TABLE DES MATIERES

PENSÉES i

REMERCIEMENTS ii

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES iii

INTRODUCTION 1

1. PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION 2
   1.1. Bref historique de l'organisation 2
   1.2. Mandat, mission et vision de la Direction de santé publique 2
      1.2.1. Mandat 2
      1.2.2. Mission 3
      1.2.3. Vision 3
   1.3. Structure organisationnelle 4

2. PRÉSENTATION DU PROGRAMME 5
   2.1. Historique et description du programme 5
   2.2. Raison d'être du programme 5
   2.3. Nature d'intervention 6

3. DESCRIPTION DU MANDAT ET CONTEXTE DE L'ÉVALUATION 7
   3.1. Rappel du mandat et reformulation 7
   3.2. Objectif de l'évaluation 8
   3.3. Livrables 8
   3.4. Utilisateurs et utilisation prévue des résultats 9

4. RECENSION DES ÉCRITS 10
   4.1. Écrits relatifs l'environnement de travail 10
   4.2. Écrits relatifs au mandat 11

5. MÉTHODOLOGIE 13
   5.1. Méthodologie suivie 13
   5.2. Limites méthodologiques 14

6. RÉSULTATS 15
   6.1. Volet intervention 15
   6.2. Volet promotion 18
   6.3. Volet partenariat 21

CONCLUSION 23

BIBLIOGRAPHIE 25

ANNEXES I

06 JAN 2011

PENSÉES

À mon père Wilson LUMBWE MUDINDAAMBI, qui nous a quitté pendant la rédaction de ce rapport.

REMERCIEMENTS

L'homme naît, grandit et meurt !

Pour réduire l'instinct d'animosité, il s'instruit.

Pour y parvenir, cela nécessite le concours des autres. C'est pourquoi, à la fin de notre formation de Maîtrise, nous exprimons nos remerciements particuliers à notre épouse Christelle pour son amour et à nos merveilleux enfants Eliot-William et Bryan Wilson qui nous donnent la joie de vivre.

Nous tenons aussi à remercier le personnel des Services préventifs en milieu clinique de la Direction de santé publique pour leurs soutien, commentaires constructifs et engagement à différentes étapes de notre travail. Il s'agit principalement de Madame Mireille Gaudreau, Adjointe à la responsable, Madame Viviane Leaune, Coordonnatrice de l'équipe, évaluation et recherche, Madame Louise Labrie et Monsieur Simon Tessier, Agents de planification, de programmation et de recherche.

Nos remerciements s'adressent également à notre professeure-conseil Mme Isabelle Brunet pour son encadrement, ses conseils professionnels et ses commentaires qui nous ont permis d'accomplir notre mandat.

Merci à Mesdames Anne Théorêt et Luigia Ferrazza, Agentes administratives aux Services préventifs en milieu clinique de la Direction de santé publique pour leur support administratif indispensable à la réalisation de notre mandat.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux

CSSS : Centre de santé et des services sociaux

DSP : Direction de santé publique

ÉNAP : École nationale d'administration publique

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

OMS : Organisation mondiale de la santé

SCC : Société canadienne de cancer

SPMC : Services préventifs en milieu clinique

INTRODUCTION

Le présent document constitue le rapport final du mandat que nous a confié l'équipe Surveillance, évaluation et recherche au Secteur des Services préventifs en milieu clinique de la Direction de santé publique de Montréal (DSP) visant à procéder à une analyse qualitative du programme *Défi J'Arrête, j'y gagne!*

Ce mandat s'inscrit dans le cadre du stage de maîtrise en administration publique pour analystes, profil évaluation de programme à l'École nationale d'administration publique de l'Université du Québec, qui s'est déroulé du 21 juin au 21 septembre 2010.

Cette expérience s'est révélée très enrichissante et très formatrice à plusieurs égards. Premièrement, elle nous a permis de vérifier, sur le terrain, des hypothèses, et de dégager des conclusions générales en vue d'une pratique future. Deuxièmement, elle a permis de faire le lien entre les connaissances théoriques acquises à l'École nationale d'administration publique (ÉNAP) et leur application en milieu de travail. Enfin, troisièmement, elle nous a permis d'acquérir une bonne connaissance du réseau de la santé et des services sociaux.

Ce rapport est subdivisé en six grands points. Le premier point est destiné à la présentation de l'organisation d'accueil. Le second point présente une brève historique du programme, sa raison d'être et la nature d'intervention. Le troisième point décrit le mandat et le contexte de l'évaluation. Le quatrième point fait une recension des écrits pertinents à la réalisation du mandat, mais qui ont permis aussi de mieux connaître le milieu de travail. Le cinquième point expose la méthodologie suivie pour réaliser le mandat. Enfin le sixième point est consacré à une présentation critique et raisonnée des résultats obtenus à la suite de collecte des données.

1. PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION

1.1. Bref historique de l'organisation

En 1992, le ministère de la santé et des services sociaux avait initié la réforme du système de santé qui abrogeait les départements de santé communautaire qui existaient depuis une vingtaine d'années au sein de certains hôpitaux de chacune des régions. Ces départements étaient regroupés dans une même direction que l'on nommait Direction de santé publique. Ces directions étaient créées à l'intérieur des régies régionales maintenant appelées Agence de la santé et des services sociaux.

C'est dans ce contexte que fut créé la Direction de santé publique de Montréal qui relève de l'Agence de la santé et des services sociaux.

1.2. Mandat, mission et vision de la Direction de santé publique

1.2.1. Mandat

Le mandat de la Direction de santé publique est défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Selon cette loi, le directeur de la santé publique est responsable dans sa région :

- d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;
- d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
- d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller l'Agence régionale sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;

- d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

1.2.2. Mission

La direction de santé publique de Montréal a pour mission de Garder le monde en santé.

Ses principales responsabilités sont :

- d'exercer une vigie et une surveillance sur ce qui peut améliorer ou constituer une menace à l'état de santé actuel et futur de la population montréalaise et l'en informer;

- de promouvoir des orientations et des solutions ainsi qu'offrir du soutien et des services conseils aux Centres de santé et des services sociaux (CSSS) et à ses partenaires régionaux et locaux afin d'aider à la mise en place des mesures de prévention et de protection.

1.2.3. Vision

La vision de la DSP de Montréal est de :

- être reconnue comme la référence en matière de santé publique pour la région de Montréal.
- être mobilisée dans l'application du Programme régional de santé publique qui est connu, compris et implanté par les CSSS et nos partenaires.
- agir à titre de chef de file proactif pour informer les décideurs et prendre position.
- travailler en collaboration avec les CSSS et les partenaires à la préparation, la réalisation et l'évaluation des interventions en santé publique sur leurs territoires respectifs, dans la région de Montréal.
- être un milieu à la fine pointe de l'innovation, des connaissances, de la recherche et de l'enseignement en santé publique.

