pas comment utiliser le code QR qui permettait d'accéder au questionnaire en ligne, et d'autres avaient besoin d'assistance pour le compléter. Par ailleurs, plusieurs personnes participantes ont pu repartir avec le feuillet de recrutement à la maison en ayant l'intention de le remplir, mais ont pu se buter à ces enjeux technologiques. Ceci peut certainement expliquer une partie des difficultés de recrutement et le fait que des questionnaires recueillis étaient incomplets. Des auteurs ont démontré que chez la population générale, les individus ayant une littératie en matière de santé plus faible sont moins intéressés à participer à des projets de recherche (Kripalani et al., 2019). Une autre étude chez la clientèle hospitalisée a révélé notamment que la barrière à l'utilisation de la technologie en santé concernerait plus la capacité à utiliser celle-ci sans assistance que d'avoir accès à un appareil connecté (Vollbrecht et al., 2020). D'autres auteurs ont pour leur part mis en évidence que certains groupes qui sont socialement désavantagés que ce soit par un faible accès à la technologie ou de faibles capacités d'utilisation sont à risque d'être marginalisés (Cheng et al., 2020). Étant donné le faible taux de participations dans notre étude, on peut envisager avoir marginalisé involontairement certaines personnes participantes par l'utilisation d'un questionnaire en ligne. Cette méthode

a incontestablement de nombreux avantages pour l'équipe de recherche, car la collecte des données est simplifiée. Les données directement colligées sont facilement exportables en fichier permettant leur analyse. Il pourrait être tentant de penser qu'utiliser la technologie est actuellement une chose simple pour tous. Or, l'expérience dans cette étude nous indique le contraire.

4.7 FAISABILITÉ DE L'ÉTUDE EN MILIEU HOSPITALIER

En complément à l'article qui a été soumis pour publication et des éléments de liés aux enjeux des habiletés technologiques, d'autres limites pouvant avoir affecté le déroulement du projet seront abordées ici. Il sera question entre autres du plan du développement et de l'administration de l'instrument de mesure, de la méthode de recrutement ainsi que des caractéristiques de l'échantillon.

Premièrement, l'utilisation de l'échelle Likert à sept points favorise la précision et une plus grande variabilité des données quantitatives. Cependant, l'éventail de choix de réponses lors de l'administration du questionnaire a possiblement alourdi sa complétion. En raison de la clientèle cible et dans ce contexte de soins, proposer un questionnaire avec moins d'options de réponses pourrait être avantageux.

Par ailleurs, le contexte de soins n'est pas favorable à la complétion d'un questionnaire qui nécessite la concentration d'une personne participante pour une durée de 15 à 20 minutes. Multiples intervenants les sollicitent et viennent interrompre la discussion avec l'usager ou la complétion du questionnaire. Aussi, à ceci on ajoute toutes les distractions ambiantes telles que les sonnettes et alarmes, les discussions chez les voisins de chambre ou celles dans le corridor, un soin, un départ pour un examen, une visite médicale ou l'arrivée d'un repas par exemple. Tous ces éléments ont été objectivés lors de la présentation du projet par l'étudiante aux personnes participantes et peuvent possiblement expliquer que 25 % des questionnaires débutés étaient incomplets.

Pour conclure, nous avons abordé des éléments importants sur lesquels mettre l’emphase dans l’élaboration des stratégies avec la norme sociale antitabagique ou le développement de formation pour les professionnels avec la collaboration interprofessionnelle et le rôle infirmier primordial lors d’un épisode de soins. Aussi des éléments à prendre en compte dans la réalisation d’intervention dans le milieu communautaire et lors d’un projet de recherche en milieu hospitalier ont été mis en lumière. Ces éléments de discussion fournissent des pistes de réflexion intéressantes en matière de cessation tabagique pour l’avenir au Québec.

CONCLUSION

Cette étude avait comme objectif d'expliquer les déterminants de l'intention de cesser de fumer chez des usagers soumis à une coronarographie. Avec un échantillon limité, les résultats ont mis en lumière que les personnes participantes avaient une intention et une attitude plutôt élevée. Les analyses des construits de l'AAR ont montré que la perception de contrôle et la norme subjective étaient les principaux déterminants de l'intention de cesser de fumer et expliquait 59 % de sa variance. Aussi, les résultats révèlent que la seule croyance significative à cette intention était la capacité perçue d'arrêter malgré les symptômes de sevrage. Cette recherche améliore notre compréhension des facteurs pouvant être liés à la cessation tabagique de cette clientèle et établit les bases d'une étude à plus grande échelle. Dans un futur projet de recherche, il serait intéressant d'évaluer l'effet d'une intervention sur la réussite de la cessation tabagique après un épisode de soins en cardiologie. Aussi, en plus de mettre l'accent sur le vapotage et ses effets sur le développement de la MCAS, le futur de la recherche sur le tabagisme pourrait insister sur l'évaluation de l'efficacité de l'accompagnement et sur la formation des intervenants en milieu de soins, particulièrement pour le personnel infirmier. Bien que ce projet se soit intéressé au domaine spécifique de la cardiologie, l'importance de la prévention primaire, secondaire et tertiaire en abandon du tabac doit être mise de l'avant dans tous les secteurs d'activités d'un épisode de soins avec un individu fumeur.

