

Pour arriver à **ÉCRASER**

défis à l'abandon du
tabagisme au Canada



 L'ASSOCIATION PULMONAIRE



Table des matières

Message du président du groupe de travail national sur le tabagisme	1
Introduction	2
Remerciements.....	2
Membres du groupe de travail.....	2
Sommaire	3
Portée et méthodologie	4
Principaux constats	5
Effets du tabagisme sur la santé	6
Maladies associées au tabagisme	7
Obstacles à l'abandon du tabagisme	9
Bonne nouvelle : les fumeurs veulent écraser	9
Pourquoi des canadiens et des canadiennes fument-ils encore?.....	9
La dépendance à la nicotine : un important obstacle à l'abandon du tabagisme	10
La définition de la réussite est variable	10
Le rôle des médecins de famille et autres professionnels du domaine de la santé	12
Lacunes dans la continuité des soins de santé	15
Lacunes dans la formation	15
Accès à des programmes et médicaments	17
Programmes	17
Médicaments	21
Qu'est-ce qui incite des fumeurs à cesser de fumer?	24
Recommandations	25
L'investissement dans la lutte au tabagisme : établir des balises	26
Taux de tabagisme	28
Les stratégies et le législation de lutte contre le tabagisme au Canada.....	32
Conclusion	34
Annexe	35
Tableau – la fiabilité de l'enquête	35
Références	36



Message du président du groupe de travail national sur le tabagisme

L'on estime que 37 000 Canadiens et Canadiennes décéderont cette année de maladies liées au tabagisme. L'usage de tabac demeure le principal facteur de risque pour des maladies qui font des ravages, notamment le cancer du poumon et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Chef de file en santé pulmonaire, l'Association pulmonaire est engagée à aider les fumeurs à cesser de fumer et elle met sa voix à profit pour souligner la nécessité de changements systémiques et d'outils nécessaires pour atteindre ce but.

Pourquoi l'abandon du tabagisme et pourquoi maintenant? Bien que les taux de tabagisme aient diminué, depuis une génération, un fait demeure : 19 % des Canadiens-nes – cinq millions de personnes – fument encore. De plus, ce rapport confirme que les fumeurs veulent cesser de fumer. Mais ils ont besoin de notre aide. Notre vision est la suivante : tous les fumeurs, où qu'ils vivent, ont besoin d'un accès complet à des programmes, des mesures de soutien et des médicaments pour les aider à écraser définitivement.

Je tiens à souligner l'apport des membres du groupe de travail qui ont donné de leur temps et qui ont partagé leur expertise pour l'élaboration du présent rapport. Je les remercie pour leur engagement et leur vision. Je remercie également les conseillers, professionnels de la santé, familles, jeunes militant-es et organismes partenaires, aux quatre coins de ce vaste pays, qui poursuivent leur travail, jour après jour, pour aider les fumeurs à cesser de fumer.

J'espère de tout cœur que ce rapport contribuera à une meilleure compréhension des obstacles aux services pour l'abandon du tabagisme. Nous espérons qu'il favorisera l'avènement de changements qui permettront de mieux répondre aux besoins de tous les fumeurs qui souhaitent se défaire de leur usage de tabac, de même que des personnes engagées à les aider, partout au Canada.

Bien sincèrement,

Paul Thomey

Président, Groupe de travail national sur le tabagisme, Association pulmonaire

Introduction

Remerciements

La préparation du rapport *Pour arriver à écraser : défis à l'abandon du tabagisme au Canada* a été dirigée par un groupe de travail mis sur pied par l'Association pulmonaire, misant sur l'expertise médicale de la Société canadienne de thoracologie (SCT) et des Professionnels canadiens en santé respiratoire (PCSR).

Membres du groupe de travail

Dr Alan Kaplan	Omnipraticien; président, Association canadienne des médecins de famille contre l'asthme
Dre Christine D'Arsigny	Pneumologue et spécialiste en soins critiques; directrice du Programme de stage de recherche en soins critiques, Queen's University
Mme Deanne Kaar	Coordonnatrice, Services pour l'abandon du tabagisme, Région sociosanitaire de Saskatoon
Mme Debbie Smith	Gestionnaire des initiatives de santé, Association pulmonaire du Canada
Mme Fay McLaughlin	Consultante en programmes, Programme de la lutte au tabagisme, Santé Canada
Mme Gredi Patrick	Coprésidente, Initiative de recherche sur les services d'urgence en santé; directrice, recherche sur les services d'urgence en santé, Nova Scotia Health
Mme Jo-Anne Douglas	Directrice, Initiatives de réduction du tabagisme, Association pulmonaire du Manitoba
Mme Mary-Pat Shaw	Vice-présidente, Programmes nationaux et opérations, Association pulmonaire du Canada
Mme Niki Legge	Directrice, Initiatives d'abandon et de contrôle du tabagisme, Association pulmonaire de Terre-Neuve-et-Labrador
M. Paul Thomey (président)	Directeur général, Association pulmonaire de Terre-Neuve-et-Labrador
Dr Peter Selby	Directeur clinique, Programme sur les toxicomanies; et chef de la Nicotine Dependence Clinic, au Centre de toxicomanie et de santé mentale. Il est également professeur agrégé aux départements de médecine familiale et communautaire, de psychiatrie ainsi que des sciences de la santé publique, University of Toronto.
Mme Ratsamy Pathommavong	Coordonnatrice de projet, Youth Advocacy Training Institute, Association pulmonaire de l'Ontario



Sommaire

Le présent rapport procède à l'examen exhaustif de l'abandon du tabagisme au Canada. Il a été élaboré par l'Association pulmonaire afin d'identifier les principaux points forts, lacunes et enjeux ayant trait à l'abandon du tabagisme. Il a pour buts de faire valoir la nécessité d'améliorer l'accès aux programmes et médicaments pour tous les Canadien-nes, ainsi que la formation des professionnels de la santé, et de proposer l'ajout de mesures systémiques de l'abandon qui met en relief à la fois les réussites intérimaires et finales. Nous savons que la plupart des fumeurs veulent cesser de fumer et nous avons la responsabilité de les y aider. L'Association pulmonaire espère que ce rapport sera un tremplin pour la promotion de changements aux politiques afin d'aider les Canadiens et Canadiennes qui souhaitent abandonner l'usage de tabac.

Portée et méthodologie

Le présent rapport explore un aspect du contrôle du tabagisme : l'abandon du tabagisme. Il ne s'agit pas d'une recherche soumise à l'examen de pairs. Les constats et les appels à l'action qui y sont formulés sont basés sur un tour d'horizon thématique ainsi que sur une analyse de la situation de l'abandon du tabagisme au Canada.

Par ailleurs, Léger Marketing a été mandaté pour réaliser un portrait des attitudes et expériences relativement à l'abandon du tabagisme, parmi les professionnels de la santé et le public. Léger Marketing a procédé à une enquête-hybride, par téléphone et Internet, entre le 11 février et le 8 mars 2008, parmi les groupes de personnes concernées suivants (voir Annexe : Tableau – La fiabilité de l'enquête) :

- Médecins de famille
- Autres professionnels du domaine de la santé (infirmiers et infirmières, infirmier-ères praticien-nes, pharmacien-nes, hygiénistes dentaires);
- Fumeurs;
- Ex-fumeurs; et
- Non-fumeurs exposés à la fumée secondaire (et vivant avec un fumeur).



Principaux constats

La très grande majorité des fumeurs souhaite cesser de fumer, mais rencontre des obstacles à l'atteinte de ce but. Certains obstacles sont systémiques et d'autres sont des réalités à la démarche de l'abandon proprement dite. Un fumeur fait généralement quelques tentatives avant de réussir à cesser de fumer pour de bon. De fait, l'enquête a révélé que seulement un tiers des ex-fumeurs avaient réussi à cesser définitivement de fumer dès leur premier essai. Compte tenu de cette réalité, les fumeurs ont besoin qu'une diversité de mesures de soutien leur soit accessible afin de tenir compte du caractère individuel de la démarche d'abandon du tabagisme. Une approche unique pour tous n'est pas la solution.

L'accessibilité à des programmes d'abandon du tabagisme, de même qu'à des médicaments et des mesures de soutien, n'est pas universelle pour toutes les personnes qui vivent au Canada. Les personnes qui habitent en région éloignée ou rurale, par exemple, n'ont pas un accès complet au soutien via Internet, ni aux lignes d'assistance téléphonique et au counselling.

Divers médicaments – certains en vente libre, d'autres vendus sur ordonnance – existent également pour aider les fumeurs à cesser de fumer. Or l'accès aux diverses options médicamenteuses est disparate et dépend de la province de résidence. L'on observe, parmi les fumeurs interrogés lors de l'enquête, une perception que ces médicaments sont trop coûteux; et que les régimes publics et privés d'assurance n'en couvrent pas le coût ou n'en remboursent qu'une trop faible partie.

Les médecins et autres professionnels du domaine de la santé ont un rôle vital à jouer pour aider leurs patients à cesser de fumer. L'interaction entre patient et professionnel de la santé – dans divers milieux – offre une importante occasion d'appuyer les efforts du patient pour cesser de fumer.

Les fournisseurs de soins de santé ont besoin d'un meilleur accès à la formation ainsi qu'à des outils et du soutien, afin de soutenir leurs patients dans leur désir de cesser de fumer. Peu de professionnels de la santé sont formés à l'intervention touchant l'usage de tabac. Seulement 18 p. cent des médecins de famille et 16 p. cent des autres professionnels du domaine de la santé ont répondu avoir reçu une formation en matière d'abandon du tabagisme.

Effets du tabagisme sur la santé

Le tabagisme est relié, pratiquement, à toutes les principales causes de décès et de maladie, au Canada. L'on estime que près de 37 000 Canadien-nes décèderont en 2008 de causes liées au tabac, dont 1 000 à cause de la fumée secondaire.¹ Des liens causaux ont été établis entre l'usage du tabac et plusieurs types de cancers ainsi que de maladies cardiaques, cérébrovasculaires et pulmonaires, et récemment le diabète de type 2.