Rapport-Gratuit.com

1.3. Structure organisationnelle

La Direction de santé publique de Montréal regroupe environ 250 employés. À cela s'ajoute une soixante de médecins spécialistes, omnipraticiens et dentistes, une trentaine de résidents et stagiaires ainsi qu'une cinquante de contractuels. Toutes ces ressources sont regroupées au sein de onze secteurs (annexe 2).

Pour notre stage, nous étions affectés au secteur Services préventifs en milieu clinique (SPMC), plus précisément à l'équipe Surveillance, évaluation, recherche.

Les SPMC, en collaboration avec les partenaires de la DSP dont 12 CSSS et 2 500 omnipraticiens que comptent la région de Montréal, encouragent la population à intégrer la prévention à leur quotidien. Pour ce faire, ils ont développé un concept novateur le système de prévention clinique dans le but de :

- favoriser l'exercice optimal des pratiques cliniques préventives par les professionnels des milieux cliniques de première ligne par la création d'un environnement de pratique facilitant et la promotion de counselling sur les habitudes de vie.

- développer un réseau de soutien aux pratiques cliniques préventives sur le territoire de chaque Centre de santé des services sociaux par la mise en place d'un service d'accompagnement en motivation pour l'adoption de saines habitudes de vie.

Les SPMC sont en charge de plusieurs dossiers dont le programme québécois de dépistage du cancer du sein, les Centres d'éducation pour la santé et les Centres d'abandon du tabagisme.

2. PRÉSENTATION DU PROGRAMME

2.1. Historique et description du programme

Le *Défi J'arrête, J'y gagne* est un programme québécois inspiré du grand défi «Quit & Win» de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui tire son origine de la Finlande (OMS, 2002). Quit & Win est un programme international organisé dans plus 80 pays à travers le monde depuis 1994. Il vise à encourager les gens à arrêter de fumer.

Lancé en 2000, le *Défi J'arrête, J'y gagne* vise à soutenir les fumeurs québécois de tous âges souhaitant se libérer du tabac. C'est une initiative d'ACTI-MENU de la Direction de la prévention de l'Institut de cardiologie de Montréal et s'appuie sur un large partenariat avec des organisations tant publiques, parapubliques que privées.

Le Défi s'inscrit aujourd'hui dans les objectifs du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010 (PQLT) du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Le programme a été adapté et bonifié au fur des années pour répondre aux réalités du Québec.

2.2. Raison d'être du programme

La consommation du tabac sous toutes ses formes demeure la première cause évitable de décès dans le monde (Ben Amar et Légaré 2006, p.12). Le taux de tabagisme au Québec demeure parmi le plus élevé au pays. Il se situe à 22,5 % comparativement à 20,1 % pour l'ensemble du Canada. L'usage du tabac réduit l'espérance de vie de dix ans, en moyenne, comparativement aux non-fumeurs et 18,8 % de décès survenus au Québec en 2002 ont été causés par le tabac (Ministère de santé et des services sociaux, 2010, p.3).

Il est l'un des principaux facteurs de risque de nombreuses maladies. Le tabac est la première cause du cancer du poumon. Selon la Société canadienne du cancer, les fumeurs ont 10 à 25 fois plus de risque que les non-fumeurs de développer ce type de cancer (Passeport Santé, 2010).

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Les effets dévastateurs du tabagisme sur la santé occasionnent un important fardeau économique pour la société québécoise. En effet, le tabagisme engendre des coûts directs au système de santé. En ce qui concerne les coûts indirects, le tabagisme génère des coûts sociaux et des pertes de productivité découlant de décès prématurés.

Selon une étude initiée par la Coalisation québécoise pour le contrôle du tabac, 32,6 % des coûts d'hospitalisation au Québec sont directement liés au tabagisme, soit des coûts additionnels totalisant plus de 928,7 millions de dollars chaque année. (Crémieux et al. 2010, p. 1). Les auteurs de cette étude concluent que si le tabagisme était éliminé au Québec, l'équivalent d'environ le tiers des lits d'hôpitaux serait libéré et donc disponible pour d'autres usages.

Le tabagisme représente ainsi un important problème de santé publique au Québec. Le gouvernement se doit d'intervenir pour encourager la cessation tabagique dans le but de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois et ainsi contribuer ainsi au développement social et économique du Québec. Voilà pourquoi le MSSS initie et soutien plusieurs programmes de lutte et de prévention au tabagisme dont le *Défi j'Arrête j'y gagne.*

2.3. Nature d'intervention

Le *Défi j'Arrête j'y gagne* est une intervention populationnelle qui invite les fumeurs à s'inscrire et à s'engager à ne pas fumer avec l'aide d'un parrain ou d'une marraine non fumeur ou avec un autre participant voulant arrêter de fumer pendant au moins six semaines. Le programme fonctionne comme un concours, les participants qui ont respecté leur engagement gagnent un prix après un tirage au sort.

3. DESCRIPTION DU MANDAT ET CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

3.1. Rappel du mandat et reformulation

Le mandat d'évaluation, qui nous avait été confié par l'équipe Surveillance, évaluation et recherche au Secteur des Services préventifs en milieu clinique de la Direction de santé publique de Montréal était formulé comme suit :

Depuis 10 ans de mise en oeuvre du concours Défi J'arrête j'y gagne et la réalisation d'une évaluation annuelle confiée par le MSSS, il a été décidé de faire un état de situation au regard du processus d'évaluation dans son ensemble afin de faire des recommandations quant à la poursuite de l'exercice évaluatif (révision du devis d'évaluation). Cet état de situation nécessitera une analyse approfondie de l'ensemble de la documentation pertinente reliée au concours et des bases de données.

Biens livrables :

a) Prise de connaissance des différents écrits

b) Élaboration d'une grille d'analyse

c) Application de la grille d'analyse

d) Rédaction d'un rapport de résultats (niveau de profondeur à déterminer)

e) Contribution à la formulation de recommandations

Tel que présenté, le mandat n'était pas clairement défini, il y avait aussi une confusion entre les livrables et les étapes de la démarche méthodologique. Après analyse de la situation et entretiens avec la Coordonnatrice équipe Surveillance, évaluation et recherche ainsi qu'avec les membres de son équipe, nous avons reformulé le mandat comme suit :

Depuis son implantation en 2000, le *Défi J'arrête, j'y gagne* a fait l'objet d'une évaluation de processus en 2000-2001 et d'un sondage chaque année depuis 2002 afin de mesurer la satisfaction et l'impact en matière de cessation tabagique auprès des participants. Onze ans après sa mise en œuvre, il a été jugé utile de faire un état de la situation en portant un jugement sur le processus évaluatif mené jusqu'à aujourd'hui. C'est dans cette optique qu'a été confié à la Direction de santé publique de Montréal le mandat de réaliser cet état de

situation pour caractériser et analyser l'évolution du programme durant ses onze années d'existence.

Le mandat, que nous a confié l'équipe Surveillance, évaluation et recherche du Secteur Services préventifs en milieu clinique de la Direction de santé publique de Montréal, consiste à présenter et à analyser l'évolution de l'état des connaissances sur le fonctionnement et les résultats du programme *Défi J'arrête j'y gagne* à partir de la documentation sur le Défi et des données relatives aux inscriptions à ce concours. Cette analyse est principalement qualitative et vise à analyser les trois grandes dimensions suivantes du Défi : l'intervention, la promotion et le partenariat.