Au niveau clinique, le développement d'interventions visant à augmenter la motivation des individus à cesser de fumer demeure essentiel lors d'un épisode de soins impliquant une coronarographie chez des usagers fumeurs, car il s'agit d'un moment opportun pour renforcer l'intention de cesser de fumer. Aussi, l'élaboration de programme de cessation tabagique doit tenir compte des vulnérabilités physiques, économiques et environnementales des personnes pour assurer un accès équitable aux ressources et contribuer à réduire les inégalités sociales

et de santé. Finalement, les avantages à développer une approche qui intègre tous les partenaires du réseau social d'un individu au processus apparaissent incontournables.

ANNEXE I

APPROBATION COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU CENTRE DE RECHERCHE DE L'IUCPQ-UNIVERSITÉ LAVAL (CRIUCPQ)



Autorisation de la personne formellement mandatée à réaliser un projet de recherche

Le [12 janvier 2023](#)

Docteur [Maria-Cétilia Gallani](#)

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval

OBJET : Autorisation de réaliser la recherche suivante :

[Les déterminants de l'intention de cesser de fumer chez une clientèle soumise à une coronarographie,](#)
[2023-3888, 22269 \(IntentionCF\)](#)

Docteur,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval (IUCPQ-UL).

Pour vous donner cette autorisation, notre établissement a procédé au triple examen du projet en confirmant le résultat positif des évaluations scientifique, éthique et de convenance institutionnelle. Notre établissement reconnaît l'examen éthique qui a été effectué par le CER de l'IUCPQ-UL qui a confirmé le résultat positif de l'examen scientifique et de l'examen éthique du projet.

Cette autorisation vous est donnée à condition que vous vous engagiez à :

- respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des participants à la recherche;
- utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER, et
- respecter les exigences fixées par le CER pour le suivi éthique continu de la recherche.

L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement sera renouvelée sans autre procédure à la date indiquée par le CER dans sa décision de renouveler son approbation éthique de cette recherche.

La personne à joindre pour toute question relative à cette autorisation ou à son renouvellement ou au sujet de changements d'ordre administratif qui auraient été apportés à la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER évaluateur, est le Guichet unique de la recherche (gur@criucpq.ulaval.ca, poste 5838).

Veuillez accepter mes sincères salutations.

Éric Paradis, Directeur administratif de la recherche

Signé le 2023-01-12 à 14:32

ANNEXE II

APPROBATION COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE UQAR



Le 24 janvier 2023

À l'attention de :

Danielle Boucher, Professeure
Département des sciences de la santé, (organisation introuvable)

Titre : Les déterminants de l'intention de cesser de fumer chez une clientèle soumise à une coronarographie.

Projet : 2023-266

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Bonjour,

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par les membres du sous-comité délégué à l'évaluation des demandes soumises au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski (CER-UQAR) ainsi que moi-même, à titre de président de ce comité. Nous sommes heureux de vous annoncer qu'un certificat d'éthique peut vous être délivré pour votre projet de recherche, à risque minimal, intitulé : Les déterminants de l'intention de cesser de fumer chez une clientèle soumise à une coronarographie..

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la [Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains](#) de l'UQAR est émis en date du 24 janvier 2023. Vous pouvez dès maintenant débuter vos activités de recherche.

Prenez note que ce certificat est valide jusqu'au **24 janvier 2024**.

Selon la [Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains](#), il est de la responsabilité des chercheurs d'élaborer des projets de recherche qui respectent l'ensemble des principes éthiques et d'assurer le respect et la protection des droits des personnes qui participent à la recherche. Vous devrez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique avant l'expiration de ce certificat. Vous devez soumettre à l'approbation du CER-UQAR, toute modifications dans le déroulement d'une activité qui touche la nature de la participation des personnes. De plus, vous devez signaler tout incident significatif dès qu'il survient ainsi que les modifications apportées à votre projet.

Enfin, puisque votre demande d'approbation pourrait être liée à un financement, le Décanat de la recherche est mis en copie conforme.

Dans le cadre de l'Entente pour la reconnaissance des certificats d'éthique des projets de recherche à risque minimal, il est de votre responsabilité d'informer vos cochercheurs de l'obtention de votre certification et de leur transmettre les documents addérants le cas échéant.

En vous souhaitant le meilleur des succès dans la réalisation de votre recherche, veuillez recevoir nos salutations distinguées.

Le CER-UQAR

Bruno Bouchard, Ph. D., CPA

Président du Comité d'Éthique de la Recherche - UQAR (CER-UQAR)

Professeur, Unité départementale des sciences de la gestion

cer@uqar.ca

ANNEXE III

QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

Votre intention de cesser de fumer après une coronarographie

Vous avez accès à ce questionnaire parce que vous avez reçu un feuillet de recrutement.

- Ce questionnaire fait partie d'un projet de recherche visant à connaître votre opinion sur les facteurs qui déterminent votre intention de cesser de fumer après une coronarographie.
- Ces données permettront aux professionnels de la santé de comprendre votre réalité ainsi que d'optimiser les stratégies utilisées actuellement.
- Répondre à ce questionnaire vous prendra environ de 15 à 20 minutes.