Les maladies circulatoires sont la principale cause de décès au Canada.

- Le tabagisme est responsable de près de 15 % des cas de décès attribués à la maladie circulatoire.
- près de 30 % des cas de décès attribués au tabagisme se manifestent sous forme de la maladie circulatoire.²

Les cancers sont le deuxième cause de décès au Canada.

- De tous les cancers, celui du poumon est celui qui cause le taux de décès le plus élevé.³
- Le tabagisme est la principale cause évitable de cancer du poumon.⁴

Les maladies respiratoires sont la troisième cause de décès au Canada.

- La MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique) est la quatrième cause de décès au Canada.⁵
- Le tabagisme est la principale cause évitable de MPOC.⁶



Maladies associées au tabagisme

Le tabagisme est relié aussi à un mauvais contrôle de l'asthme, à la maladie respiratoire aiguë ainsi qu'à tous les principaux symptômes respiratoires (toux, phlegme, respiration sifflante et souffle court). L'exposition à la fumée secondaire est associée à un certain nombre d'effets respiratoires aigus, ainsi que l'irritation des yeux et des voies nasales.⁷

Les adultes ne sont pas les seuls touchés. Chez l'enfant, l'effet de la fumée secondaire est associé à la bronchite et à la pneumonie, à l'asthme, à des symptômes respiratoires chroniques ainsi qu'à des infections de l'oreille moyenne.⁸ C'est également un facteur majeur de risque du SMSN, le syndrome de la mort subite du nourrisson.⁹

Lors d'une grossesse, le tabagisme affecte à la fois la mère et le bébé. La mère a un risque accru de fausse-couche ou de complications à l'accouchement. Plusieurs des 4 000 substances chimiques contenues dans la fumée du tabac se rendent au bébé à naître. Ceci peut causer un ralentissement de sa croissance dans l'utérus et un poids inférieur à la moyenne à la naissance, voire une naissance prématurée. Même chez une mère non-fumeuse, l'exposition à la fumée secondaire pendant la grossesse augmente la probabilité que le bébé ait par la suite des problèmes d'apprentissage, des otites et des rhumes plus fréquents ainsi que des problèmes respiratoires.^{10, 11}

Les Premières Nations ainsi que les Métis et les Inuits du Canada sont aux prises avec des taux plus élevés de maladies liées au tabagisme que le reste de la population canadienne.¹² Le risque d'hypertension, de maladie du cœur ainsi que d'accident cérébrovasculaire, parmi ces communautés, est plus élevé que dans l'ensemble de la population. La prévalence de diabète de type 2 y est de trois à cinq fois plus élevée que dans l'ensemble de la population.¹³ Les taux de tuberculose parmi les peuples autochtones sont les plus élevés au Canada.¹⁴ L'incidence de cancer parmi les personnes des Premières Nations connaît une croissance plus rapide que parmi l'ensemble de la population canadienne.¹⁵ Les taux d'asthme parmi les adultes des Premières Nations,¹⁶ de MPOC (sous la forme de bronchite chronique) parmi les jeunes des Premières Nations,¹⁷ de bronchiolite chez les nouveau-nés inuits¹⁸ ainsi que de diabète chez les Métis,¹⁹ sont tous plus élevés que dans l'ensemble de la population canadienne.

Quel est le fardeau financier du tabagisme au Canada?

L'usage de tabac, au Canada, entraîne des coûts annuels en soins de santé qui se chiffrent dans les milliards de dollars. En dépit du taux réduit de tabagisme, les coûts en soins de santé augmentent de manière constante depuis 1966.²⁰ En 2002, l'usage de tabac représentait des coûts directs de 4,4 milliards \$ en soins de santé et des coûts indirects de 12,5 milliards \$ en perte de productivité, invalidité de longue durée et décès prématurés.²¹





Obstacles à l'abandon du tabagisme

Bonne nouvelle : les fumeurs veulent écraser

Des fumeurs qui ont participé à l'enquête, 91 % ont exprimé au moins un certain désir de cesser de fumer. Invités à évaluer leur intention sur une échelle de 1 à 10 (où 10 correspond au souhait définitif de ne plus fumer, et 0 à l'absence complète de tel souhait), les fumeurs ont donné une réponse d'en moyenne 7,2. Plus de la moitié (52 %) ont répondu qu'ils considèrent sérieusement d'arrêter de fumer dans les six prochains mois. Plus des trois quarts (79 %) ont déjà essayé de cesser de fumer. Ceux qui ont essayé d'arrêter de fumer ont déclaré avoir fait en moyenne six tentatives.

Parmi les réponses à une question sur les motifs pour lesquels ils cesseraient de fumer, les préoccupations concernant la santé future se classent au premier rang. Trois fumeurs sur quatre ont répondu s'inquiéter de l'impact du fait de fumer sur leur santé.

Pour ceux qui ont cessé de fumer, les améliorations de leur santé sont radicales et immédiates. Le taux d'oxygène dans le sang revient à la normale en quelques heures et le taux de monoxyde de carbone chute. Le risque d'accident vasculaire cérébral et d'autres problèmes circulatoires ainsi que la probabilité de crise du cœur associée au tabagisme sont réduits de moitié en six mois. En quelques années, en comparaison avec la personne qui continue de fumer, le risque qu'un ex-fumeur développe un cancer est diminué de moitié. Après quinze ans, le risque de crise cardiaque mortelle est presque le même que pour une personne qui n'a jamais fumé.²²

Pourquoi des canadiens et des canadiennes fument-ils encore?

Après des années de campagnes d'éducation du public, d'avertissements sur les paquets de cigarettes, de restrictions de la vente de tabac et des endroits où il est permis de fumer, 19 % de Canadien-nes fument encore.

Tous les groupes de dépositaires d'enjeux qui ont répondu à l'enquête ont identifié l'habitude et la dépendance comme les deux principaux obstacles à l'abandon du tabagisme. Au moins 8 répondants sur 10 ont affirmé que la dépendance à la nicotine était la raison pour laquelle plusieurs personnes continuent de fumer même si elles veulent cesser.

La dépendance à la nicotine : un important obstacle à l'abandon du tabagisme

« LA DÉPENDANCE À LA NICOTINE EST LA RAISON POUR LAQUELLE TANT DE GENS CONTINUENT DE FUMER MÊME S'ILS VEULENT CESSER. » [% DE RÉPONDANTS EN ACCORD]

Fumeurs	Ex-fumeurs	Non-fumeurs vivant avec un fumeur	Médecins de famille	Autres professionnels du domaine de la santé
N=2002	N=1296	N=898	N=200	N=397
87 %	86 %	85 %	93 %	88 %

La définition de la réussite est variable

La dépendance et l'abandon des habitudes forment un thème complexe. Ce qui fonctionne pour un fumeur ne le sera pas nécessairement pour un autre. En soi, les programmes de traitement doivent tenir compte du cheminement dans l'abandon et de la rechute en tant qu'élément typique de la démarche.

Parmi les répondants à l'enquête, sept ex-fumeurs sur dix ont déclaré que lorsqu'ils ont finalement cessé pour de bon de fumer, la méthode employée pour leur dernière tentative fut l'arrêt spontané d'un coup (approche *cold turkey*), c'est-à-dire sans succédané ou médicament.

Les fumeurs ont confirmé que toutes les méthodes d'abandon avaient fonctionné, dans une certaine mesure, avant leur rechute. Ils ont cité plusieurs raisons pour expliquer pourquoi la méthode qu'ils avaient utilisée a échoué :

- la sensation de manque et/ou les symptômes du sevrage ont été fréquemment mentionnés, quelle que soit la méthode d'abandon;
- le manque de volonté et le fait de ne pas se sentir prêt;
- le stress;
- le coût des médicaments et leur dosage;
- le manque de soutien;
- la crainte de prendre du poids.



Les mesures du succès passent souvent outre à la rechute

Il est évident qu'il y a des rechutes. Lorsque cela se produit, la difficulté est de persister à s'abstenir de fumer. Pour la plupart des fumeurs, cesser de fumer est une démarche dont le parcours est jalonné de plusieurs réussites. Les programmes formels d'abandon du tabagisme mesurent le succès sur une période relativement courte – souvent de six mois, parfois d'un an.

Le temps écoulé entre deux réussites est souvent laissé pour compte, dans les programmes d'abandon. Si la cessation pour la durée de la vie est le but ultime, peut-être que le fait d'être resté sans fumer pendant plus longtemps « cette fois » que « la fois précédente » devrait aussi être considéré comme une réussite.

Les modèles du changement comportemental et de l'apprentissage cognitif sont particulièrement efficaces en lien avec la démarche à vie de « ne pas recommencer ». Pour aider les fumeurs dans ce parcours, les systèmes de soins de santé devraient intégrer – et mesurer – le *continuum de l'abandon du tabagisme*. Des outils sont nécessaires pour aider les fumeurs à planifier l'ensemble de la démarche, y compris comment éviter la rechute et comment répondre à une éventuelle rechute.

Le rôle des médecins de famille et autres professionnels du domaine de la santé

La plupart des médecins de famille et autres professionnels du domaine de la santé qui ont répondu à l'enquête ont le sentiment qu'ils ont un rôle à jouer dans l'abandon du tabagisme par leurs patients. Le tableau ci-dessous illustre les différences dans la manière dont les professionnels de la santé considèrent leur rôle, et la manière dont fumeurs et ex-fumeurs le perçoivent.

