

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DOSSIER OU D.D.N. : _____
INSTALLATION : _____

Intervention motivationnelle brève auprès des fumeurs

Documentez

Est-ce que vous fumez ? • OUI • NON Non-fumeur depuis : _____
Si oui, demandez la permission à l'usager de parler du tabac
Nombre d'années de tabagisme : _____ Nombre de cigarettes par jour : _____
Autres formes de tabac utilisées (ex : chicha, pipe, cigare, cigarillos, tabac à chiquer, etc.) : _____
Première cigarette fumée après le réveil : • 5 min • 5 à 30 minutes • plus de 30 minutes
Nombre de tentatives d'arrêt : _____ Durée de la tentative d'arrêt la plus longue : _____

Conseillez

Conseiller le fumeur à cesser de fumer de façon claire et personnalisée (ex : usagers atteints d'asthmes, MPOC, diabète, etc.) :
« Comme professionnel de la santé, je vous recommande de cesser de fumer et c'est le conseil le plus important que je puisse vous donner pour votre santé »

Demandez

Avez-vous l'intention de cesser de fumer ?

Non PRÉ-RÉFLEXION Usager n'est pas prêt	D'ici 6 mois RÉFLEXION Usager ambivalent	D'ici 1 mois PRÉPARATION Usager prêt	ACTION : moins de 6 mois MAINTIEN : plus de 6 mois L'usager à cesser
<p><i>But : Aider l'usager à amorcer une réflexion sur l'arrêt du tabac.</i></p> <p>Demander :</p> <ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce que vous aimez quand vous fumez? Qu'est-ce qui vous dérange dans le fait de fumer? Sur une échelle de 1 à 10 : <p>À quel point est-ce important pour vous de cesser de fumer? _____</p>	<p><i>But : Aider l'usager à prendre sa décision de cesser de fumer</i></p> <p>Demander :</p> <ul style="list-style-type: none"> Quels avantages et inconvénients voyez-vous à cesser de fumer? Qu'est-ce qui vous encouragerait à cesser de fumer? Sur une échelle de 1 à 10 : <p>À quel point vous sentez-vous capable de cesser de fumer ? _____</p>	<p><i>But : Aider l'usager à se préparer à cesser de fumer et trouver des stratégies pour devenir non-fumeur</i></p> <p>Demander :</p> <ul style="list-style-type: none"> Quelle est la date à laquelle vous pensez cesser? Quels sont vos raisons ou motivations à cesser de fumer? Avez-vous des inquiétudes ou des questions en lien avec le fait de cesser de fumer? Sur une échelle de 1 à 10 : <p>Quelle confiance avez-vous de réussir à cesser de fumer? _____</p>	<p><i>But : Aider l'usager à demeurer non-fumeur</i></p> <p>Demander :</p> <ul style="list-style-type: none"> Quels sont les bienfaits ressentis depuis que vous êtes non-fumeur? Avez-vous des problèmes particuliers? Vous arrive-t-il de fumer à l'occasion? Prenez-vous une médication? <p>Si rechute :</p> <ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a amené à recommencer à fumer? Qu'étaient les raisons qui vous ont motivé à cesser?

Discutez

<ul style="list-style-type: none"> De votre inquiétude sur son tabagisme en lien avec sa condition de santé Des bénéfices de la cessation (personnalisés sur les risques du tabagisme pour la santé) Des dangers de la fumée secondaire D'accord pour en rediscuter : _____ 	<ul style="list-style-type: none"> Personnaliser les avantages à cesser de fumer en lien avec sa santé Aider le fumeur à trouver des solutions aux inconvénients soulevés Encourager à expérimenter de petits changements à la fois Conseiller de réfléchir à l'importance de cesser de fumer dans un avenir rapproché 	<ul style="list-style-type: none"> Encourager et féliciter pour la décision et réaffirmer votre appui Encourager à fixer une date d'arrêt si non fait De stratégies gagnantes pour faire face aux difficultés Des médicaments disponibles pour l'aider Suggérer des ressources d'aide à la cessation Suggérer d'informer son entourage et de demander clairement du soutien 	<ul style="list-style-type: none"> Féliciter pour les résultats et rappeler votre confiance en ses capacités Des avantages d'être non-fumeur Des difficultés rencontrées et stratégies pour les surmonter Des médicaments disponibles pour l'aider De l'importance de ne pas fumer de façon occasionnelle Suggérer de s'offrir des récompenses <p>Si rechute :</p> <ul style="list-style-type: none"> De l'importance de cesser à nouveau dans un avenir rapproché Suggérer des ressources d'aide et l'importance d'avoir du soutien
---	--	---	---