Pour participer au projet de recherche ,il vous suffit de suivre les consignes suivantes:

Merci de votre participation

Informations sur le consentement

- Le fait de participer ne comporte aucun risque et inconvénient.
- Votre participation sera bénéfique au développement des connaissances scientifiques en ce qui a trait aux changements de comportements de santé et à l'amélioration éventuelle des stratégies.
- Dans le cas où votre participation susciterait une remise en question sur votre mode de vie et que vous souhaitez en discuter, vous pourrez me contacter et je vous orienterai vers les ressources disponibles.
- Soyez assuré que vous êtes libre de vous retirer en tout temps, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision.
- Les données seront conservées jusqu'à cinq ans après la fin du projet, et ce en tout respect de l'anonymat. Aucune donnée recueillie ne permet de vous lier aux réponses que vous donnez dans ce questionnaire.
- Pour toutes informations complémentaires, vous pouvez me contacter en tout temps

Identification des personnes ressources

Erika Pomerleau, inf. B. Sc

Erika.Pomerleau@criucpq.ulaval.ca,

Téléphone: (418)-656-8711 poste 2037

Maria Cecilia Gallani, chercheure CRIUCPQ-ULAVAL

Maria Cecilia Gallani@criucpq.ulaval.ca

Téléphone: (418) 656-8711 poste 2131

Surveillance éthique du projet de recherche

Le comité éthique de la recherche de l'IUCPQ- UL a donné son approbation éthique au projet et en assurera le suivi # 2023-3888, 22269.

En retournant le questionnaire en ligne, je consens à participer à la recherche portant sur l'intention de cesser de fumer après avoir subi une coronarographie.

Consignes:

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Veuillez répondre aux questions suivantes en inscrivant le nombre demandé ou en cochant la réponse qui correspond le mieux à votre opinion à votre situation.

Si vous désirez recevoir un résumé des résultats de cette étude lorsqu'il sera disponible, vous devez contacter la responsable du projet.

Il y a 40 questions dans ce questionnaire.

Caractéristiques socio-démographiques

Pour participer à ce sondage vous devez ? *

Veuillez sélectionner 4 réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Avoir 18 ans et plus
- Être fumeur quotidien
- Avoir été soumis à une coronarographie récemment
- Avoir la maîtrise de la langue française

Tous les critères doivent être présents pour participer.

Quel est votre âge?

Votre réponse doit être comprise entre 18 et 99

Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

À quel genre vous identifiez-vous?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Une femme
- Un homme
- Ni un homme, ni une femme (personne non genrée/ non binaire)
- Je préfère ne pas répondre

Quel est votre revenu personnel avant impôt?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 19 999 \$
- Entre 20 000\$ et 39 999\$
- Entre 40 000\$ et 59 999\$
- Entre 60 000\$ et 79 999\$
- Plus de 80 000\$
- Je préfère ne pas répondre

Quel est votre plus haut niveau de diplôme obtenu?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Diplôme d'études primaires
- Diplôme d'études secondaires
- Diplôme d'études professionnelles ou collégiales
- Diplôme d'études universitaires
- Je préfère ne pas répondre

Quel est votre état matrimonial?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Célibataire
- Conjoint de fait ou marié
- Séparé ou divorcé
- Veuf

Lieu de résidence : Choisissez la situation qui correspond le mieux au lieu de votre résidence.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Milieu urbain (ville de plus de 10 000 habitants)
- Milieu rural (milieu de moins de 10 000 habitants, région éloignée)
- Je ne sais pas

Combien de cigarettes par jour fumez-vous?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Votre réponse doit être comprise entre 0 et 99

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quel est le résultat de votre coronarographie ou le traitement recommandé?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Examen normal
- Traitement médical (pharmacologique)
- Traitement par angioplastie(s) /tuteur(s)
- Traitement chirurgical (pontage)
- Je ne sais pas

Questions sur votre intention de cesser de fumer

Les questions qui suivent sont liées à votre intention de cesser de fumer. Plusieurs énoncés se ressemblent afin de bien cerner votre opinion.

J'ai l'intention de cesser de fumer au cours du prochain mois.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie serait pour moi ...

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement déplaisant
- Très déplaisant
- Plutôt déplaisant
- Ni plaisant ni déplaisant
- Plutôt plaisant
- Très plaisant
- Extrêmement plaisant

Cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie me permettrait d'améliorer ma santé cardiaque.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie m'éviterait de développer et/ou d'aggraver la maladie cardiaque.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie améliorerait ma qualité de vie.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie serait bon pour ma santé.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie impliquerait d'avoir des symptômes de sevrage.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Je me sentirais capable de cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie, même si j'étais en contact avec des personnes qui fument.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie serait pour moi...

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement nuisible
- Très nuisible
- Plutôt nuisible
- Ni nuisible ni bénéfique
- Plutôt bénéfique
- Très bénéfique
- Extrêmement bénéfique

Cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie serait pour moi ...

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement inutile
- Assez inutile
- Plutôt inutile
- Ni inutile, ni utile
- Plutôt utile
- Assez utile
- Extrêmement utile

J'évalue que mes chances de cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie sont

...

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement faibles
- Très faibles
- Plutôt faibles
- Ni faibles, ni fortes
- Plutôt fortes
- Très fortes
- Extrêmement fortes

La plupart des personnes ayant les mêmes problèmes de santé que moi cessent de fumer dans le mois suivant une coronarographie .