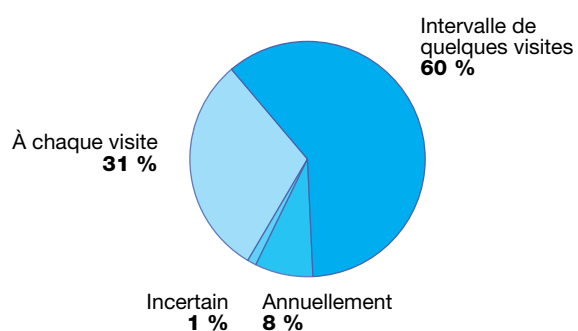
PERCEPTION DU RÔLE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DANS L'ABANDON DU TABAGISME

	%			
	Médecins de famille (n=2002)	Autres professionnels du domaine de la santé (n=397)	Ex-fumeurs (n=1296)	Fumeurs (n=2002)
Initier la conversation	84	41	36	27
Aider à faire un plan d'abandon	77	46	38	40
Suggérer des moyens de cesser	87	51	51	54
Suggérer de consulter le médecin de famille		42		
Suggérer de consulter le médecin de famille pour obtenir une ordonnance		41		
Suggérer des moyens en vente libre, comme la gomme à la nicotine		39		
Prescrire des médicaments pour l'abandon du tabagisme	90		35	42
Référer le patient à une thérapie individuelle ou de groupe	51	28	19	17
Offrir du counselling sur l'abandon du tabagisme	76			
Planifier des consultations sur une base régulière, pour suivi des progrès	62	24	24	28
Autre		3	1	1
N'a pas de rôle à jouer		4	17	13
Pas certain/n'a pas répondu		7	12	10

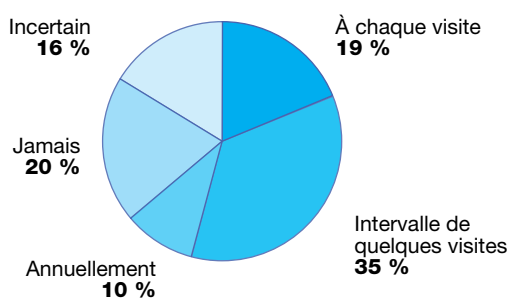
Les médecins de famille ont dit se considérer très impliqués dans l'abandon du tabagisme par leurs patients. La vaste majorité (92 %) a dit soulever le sujet de l'abandon du tabagisme avec leurs patients et en rediscuter sur une base régulière.

Les autres professionnels du domaine de la santé ont signalé une implication moindre. Seulement environ la moitié (54 %) des répondants de ce groupe ont déclaré discuter régulièrement du tabagisme avec leurs patients.

MÉDECINS DE FAMILLE ABORDANT L'ABANDON DU TABAGISME AVEC LEURS PATIENTS



PROFESSIONNELS DU DOMAINE DE LA SANTÉ ABORDANT L'ABANDON DU TABAGISME AVEC LEURS PATIENTS



Or la majorité des fumeurs, des ex-fumeurs, de même que des non-fumeurs vivant avec un fumeur, déclarent qu'ils ne discutent pas d'abandon du tabagisme avec leur médecin de famille ou avec un autre professionnel du domaine de la santé. Seulement 41 % des fumeurs ont déclaré avoir parlé de cette question avec leur médecin de famille au cours des deux années précédentes. Et seulement 15 % des fumeurs avaient parlé de la question avec un professionnel de la santé autre que leur médecin de famille. Fait intéressant, 46 % de ces derniers ont affirmé qu'ils avaient initié la discussion et 46 % ont affirmé que le professionnel de la santé l'avait initiée.

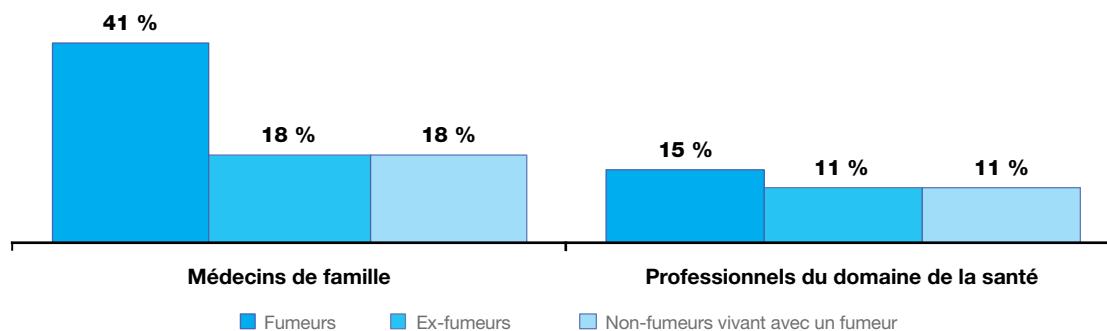
Parmi les ex-fumeurs, seulement 21 % ont déclaré avoir discuté d'abandon du tabagisme avec leur médecin de famille, et 6 % en avaient parlé avec un autre professionnel de la santé.

Les non-fumeurs qui vivent avec un fumeur s'inquiètent aussi de leur santé. La plupart (69 %) ont déclaré avoir discuté d'abandon du tabagisme avec le fumeur en cause, mais seulement 18 % ont dit avoir discuté des effets qu'a sur leur vie la fumée secondaire avec un médecin de famille, dans les deux années précédant l'enquête.

Or ces discussions ont manifestement des retombées bénéfiques. Trois ex-fumeurs sur quatre ont dit considérer que les conseils que leur avait donnés leur médecin de famille ou autre professionnel de la santé les ont aidés à cesser de fumer.

Les tableaux ci-dessous illustrent la proportion de fumeurs, d'ex-fumeurs, de même que de non-fumeurs vivant avec un fumeur, ayant déclaré avoir eu une discussion sur l'abandon du tabagisme avec un professionnel de la santé.

AYANT PARLÉ D'ABANDON DU TABAGISME AVEC LEUR MÉDECIN DE FAMILLE
OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ



La majorité (73 %) des pharmaciens répondants ont déclaré qu'on leur demande leur avis au moins une fois par jour, à propos de l'abandon du tabagisme. Près de la moitié (47 %) ont dit que cela leur arrivait deux fois ou plus par jour.



Lacunes dans la continuité des soins de santé

Tout le monde ne consulte pas un médecin de famille ou un omnipraticien sur une base régulière

Les répondants à l'enquête ont signalé des différences dans la continuité de leurs soins de santé. Les répondants ayant déclaré avoir un médecin de famille ou un omnipraticien régulier étaient plus susceptibles d'être des femmes; des résidents de la Nouvelle-Écosse, de la Colombie-Britannique ou de l'Ontario; d'être assuré en vertu d'un régime privé ou provincial d'assurance santé; d'avoir quarante ans ou plus; d'avoir déjà discuté d'abandon du tabagisme avec leur médecin; et d'avoir déjà tenté de cesser de fumer cinq fois ou plus. Les Québécois-es, en contrepartie, ont indiqué dans une proportion presque deux fois plus importante qu'ils n'ont pas de médecin ou omnipraticien régulier. Les répondants jeunes (c.-à-d. de moins de 30 ans) sont plus susceptibles de consulter plusieurs médecins ou aucun.

De ceux qui consultent plusieurs médecins ou omnipraticiens, la plupart sont d'accord pour dire que le fait d'avoir un omnipraticien ou médecin de famille régulier les aiderait à cesser de fumer.

Lacunes dans la formation

La plupart des professionnels de la santé n'ont pas reçu de formation officielle sur l'abandon du tabagisme

Peu de médecins de famille (18 %) et autres professionnels du domaine de la santé (16 %) ont une formation en matière de counselling sur l'abandon du tabagisme, mais 57 % des médecins de famille disent qu'ils sont remboursés pour ce travail.

Bien des patients voient des professionnels de la santé, comme des pharmaciens, infirmières, dentistes, hygiénistes dentaires, inhalothérapeutes ou physiothérapeutes, sur une base plus fréquente que leur médecin de famille. Ces situations présentent souvent d'excellentes occasions où le professionnel peut poser des questions sur le tabagisme, encourager ceux qui ont cessé et les aider peu importe où ils en sont dans leur démarche.

Un examen de divers programmes de formation en médecine familiale, pharmacie, soins infirmiers et hygiène dentaire au Canada, a révélé des variations en ce qui concerne la formation en matière d'intervention visant le tabagisme. D'une discipline à l'autre, et d'un endroit à l'autre dans une même discipline, les heures de formation et la profondeur du contenu d'enseignement sont inégaux. Dans les programmes de formation des médecins de famille, le temps accordé à l'enjeu du tabagisme varie de moins d'une heure à quelques heures. La formation aborde des modèles d'intervention élémentaire comme celui dit des « cinq A » en anglais [« *Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange* » : poser des questions, conseiller, évaluer, assister, organiser], la pharmacologie pour le sevrage, et l'approche à la santé des populations relativement à la lutte au tabagisme. Dans les programmes de pharmacie, soins infirmiers et hygiène dentaire, la même disparité a été observée. Dans ces programmes, le temps consacré au sujet varie entre deux et douze heures; plusieurs des programmes plus longs abordent les approches du changement comportemental et de la motivation, comme celle des « cinq R » en anglais [« *Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition* » : pertinence, risques, récompenses, embûches, répétition]. Des cours d'éducation permanente portant sur l'intervention en matière de tabagisme, dans les domaines de la médecine et de la pharmacie, sont offerts par certains établissements dans quelques provinces. Certaines associations professionnelles nationales du domaine de la santé, comme l'Association canadienne des pharmaciens et l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, offrent aussi une formation sur l'intervention en matière de tabagisme, dans le cadre de la formation continue par Internet. Par ailleurs, plusieurs associations de professionnels de la santé, comme l'Association médicale canadienne, l'Association canadienne des pharmaciens, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, ont adopté distinctement ou conjointement des énoncés de position qui mettent en relief le rôle des professionnels de la santé dans la lutte contre le tabagisme – un rôle qui inclut l'intervention.