3.2. Objectif de l'évaluation

L'objectif global de l'évaluation était de mieux cerner l'impact du *Défi j'Arrête j'y gagne* en matière de soutien à la cessation tabagique (à l'échelle provinciale et régionale) et de proposer des recommandations quant aux modalités d'évaluation futures. Plus spécifiquement, l'objectif est de documenter et caractériser l'évolution de l'intervention, la promotion et des partenariats depuis 2000.

3.3. Livrables

Après la reformulation du mandat, nous avons proposé à Mme Leaune et à son équipe la production de trois biens livrables. Ainsi au cours de notre stage trois documents suivants ont été produits :

1. Grille d'analyse

La grille était une grille d'analyse de contenus qualitatifs. Elle allait permettre de collecter les données, de comparer les contenus des rapports annuels d'activités et d'évaluation, et d'analyser l'évolution du programme *Défi J'arrête, J'y gagne* suivant trois dimensions à savoir : intervention, promotion et partenariat (annexe 1).

2. Tableaux synthèse analytique

Les tableaux synthèse analytique étaient les résultats de l'application de la grille d'analyse sur les contenus des documents. Ainsi, ils ont permis de présenter les contenus des

documents suivant les dimensions et les variables fixées dans la grille d'analyse. Ces tableaux ont été élaborés pour chaque année d'activités du programme afin de faciliter la comparaison et la rédaction du rapport synthèse des résultats de l'analyse documentaire. Au total nous avons produit onze tableaux synthèse analytique.

3. Rapport synthèse des résultats de l'analyse documentaire

Le rapport synthèse des résultats était le livrable final. L'objectif de ce rapport était de dresser une synthèse documentaire de l'évolution du programme depuis l'année 2000, d'analyser les stratégies retenues pour l'intervention, la promotion et le partenariat et de formuler des pistes d'action et des recommandations pour améliorer les diverses facettes du programme ainsi que son évaluation. Ce rapport demeure la propriété de la DSP.

3.4. Utilisateurs et utilisation prévue des résultats

Les utilisateurs des résultats de l'évaluation sont les responsables du secteur des Services préventifs en milieu clinique ainsi que la coordonnatrice de l'équipe Surveillance, évaluation et recherche et les professionnels impliqués dans l'organisation et l'évaluation du Défi à la Direction de santé publique de Montréal. Selon les besoins, le rapport pourrait être rendu disponible en tout ou en partie aux partenaires de chez ACTI-MENU ainsi que du MSSS. Un professionnel qui effectuera les analyses quantitatives des bases de données des sondages annuels réalisés depuis 2002 auprès d'un échantillon des participants sera également un lecteur du rapport.

Les résultats de l'évaluation de l'état de situation permettront de formuler des recommandations quant à la mise en œuvre du Défi et aux changements à apporter au devis d'évaluation.

4. RECENSION DES ÉCRITS

Dans cette section, il sera question de faire une brève recension des textes fondamentaux consultés en vue de saisir le sens de la démarche concrète de notre stage.

4.1. Écrits relatifs l'environnement de travail

La première démarche amorcée a été la consultation de la documentation en rapport avec le milieu de stage. Il paraissait important pour nous de connaître en premier lieu l'environnement dans lequel nous allions travailler pendant quinze semaines. Cette démarche a facilité de notre intégration dans le milieu de travail car elle nous a permis de comprendre la structure, le fonctionnement et la culture de l'organisation.

Le premier document consulté pour bien connaître l'organisation d'accueil était le *Guide d'accueil pour les nouveaux employés* produit par la Direction de santé publique en 2009. Dans ce document, on présente brièvement l'historique de la DSP, son mandat, sa mission et sa vision. Puis, y sont présentés les rôles de la DSP et sa place au sein de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS), les mécanismes internes de partage d'information, les différents secteurs thématiques et de soutien qui le composent. Avant le début de notre stage, vu sa taille nous considérions la DSP de Montréal comme une organisation autonome alors qu'elle est l'une des directions de l'ASSS de Montréal.

Afin de rendre aisé notre évolution dans le milieu, il était essentiel de s'informer sur le système de santé québécois. Pour se faire, nous avons consulté un document synthèse produit par le MSSS en 2008 intitulé *Le système de santé et de services sociaux au Québec, en bref.* Ce document décrit de manière succincte le modèle d'organisation des services et les responsabilités de gouvernance au niveau de trois paliers de gestion : le central, le régional et le local. Le MSSS représente le palier central. Il établit les orientations en matière de politiques sociosanitaires et il évalue, pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Au palier régional, on retrouve les agences de la santé et des services sociaux qui sont responsables de la coordination de la mise en place des services sur leur territoire respectif, plus particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Et enfin au palier local se trouvent, les réseaux

locaux de services de santé et de services sociaux qui regroupent l'ensemble des partenaires, dont font partie les médecins de famille, afin de partager collectivement une responsabilité envers la population d'un territoire. Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont au cœur du réseau local de services. Ils proposent une offre de service intégrée et garantissent l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à la population (MSSS, 2008, p.4).

4.2. Écrits relatifs au mandat

Après s'être informé sur la DSP et le réseau de la santé, nous avons consulté trois documents pouvant nous guider dans l'accomplissement de notre mandat. Le premier document était le texte de Marceau, R. et al. (1992) intitulé *La planification d'une évaluation de programme : Concepts théoriques et considérations pratiques*. Nous considérons ce document comme un des textes de référence en évaluation. En effet, de manière claire et concise, les auteurs décrivent le processus d'évaluation de programme en trois grandes étapes : la planification de l'évaluation, la réalisation de l'évaluation et la rédaction d'un rapport. Pour éviter toutes sortes d'ambiguïtés qui peuvent occasionner des frustrations auprès du mandataire et de l'évaluateur, les auteurs soulignent qu'il est important de bien définir le mandat dès le début, de déterminer les utilisateurs et l'utilisation prévue des résultats ainsi que le type d'information attendu. Enfin, Marceau, R. et al. proposent douze questions qui permettent de guider une évaluation réparties en trois catégories, à savoir : les questions sur les intentions, les questions sur le programme et ses effets; et les questions d'évaluation proprement dite.

Lors de l'élaboration de la grille d'analyse et de l'interprétation des données, une des références que nous avons consulté était l'ouvrage de Christian Leray (2008) intitulé *L'analyse de contenu : De la théorie à la pratique, la méthode Morin-Chartier*. La lecture de cet ouvrage nous a fourni les éléments qui aident à développer une grille d'analyse de contenu, à traiter les données et à analyser les résultats.