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

La plupart des personnes importantes pour moi approuveraient que je cesse de fumer au cours du mois suivant la coronarographie.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Ce serait plus facile de cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie, si personne dans mon entourage ne fumait.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

La plupart des personnes comme moi cessent de fumer après une coronarographie.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Je me sens capable de surmonter les difficultés qui pourraient m'empêcher de cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Je vais cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie serait pour moi ...

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement insatisfaisant
- Très insatisfaisant
- Plutôt insatisfaisant
- Ni satisfaisant, ni insatisfaisant
- Plutôt satisfaisant
- Très satisfaisant
- Extrêmement satisfaisant

Cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie serait pour moi ...

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement difficile
- Très difficile
- Plutôt difficile
- Ni difficile, ni facile
- Plutôt facile
- Très facile
- Extrêmement facile

La plupart des personnes importantes pour moi pensent que je dois cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Ma famille approuverait que je cesse de fumer au cours du mois suivant la coronarographie.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Mes amis approuveraient que je cesse de fumer au cours du mois suivant la coronarographie.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Les professionnels de la santé approuveraient que je cesse de fumer au cours du mois suivant la coronarographie.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Ce serait plus facile pour moi de cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie si je connaissais des ressources (organismes ou personnes) qui seraient prêtes à m'aider.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Si je le voulais, je pourrais cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Il n'en tient qu'à moi de cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Je me sentirais capable de cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie, même si j'avais des symptômes de sevrage.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Ce serait plus facile de cesser de fumer au cours du mois suivant la coronarographie si j'avais des médicaments en support (comprimés de Champix ou de Zyban, timbre ou gomme à la nicotine).

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Extrêmement en désaccord
- Très en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Ni en désaccord, ni en accord
- Plutôt d'accord
- Très d'accord
- Extrêmement d'accord

Avez-vous déjà essayé de cesser de fumer dans le passé ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si vous avez répondu oui à la question précédente, combien de fois avez-vous tenté de cesser de fumer ?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Merci de votre participation,

Si le fait de répondre à ce questionnaire a généré en vous le besoin de discuter ou de demander de l'aide, nous vous proposons ces options;

- Discuter avec un proche ou un ami
- Appeler 1 866 JARRETE (527-7383)

Pour courir la chance de remporter un prix de compensation cliquer sur le lien: <https://sondage.uqar.ca/index.php/398934?lang=fr>

2024.04.15 – 09:39

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

ANNEXE IV

FEUILLET DE RECRUTEMENT



UQAR

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMATOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

Participer à un projet de recherche en sciences infirmières

Courez la chance de gagner une des deux cartes-cadeau d'une valeur de 50\$ chez Renaud-Bray

Titre du projet : **Les déterminants de l'intention de cesser de fumer chez une clientèle soumise à une coronarographie**



Positionner votre appareil photo de votre cellulaire au-dessus du lien et cliquer sur celui-ci ou rendez-vous au

<https://sondage.uqar.ca/index.php/741578?lang=fr>

Pour toutes questions : Erika Pomerleau, conseillère en soins (cardiologie) 418-656-8711 poste # 2037

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abu-Baker, N. N., Haddad, L., & Mayyas, O. (2010). Smoking behavior among coronary heart disease patients in Jordan: a model from a developing country. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 7(3), 751-764. <https://doi.org/10.3390/ijerph7030751>
- Agence de santé publique du Canada. (2018). *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies du cœur au Canada*. Agence de la santé publique du Canada = Public Health Agency of Canada. http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2018/18-28/publications.gc.ca/collections/collection_2018/aspc-phac/HP35-85-1-2017-fra.pdf
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Akcay, M., & Yuksel, S. (2017). Smoking and cardiovascular diseases. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 34(1), 21-25. <https://doi.org/10.5835/jecm.omu.34.01.005>
- Andersson, P., Sjöberg, R. L., Öhrvik, J., & Leppert, J. (2009). The effects of family history and personal experiences of illness on the inclination to change health-related behavior. *Central European Journal of Public Health*, 17(1), 3-7. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3506>
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40 (4), 471-499. <https://doi.org/10.1348/014466601164939>
- Armoor, B., Eslamian, A., Sepahvand, E., Bayani, A., Ahounbar, E., Zarepour, P., Pourjahani, F., & Mohammadi, R. (2022). Substance use and associated factors among Iranian university students: a meta-analysis. *Journal of Substance Use*, 27(4), 352-362. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1953165>

Bakker, E. C., Nijkamp, M. D., Sloot, C., Berndt, N. C., & Bolman, C. A. W. (2015). Intention to Abstain From Smoking Among Cardiac Rehabilitation Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(2), 172-179. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000156>

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Prentice-Hall.