Une approche modèle

Des modèles cliniques d'intervention sur le tabagisme peuvent être mis en œuvre à l'extérieur du milieu clinique. À l'Institut de cardiologie d'Ottawa, les nouveaux résidents en médecine et les infirmier-ères reçoivent une formation individuelle sur la prise en charge de la dépendance au tabac. On demande aux patients admis de confirmer leurs habitudes en matière de tabagisme, le cas échéant, et leur situation est documentée dans leur dossier médical. Le médecin traitant ou l'infirmière conseille à tous les fumeurs de cesser de fumer. Du soutien est fourni par une infirmière-conseillère désignée, formée sur tous les aspects de la dépendance à la nicotine ainsi que de l'abandon du tabagisme. Des ordonnances pour l'obtention d'éléments de soutien à l'abandon du tabagisme peuvent être données par le médecin traitant. Des recommandations pour le soutien à l'abandon du tabagisme sont incluses dans la lettre de congé du patient et transmises au médecin de famille.

Après le congé du patient, un système automatisé de messagerie vocale est utilisé pour le suivi des progrès du patient, les journées 3, 14 et 30. Le système pose au patient une série de questions détaillées. Si une des réponses porte à croire que le patient a du mal à ne pas recommencer à fumer, ou s'il a recommencé, une infirmière-conseillère lui téléphonera pour examiner les options et pour l'aider à continuer dans la bonne voie. Ceci inclut une référence à la clinique externe de l'Institut pour l'abandon du tabagisme. Les patients sont réévalués six mois après leur congé.²³

En plus d'appliquer ce modèle à d'autres contextes du milieu hospitalier, on peut appliquer ses principes en situation extrahospitalière. Tous les systèmes de santé publique devraient avoir recours à une approche semblable :

- dépistage constant;
- personnel-clé doté d'une formation à divers degrés de compétence, y compris la modification profonde du comportement et le traitement de la dépendance;
- médecins en soins de premier recours ayant reçu, au moins, une formation au sujet de techniques de brève intervention et des stratégies de planification de l'abandon du tabagisme;
- médecins spécialistes désignés, formés au niveau des compétences en intervention brève;
- professionnels désignés, du domaine de la santé, ayant une formation au niveau approprié, en matière de techniques d'intervention;
- formation à tous les professionnels des soins de santé, en ce qui touche les questions portant sur des habitudes de tabagisme et la compréhension des manières d'encourager les fumeurs dans leur démarche d'abandon;
- sensibilisation de tous les professionnels des soins de santé au sujet du soutien pour fumeurs qui cessent de fumer, de même que des routines appropriées pour les référer à des services;
- appels téléphoniques de suivi, pour donner aux fumeurs en démarche d'abandon l'encouragement et des conseils utiles pour les aider à ne pas recommencer à fumer;
- analyse et évaluation qui tiennent compte d'une durée réduite de rechute et des tentatives répétées d'abandon, parmi les indicateurs clés du progrès vers l'atteinte et le maintien de taux réduits d'usage du tabac.



Accès à des programmes et médicaments

Programmes

Plusieurs types de programmes d'abandon du tabagisme existent. La plupart sont gratuits et sont fondés sur des « pratiques exemplaires » démontrées. Ils ont en commun des éléments dont l'efficacité a été démontrée. Certains visent des publics précis. Plusieurs programmes sont conçus expressément pour les jeunes, notamment des programmes en milieu scolaire et des programmes de leadership. D'autres s'adressent aux femmes enceintes ou en situation périnatale. D'autres encore sont conçus pour tenir compte des besoins de fumeurs qui sont aux prises aussi avec des problèmes de drogue, d'alcool ou de santé mentale. Des programmes d'intervention clinique en matière de tabagisme sont utilisés en milieu hospitalier.

Des programmes d'abandon du tabagisme ont également été créés spécialement pour le milieu du travail. Pour les employeurs, c'est un investissement valable : un employé fumeur coûte plus cher qu'un employé qui ne fume pas. En 1997, à la demande de Santé Canada, le Conference Board du Canada a préparé un rapport examinant en détail les coûts pour les employeurs, qu'impliquent des travailleurs fumeurs.²⁴ Dans un rapport publié en août 2006, intitulé *Bilan de la consommation de tabac : les coûts de l'usage du tabac en milieu de travail*, le Conference Board a présenté une mise à jour de ces coûts. Les quatre domaines où des répercussions pécuniaires du tabagisme ont été constatées pour un employeur – absentéisme, productivité, primes d'assurance, lieux désignés pour fumer – ont été réexaminés. En 2006, il a été établi qu'un employé fumeur coûtait à son employeur 3 396 \$ de plus par année qu'un employé non-fumeur.²⁵

Quelle que soit la population cible ou la méthode de prestation, les programmes d'abandon du tabagisme visent à fournir aux fumeurs des incitations à cesser de fumer, de l'information pour les guider dans la démarche ainsi que des outils et des stratégies pour les aider tout au long de leur cheminement.

Programmes d'autoassistance

L'approche d'autoassistance consiste, pour le fumeur, à utiliser du matériel de sources diverses. Généralement, le matériel est disponible sur papier et/ou par téléchargement d'un site Internet. Les programmes d'autoassistance ne sont pas qu'une liste de faits. Ils peuvent être conçus à l'intention d'un public spécifique; par exemple, des programmes pour personnes prêtes à cesser de fumer, ou pour les jeunes. Le matériel propose à l'utilisateur une série d'activités ou d'étapes du parcours vers l'abandon. Des programmes d'auto-assistance s'adressent aussi aux personnes qui appuient un ami ou un proche dans sa démarche.

Services d'assistance téléphonique

Les services d'assistance téléphonique, parfois appelés lignes d'aide, sont des services téléphoniques sans frais où l'on peut s'adresser à du personnel formé en matière d'abandon du tabagisme afin d'obtenir du soutien, du counselling et des références. Ils sont conçus pour fournir encouragement et soutien. Certains s'adressent aussi aux « parrains » – les personnes qui aident quelqu'un à ne plus fumer. Presque tous ces services téléphoniques fournissent des ressources que l'on reçoit par la poste; plusieurs offrent des appels « proactifs » aux clients qui correspondent à certains critères.²⁶ Bien que les clients soient souvent référés à ces services par un professionnel de la santé, une telle référence n'est pas requise.

Programmes par le biais d'Internet

Diverses mesures de soutien à l'abandon du tabagisme sont accessibles sur Internet – counselling par courriel, services de jumelage et groupes de discussion ou de clavardage. La plupart permettent à l'utilisateur de dresser son profil, de consulter de l'information et des témoignages de succès, de compléter un carnet de bord ou d'exercices et de consigner ses progrès. La plupart s'adressent aux jeunes. Ils sont généralement gratuits, du moins en partie.

Programmes de counselling de groupe

Des programmes de counselling de groupe sont offerts dans un certain nombre de collectivités et de milieux. Plusieurs de ces programmes observent des taux d'inscription à la baisse; les organisateurs notent une tendance vers le counselling individuel. Certains programmes de groupe sont brefs (p. ex., quelques heures), d'autres sont condensés (p. ex., une retraite d'un week-end) et d'autres encore sont offerts un ou deux soirs par semaine pendant quelques semaines.



Counselling individuel

Compte tenu du caractère très individuel de la démarche d'abandon du tabagisme, le counselling individuel est de plus en plus en vogue. Les conseillers ont reçu une formation spécifique sur l'abandon du tabagisme, notamment la modification comportementale et les thérapies cognitives. Ces intervenants proviennent d'horizons professionnels diversifiés du secteur des soins de santé.

Conseillers et équipes d'aide à l'abandon du tabagisme

Divers genres d'experts en abandon du tabagisme sont formés pour aider le fumeur à cesser de consommer du tabac. La profession d'infirmière est la plus souvent engagée dans la démarche – infirmiers, infirmiers praticiens ou infirmiers de santé publique ou de service communautaire. Des travailleurs sociaux interviennent aussi fréquemment. D'autres intervenants sont des conseillers en dépendance/toxicomanie, des psychologues, des pharmaciens, des nutritionnistes, des professionnels de la médecine dentaire, des inhalothérapeutes ainsi que des thérapeutes par l'exercice. Dans certains cas, ce sont des conseillers en milieu scolaire ou auprès des jeunes; dans d'autres situations, un représentant communautaire du domaine de la santé et un modèle de rôle s'impliquent. L'idée de mettre à contribution une communauté de soutien, dans la démarche d'une personne qui cesse de fumer, gagne en popularité. Dans certaines circonstances, cette communauté de soutien inclut non seulement des membres de la famille ou un proche aimé, mais aussi d'autres personnes – fumeurs, non-fumeurs et même des personnes qui ne sont pas encore prêts à arrêter de fumer. Quel que soit le nombre de personnes au sein d'une équipe d'abandon du tabagisme, et quelle que soit leur profession, toutes ont besoin de connaissances minimales sur l'abandon du tabagisme et au moins une des personnes ressources devrait être qualifiée en counselling approfondi en la matière.

La gouvernance des programmes d'abandon du tabagisme varie, d'un endroit à l'autre au Canada. Dans certaines régions sociosanitaires, la responsabilité de ce dossier relève de la division de la « vie saine », par exemple, alors qu'ailleurs elle peut faire partie du mandat de la division des dépendances. Certains programmes sont gouvernés par des organismes de plaidoyer ou de bienfaisance, comme l'Association pulmonaire. Ces différences peuvent influencer la composition de l'équipe d'intervenants et la manière dont on définit la réussite. Également, les sources et la disponibilité de financement pour ces programmes varient considérablement.

Vu la disponibilité de programmes téléphoniques et Internet, et leur présence dans toutes les régions sociosanitaires au Canada, il peut sembler évident que tous les Canadien-nes ont un accès égal à des programmes efficaces d'abandon du tabagisme.