La publication de l'étude de Osch Van Liesbeth et al. publiée en 2008 *intitulée Optimizing the efficacy of smoking cessation contests : an exploration of determinants of successful quitting*, nous a permis de voir comment le programme du type Quit and Win était organisé à l'étranger. C'était dans le but de faire un parallèle entre le programme *Quit and Win* organisé au Pays-Bas avec son équivalent au Québec. Au Pays-Bas, la durée de

d'abstinence tabagique est de quatre semaines, les fumeurs ne peuvent s'inscrire qu'accompagner d'un parrain ou marraine non-fumeur. Après une enquête menée auprès de 1551 participants au concours *Quit and Win*, les auteurs ont rapporté que bien que les effets positifs des campagnes *Quit and Win* sur la cessation tabagique ont été établis dans plusieurs études isolées, leur l'efficacité a été peu concluants.

5. MÉTHODOLOGIE

5.1. Méthodologie suivie

La méthode utilisée pour réaliser notre stage était essentiellement la revue documentaire. La méthodologie suivie se résume comme suit :

- **Consultation de la documentation**

La consultation de la documentation s'est déroulée du 22 juin au 09 juillet 2010. Cette étape a permis d'avoir une meilleure compréhension du programme et d'élaborer une grille d'analyse de contenu.

Il s'agissait plus précisément de :

- Recenser et classer les documents pertinents dont dispose la Direction de santé publique de Montréal et ACTI-MENU;
- Réaliser une lecture approfondie des documents retenus (rapports annuels des activités de 2000 à 2010, les rapports d'évaluation de 2000 à 2008);
- Traiter les données relatives aux inscriptions.

- **Collecte des données**

La collecte des données s'est déroulée du 12 au 22 juillet 2010 à l'aide d'une grille d'analyse de contenu que nous avons élaboré. Cette grille a permis de réaliser une synthèse des informations disponibles concernant les trois volets suivants : intervention, promotion et partenariat. Les principales variables ont été identifiées pour chacun des volets (annexe 1).

L'application de la grille d'analyse sur les contenus des documents mis à notre disposition a permis de réaliser un tableau synthèse analytique pour chaque année d'activités du programme.

- **Traitement des données**

Le traitement des données s'est déroulé du 23 juillet au 09 septembre août au 10 septembre 2010. Il a été effectué à l'aide de l'analyse de contenu. L'élaboration d'un tableau des onze

Rapport-Gratuit.com

années a permis de mettre en lumière les changements survenus et de mieux analyser l'évolution du programme.

- **Rédaction du rapport des résultats**

La rédaction du rapport des résultats s'est effectuée 11 au 21 septembre 2010.

5.2. Limites méthodologiques

La méthodologie retenue s'est butée à deux difficultés majeures à savoir :

- *Les données manquantes :* plusieurs données étaient manquantes dans plusieurs rapports annuels des activités. Cette situation a limité l'analyse de l'évolution du programme dans le temps pour certaines variables.

- *La présentation différente des rapports* : les contenus des rapports des activités n'étaient pas toujours présentés de la même façon, ce qui fait que la qualité des données des tableaux synthèse analytique a été affectée pour certaines variables. Pour pallier à cette situation, Mme Louise Labrie, responsable provincial du *Défi J'Arrête j'y gagne* et agente de planification, de programmation et de recherche à la DSP de Montréal, a été souvent consultée pour valider certaines informations.

6. RÉSULTATS

Les résultats sont présentés pour chacune des trois dimensions ayant fait l'objet des analyses, à savoir l'intervention, la promotion et les partenariats mis en oeuvre par le Défi.

6.1. Volet intervention

Dans l'analyse de l'évolution de l'intervention on a parcouru les modalités de recrutement et de participation, les caractéristiques démographiques des participants ainsi que les ressources offertes aux participants pour les soutenir dans leur processus de cessation tabagique.

Depuis le début, le Défi a toujours fonctionné comme un concours invitant les fumeurs à s'abstenir de fumer pendant au moins six semaines. Les participants doivent être accompagnés par une personne qui accepte de les soutenir dans leur démarche de cessation tabagique. Les participants qui ont respecté leur engagement gagnent un prix par tirage au sort. Ce concept de base est demeuré constant dans le temps.

De 2000 à 2006, une seule modalité d'inscription était offerte aux participants : s'inscrire en ayant identifié un parrain ou une marraine non fumeur âgé de 18 ans et plus. Depuis 2007, un deuxième choix leur est offert : s'associer en duo avec un coéquipier qui désire également cesser de fumer. Depuis cette date, environ 40 % des participants ont choisi cette deuxième modalité d'inscription.

Les deux premières années du programme les inscriptions en ligne n'étaient pas opérationnelles, ce qui fait que tous les fumeurs qui s'inscrivaient au Défi devaient remplir un formulaire papier et l'envoyer par télécopieur ou par la poste. À partir de 2002, les fumeurs ont eu la possibilité de s'inscrire via le site Internet du Défi. Depuis ce temps, ce mode d'inscription est devenu non seulement la méthode la plus utilisée par les fumeurs mais il est aussi en augmentation continuelle. De 2002 à 2010, le pourcentage des inscriptions effectuées par Internet est passé de 60 à 97 %. Deux raisons pourraient expliquer cette situation : premièrement à cause de la popularisation de l'accès à Internet; deuxièmement une personne peut remplir un formulaire à partir de chez lui et cela ne coûte

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

rien alors que l'envoie par la poste ou le fax contraint le fumeur à se déplacer et à débourser de l'argent.

Un des principaux changements a été le rallongement de la durée du recrutement afin de maximiser le nombre d'inscriptions. La durée de la période de recrutement a été rallongée de cinq semaines entre 2000 et 2010. ACTI-MENU a jugé bon de rallonger la période de recrutement car plus cette période est longue plus grande est la possibilité d'inscrire un plus grand nombre de fumeurs. Cependant, le rallongement ne semble pas s'être traduit par une hausse significative du nombre d'inscriptions (annexe 3).

En 2002, la campagne a visé plus particulièrement les jeunes de 18-25 ans et en 2008 la clientèle cible était les hommes de 35-54 ans avec une scolarité et un revenu inférieur à la moyenne. Pour rejoindre les jeunes de 18-25 ans, une nouvelle section (loft.ca) a été créée sur le site Internet du Défi en 2002. Le porte-parole engagé en 2008 avait pour mission principale la motivation pour rejoindre les 35-54 ans. Il s'avère que ces campagnes n'ont pas eu les effets escomptés (annexe 4).

Dans la documentation mise à notre disposition, il manque des données sur le nombre d'inscription à atteindre pour les années 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 et 2010. Ce qui fait qu'il est difficile d'évaluer les résultats du programme quant à l'atteinte de l'objectif du nombre des inscriptions à atteindre. Toutefois, le nombre de participants est en baisse depuis 2006. Cette situation pourrait s'expliquer par la diminution du taux de tabagisme au Québec ; par le fait que le Défi a atteint ses limites – et les stratégies de promotion mises de l'avant ne parviennent pas à attirer les fumeurs ayant une forte dépendance au tabac (physique ou psychologique). Par ailleurs, le concours nécessite l'utilisation de l'Internet et rejoint donc une population probablement assez scolarisée et bénéficiant d'un certain statut socio-économique. On sait cependant que les taux de tabagisme sont plus élevés parmi les populations défavorisées qui utilisent moins Internet à cause des coûts et du faible niveau de connaissance. Le taux de participation a toujours été supérieur à 1 %. Selon McDonald P. (1998), le taux de participation acceptable pour les interventions de cessation tabagique de ces genres se situe autour de 1 % (Gomez-Zamudio, 2009, p.15).