Berndt, N., Bolman, C., Mudde, A., Verheugt, F., de Vries, H., & Lechner, L. (2012). Risk groups and predictors of short-term abstinence from smoking in patients with coronary heart disease. *Heart & Lung*, 41(4), 332-343. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.03.001>

Bernstein, S. L., Boudreaux, E. D., Cabral, L., Cydulka, R. K., Schwegman, D., Larkin, G. L., Adams, A. L., McCullough, L. B., & Rhodes, K. V. (2008). Nicotine dependence, motivation to quit, and diagnosis among adult emergency department patients who smoke: A national survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(8), 1277-1282. <https://doi.org/10.1080/14622200802239272>

Bhaumik, S. S., Placek, C., Kochumoni, R., Lekha, T. R., Harikrishnan, S., Prabhakaran, D., Goenka, S., Hitsman, B., & Huffman, M. D. (2019). Tobacco Cessation Among Acute Coronary Syndrome Patients in Kerala, India: Patient and Provider Perspectives. *Qualitative Health Research*, 29(9), 1145-1160. <https://doi.org/10.1177/1049732318817047>

Blankers, M., Buisman, R., Hopman, P., van Gool, R., & van Laar, M. (2016). Modelling intentions to provide smoking cessation support among mental health professionals in the Netherlands. *Tobacco Induced Diseases*, 14, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12971-016-0096-5>

Bo Nielsen, J., Leppin, A., e Gyrd-Hansen, D., Ejg Jarbøl, D., Søndergaard, J., Veldt Larsen, P., Nielsen, J. B., Gyrd-Hansen, D. E., Jarbøl, D. E., & Larsen, P. V. (2017). Barriers to lifestyle changes for prevention of cardiovascular disease - a survey among 40-60-year old Danes. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0677-0>

Bommele, J., Hopman, P., Walters, B. H., Geboers, C., Croes, E., Fong, G. T., Quah, A. C. K., & Willemse, M. (2020). The double-edged relationship between COVID-19

stress and smoking: Implications for smoking cessation. *Tobacco induced diseases*, 18, 63. <https://doi.org/10.18332/tid/125580>

Budnik, M., & Opolski, G. (2015). The assessment of coronary heart disease risk factors correlated with demographic and social data in post-coronary intervention patients in Polish population. *Cardiology Journal*, 22(3), 276-284. <https://doi.org/10.5603/CJ.a2015.0021>

Busch, A., Fani Srour, J., Arrighi, J., Kahler, C., & Borrelli, B. (2015). Valued Life Activities, Smoking Cessation, and Mood in Post-Acute Coronary Syndrome Patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(5), 563-568. <https://doi.org/10.1007/s12529-014-9456-9>

Cheng, C., Beauchamp, A., Elsworth, G. R., & Osborne, R. H. (2020). Applying the Electronic Health Literacy Lens: Systematic Review of Electronic Health Interventions Targeted at Socially Disadvantaged Groups. *Journal of medical Internet research*, 22(8), e18476. <https://doi.org/10.2196/18476>

Chou, L. P., Chang, H. F., Kao, C., Lin, W., & Huang, C. L. (2013). Smoking cessation in Taiwanese male smokers with coronary artery disease: influencing factors and policy implications. *International Nursing Review*, 60(2), 244-250. <https://doi.org/10.1111/inr.12004>

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>

Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, & Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. (2020). *Pratique professionnelle en abandon du tabac* https://www.oiiq.org/documents/20147/2943683/Pratique_Prof_Abandon_Tabac_VF.pdf/8070c287-b54e-6d4c-9b9b-ad29866053bf

Dallaire-Habel, S., Foldes-Busque, G., & Université Laval Faculté des sciences, s. (2024). *Évolution et regroupements des symptômes psychologiques liés à la maladie coronarienne athérosclérotique*. Université Laval. <https://hdl.handle.net/20.500.11794/154004>. WorldCat.

Dancey, C. P., Reidy, J., & Rowe, R. (2012). *Statistics for the health sciences : a non-mathematical introduction*. Sage Publications.

Datta, B. K., Coughlin, S. S., Ayadi, J., Majeed, B., & Ansa, B. E. (2024). Relationship between social support, life satisfaction, and smoking status among US adults with cardiovascular risks. *Behavioral medicine*, 50(4), 288-297. <https://doi.org/10.1080/08964289.2023.2259045>

Dono, J., Miller, C., Ettridge, K., & Wilson, C. (2020). The role of social norms in the relationship between anti-smoking advertising campaigns and smoking cessation: a scoping review. *Health Education Research*, 35(3), 179-194. <https://doi.org/10.1093/her/cyaa008>

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>

Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203838020>

Fondation des maladies du coeur et de l'AVC du Canada. (2025). *Coronaropathie*. <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/problemes-de-sante/coronaropathie>

Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir*. Les Presses de l'Université de Montréal.

Godin, G., & Gagné, C. (2012). La mesure des variables théoriques et des comportements. Dans *Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir* (pp. 231-292). Les Presses de l'Université de Montréal.

Godin, G., Vézina-Im, L.-A., & Bélanger-Gravel, A. (2012). Les théories du changement. Dans *Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir* (pp. 41-77). Les Presses de l'Université de Montréal

Goettler, D., Wagner, M., Faller, H., Kotseva, K., Wood, D., Leyh, R., Ertl, G., Karmann, W., Heuschmann, P. U., & Störk, S. (2020). Factors associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a cohort analysis of the German

subset of EuroAspire IV survey. *BMC cardiovascular disorders*, 20(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01429-w>

Gouvernement du Canada. (2012). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/enquete-surveillance-usage-tabac-canada-esutc-2012.html>

Gouvernement du Canada. (2017). *Consultation sur l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada : ce que nous avons entendu* <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/consultation-sur-lavenir-lutte-contre-tabagisme-ce-que-nous-avons-entendu.html>

Gouvernement du Canada. (2022a). *Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine (ECTN) : sommaire des résultats pour 2020*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-nicotine/sommaire-2020.html>

Gouvernement du Canada. (2022b). *Les maladies du cœur au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/maladies-coeur-canada.html>

Gouvernement du Canada. (2022c). *Stratégie de lutte contre le tabac*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-tabac-canada.html>

Gouvernement du Canada. (2022d). *Surveillance des maladies du cœur et autres troubles cardiaques*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/sante-coeur/maladies-problemes-cardiaques/surveillance-maladies-problemes-cardiaques.html>

Gouvernement du Canada. (2024). *De nouveaux investissements pour aider la population canadienne à arrêter de fumer*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2024/05/de-nouveaux-investissements-pour-aider-la-population-canadienne-a-arreter-de-fumer.html>

Gouvernement du Québec. (2015). *Guide de pratiques visant à soutenir l'abandon du tabagisme à l'intention des conseillers en centres d'abandon du tabagisme et à la*

ligne j'Arrête. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-006-02W.pdf>

Gouvernement du Québec. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3452391>

Gouvernement du Québec. (2020a). *Soutien clinique à l'abandon du tabac*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-006-03F.pdf>

Gouvernement du Québec. (2020b). *Statégie pour un Québec sans tabac*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/strategie/STR_19-006-04W_MSSS.pdf

Gouvernement du Québec. (2022a). *Carte de la santé et de ses déterminants: Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé: Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-297-05W.pdf>

Gouvernement du Québec. (2022b). *Lutte contre le tabagisme*. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/saines-habitudes-de-vie/mode-de-vie-sans-tabac/lutte-contre-le-tabagisme>

Gouvernement du Québec. (2022c). *Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé: Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-297-05W.pdf>

Gouvernement du Québec. (2024a). *Code des professions*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26>

Gouvernement du Québec. (2024b). *Répertoire des indicateurs de gestion du ministère de la Santé et Services sociaux: Proportion de fumeurs quotidiens et occasionnels*. <https://msss.gouv.qc.ca/repertoirer/indicateurs-gestion/indicateur-000250/?&date=DESC>

Gouvernement du Québec. (2025). *Guide des bonnes pratiques en prévention clinique* <https://www.msss.gouv.qc.ca/aide-decision-app/etape.php?situation=pc-adulte>

Gravely, S., Cummings, K. M., Hammond, D., Borland, R., McNeill, A., East, K. A., Loewen, R., Martin, N., Yong, H. H., Li, L., Liber, A., Levy, D. T., Quah, A. C. K., Ouimet, J., Hitchman, S. C., Thompson, M. E., Boudreau, C., & Fong, G. T. (2021). Self-Reported Quit Aids and Assistance Used By Smokers At Their Most Recent Quit Attempt: Findings from the 2020 International Tobacco Control Four Country Smoking and Vaping Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 23(10), 1699-1707. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntab068>

Havranek, E. P., Mujahid, M. S., Barr, D. A., Blair, I. V., Cohen, M. S., Cruz-Flores, S., Davey-Smith, G., Dennison-Himmelfarb, C. R., Lauer, M. S., Lockwood, D. W., Rosal, M., & Yancy, C. W. (2015). Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 132(9), 873-898. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000228>

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., & Herbert, J. D. (2002). Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change; 1999; Guilford Press; New York. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(2), 164-166. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80009-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80009-8)

Høie, M., Moan, I. S., & Rise, J. (2010). An extended version of the theory of planned behaviour: Prediction of intentions to quit smoking using past behaviour as moderator. *Addiction Research & Theory*, 18(5), 572-585. <https://doi.org/10.3109/16066350903474386>

Höpner, J., Junge, U., Schmidt-Pokrzywniak, A., Fischer, C., & Mikolajczyk, R. (2020). Determinants of persistent smoking after acute myocardial infarction: an observational study. *BMC cardiovascular disorders*, 20(1), 384. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01641-8>

Inoue-Choi, M., Hartge, P., Park, Y., Abnet, C. C., & Freedman, N. D. (2019). Association Between Reductions of Number of Cigarettes Smoked per Day and Mortality Among Older Adults in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 188(2), 363-371. <https://doi.org/10.1093/aje/kwy227>

Institut de la statistique du Québec. (2025). *Tabac et vapotage: risques et cessation.* <https://statistique.quebec.ca/fr/document/tabac-vapotage-quebec/publication/tabac-vapotage-risques-cessation>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2025). *Stratégies de cessation tabagique: État des connaissances* https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Cessation_tabagique_avis.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (2015). *Projet de loi 44, Loi concernant la lutte contre le tabagisme : mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux.* Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2481593>

Institut national de santé publique du Québec. (2018). *Portrait de l'ensemble des maladies vasculaires au Québec : prévalence, incidence et mortalité.* <https://www.inspq.qc.ca/publications/2446>

Institut national de santé publique du Québec. (2021a). *Le tabagisme au Québec.* <https://www.inspq.qc.ca/tabagisme/le-tabagisme-au-quebec>

Institut national de santé publique du Québec. (2021b). *Le vieillissement au Québec.* <https://www.inspq.qc.ca/le-vieillissement-au-quebec>

Institut national de santé publique du Québec. (2021c). *Les ventes de produits de vapotage ont fortement augmenté au Québec.* <https://www.inspq.qc.ca/nouvelles/ventes-produits-vapotage-ont-fortement-augmente-quebec#:~:text=Depuis%20juillet%202021%2C%20le%20gouvernement,2020%20dans%20les%20commerces%20analys%C3%A9s>

Institut national de santé publique du Québec. (2022). *Interventions de renoncement au tabac et technologies numériques.* <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2830-renoncement-tabac-technologies-numeriques.pdf>

Institut national de santé publique du Québec. (2024). *Ressources en abandon du tabac et références*. <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/tabac/ressources>

Jimeno Sánchez, J., Chabbar Boudet, M. C., Morlanes Gracia, P., Laita Monreal, S., López Perales, C. R., Cuko, G., Albarrán Martín, C., & Garza Benito, F. (2023). [Anti-smoking intervention in the acute phase of acute coronary syndrome: Is there additional benefit in patients included in a cardiac rehabilitation program?]. *Journal of healthcare quality research*, 38(2), 105-111. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.06.005>

Klemperer, E. M., West, J. C., Peasley-Miklus, C., & Villanti, A. C. (2020). Change in Tobacco and Electronic Cigarette Use and Motivation to Quit in Response to COVID-19. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 22(9), 1662-1663. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa072>

Koçak, A., Yıldırım, O., Coşgun, A., & Türkkanı, M. H. (2023). Factors Affecting Smoking Cessation After Acute Myocardial Infarction. *Thoracic Research & Practice*, 24(3), 151-156. <https://doi.org/10.5152/ThoracResPract.2023.22139>

Kripalani, S., Heerman, W. J., Patel, N. J., Jackson, N., Goggins, K., Rothman, R. L., Yeh, V. M., Wallston, K. A., Smoot, D. T., & Wilkins, C. H. (2019). Association of Health Literacy and Numeracy with Interest in Research Participation. *Journal of general internal medicine*, 34(4), 544-551. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4766-2>

Li, M., Koide, K., Tanaka, M., Kiya, M., & Okamoto, R. (2021). Factors Associated with Nursing Interventions for Smoking Cessation: A Narrative Review. *Nursing Reports*, 11(1), 64-74. <https://doi.org/10.3390/nursrep11010007>

Lisy, A., & Thephilah, C. (2025). Factors Influencing Treatment Adherence and Lifestyle Modifications of Patients Living with Coronary Artery Disease (CAD) and Their Impact on Disease Outcomes: A Systematic Review. *European Journal of Cardiovascular Medicine*, 15(4), 1015-1023. <https://ezproxy.uqar.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=185331590&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>

McEachan, R. B. A. M. P., Taylor, N. B. M. P., Harrison, R. B. P., Lawton, R. B. A. P., Gardner, P. B. M. P., & Conner, M. B. P. (2016). Meta-Analysis of the Reasoned

Action Approach (RAA) to Understanding Health Behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(4), 592-612. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9798-4>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement* (2e édition.). InterÉditions.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2023). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière 2022-2023*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/26586017/oiiq-rapport-statistique-23-VF.pdf/6f710838-6645-eef2-90f6-152b5400d34a>

Organisation mondiale de la Santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?utm

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Le tabac est responsable de 20% des décès dus aux cardiopathies coronariennes*. <https://www.who.int/fr/news/item/22-09-2020-tobacco-responsible-for-20-of-deaths-from-coronary-heart-disease>

Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Principaux repères sur les maladies cardiovasculaires*. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Principaux repères sur le tabagisme*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Park, B., Yang, J., & Kim, Y. (2023). Factors Influencing Cardiovascular Disease Preventive Behaviors among Rural Residents Based on a Socio-Ecological Model in South Korea: A Mixed Method Research. *Health & Social Care in the Community*, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2023/6051599>

Piotrkowska, R., Mędrzycka-Dąbrowska, W., Jarzynkowski, P., & Ślusarz, R. (2022). Nicotine Dependence and the Level of Motivation for Ceasing Smoking in the Case of Patients Undergoing Vascular Surgeries Versus the Optimisation of Perioperative Care-Pilot Survey. *International journal of environmental research and public health*, 19(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph191610393>

Pomerleau, E., Boucher, D., Beaulieu, D., & Gallani, M. C. (2024). *Les déterminants de l'intention de cesser de fumer chez une clientèle soumise à une coronarographie*. Congrès annuel des étudiants du Regroupement intersectoriel de recherche en santé de l'Université du Québec (RISUQ), Lévis, Québec.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>

Ratté, C.-B., Pagé, J., Prémont-Boulet, J., De Lafontaine, M.-F., Dionne, C., Poirier, P., Denis, I., & Foldes-Busque, G. (2021). Effets des procédures de revascularisation sur l'anxiété, l'anxiété cardiaque et la dépression. *Psycause : revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 11(2), 9-11. <https://doi.org/10.51656/psycause.v11i2.51362>

Reid, R. D., Mullen, K. A., & Pipe, A. L. (2011). Systematic approaches to smoking cessation in the cardiac setting. *Current opinion in cardiology*, 26(5), 443-448. <https://doi.org/10.1097/HCO.0b013e3283497499>

Roberge, S. (2021). Le guide des bonnes pratiques en prévention clinique. *Perpective infirmière*, 18(2), 26. <https://www.oiiq.org/w/PI/PI-vol18-no-2.pdf#page=28>

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183. <http://www.jstor.org/stable/45049256>

Samim, D., Méan, M., Clair, C., & Marques-Vidal, P. (2018). A 10-year observational study on the trends and determinants of smoking status. *PLOS One*, 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200010>

Santé Canada. (2018). *Maladies et problèmes cardiaques: ce que les professionnels doivent savoir.* <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/sante-coeur/maladies-problemes-cardiaques/pour-professionnels-maladies-problemes-cardiaques.html#a1>

Santé Canada. (2023). *Le tabac et les maladies du cœur.* <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/tabagisme/legislation/etiquetage-produits-tabac/tabagisme-maladie-cardiaque.html>

Smith, R., Frazer, K., Hyde, A., O'Connor, L., & Davidson, P. (2018). "Heart disease never entered my head": Women's understanding of coronary heart disease risk factors. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 27(21-22), 3953-3967. <https://doi.org/10.1111/jocn.14589>

Son, Y.-J., & Lee, H.-J. (2020). Association between persistent smoking after a diagnosis of heart failure and adverse health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Induced Diseases*, 18, 1-11. <https://doi.org/10.18332/tid/116411>

Statistique Canada. (2015). *Usage du tabac, renoncement au tabac et risque de maladie du cœur: une étude de suivi sur 16 ans.* <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2013002/article/11770-fra.htm>

Streck, J. M., Rigotti, N. A., Livingstone-Banks, J., Tindle, H. A., Clair, C., Munafò, M. R., Sterling-Maisel, C., & Hartmann-Boyce, J. (2024). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5, CD001837. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001837.pub4>

Sverre, E., Otterstad, J. E., Gjertsen, E., Gullestad, L., Husebye, E., Dammen, T., Moum, T., & Munkhaugen, J. (2017). Medical and sociodemographic factors predict persistent smoking after coronary events. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17(1), 241-241. <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0676-1>

- Tapera, R., Mbongwe, B., Mhaka-Mutepfa, M., Lord, A., Phaladze, N. A., & Zetola, N. M. (2020). The theory of planned behavior as a behavior change model for tobacco control strategies among adolescents in Botswana. *PLOS One*, 15(6), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233462>
- Tchicaya, A., Lorentz, N., & Demarest, S. (2017). Income-related inequality in smoking cessation among adult patients with cardiovascular disease: a 5-year follow-up of an angiography intervention in Luxembourg. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17(1), 107. <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0541-2>
- Tonstad, S. (2019). Smoking Cessation in Patients with Cardiovascular Disease: An Expert Panel. *European Journal of Cardiovascular Medicine*, 5(5), 575-582. <https://doi.org/10.5083/ejcm20424884.162>
- Tseng, Y.-F., Wang, K.-L., Lin, C.-Y., Lin, Y.-T., Pan, H.-C., & Chang, C.-J. (2018). Predictors of smoking cessation in Taiwan: using the theory of planned behavior. *Psychology, Health & Medicine*, 23(3), 270-276. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1378820>
- Vollbrecht, H., Arora, V., Otero, S., Carey, K., Meltzer, D., & Press, V. G. (2020). Evaluating the Need to Address Digital Literacy Among Hospitalized Patients: Cross-Sectional Observational Study. *Journal of medical Internet research*, 22(6), e17519. <https://doi.org/10.2196/17519>
- Von Haeften, I., Fishbein, M., Kasprzyk, D., & Montano, D. (2001). Analyzing data to obtain information to design targeted interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 6(2), 151-164. <https://doi.org/10.1080/13548500120035409>
- Wang, H., Harrell, J., & Funk, S. (2008). Factors associated with smoking cessation among male adults with coronary heart disease in Taiwan. *Journal of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)*, 16(1), 55-64. <https://doi.org/10.1097/01.jnr.0000387290.53559.bb>
- Wu, A. D., Lindson, N., Hartmann-Boyce, J., Wahedi, A., Hajizadeh, A., Theodoulou, A., Thomas, E. T., Lee, C., & Aveyard, P. (2022). Smoking cessation for secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014936.pub2>

Wu, L., He, Y., Jiang, B., Zuo, F., Liu, Q., Zhang, L., & Zhou, C. (2016). Additional follow-up telephone counselling and initial smoking relapse: a longitudinal, controlled study. *BMJ Open*, 6(4), e010795. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010795>

Xing, X., Shang, X., Deng, X., Guo, K., Fenfen, E., Zhou, L., Wang, Y., Yang, C., Yang, K., & Li, X. (2023). Efficacy and safety of pharmacological intervention for smoking cessation in smokers with diseases: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 16(4), 520-533. <https://doi.org/10.1111/jebm.12570>

Yoon Hee, E., Ho Jun, K., Seolah, B., Sung-Ha, L., Jinri, K., Su Hyeon, P., Seo Eun, H., & Bumjo, O. (2022). Factors related to the success of smoking cessation: A retrospective cohort study in Korea. *Tobacco Induced Diseases*, 20(February), 1-10. <https://doi.org/10.18332/tid/144272>