L'accessibilité aux programmes n'est pas égale

En réalité, l'accès à des programmes efficaces pour tous les Canadien-nes n'est pas égal. Les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada présentent des taux de tabagisme considérablement plus élevés que le reste de la population du pays. Or la disponibilité des programmes n'est pas universelle. Un programme pilote de service d'assistance téléphonique pour l'abandon du tabagisme est en cours au Yukon, mais il n'existe pas de tel service aux Territoires du Nord-Ouest ni au Nunavut. De plus, bien que plusieurs écoles et entreprises du Grand Nord canadien ont accès à Internet, plusieurs domiciles ont seulement un accès commuté [téléphonique à faible débit] à Internet, ou n'en ont pas du tout.

La langue constitue aussi un obstacle. Plusieurs personnes des Premières Nations ainsi que des communautés inuits et métisses ne parlent ni le français ni l'anglais, et l'accès à des outils et à des programmes dans *leur* langue, en matière d'abandon du tabagisme est déficient. Seuls quelques documents ont été traduits dans certaines langues des peuples autochtones du Canada.

Plusieurs programmes, options et mesures de soutien sont nécessaires, au cours de la démarche d'abandon du tabagisme. Les services d'assistance téléphonique et les programmes Internet ne sont pas suffisants. Malheureusement, dans les régions plus éloignées et rurales où l'intervention de professionnels en counselling ou d'équipes de soutien nécessite des déplacements pour aller rencontrer les fumeurs, il devient plus difficile de « justifier » le coût des programmes. De plus, la structure sociale et la culture présentent des différences. Dans certaines cultures, fumer du tabac revêt une dimension spirituelle ou sacrée. Dans ces cultures, c'est l'usage récréatif du tabac qui est en cause. Les programmes d'abandon du tabagisme doivent être adaptés à de tels besoins sociaux et culturels.



Médicaments

Les médicaments pour l'abandon du tabagisme se classent en deux catégories principales : les thérapies de remplacement de la nicotine, que l'on peut se procurer en « vente libre » en pharmacie; et les médicaments disponibles uniquement sur ordonnance.

Substituts de nicotine vendus sans ordonnance

Au Canada, les thérapies en vente libre incluent la gomme à mâcher à la nicotine, le timbre transdermique à la nicotine, les inhalateurs et les pastilles. Ils sont formulés pour fournir de la nicotine au corps, en dose contrôlée, afin de remplacer la nicotine que le corps n'obtient plus du tabac. Une adaptation contrôlée du dosage de ces substituts permet au client de réduire graduellement la quantité de nicotine présente dans son corps, et de contrôler ainsi ses symptômes de sevrage et ses périodes de manque.

Médicaments d'ordonnance

Les médicaments vendus uniquement sur ordonnance pour l'abandon du tabagisme procèdent d'une action sur le cerveau. Cette catégorie inclut le l'hydrochlorure de bupropion et le tartrate de varenicline.

L'hydrochlorure de bupropion se vend sous forme de comprimé; c'est un médicament utilisé depuis un certain temps pour le traitement de la dépression. Il est toujours offert à cette fin, mais il a été approuvé par Santé Canada, il y a neuf ans, pour usage comme aide à l'abandon du tabagisme. Le bupropion semble influencer l'équilibre de substances chimiques naturellement présentes dans le cerveau, et ainsi réduire le manque et d'autres symptômes de sevrage qui sont fréquents chez les personnes qui cessent de fumer. Il ne fournit pas de nicotine au corps et il peut être utilisé en combinaison avec une thérapie de remplacement de la nicotine.

Le tartrate de varenicline est un nouveau médicament utilisé pour l'abandon du tabagisme. Il se vend sous forme de comprimé. La varenicline affecte les récepteurs de la nicotine dans le cerveau qui semblent être le plus fortement associés à la dépendance à la nicotine. Elle ne contient pas de nicotine, mais réduit la sensation de manque et d'autres symptômes de sevrage qui sont fréquents chez les personnes qui cessent de fumer. Elle ne peut pas être utilisée en combinaison avec une thérapie de remplacement de la nicotine.

Accessibilité des médicaments

Bien que pratiquement toutes les pharmacies du pays tiennent en stock des médicaments pour l'abandon du tabagisme, les Canadien-nes n'y ont pas tous un accès égal. Étant donné qu'ils sont classés comme relevant du « mode de vie », ces médicaments sont exclus de la plupart des régimes publics d'assurance santé et ne sont couverts que par une minorité de régimes d'assurance santé privés offerts en milieu de travail.

Les deux tableaux ci-dessous indiquent quels médicaments pour l'abandon du tabagisme sont admissibles en vertu des régimes publics d'assurance santé en vigueur au Canada. Le premier illustre la couverture par les régimes provinciaux; le second, celle des régimes fédéraux.

MÉDICAMENTS POUR L'ABANDON DU TABAGISME COUVERTS EN VERTU DU RÉGIME FÉDÉRAL D'ASSURANCE SANTÉ

Programme	Thérapies de remplacement de la nicotine en vente libre				Médicaments d'ordonnance	
	Timbre	Gomme	Pastille	Inhalateur	Bupropion	Varenicline
Service correctionnel	couvert : 1 ^{er} cours (12 semaines) gratuit; frais pour cours subséquents	couvert : 1 ^{er} cours (12 semaines) gratuit; frais pour cours subséquents	s/o	couvert : 1 ^{er} cours (12 semaines) gratuit; frais pour cours subséquents	couvert : 1 ^{er} cours (12 semaines) gratuit; frais pour cours subséquents	pas couvert
Défense nationale	Rembourse 3 mois dans le cadre de programme approuvé	Rembourse 3 mois dans le cadre de programme approuvé. Quantité non limitée	Rembourse 3 mois dans le cadre de programme approuvé. Quantité non limitée	Rembourse 3 mois dans le cadre de programme approuvé. Quantité non limitée	Rembourse 3 mois dans le cadre de programme approuvé. Quantité non limitée	Pas couvert
Premières Nations	Couvert , avec plafond annuel	Couvert , avec plafond annuel	Pas couvert	Pas couvert	Limite de 180 comprimés par année	Limite de 165 comprimés par année
Vétérans	Pas couvert	Pas couvert	Pas couvert	Pas couvert	Couvert mais sur approbation spéciale	Pas couvert
GRC	12 semaines par période de 12 mois	12 semaines par période de 12 mois	12 semaines par période de 12 mois	12 semaines par période de 12 mois	12 semaines par période de 12 mois	12 semaines par période de 12 mois
Programme fédéral de santé intérimaire (assistance humanitaire pour réfugiés)	Pas couvert	Pas couvert	Pas couvert	Pas couvert	Pas couvert	Pas couvert

MÉDICAMENTS POUR L'ABANDON DU TABAGISME COUVERTS EN VERTU
DES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE SANTÉ

	Thérapies de remplacement de la nicotine en vente libre				Médicaments d'ordonnance	
	Timbre	Gomme	Pastille	Inhalateur	Bupropion	Varenicline
CB	pas couvert	pas couvert	s/o	s/o	pas couvert	à l'étude
AB	pas couvert	pas couvert	s/o	s/o	couvert pour certains groupes (prestataires d'aide sociale; sur entente spéciale avec le gouvernement de la province)	pas couvert
SK	pas couvert	pas couvert	s/o	s/o	pas couvert	pas couvert
MB	pas couvert; exempt de taxe provinciale depuis avril 2008	pas couvert; exempt de taxe provinciale depuis avril 2008	s/o	s/o	pas couvert	à l'étude
ON	pas couvert; exempt de taxe provinciale du 12 août 2007 au 13 août 2008	pas couvert; exempt de taxe provinciale du 12 août 2007 au 13 août 2008	pas couvert; exempt de taxe provinciale du 12 août 2007 au 13 août 2008	pas couvert; exempt de taxe provinciale du 12 août 2007 au 13 août 2008	pas couvert pour l'abandon du tabagisme; couvert pour la dépression	à l'étude
QC	couvert ; max 12 semaines consécutives par période de 12 mois	couvert ; max 12 semaines consécutives par période de 12 mois	couvert ; max 12 semaines consécutives par période de 12 mois	pas couvert	couvert ; max 12 semaines consécutives par période de 12 mois	couvert ; max 12 semaines consécutives par période de 12 mois
NB	pas couvert	pas couvert	s/o	s/o	pas couvert	pas couvert
NÉ	pas couvert; fourni avec counselling par les services de toxicomanie	pas couvert; fourni avec counselling par les services de toxicomanie	s/o	s/o	pas couvert	à l'étude; couvert dans certains districts (South Shore #1, Southwest Nova #2, Annapolis Valley #3)
ÎPE	cas spéciaux seulement; couvert pour participants à des programmes de counselling individuel ou de groupe; max 75 \$ par an	cas spéciaux seulement; couvert pour participants à des programmes de counselling individuel ou de groupe; max 75 \$ par an	s/o	s/o	cas spéciaux seulement; couvert pour participants à des programmes de counselling individuel ou de groupe; max 75 \$ par an	à l'étude
TNL	pas couvert	pas couvert	s/o	s/o	pas couvert	pas couvert
NU	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
TNO	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
YK	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

Nécessité de médicaments abordables

Parmi tous les groupes d'intervenants ayant participé à l'enquête, on considère que les médicaments pour l'abandon du tabagisme sont trop chers – un obstacle à la démarche, pour certaines personnes. Invités à exprimer leur idée, en pensant à leurs patients, sur ce qui pourrait être fait pour atteindre la réduction des taux de tabagisme que vise le gouvernement fédéral, les médecins de famille ont le plus souvent porté leur choix sur des programmes et médicaments abordables.

Qu'est-ce qui incite des fumeurs à cesser de fumer?