Quant aux caractéristiques des participants, la proportion des femmes qui ont participé au programme est de 60 % contre 40 % pour les hommes. Alors que selon le ministère de la santé et des services sociaux la prévalence du tabagisme est plus élevée parmi la population masculine, 27,0 % comparativement à 22,0 % pour les femmes (Ministère de la santé et des services sociaux, 2010, p.14). Il n'est pas étonnant de noter une plus faible proportion d'hommes puisque ces derniers participent généralement moins que les femmes aux activités de prévention.

La proportion des participants anglophones est d'un peu moins de 2 %. Ce faible pourcentage est peut-être attribuable à des problèmes de promotion du Défi auprès de cette population : faible présence du Défi dans les médias anglophones, faible présence des porte-parole anglophones et la faible quantité d'outils de promotion en anglais distribués et /ou diffusés. Malgré le fait que la proportion de fumeurs de langue maternelle anglaise soit inférieure à celle des francophones (Direction de santé publique, 2007, p.4), le Défi pourrait faire autrement pour attirer plus cette clientèle.

Le programme met différentes ressources gratuites à la disposition des participants afin de les aider à relever le Défi. Ces ressources sont, entre autres, le soutien d'un professionnel de la santé, les références à des ressources d'aide à la cessation et des outils de soutien.

De 2001 à 2006, le professionnel de la santé intervenait via le site Internet du Défi. En effet, un médecin répondait aux questions posées par les internautes sur le processus de cessation tabagique et sur le tabac de manière globale. Depuis 2007, lors de la remise des trousses d'accompagnement, les participants au Défi peuvent solliciter et bénéficier des conseils des Pharmaciens de réseau Jean Coutu sur la cessation tabagique et les aides pharmacologiques.

Depuis 2007, les appels pro-actifs de la ligne J'Arrête offrent un soutien plus intensif qui augmente les chances de cessation. Cependant les données disponibles ne sont pas assez fiables pour permettre de mieux connaître l'impact des appels pro-actifs dans le futur.

Par rapport aux outils de soutien, il ressort que la trousse d'aide à la cessation et l'Internet sont des outils d'appui essentiel pour les participants. Depuis 2002, les pharmacies Jean Coutu offrent gratuitement aux participants une trousse d'aide à la cessation tabagique La quantité de trousses distribuées varie généralement au tour de 25 000. De 2002 à 2010, au total 230 000 trousses ont été distribuées et son contenu a changé d'une année à une autre (annexe 5). Selon les sondages menés en 2004 et 2005, les composants de la trousse qui semblaient avoir aidé le plus à l'avis des répondants sont la pomme anti-stress et le guide j'Arrête j'y gagne (Gomez-Zamudio, 2005, p.35; 2006, p.51).

Le site Internet du Défi a enregistré une forte augmentation du nombre de visites. Force est de constater que le nombre de messages échangés entre internautes et de témoignages reçus n'a pas suivi cette tendance, ils ont plutôt baissé. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les internautes visitent de plus en plus le site pour avoir des informations et télécharger les outils de soutien et de promotion.

6.2. Volet promotion

L'évolution de la promotion a été analysée suivant la durée de la campagne de communication, le rôle de porte-parole, les campagnes télévisuelles et radiophoniques, la presse écrite et électronique, les affichages sur les places publiques, les prix de participation et le budget.

La durée de la campagne de communication a été rallongée de près de 6 semaines ces dernières. Depuis 2006, la campagne commence en mi-décembre de l'année précédente alors qu'entre 2000 et 2005 elle débutait au mois de janvier de la même année. La raison de ce changement est fournie par ACTI-MENU. Selon son expérience, pendant et après le temps des fêtes, soit du 23 décembre 2007 au 11 janvier 2008, et la période précédant le début du Défi, soit du 3 au 14 février 2008, le public cible est particulièrement réceptif, d'abord à cause des résolutions de début d'année, ensuite parce qu'il ne lui reste que quelques jours pour passer à l'action et s'inscrire (Acti-Menu, 2009, p.2). Les données sur les inscriptions ne semblent pas corroborer cette thèse. En effet, malgré le changement de la date du début de la période de la campagne de promotion, le nombre des inscriptions a toujours tendance à baisser depuis 2006.

À chaque campagne le programme recrute au moins un porte-parole pour promouvoir la campagne dans les médias, sensibiliser les fumeurs pour les inciter à s'inscrire au concours et les encourager à relever le défi. Entre 2000 et 2003, le Défi recourait à plusieurs porte-parole à chaque campagne. Depuis 2004, il ne fait appel qu'à un seul porte-parole chaque année (hormis en 2009 où il y en a avait deux). Depuis le début, le Défi a eu recours à au moins un humoriste chaque année. Quant au statut tabagique, chaque année il y a au moins un porte-parole fumeur ou ex-fumeur. Le recours à un porte-parole a permis de faire mieux connaître le Défi. Le choix d'un humoriste permet de « dédramatiser » la démarche de cessation tabagique. Les fumeurs et ex-fumeurs connaissent et comprennent mieux la situation des personnes qui ont l'habitude de fumer – ce qui leur donne un certain avantage à convaincre les fumeurs que ne le ferait un non fumeur.

Au début du programme, la télévision et la radio étaient les moyens les plus utilisés pour rejoindre les fumeurs. Au fur des années, la promotion dans ces deux médias a commencé à baisser. Cette diminution peut résulter : - du changement d'approche de collaboration avec les partenaires médias qui octroient de moins en moins de gratuité au programme pour passer les messages dans leurs stations; - des coûts de la diffusion des annonces télévisées et radiophoniques de plus en plus élevés et de la réduction de budget due au désengagement de certains partenaires financiers.

La situation de la presse écrite (hebdos, magazines et magazines spécialisés) est presque similaire à celle de la télévision et de la radio à l'exception des quotidiens où le nombre d'articles publiés n'a pas baissé.

La part d'Internet dans la stratégie promotionnelle du Défi est grandissante contrairement aux autres moyens de communication. L'utilisation de plus en plus croissante de l'Internet pour rejoindre les fumeurs s'explique par le fait que c'est un canal qui coûte moins cher et permet d'atteindre le maximum de personnes à la fois. Toutefois, avec la promotion basée principalement sur Internet, il y a un risque que le Défi ne puisse pas rejoindre le sous-groupe de fumeurs avec un faible revenu, qui généralement n'ont pas accès au web. Alors que selon Statistique Canada le taux de tabagisme est élevé auprès de cette population (Ministère de la santé et des services sociaux, 2010, p.14).