Donnez

Non PRÉ-RÉFLEXION Usager n'est pas prêt	D'ici 6 mois RÉFLEXION Usager ambivalent	D'ici 1 mois PRÉPARATION Usager prêt	ACTION : moins de 6 mois MAINTIEN : plus de 6 mois L'usager à cesser
<ul style="list-style-type: none"> Donner de l'information sur les ressources existantes en cessation tabagique Remettre de la documentation sur le tabac et la fumée secondaire 	<ul style="list-style-type: none"> Donner de l'information sur les ressources existantes en cessation tabagique Proposer une référence au Centre d'abandon du tabac (CAT). Si refus, offrir d'en rediscuter ou remettre nos coordonnées Référence faxée le _____ <ul style="list-style-type: none"> Remettre de la documentation sur le tabac et la fumée secondaire 	<ul style="list-style-type: none"> Offrir et organiser du soutien : Faire une référence au Centre d'abandon du tabac (CAT) si patient d'accord. Référence faxée le _____ <ul style="list-style-type: none"> Donner de l'information sur les ressources existantes en cessation tabagique Référez au pharmacien (ordonnance collective) ou au MD pour prescription de médicaments d'aide à la cessation Remettre de la documentation sur le tabac et la fumée secondaire 	<ul style="list-style-type: none"> Offrir et organiser du soutien : Faire une référence au Centre d'abandon du tabac (CAT) si patient d'accord. Référence faxée le _____ <ul style="list-style-type: none"> Donner de l'information sur les ressources existantes en cessation tabagique Référez au pharmacien (ordonnance collective) ou au MD pour prescription de médicaments d'aide à la cessation Remettre de la documentation sur le tabac et la fumée secondaire

Ressources

- Le centre d'abandon du tabagisme de Gatineau (secteurs Hull, Aylmer et Gatineau) : référence avec formulaire par fax : 819-966-6516 ou par téléphone au 819-966-6696.
- Les centres d'abandon du tabagisme en Outaouais :

CSSS des Collines La Pêche Fax: 819-456-4531 Val-des-Monts Fax: 819-671-3060	CSSS Papineau Petite-Nation Fax: 819-983-7708 Vallée-de-la-Lièvre Fax: 819-986-8096	CSSS Gatineau Fax: 819-966-6516 CSSS Vallée-de-la-Gatineau Fax : 819-449-4102 CSSS Pontiac Fax: 819-683-2008
---	--	--

- Les pharmacies : rencontrer un pharmacien pour se prévaloir de l'ordonnance collective de thérapie de remplacement de la nicotine.
- La ligne téléphonique J'Arrête : service de soutien téléphonique bilingue, gratuit et confidentiel lundi au vendredi, de 8 h à 21 h, au 1-866-527-7383 (1-866-JARRETE)
- Le site Internet J'arrête : <http://www.jarrete.qc.ca>
- Le site internet Défi J'Arrête, j'y gagne : <http://www.defitabac.qc.ca>
- Service de Messagerie pour l'Abandon du Tabac (SMAT) : <http://www.smat.ca>

Commentaires et notes de suivis

Signature de l'intervenant	Initiales	Programme/Service	Date de l'intervention