Invités à dire quels éléments les encourageraient ou les ont encouragés à cesser de fumer, les ex-fumeurs ont donné des réponses qui démontrent une différence avec celles des deux autres groupes interviewés (fumeurs; non-fumeurs vivant avec un fumeur). Environ 70 % des trois groupes ont affirmé que le coût croissant des cigarettes les inciterait à cesser de fumer. Cependant, tous n'étaient pas d'accord sur l'impact de l'annonce d'un diagnostic de problème de santé. Pour les fumeurs et les non-fumeurs vivant avec un fumeur, un diagnostic de maladie constituait la plus forte motivation à cesser de fumer (71 % des fumeurs; 81 % des non-fumeurs vivant avec un fumeur). Mais seulement 42 % des ex-fumeurs étaient d'accord. À leur avis, la hausse du prix des cigarettes venait au premier rang (74 %), suivie de la pression exercée par la famille, les amis ou êtres aimés (64 %), et la restriction accrue des lieux publics où fumer est permise (53 %).



Recommandations

En août 2007, le gouvernement fédéral a annoncé que la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme renouvelée est dotée d'un nouvel objectif : réduire le taux de tabagisme à 12 % d'ici 2011. En plus du but de réduction du taux général, la Stratégie vise, d'ici 2011, à :

- réduire de 15 % à 9 % le pourcentage de jeunes canadiens (15-17 ans) qui fument;
- accroître de 1,5 million le nombre de Canadiens adultes qui cessent de fumer;
- réduire le nombre de Canadiens qui sont exposés quotidiennement à la fumée secondaire de 28 % à 20 %.²⁷

Pour parvenir à toute réduction significative des taux, l'Association pulmonaire recommande les mesures suivantes. (Ces recommandations sont basées sur un tour d'horizon examinant la disponibilité actuelle des programmes, mesures de soutien, médicaments et pratiques exemplaires ainsi que sur les principaux constats de l'enquête, présentés dans ce rapport.)

Amélioration et expansion de la surveillance

Expansion de l'évaluation et du suivi de la réussite, afin de refléter les réalités de la démarche d'abandon – un processus fortement individuel qui comporte généralement plusieurs tentatives d'abandon – en faisant état annuellement du taux d'ex-fumeurs qui continuent de ne pas fumer et, dans le cas des fumeurs, en faisant état du nombre de tentatives d'abandon, de la durée de la rechute ainsi que du temps écoulé entre les tentatives.

Accessibilité à des programmes et à des conseillers formés

Amélioration de l'accès à des programmes et mesures de soutien, pour toutes les personnes vivant au Canada, et en assurant que des conseillers formés en abandon du tabagisme soient disponibles à toute personne désireuse de cesser de fumer.

Formation aux médecins et autres professionnels du domaine de la santé

Provision d'outils et d'activités de formation aux médecins de famille et autres professionnels du domaine de la santé, par l'inclusion de stratégies d'intervention standardisées dans le programme de formation de tous les professionnels de la santé et l'offre d'une formation plus approfondie, lorsque nécessaire ou demandée.

Accès aux médicaments

Amélioration de l'accessibilité à des médicaments abordables, pour toutes les personnes vivant au Canada, par l'inclusion de tous les médicaments pertinents, dans les formulaires provinciaux et régimes d'assurance médicaments.

Soutien adapté à la culture des peuples autochtones

Provision, aux personnes des Premières Nations ainsi que des Métis et des Inuits, de programmes d'abandon du tabagisme ainsi que de mesures de soutien qui tiennent compte des réalités de leurs cultures, traditions et langues ainsi que de leur situation géographique parfois éloignée ou dispersée.

L'investissement dans la lutte au tabagisme : établir des balises

Jusqu'ici, aucune balise n'a été développée, au Canada, pour suggérer des niveaux appropriés d'investissement dans la lutte au tabagisme. De tels repères pourraient favoriser l'atteinte des buts établis dans toutes les stratégies en matière d'abandon du tabagisme – que ce soit au palier provincial ou fédéral.

Aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sont un des principaux éléments opérationnels du Department of Health and Human Services. En 1999, les CDC ont publié un document de pratiques exemplaires qui décrit les aspects du coût du contrôle du tabagisme. À partir de ces coûts, ils ont suggéré des sommes appropriés d'investissements, pour un contrôle efficace du tabagisme dans chacun des États. Le document des CDC, intitulé *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs – 2007*, recommande un investissement annuel de 12,34 \$ par personne (par personne de 18 ans ou plus) aux États-Unis. Le tableau ci-dessous illustre la répartition de cet investissement recommandé par les CDC, par composante du contrôle du tabagisme.

ÉTATS-UNIS – INVESTISSEMENT PAR PERSONNE POUR LE CONTRÔLE DU TABAGISME,
RECOMMANDÉ EN 2007 PAR LES [U.S.] CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

Total	Interventions, États et communauté	Interventions en communications sur la santé	Interventions pour l'abandon	Surveillance et évaluation	Évaluation et gestion
12,34	4,88	2,36	3,49	1,07	0,54

La vente de tabac génère chaque année un important revenu de taxes au Canada. Cet argent pourrait être dirigé vers des initiatives fédérales et provinciales de lutte contre le tabagisme – y compris des initiatives pour l’abandon du tabac. Le tableau ci-dessous fait état des diverses taxes imposées au pays, sur une cartouche régulière de (200) cigarettes. D’après la moyenne actuelle de 15,5 cigarettes par jour, les 5 millions de fumeurs canadiens génèrent un revenu de taxes qui dépasse les 2,5 milliards \$ par année.

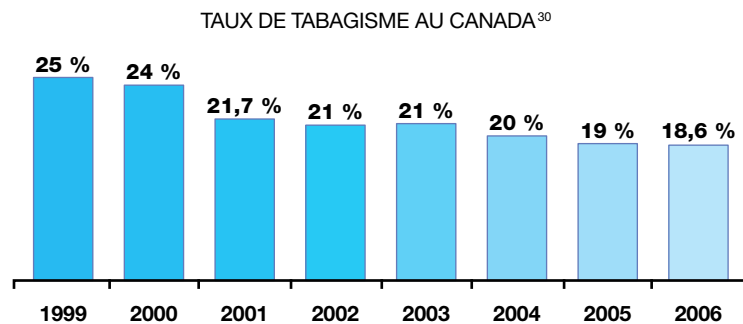
2008 – TAXES PAR CARTOUCHE DE (200) CIGARETTES

Prov./ Terr.	\$						Taxe fédérale		Taxe provinciale	
	Produit		Taxe provinciale sur le tabac	TPS	TVP/ TVH	Prix TOTAL	en % du total des taxes	en % du prix total	en % du total des taxes	en % du prix total
	Prix de base	Droit d'accise fédéral*								
CB	20,00	17,00	35,80	3,64	0	76,44	36,6 %	27,0 %	63,4 %	46,8 %
AB	20,00	17,00	37,00	3,70	0	77,70	35,9 %	26,6 %	64,1 %	47,6 %
SK	20,00	17,00	36,60	3,68	4,24	81,52	33,6 %	25,4 %	66,4 %	50,1 %
MB	20,00	17,00	35,00	3,60	4,87	80,47	34,1 %	25,6 %	65,9 %	49,5 %
ON	20,00	17,00	24,70	3,09	0	64,79	44,8 %	31,0 %	55,2 %	38,1 %
QC	20,00	17,00	20,60	2,88	0	60,48	49,1 %	32,9 %	50,9 %	34,1 %
NB	20,00	17,00	23,50	3,03	4,97	68,49	41,3 %	29,2 %	58,7 %	41,6 %
NÉ	20,00	17,00	33,04	3,50	5,17	78,71	34,9 %	26,0 %	65,1 %	48,5 %
ÎPE	20,00	17,00	34,90	3,60	0	75,50	37,1 %	27,3 %	62,9 %	46,2 %
TNL	20,00	17,00	36,00	3,65	5,49	82,14	33,2 %	25,1 %	66,8 %	50,5 %
NU	20,00	17,00	42,00	3,95	0	82,95	33,3 %	25,3 %	66,7 %	50,6 %
TNO	20,00	17,00	42,00	3,95	0	82,95	33,3 %	25,3 %	66,7 %	50,6 %
YK	20,00	17,00	26,40	3,17	0	66,57	43,3 %	30,3 %	56,7 %	39,7 %

* Le droit d'accise est une taxe portant sur les spiritueux, la bière et le tabac. Pour les produits fabriqués au Canada, le droit d'accise est imposé au point de fabrication, plutôt que de vente; pour ceux fabriqués à l'étranger, le droit d'accise est payable par l'importateur au moment de l'importation.³⁹

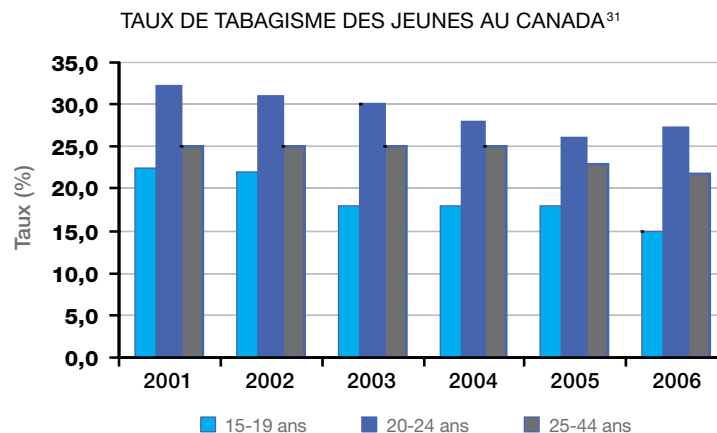
Taux de tabagisme

L'usage de tabac demeure un enjeu urgent pour la santé publique. Les taux de tabagisme ont connu un déclin depuis les sommets atteints dans les années 1960, époque où les risques de santé associés au tabac ont commencé à être largement disséminés. Le taux de tabagisme a diminué de près de 50 % par rapport à 1965, pour se situer à 19 % en 2006. Néanmoins, le Canada compte encore cinq millions de fumeurs et fumeuses. Les populations à risque incluent les jeunes, les femmes enceintes et les personnes autochtones.



Jeunes

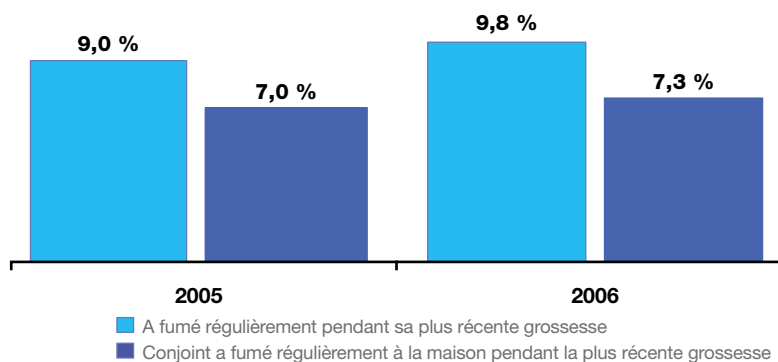
L'usage de tabac parmi les segments plus jeunes de la population demeure un important défi. Le taux de tabagisme chez les jeunes ne diminue pas aussi rapidement que dans d'autres groupes d'âge. De fait, parmi les 20 à 24 ans, il a même augmenté, entre 2005 et 2006.



Femmes enceintes

Les femmes enceintes qui fument sont un autre segment de la population qui est particulièrement préoccupant. Les taux de tabagisme ont diminué chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans, mais ont augmenté parmi celles de 20 à 44 ans. En 2006, le segment des 20 à 24 ans présentait des taux particulièrement élevés : 22 % étaient fumeuses et 17,5 % étaient exposées à la fumée sur une base régulière.

TAUX DE FEMMES ENCEINTES DE 20 À 44 ANS
QUI FUMENT OU SONT EXPOSÉES À LA FUMÉE³²



Premières Nations, Métis et Inuits

Malheureusement, les données sur le tabagisme parmi les peuples autochtones du Canada ne sont pas à jour, dans bien des cas, ou n'existent pas. Les faits connus indiquent une prévalence du tabagisme considérablement plus élevée parmi les personnes des Premières Nations, de même que les Métis et les Inuits, que dans le reste de la population du Canada.

Premières Nations

D'après les Enquêtes régionales sur la santé des Premières Nations et des Inuits (1997), le taux de tabagisme parmi les adultes des Premières Nations était de 62 %, soit le double de la moyenne canadienne. Les taux étaient encore plus élevés parmi les jeunes : environ les trois quarts des personnes des Premières Nations au début de la vingtaine sont fumeuses. Ces taux étaient les mêmes qu'en 1991. La plupart des adultes avaient commencé à fumer autour de 16 ans, certains en aussi bas âge que 11 ans, voire quelques-uns à 8 ans.³³

Des statistiques de 2002-2003 démontrent que le taux de tabagisme parmi les personnes des Premières Nations au Canada était de 59 %. Bien que ceci constitue une diminution en comparaison avec les taux de 1999, la réduction a été moins marquée que dans le reste de la population canadienne. En 2003, le taux d'usage de tabac parmi les Premières Nations était trois fois plus élevé que dans la population canadienne en général.³⁴ D'après une étude de base réalisée par le Groupe de recherche Environics, 52 % des habitants de réserves autochtones étaient fumeurs; chez les 19 à 34 ans, ce taux était de 60 %.^{35,36}

Un récent rapport de l'Assemblée des Premières Nations signale un taux de tabagisme de 61 % parmi les filles autochtones de 15 à 17 ans – quatre fois plus que le taux national de tabagisme chez les filles du même âge. Les garçons autochtones de 15 à 17 ans ont un taux de tabagisme de 47 %, en comparaison avec 13 % à l'échelle nationale chez les garçons du même âge.³⁷

Inuits

Une étude de 1999 a démontré que le taux de tabagisme parmi les Inuits (72 %) était le plus élevé au Canada.³⁸ Des données plus récentes indiquent que, chez les Inuits du Nunavut, les taux ont diminué de 64,9 % en 2003, à 53,1 % en 2005.³⁹ Environ la moitié de la population inuite vit au Nunavut. Les plus récentes statistiques chez les jeunes démontrent que 70 % des Inuits de 18 à 45 ans fument.⁴⁰

Métis

Les statistiques sur l'usage de tabac par les Métis sont rares. En 1991, le pourcentage de Métis qui fumaient était très élevé, 54 % (SC 1996). Quarante-sept pour cent (47 %) des Métis fumaient sur une base quotidienne, tandis que 7 % seulement de temps en temps fumaient (SC 1996). La prévalence du tabagisme est la plus élevée parmi les 25-44 ans, et est considérablement plus faible chez les personnes âgées (SC 1996). En 1991, les taux étaient de 54 % pour les Métis de 15-24 ans, 59 % pour les Métis 25-44 ans, 49 % pour les Métis 45-64 ans et 37 % pour les Métis de 65 ans et plus (SC 1996).⁴¹



Taux de tabagisme hors réserve, élevés également

En 1997, le taux de tabagisme parmi les personnes autochtones vivant hors réserve (51,4 %) était près du double de celui de l'ensemble de la population canadienne. De plus, ce taux était considérablement plus élevé que celui de la population non autochtone, tant en région urbaine que rurale.⁴²

Défis pour les peuples autochtones

Outre des taux de tabagisme plus élevés, les peuples autochtones sont aux prises avec d'autres défis relatifs à l'abandon du tabagisme. D'autres dépendances, comme l'alcoolisme et la toxicomanie, présentent des obstacles supplémentaires à l'abandon du tabagisme. Par ailleurs, le tabac revêt un rôle cérémonial et spirituel, dans la culture autochtone. Plusieurs aînés autochtones considèrent que l'usage récréatif du tabac est un manque de respect à l'égard des usages spirituels, médicinaux et traditionnels. La guérison traditionnelle autochtone est un vaste ensemble d'us et de croyances culturelles parmi les peuples autochtones puisqu'ils se réfèrent aux principes et approches de guérison traditionnelle, pour soutenir les efforts d'abandon du tabagisme. Un autre défi pour les approches en matière d'abandon du tabagisme réside dans la diversité culturelle et linguistique des peuples inuits, métis et des Premières Nations. Les approches portant sur l'abandon du tabagisme, à l'intention des Premières Nations, des Métis et des Inuits du Canada, doivent tenir compte de ces réalités pour obtenir du succès.

Les stratégies et le législation de lutte contre le tabagisme au Canada

		Le tabagisme dans les lieux publics			
		Lieux publics (intérieurs)	Lieux publics (extérieurs)	Terrains d'école	Lieux de travail
CB	Targeting our Efforts Aboriginal Tobacco Strategy	•	• ■ le 31 mai 2008; 3m de l'admission d'air; Vancouver 6m	•	• véhicules de travail inclus
AB	Reducing tobacco use in Alberta: a comprehensive strategy Aboriginal Tobacco Strategy	•	•		• véhicules de travail inclus
SK		•	◆	◆	◆
MB	Stratégie manitobaine de lutte contre le tabagisme: Une démarche coordonnée et globale visant à réduire les maladies, les invalidités et les décès dus au tabac	•		◆	• lieux de travail intérieurs et véhicules de travail
ON	Stratégie pour un Ontario sans fumée	•		•	• clos; sauf résidences spécifiques
QC	Le Québec respire mieux : plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010	•	• 9m de l'admission d'air	•	• véhicules de travail inclus
NB	Pour enfin lever l'écran de fumée : stratégie antitabac du Nouveau-Brunswick	•		•	• véhicules de travail inclus
NÉ	A comprehensive tobacco strategy for Nova Scotia	•	•	•	• véhicules de travail inclus
ÎPE	Tobacco is part of: Prince Edward Island strategy for healthy living: the journey to health and wellness	•		•	• sauf les fumoirs fermés désignés
TNL	Provincial tobacco reduction strategy 2005-2008: a partnership plan to reduce tobacco use	•		•	• sauf les fumoirs fermés désignés
NU		•	•	•	•
TNO	Action contre le tabagisme				
YK	Yukon tobacco reduction strategy	• le 15 mai 2008	• le 15 mai 2008	• le 15 mai 2008	• le 15 mai 2008 véhicules de travail inclus
Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme		• si en vertu de la compétence fédérale			• si en vertu de la compétence fédérale

* En Saskatchewan, du tabac, une fois achetés par quelqu'un à l'âge de 18 ans ou plus, peuvent être donnés à une personne de moins de 18 ans dans le but d'usage culturel.

• = l'échelle de la province/territoire ◆ = certaines municipalités ■ = adopté, mais pas encore en vigueur



Le tabagisme dans les véhicules			Mineurs		Vente/Avertissement/Étalage		
Transports en commun (autobus, taxis, etc.)	Véhicules auto-mobiles	Véhicules automobiles avec des enfants à bord	Mineur – possession	Interdit de vendre/ fournir aux jeunes avant l'âge de 18 ans*	Points de vente de tabac restreints	Étalage restreint à la vue du public	Publicité restreinte
•		déposé		• avant l'âge de 19	•	•	•
•			• avant l'âge de 18		■ 1 ^{er} jan. 2009	■ 1 ^{er} jul. 2008	■ 1 ^{er} jul. 2008
• sauf véhicules non-disponibles à la location				•	•	• sauf les lieux où les mineurs ne sont pas autorisés/ne sont pas visibles pour les mineurs	
•				• sauf l'usage culturel		•	•
•		déposé		• avant l'âge de 19; sauf l'usage culturel	•	■ le 31 mai 2008	•
•				•	•	■ le 31 mai 2008	• parrainage inclus
•							
•		• avant l'âge de 19	• avant l'âge de 19	• avant l'âge de 19	•	•	•
•				• sauf l'usage culturel	• lieux désignés		
				• sauf les établissements pénitentiaires	• pharmacies seulement		
•				• avant l'âge de 19	•		
	• le 15 mai 2008	• le 15 mai 2008 avant l'âge de 18				• le 15 mai 2008	• le 15 mai 2008
• si en vertu de la compétence fédérale				•		• pour réglementer les enseignes	• la nature de la publicité

Conclusion

Nous savons que la plupart des fumeurs veulent cesser de fumer et nous avons la responsabilité de les y aider. En améliorant l'accès aux programmes et mesures de soutien, en donnant une meilleure formation aux professionnels de la santé et en intégrant des mesures systémiques de l'abandon du tabagisme qui mettent en relief les résultats intermédiaires et les réussites finales, nous pouvons faire des progrès significatifs dans la réduction des taux de tabagisme au Canada.

Annexe


Tableau – la fiabilité de l'enquête

Le tableau suivant présente la fiabilité pour chaque groupe d'intervenants interrogés par la firme Léger Marketing :

	Taille de l'échantillon	Marge d'erreur – niveau de confiance de 95 %
Fumeurs	2002	±2,2 %
Ex-fumeurs	1296	±2,7 %
Non-fumeurs vivant avec un fumeur	898	±3,3 %
Médecins de famille	200	±6,9 %
Autres professionnels du domaine de la santé	397	±4,9 %

Références

1. Santé Canada. *À propos de la lutte contre le tabagisme*, accès le 4 mai 2008. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/about-à-propos/index_f.html
2. Fondation des maladies du coeur de Canada, le 9 mai 2008
3. Société canadienne du cancer/Institut national du cancer au Canada: *Statistiques canadiennes sur le cancer 2007*, Toronto, 2007, p. 3 et 4.
4. Ibid p. 59, 76.
5. Statistique Canada. *Principales causes de décès sélectionnées, selon le sexe* (date de modification : 2008-05-14). Accès le 25 mai 2008. http://www40.statcan.ca/102/cst01/health36_f.htm
6. Agence de la santé publique du Canada. *La vie et le souffle : Les maladies respiratoires au Canada, 2007*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada. p. 14, 52.
7. Ibid p. 12.
8. Ibid
9. Ibid
10. L'Association pulmonaire du Canada. *Grossesse & fumée secondaire*. Accès le 25 mai 2008. http://www.poumon.ca/protect-protégez/tobacco-tabagisme/second-secondaire/pregnancy-grossesse_f.php
11. Agence de la santé publique du Canada. *Tabagisme et grossesse*. Accès le 25 mai 2008. http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-gs/know-savoir/smoke_fumer_f.html
12. Fondation des maladies du coeur de Canada, *Ressources pour Premières Nations, Inuits et Métis*. Accès le 23 mai 2008. <http://www.heartandstroke.com/site/?c=ikiQLcMWJtE&b=3479041>
13. 2003 Les lignes directrices de pratique clinique, *Le diabète de type 2 chez les autochtones*, Association canadienne du diabète, Comités des lignes directrices de pratique clinique. Accès le 20 mai 2008 <http://www.diabetes.ca/cpgfrançais/chapters.aspx>
14. Agence de la santé publique du Canada. *La vie et le souffle : Les maladies respiratoires au Canada, 2007*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada. p. 94.
15. Société canadienne du cancer. *Campagne de sensibilisation sur le cancer pour les communautés autochtones*, le 12 décembre 2005. Accès le 20 mai 2008. http://www.cancer.ca/ccs/internet/mediareleaselist/0,,3543_434465_594428155_langId-fr,00.html
16. ERS 2002-2003 : Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations. l'Assemblée des Premières Nations/Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations, Ottawa. Deuxième édition révisée, mars 2007 p. 57, 60.
17. Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Déclaration de principe, *Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones, Problèmes de santé touchant les peuples Autochtones*. No. 100, janvier 2001, p. 6 . Disponible à <http://www.sogc.org/guidelines/public/100F-PS3-Janvier2001.pdf>

- 
18. *Costs Associated with Infant Bronchiolitis in the Baffin Region on Nunavut*, David Creery (Children's Hospital of Eastern Ontario), Priya Iyer (University of Western Ontario), Lindy Samson (Children's Hospital of Eastern Ontario), Doug Coyle (Department of Medicine, University of Ottawa), Geraldine Osborne (Department of Health and Social Services, Government of Nunavut), Alexander MacDonald (Department of Health and Social Services, Government of Nunavut), *International Journal of Circumpolar Health* 64:1 2005 41, Août 2004
 19. *Métis Health Research Project, An Environmental Scan of Métis Health Needs and Services*. Soumis au Métis National Council. Préparé par : Direction des politiques, planification et analyse stratégiques. Santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Septembre 2005. p. 20-21
 20. Kaiserman MJ. *The Cost of Smoking in Canada*, 1991. *Chronic Diseases in Canada*. 1997; 18:1
 21. Agence de la santé publique du Canada. *La vie et le souffle : Les maladies respiratoires au Canada, 2007*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada. p. 14.
 22. Ibid p. 12.
 23. *Le remarquable programme d'abandon du tabac de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa : un nouvel espoir pour les Canadiens; Un programme d'abandon du tabac éprouvé sert de modèle aux hôpitaux de la Colombie-Britannique et du Nouveau-Brunswick, et permet l'établissement d'une structure modèle pour l'abandon du tabac applicable à l'échelle nationale*. Communiqué, Ottawa. le 22 janvier 2007, l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. Accès le 30 avril 2008. http://www.ottawaheart.ca/UOHI/doc/F_News_Jan22_2007.pdf
 24. *Bilan de la consommation de tabac : les coûts de l'usage du tabac en milieu du travail*, Le Conference Board du Canada, 1997. Disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/bottomline-bilan/report-rapport_f.html
 25. *Smoking and the Bottom Line: Updating the Costs of Smoking in the Workplace*, the Conference Board of Canada, Health, Health Care and Wellness, Août 2006. Disponible à <http://www.conferenceboard.ca/documents.asp?next=1754>
 26. Réseau canadien des lignes d'aide aux fumeurs, *Qu'est-ce qu'une ligne d'aide?* Accès le 5 mai 2008. http://www.smokershelpline.ca/fr/public/whatisaquitline_fr.asp
 27. Santé Canada. Communiqué, *Le nouveau gouvernement du Canada annonce de nouveaux objectifs pour les taux de tabagisme*. le 20 août 2007. Accès le 30 avril 2008. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2007/2007_106_e.html
 28. Centers for Disease Control and Prevention. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs—2007*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Octobre 2007. p. 8
 29. Gouvernement du Canada. Entreprises Canada, *Droits d'accise*. Accès le 7 mai 2008. http://www.entreprisescanada.ca/servlet/ContentServer?cid=1184868053710&pagename=CBSC_FE%2Fdisplay&lang=fr&c=Regs
 30. Santé Canada. *Statistiques sur l'usage du tabac, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)*. Archives de l'ESUTC : 1999 à 2006. Accès le 15 avril 2008. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/index_f.html
 31. Ibid
 32. Ibid, 2005 et 2006

33. *L'usage et le méusage du tabac chez les autochtones – mise à jour 2006*, Société canadienne de pédiatrie (SCP), Comité de santé des Premières nations et des Inuits, Paediatrics & Child Health 2006
<http://www.cps.ca/francais/enonces/II/FNIH06-01.htm>
34. Agence de la santé publique du Canada. *La vie et le souffle : Les maladies respiratoires au Canada, 2007*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada. p. 13.
35. *L'usage et le méusage du tabac chez les autochtones – mise à jour 2006*, Société canadienne de pédiatrie (SCP), Comité de santé des Premières nations et des Inuits, Paediatrics & Child Health 2006
<http://www.cps.ca/francais/enonces/II/FNIH06-01.htm>
36. Santé Canada. *Tabac*. Accès le 20 mai 2008.
http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/substan/tobac-tabac/index_f.html
37. *First Generation, Second Generation: An Enhanced First Nations Tobacco Strategy*. Soumis au président du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, le ministre des Finances et le ministre de la Santé, juin 2007. Assemblée des Premières Nations. Ottawa. p. 5
38. *L'État de santé des Premières Nations, des Métis et des Inuits du Canada*, Document de travail joint à Renouveau des soins de santé au Canada : Accélérer le changement, Conseil canadien de la santé, janvier 2005 Toronto p. 58. Disponible à <http://healthcouncilcanada.ca/docs/papers/2005/BkgrdHealthyCdnsFRE.pdf>
39. *Substance use/abuse issues among Inuit in Canada*. Présentation au Standing Committee of the Conference of Parliamentarians of the Arctic Region, Ottawa –19 octobre 2007 p. 8. Accès le 7 mai 2008. <http://www.naho.ca/inuit/e/resources/documents/2007-10-19ParliamentarianSubstanceAbuse-FINAL-NAHO-AC.pdf>
40. Conseil national du bien-être social. *Agissons maintenant pour les enfants et les jeunes Métis, Inuits et des Premières Nations*, Automne 2007, Volume No 127, Ottawa. p. 69. Accès le 25 mai 2008.
<http://www.ncwcnbes.net/documents/researchpublications/ResearchProjects/FirstNationsMetisInuitChildrenAndYouth/2007Report-TimeToAct/ReportFRE.pdf>
41. Politiques, planification et analyse stratégiques, Santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, (2005. *Métis Health Research Project: An Environmental Scan of Métis Health Needs and Services*. p.18 à 20.
42. *First Nations and Inuit Regional Health Survey (FNIRHS) 1997*, Santé Canada : The Tobacco Report. Dans : *First Nations and Inuit Regional Health Survey Steering Committee*, eds. *First Nations and Inuit Regional Health Survey*, First Nations and Inuit Regional Health Survey Steering Committee, eds. : 90-128, Ottawa. Accès le 4 mai 2008. <http://www.ceitc.org.au/references#reference48>



À bout de souffle, rien ne va plus.^{MD}

La préparation de ce rapport a été rendue possible grâce
à une subvention éducative de Pfizer Canada Inc.