Le Défi a privilégié les stations de télévisions provinciales pour promouvoir sa campagne alors que pour les radios, il a préféré les stations régionales. Cette stratégie a été encouragée premièrement parce qu'au Québec la majorité de stations de télévisions régionales sont des stations qui relaient les journaux et plusieurs autres émissions de leurs stations mères qui sont provinciales. Alors vu la diminution des ressources financières au fil des années, il est avantageux de passer le message à la station mère provinciale qui va à son tour le faire suivre à ses stations régionales. Deuxièmement, les stations de radios régionales sont un bon canal pour passer les messages étant proches des populations locales.

Pour la presse écrite, le Défi a privilégié la publication d'articles dans les quotidiens à diffusion régionale que les quotidiens provinciaux. 73 % d'articles ont été publiés dans les quotidiens de quatre régions (Montréal, Capitale-Nationale, Mauricie et Saguenay-Lac-St-Jean). Cette approche a été encouragée parce que la presse régionale est plus près des réalités quotidiennes des fumeurs.

La valeur monétaire des prix de participation a baissé considérablement depuis 2008. On note aussi une baisse du nombre de gagnants. Cette évolution peut s'expliquer par :

- un moins grand nombre de partenaires qui offrent des prix;
- la baisse du budget et du nombre de participants au Défi.

Le budget alloué à la campagne de communication du Défi correspond à la somme de l'argent dépensé plus la valeur médiatique des activités des partenaires. En 2000, le budget était évalué à 3,54 millions de $. De 2001 à 2006, il est demeuré stable à 5 millions par année. Il a atteint plus de 6 millions en 2008 et moins d'1 million en 2010. Nous tenons à préciser que pour l'année 2007, le montant de 2 millions n'inclut pas la valeur médiatique des activités des partenaires (annexe 6).

6.3. Volet partenariat

De 2000 à 2007, le Défi comptait trois partenaires publics à savoir santé Canada, le MSSS et les Directions de santé publique. Depuis 2008, Santé Canada ne fait plus partie partenaire du programme. Depuis cette année, le Défi ne compte que sur un seul partenaire financier public, le MSSS, expliquant la baisse observée du budget. Les Directions de santé publique continuent à mobiliser chaque année de nombreux intervenants locaux (Centre de santé et services sociaux, Centre d'abandon tabagique, les commerçants, les médias, etc.), permettant au Défi de bénéficier d'un rayonnement important dans toutes les régions du Québec.

La Société canadienne de cancer (SCC) et les pharmacies Jean Coutu sont demeurées des partenaires clés du Défi. Le premier depuis 2000 et le second à partir de 2002. Le Conseil québécois sur le tabac et la santé ne figure plus comme partenaire du Défi dans les rapports des activités depuis 2005.

La SCC continue a joué un rôle de premier plan en offrant aux participants un service de soutien téléphonique personnalisé grâce à l'expertise des conseillers de la ligne j'Arrête. Les pharmacies Jean Coutu distribuent gratuitement des trousses d'aide aux participants. Depuis 2007, ses pharmaciens offrent des conseils aux participants au sujet de leur démarche de cessation. De plus, le matériel promotionnel du Défi est affiché dans les succursales Jean Coutu, des capsules radios diffusées dans les magasins et des messages promotionnels dans leurs circulaires.

Hydro Québec est demeuré un partenaire financier important du Défi de 2000 à 2006. Il a aussi offert des prix spéciaux à des écoles du Nunavik et de la Baie James pour leurs efforts en matière de lutte au tabagisme auprès de leur communauté avant de se retirer en 2007.

Il y a eu beaucoup de changement au niveau de partenaires médias. Le nombre est passé de 10 à 14 entre en 2000 et 2010. En 2004 et 2007, le Défi avait 4 partenaires médias par année, ce qui représente le plus bas nombre des partenaires. Sur dix organisations de presse qui ont apporté leur soutien au Défi à titre de partenaire en 2000, huit se sont retirés l'année

suivante et n'ont plus jamais tenté l'expérience. Il s'agit de Radio Énergie, Radio Rock Détente, des Hebdos montérégiens, du Groupe Le Canada Français, de Radio Média, des Hebdos UniMédia, du Courrier de Saint-Hyacinthe et de Sun Média. À partir de 2001, le partenariat a commencé à être établi avec plusieurs grands consortiums de communication tels que Corus, Quebecor, et Astral Média. Cette approche est intéressante pour le Défi parce que signé un partenariat avec un consortium peut faciliter l'accès à toutes les stations de télévisions et radios ou la presse écrite gérées par celui-ci sans pour autant être obligé de conclure des ententes particulières avec chacune d'elle. Ceci peut expliquer la raison pour laquelle 80 % de partenaires en 2000 n'ont plus jamais signé d'entente de collaboration avec le Défi.

En 2010, le Défi a établi un partenariat avec deux nouveaux types de partenaires, BV ! Média, qui est le plus grand réseau de publicité web bilingue au Canada rejoignant plus de 16 millions de visiteurs uniques et le réseau social Facebook. Ce partenariat permet au Défi de rejoindre un grand nombre des fumeurs presque gratuitement.

CONCLUSION

Notre travail consistait à faire une analyse qualitative de l'évolution du *Défi j'Arrête j'y gagne* depuis sa mise en œuvre en 2000. Nous avons chercher à savoir comment l'état des connaissances sur le fonctionnement et les résultats du programme *Défi J'arrête j'y gagne* ont-ils évolués durant les onze années d'existence du programme ?

Depuis son implantation en 2000, le *Défi j'Arrête j'y gagne* a fait l'objet de certains changements. Ces changements ont a été constatés sur les trois volets qui ont fait l'objet de ce travail à savoir : l'intervention, la promotion et le partenariat. Toutefois, l'évolution du Défi a été moins perceptible d'une année à une autre. Pour déceler les changements majeurs, il faut analyser le programme sur plusieurs années. Ce qui fait que l'évaluation effectuée chaque année semble moins pertinente d'autant plus que les résultats de ces évaluations sont presque similaires d'une année à une autre.

Nous avons recommandé à la DSP de surseoir les évaluations annuelles et d'élaborer un devis d'évaluation qui guidera les évaluations futures. En effet, au cours de notre stage, nous avons remarqué que les évaluations annuelles du Défi réalisées par la DSP depuis 2000 ne se basaient pas sur un cadre d'évaluation.

Le nombre de participants au programme baisse chaque année depuis 2006 et il s'avère que le bassin de la clientèle francophone semble devenu trop petit et difficile à rejoindre. Nous avons recommandé à ACTI-MENU de repenser les stratégies mises en place pour rejoindre les fumeurs anglophones et les communautés immigrantes.

Ce stage nous a permis de réaliser combien la théorie apprises à l'école est parfois différente des réalités sur le terrain. La première démarche d'évaluation basée sur les douze questions recommandées par Marceau R., et al. que nous avons proposé à la mandataire et à son équipe n'a pas été retenue. Ils ont trouvé ce n'était pas utile de répondre à ces questions, ils avaient juste besoin de l'analyse de l'évolution du programme.

Rapport-Gratuit.com

C'était une expérience déterminante dont nous pourrions certainement profiter au niveau professionnel et de manière encore plus évidente au niveau personnel.

BIBLIOGRAPHIE

Acti-Menu (2009). Rapports des activités 2008, Acti-Menu, Montréal, 22 pages

Ben Amar, M., et Légaré, N. (2006). Le tabac à l'aube du 21e siècle : mise à jour des connaissances, Centre québécois de lutte aux dépendances, Montréal.

Crémieux, P-Y. (2010). « Fiche d'information - Utilisation excédentaire des ressources médicales due au tabagisme : Soins hospitaliers », Groupe d'Analyse, 10 août., Montréal, 3 pages.

Direction de santé publique (2007). Suivi du tabagisme à Montréal. Les résultats du sondage biannuel de la DSP, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 11 pages.

Direction de santé publique (2009). Guide d'accueil pour les nouveaux employés, Agence de santé et des services sociaux de Montréal, Montréal, 15 pages.

Gomez-Zamudio M. (2005). Rapport d'évaluation du Défi «J'arrête, j'y gagne !» année 2004, Direction de santé publique de Montréal – Centre, 70 pages.

Gomez-Zamudio M. (2009). Rapport d'évaluation du Défi «J'arrête, j'y gagne !» année 2007, Direction de santé publique de Montréal – Centre, 78 pages.

Leray C. (2008). L'analyse de contenu : De la théorie à la pratique, la méthode Morin-Chartier, Presse de l'université du Québec, Québec,180 pages.

Marceau, R., Otis, D., et P. Simard (1992). « La planification d'une évaluation de programme. Concepts théoriques et considérations pratiques » dans R. Parenteau (dir.), *Management public, Comprendre et gérer les institutions de l'État*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, p. 445-479, 640 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008). Le système de santé et de services sociaux au Québec, Direction des communications, Québec, 12 pages.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010). État de santé de la population québécoise : Quelques repères (2010), MSSS, Direction des communications, Québec, 34 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2010). Rapport sur la mise en oeuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010, MSSS, Direction des communications, Québec, 43 pages.

Organisation mondiale de la santé (2002). Quit & Win, OMS, Genève, tiré du CD promotionnel.

Rehm, J., et autres (2006). Les coûts de l'abus de substances au Canada 2001. Points saillants, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa, 14 pages.

Passeport Santé. Cancer du poumon Passeport Santé. [Consulté le 03 novembre 2010]. http://info.cancer.ca

Van Osch Liesbeth et al. (2009). Optimizing the efficacy of smoking cessation contests : an exploration of determinants of successful quitting, Vol.24 no.1, 54-63 pages

ANNEXES

Annexe 1- Grille d'analyse

		2000	2001	2002
1. Intervention				
• Concept				
- Durée engagement à cesser de fumer				
- Groupe cible				
- Formule d'inscription (parrainage)				
- Période de recrutement				
• Nombre ou pourcentage d'inscription à atteindre				
• Nombre de participants				
• Taux de participation par rapport à la population des fumeurs au Québec				
• Distribution de participation selon le sexe	Femmes			
	Hommes			
• Distribution de participation selon l'âge	Moins de 18 ans			
	18-24 ans			
	25-34 ans			
	35-54 ans			

	55 ans et plus			
• Distribution de participation selon la langue	Français			
	Anglais			
• Mode d'inscription	En ligne			
	Papier			
• Soutien de professionnel de la santé				
• Référence à des ressources d'aide à la cessation				
• Nombre de personnes qui ont eu recours à la ligne «J'ARRÊTE»				
• Promotion en milieu de travail				
- Nombre d'entreprises à rejoindre				
- Nombre d'entreprises contactées (envois ciblés de matériel de promotion)				
- Nombre d'entreprises qui ont fait la promotion du *Défi* auprès de leurs employés				
- Nombre d'entreprises et organismes qui ont commandé le matériel promotionnel				
• Outils de soutien				

2. Promotion

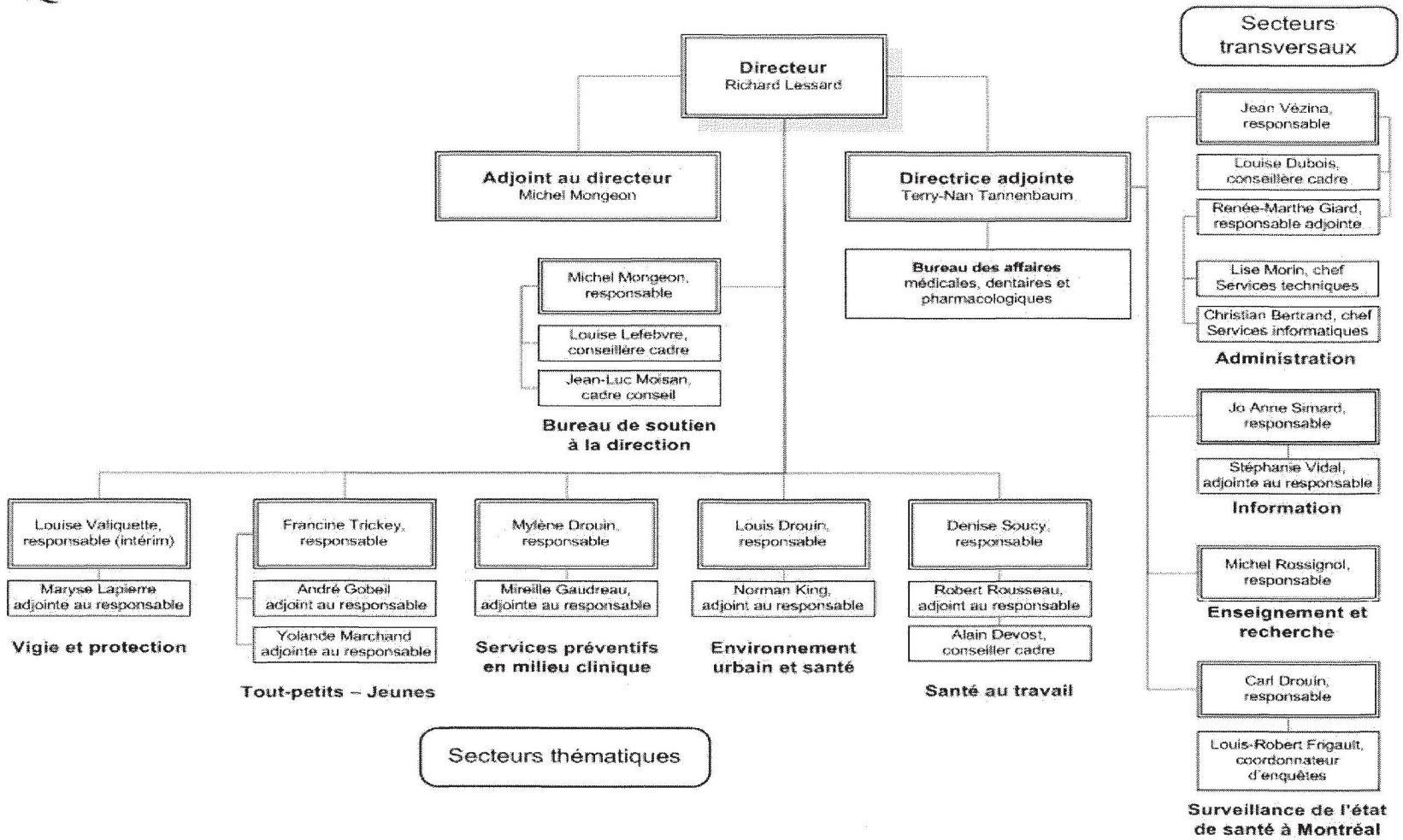
• Durée de la campagne de communication			

• Publicités				
• Outils de promotion				
• Relations publiques	Porte-parole			
	Activités			
• Communiqués				
• Prix de participation	-Participants			
	-Parrains/ coéquipiers			
	-Régions			
• Nombre de gagnants	-Participants			
	-Parrains/coéquipiers			
• Couverture médiatique				
• Budget (valeur de la campagne)				
3. Partenariat				
• Partenaires de soutien	Partenaires publics			
	Partenaires majeurs			
	Autres partenaires			
• Partenaires médias				

Annexe 2-

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

Organigramme – Direction de santé publique



20 mai 2010 (mb)

Annexe 3-

Durée de recrutement et nombre de participants, 2000 à 2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Durée de recrutement (en semaines)	6	8,4	8,2	8,2	8,3	8,2	11	11	9	11	11
Nombre de participants	20 400	23 250	38 200	37000	37 913	32 015	28 441	25 386	19 014	16 277	15 804

Annexe 4-

Tableau 5. Distribution (%) des participants selon le groupe d'âge, 2000 à 2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Moy.
Moins de 18 ans	-	4,5	3,5	3,6	1,9	1,5	1,7	2,1	1,7	1,5	1,0	2,3
18-25 ans	-	17,0	18,5	18,9	15,2	16,5	15,9	13,2	12,1	13,2	14,6	15,5
26-34 ans	-	19,5	19,6	19,7	20,8	22,9	22,8	28,1	27,9	25,6	27,0	23,39
35-54 ans	-	49,8	49,5	48,8	50,5	47,9	47,9	44,4	45,6	46,0	44,6	47,5
55 ans et +	-	9,2	8,9	8,9	11,5	11,3	11,7	12,2	12,7	13,7	12,8	11,29

Annexe 5- Évolution du contenu de la trousse d'accompagnement Jean Coutu de 2000 à 2010

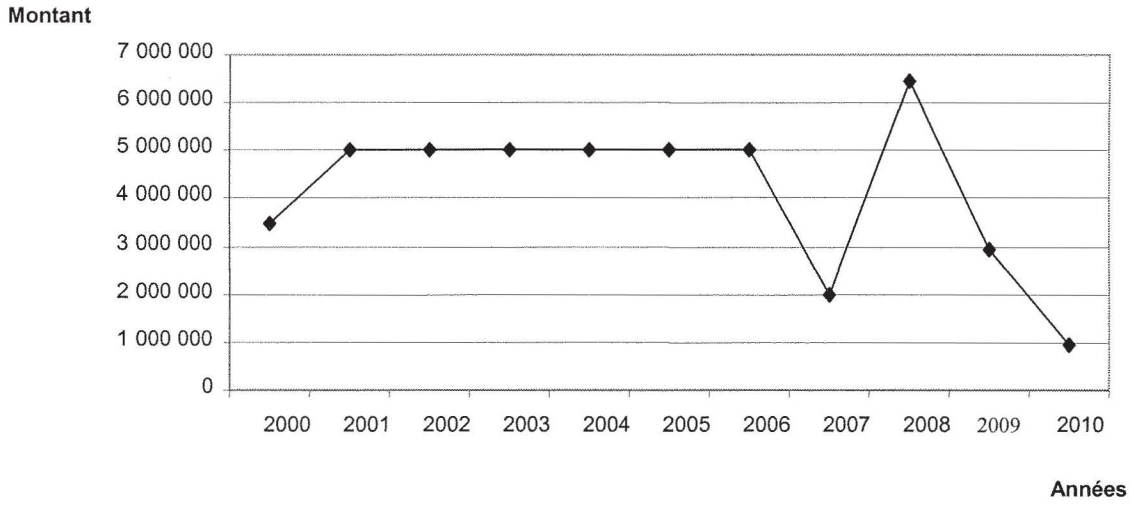
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Quantité de trousses d'accompagnement distribuées chez Jean Coutu	-	-	25 000	30 000	30 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	20 000
Documentation et outils d'accompagnement											
1 guide «J'arrête, j'y gagne !»	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
1 feuillet «Tu arrêtes, je suis là !» à remettre aux parrains	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
1 carte d'identification de la ligne J'ARRÊTE	-	-	√	√	-	-	-	-	-	-	-
1 carton sur les méthodes d'aide à la cessation tabagique	-	-	-	-	-	-	√	√	√	√	√
1 carte d'identification de la ligne J'ARRÊTE	-	-	√	√	-	-	-	-	-	-	-
1 feuillet Objectif «Famille sans fumée», pour encourager les fumeurs et les non fumeurs à s'offrir un milieu de vie sans fumée	-	-	-	-	√	-	√	-	-	√	√
1 déclaration Objectif «Famille sans fumée», pour s'engager à vivre dans un environnement sans fumée	-	-	-	-	-	√	√	-	-	-	-
1 calendrier de suivi de cessation tabagique	-	-	-	-	√	√	√	√	√	-	-
1 dépliant *Un guide pour vous aider à arrêter de fumer étape par étape* de Psifer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√	√
1 Test de Horn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√	√
1 passeport Habitrol et le Plan d'action pour devenir non-fumeur de Novartis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√
1 carton promotionnel des sites du Défi DefiTabac.ca et leloft.qc.ca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√

Rapport-Gratuit.com

1 fiche «Conseils d'ami PJC Désirez-vous cesser de fumer?»	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√
Produits de santé											
1 enveloppe Nicoderm et Nicorette	-	-	-	-	-	√	√	√	√	√	√
Accessoires											
1 paquet Listerine	-	-	√	√	√	√	√	√	√	-	-
1 gomme à macher	-	-	-	√	√	√	√	√	√	√	√
1 bouteille d'eau	-	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√
1 Cédérom interactif avec de conseils et outils d'aide à la cessation	-	-	-	√	-	-	-	-	-	-	-
1 gant anti-stress, pour occuper les mains	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√	-
1 stylo *6 trucs pour mettre le tabac K-O*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√	√
1 cube Rubik's, pour occuper les mains	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√
• 1 guide du parrain	-	-	-	-	-	-	-	-	√	√	√
• 1 certificat d'appui général	-	-	-	-	-	-	-	-	√	√	√
• 1 certificat Bravo	-	-	-	-	-	-	-	-	√	√	√
• 1 carte SOS pour ne pas lâcher	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√	√
• 1 déclaration d'engagement pour arrêter de fumer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√	√

Annexe 6-

Évolution du budget alloué à la campagne de communication de 2000 à 2010



-

-

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES