



Vers une vie sans fumer

**Une ressource pour les personnes qui
œuvrent auprès des femmes**

Édition 2006

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec :

l'Association canadienne de santé publique

Centre de documentation sur la santé

1565, avenue Carling, suite 400

Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

Tél. : (613) 725-3769 Téléc. : (613) 725-9826

Courriel : hrc@cpha.ca

Site Web : www.cpha.ca

Cette publication est également disponible en ligne sur le site <http://www.cpha.ca/stopsmoking>

© Association canadienne de santé publique 2006

ISBN 1-894324-38-2

La production de ce manuel de ressources a été possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Mars 2006

Introduction

Ce manuel de ressources est basé sur deux publications d'abandon du tabagisme produites dans les années 1990, *Arrêter de fumer : un programme à l'intention des femmes (Guide de l'animatrice)* et *Une question d'écoute : Comment aider les femmes enceintes et les nouvelles mères ainsi que leur famille à abandonner ou diminuer leur consommation de tabac*. Une étude récente des besoins a permis d'établir que ces deux ouvrages sont utiles. Toutefois, l'étude a également montré qu'il fallait les adapter, les mettre à jour et les intégrer compte tenu de la complémentarité de leur contenu.

Le programme *Arrêter de fumer* a d'abord été élaboré en réaction à une sensibilisation croissante de la population aux effets néfastes de la cigarette et au manque de programmes abordables permettant de s'attaquer aux questions qui sont propres aux femmes et au tabagisme. Beaucoup de personnes et d'organismes ont contribué à l'évolution de ce programme qui a été révisé quatre fois en 15 ans, notamment les auteurs initiaux Sherryl Smith, du Centre de santé communautaire Somerset Ouest (Ottawa) et Marjorie Kort, du Centre de santé communautaire du centre-ville (Ottawa). Cette version (voir la Section 2) a préservé les principaux atouts du programme original : ses principes directeurs, la souplesse de son organisation et de son contenu, sa facilité d'utilisation, ainsi que l'importance accordée à l'appui du groupe. Même si les programmes d'abandon du tabagisme conçus pour des groupes représentent la formule qui donne les meilleurs taux d'abandon du tabagisme, ils exigent beaucoup de temps et de ressources. Les approches individuelles telles que les techniques d'intervention à contact minimal sont efficaces et fournissent des appuis en temps opportun (juste-à-temps) qui donnent des très bons résultats. Le document *Une question d'écoute*, qui a été conçu et élaboré par Paddy McCallum en collaboration avec le Dr Steve Hotz, a été adapté et complété pour constituer le nouveau manuel de la Section 3.

Pour cet ajout, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) désire remercier tous ceux et celles qui ont soutenu l'équipe travaillant à ce projet, dont le Halton Council on Smoking or Health, le Nishnawbe-Gamik Friendship Centre Inc., le Centre du sud-est d'Ottawa pour une communauté en santé, le Groupe Alder, les Services de santé du Timiskaming, l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, Anne Meloche, Brian Logan, Christine Tripp, Dee Campbell et le Dr C.R.S. Dawes.

Le personnel de l'ACSP affecté au projet comprenait Sarah Williamson, agente de projet, et Sylvia Fanjoy, directrice des Programmes nationaux.

L'ACSP désire aussi remercier les femmes qui ont participé aux essais pilotes du programme de groupe et des interventions individuelles pour leur honnêteté et leur précieuse contribution. Nous espérons que ce document unique facilitera la tâche des travailleurs et travailleuses communautaires qui veulent aider les fumeuses à choisir les techniques qui fonctionnent pour elles.

À qui s'adresse ce manuel?

Ce manuel est destiné aux professionnels de la santé et autres personnes travaillant avec des femmes qui veulent cesser de fumer. Voici une liste de personnes faisant partie de l'auditoire cible :

- ✧ Infirmières familiales
- ✧ Infirmières en obstétrique
- ✧ Sages-femmes
- ✧ Obstétriciennes
- ✧ Conseillères en toxicomanie (divers organismes)
- ✧ Personnel de maisons d'hébergement pour adolescentes enceintes
- ✧ Personnel des centres de santé communautaire (CSC), y compris les agentes de promotion de la santé, les travailleuses sociales, les diététiciennes, etc.
- ✧ Infirmières chargées de promouvoir la santé publique spécialisées dans les programmes d'abandon du tabac
- ✧ Infirmières de santé publique qui n'ont pas d'affectation spéciale aux programmes d'abandon du tabac
- ✧ Personnel du Programme d'action communautaire pour enfants (PACE)
- ✧ Travailleuses sociales
- ✧ Pharmaciennes
- ✧ Infirmières praticiennes
- ✧ Infirmières spécialisées en pédiatrie
- ✧ Pédiatres
- ✧ Infirmières en santé du travail
- ✧ Dentistes et hygiénistes dentaires

Que trouve-t-on dans cet ouvrage?

Pour faciliter son utilisation, le manuel a été réparti en trois sections.

Section 1 : À propos des femmes et du tabagisme

Le Chapitre I met en contexte les femmes et le tabagisme, précise pourquoi elles ont commencé à fumer, pourquoi elles continuent et pourquoi elles souhaitent arrêter. Il énumère les défis qu'elles doivent relever (particulièrement celles qui vivent dans des conditions désavantagées). L'ouvrage comprend également de l'information sur certaines sous-populations comme les femmes enceintes et les femmes qui ont un faible niveau d'alphabétisation.

Le Chapitre II souligne la dépendance qui accompagne le tabagisme, présente le modèle des étapes du changement et le processus d'abandon du tabac. Il aborde la question des obstacles auxquels se heurent les professionnels de la santé qui veulent aider les gens à arrêter de fumer et fournit des renseignements sur les principes de l'apprentissage des adultes et l'adoption d'une stratégie centrée sur les femmes. Parmi les autres sujets abordés dans ce chapitre, on peut citer les effets du tabagisme sur la santé, les avantages de l'abandon du tabac, la fumée secondaire, les thérapies de remplacement de la nicotine et autres techniques d'aide au sevrage, les environnements favorables, une stratégie de réduction des effets nocifs et les mythes et faits à propos des cigarettes légères ou douces.

Cette section se termine par une liste de ressources disponibles, les coordonnées d'un certain nombre d'organisations nationales, les numéros des lignes téléphoniques provinciales réservés aux fumeurs qui essaient d'arrêter et une liste des références clés qui ont servi à rédiger et à réviser le document, classées par thème, pour les personnes qui souhaitent obtenir de plus amples renseignements.

Section 2 : Guide de l'animatrice pour un programme de groupe

La section 2 est un guide pour un programme de groupe destiné à l'animatrice. Grâce à l'appui du groupe, les femmes peuvent reprendre le contrôle de leur santé et de leur vie en renonçant au tabagisme et en rehaussant leur niveau d'estime de soi. Le programme compte 11 séances axées sur un sujet, notamment le poids santé, l'estime de soi, la planification de l'abandon du tabac, les éléments déclencheurs et le soutien. Chaque séance comprend de l'information contextuelle, des exercices de respiration et d'étirement, des exercices d'apprentissage ainsi que des occasions d'échange et de réflexion. Le programme est souple et les séances ont été conçues pour être utilisées en tout ou en partie et dans l'ordre privilégié par le groupe. Cette section comprend également des documents pour les professionnels de la santé et tous ceux qui veulent aider les femmes à arrêter de fumer, et à distribuer aux femmes elles-mêmes. Les documents destinés aux femmes sont rédigés dans un langage simple et couvrent des sujets comme les avantages de l'abandon du tabagisme pour la santé, l'activité physique, une alimentation saine, la gestion du stress et de la colère, l'estime de soi, les éléments déclencheurs, les symptômes du rétablissement, le processus de guérison et le soutien. Ils sont faciles à photocopier.

Section 3 : Interventions individuelles d'aide à l'abandon du tabac

La dernière section décrit les interventions d'aide à l'abandon du tabagisme qui se déroulent deux à deux. Elles sont fondées partiellement sur le document *Une question d'écoute* et présentent, aux professionnels de la santé, des techniques de counseling individuel dont la durée varie. Ces interventions conviennent à une vaste gamme de prestataires de soins de santé qui travaillent avec des fumeuses qui, dans certains cas, sont prêtes à arrêter et dans d'autres, n'y pensent même pas. Le processus d'intervention décrit combine une stratégie efficace de counseling fondée sur des techniques d'entrevue motivationnelle, un cadre d'évaluation axé sur les étapes du modèle de changement et un protocole d'intervention fondé sur les 4 A – « ask, advise, assist, arrange » – en français, « questionner, conseiller, aider, arranger ». Même si cette section est axée sur des interventions individuelles, bien des concepts sont applicables et adaptables aux situations de groupe, notamment à des programmes prénataux s'adressant à des femmes qui vivent dans un milieu défavorisé.

Section 1

À propos des femmes et du tabagisme

Chapitre premier – Contexte

Introduction	1-3
L'abandon du tabac dans le milieu de vie des femmes.....	1-3
Pourquoi les femmes fument	1-4
Pourquoi les femmes veulent cesser de fumer	1-4
Sous-populations particulières	1-5

Chapitre 2 – Comment aborder l'abandon du tabac chez les femmes

Introduction	1-7
La consommation de tabac crée une accoutumance.....	1-7
Tentatives pour arrêter de fumer.....	1-8
Le Modèle des étapes du changement.....	1-8
Effets sur la santé.....	1-10
Les faits concernant la fumée secondaire.....	1-11
Les avantages du renoncement au tabac.....	1-12
La supercherie des cigarettes « douces » et « légères »	1-12
Environnements favorables	1-13
Médicaments et autres aides pour arrêter de fumer.....	1-13
Une approche axée sur la réduction des effets nocifs.....	1-16
Que peuvent faire les professionnels de la santé?.....	1-16
Vérification des valeurs	1-17
Principes de l'éducation des adultes	1-18
Approche centrée sur la femme.....	1-19

Annexe A: Ressources

Santé Canada.....	1-21
Agence de santé publique du Canada	1-22
Direction générale des Premières nations et des Inuits.....	1-23
Association canadienne de santé publique	1-23
Lignes provinciales d'assistance téléphonique aux fumeurs	1-25
Organismes nationaux et autres.....	1-25
Autres ressources.....	1-26

Annexe B: Sources et références

Les fumeuses vivant en milieu défavorisé	1-27
Information à l'intention des professionnels de la santé et d'autres personnes œuvrant auprès des femmes (y compris des sous-populations particulières) afin de favoriser l'abandon du tabagisme.....	1-28
Le renoncement au tabagisme chez les femmes enceintes et les nouvelles mères	1-28
Le renoncement au tabagisme et les patients ayant des troubles mentaux.....	1-29
La fumée secondaire et ses effets sur la santé.....	1-29
Les faux renseignements sur les cigarettes légères et douces.....	1-30
Les interventions individuelles.....	1-30
Information à l'intention des animatrices	1-31
Les thérapies de remplacement de la nicotine	1-31

Législation et règlements	1-32
Tabagisme, nutrition et poids santé	1-32
Tabagisme et activité physique.....	1-35

Chapitre premier

Contexte

Introduction	1-3
L'abandon du tabac dans le milieu de vie des femmes.....	1-3
Pourquoi les femmes fument.....	1-3
Pourquoi les femmes veulent cesser de fumer	1-4
Sous-populations particulières.....	1-5

Introduction

Ce document peut être utilisé pour aider les femmes qui s'efforcent d'arrêter de fumer, particulièrement celles qui vivent dans un milieu défavorisé. Il est important de comprendre le contexte global dans lequel vivent ces femmes et le rôle que joue le tabagisme dans ce contexte. Il est également important de comprendre que les femmes ne constituent pas un groupe homogène; elles peuvent avoir des raisons très différentes de vouloir arrêter de fumer et elles répondront mieux à des stratégies diversifiées.

L'abandon du tabac dans le milieu de vie des femmes

Souvent, les femmes fument en réaction à d'autres facteurs de leur vie, notamment leur situation sociale, physique et personnelle. Les femmes provenant d'un milieu socioéconomique peu élevé sont plus stressées que les femmes jouissant d'un plus grand nombre d'avantages. Elles affrontent souvent toute une gamme de défis : chômage; faible revenu; situation de logement instable; obligation de vivre sans véhicule ou sans moyen de transport, sans avantages sociaux offerts par l'employeur; éducation d'enfants monoparentaux; faible niveau de scolarité; isolement; manque d'aide sociale; responsabilité double : familiale et professionnelle; violence familiale et faible niveau d'estime de soi. En général, les femmes affrontent un niveau de pauvreté supérieur à celui des hommes et elles gagnent moins d'argent qu'eux. La plupart des femmes qui travaillent à l'extérieur de chez elles continuent à assumer leur rôle de pourvoyeuses de soins auprès des enfants et à s'occuper des tâches ménagères. La cigarette devient souvent un mécanisme qui permet d'affronter le stress quotidien.

Même si le taux de tabagisme des femmes au Canada est en moyenne de 18 %, il est beaucoup plus élevé pour certains sous-groupes de femmes, y compris pour les femmes ayant un faible niveau de revenu, un niveau de scolarité peu élevé et une situation professionnelle peu enviable. Selon l'*Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada, 1996-1997*, environ 35 % des femmes se situant au niveau de revenu le plus faible sont des fumeuses.

Les taux de tabagisme sont les plus élevés dans des sous-populations particulières de femmes :

- ✧ les femmes en chômage
- ✧ les cols bleus
- ✧ les femmes ayant un niveau de scolarité peu élevé?
- ✧ les femmes ayant un faible revenu
- ✧ les femmes autochtones (elles ont le taux de tabagisme le plus élevé de toutes les sous-populations de femmes au Canada)
- ✧ les femmes francophones (le taux est plus élevé que parmi les femmes anglophones).

Pourquoi les femmes fument

La recherche au Canada et dans d'autres pays a permis de cerner les raisons pour lesquelles les femmes défavorisées commencent et continuent à fumer. La plupart des femmes commencent à fumer à l'adolescence. Voici quelques-uns des principaux facteurs qui les poussent à fumer :

- ✧ les modèles de relations et de comportement au sein de la famille, de la collectivité et dans les médias;
- ✧ le désir de se faire accepter par les autres femmes;
- ✧ les préoccupations que créent leur faible niveau d'estime de soi, leur dépendance et leur image corporelle;
- ✧ l'image des produits du tabac dans les médias et dans le public qui crée des messages ambigus sur les dangers du tabagisme, particulièrement pour les adolescentes.

Parmi les motifs qui les incitent à continuer à fumer, on peut citer :

- ✧ l'accoutumance;
- ✧ la dépendance émotive;
- ✧ parce qu'elles méritent une récompense ou une pause;
- ✧ parce que cela leur permet de faire face à la réalité.

Pourquoi les femmes veulent cesser de fumer

La recherche au Canada démontre qu'un grand nombre de femmes veulent arrêter de fumer.

- ✧ Selon l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada menée en 2003, environ 24 % des femmes ont fait au moins une tentative d'abandon du tabagisme et 16 % en sont au stade de la réflexion.
- ✧ Environ 75 % des fumeuses canadiennes en âge de porter un enfant ont fait au moins une vraie tentative de renoncement au tabac.
- ✧ Selon l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada menée en 2004, 17 % des fumeuses âgées de plus de 25 ans ont essayé d'arrêter au cours des 12 derniers mois, 15 % ont essayé deux ou trois fois, et 13 %, quatre fois ou davantage.
- ✧ Une étude menée en 1995 sur les femmes défavorisées par deux centres de recherche canadiens ont établi que « toutes les participantes ont déclaré qu'elles voudraient être des ex-fumeuses et presque toutes avaient essayé d'arrêter au moins une fois. » Toutefois, l'étude notait également une différence entre le désir d'arrêter de fumer et la motivation nécessaire pour vraiment renoncer au tabac. (Stewart et coll., 1996, dans *Canadian Journal of Nursing Research*)

Voici quelques raisons citées par les femmes qui veulent arrêter de fumer :

- ✧ Préoccupations liées à la santé
- ✧ Recommandation d'un médecin
- ✧ Pour économiser de l'argent
- ✧ Pour avoir un meilleur contrôle de soi
- ✧ Pour protéger les autres des effets de la fumée secondaire
- ✧ Maladie personnelle
- ✧ Maladie d'un ami ou d'un membre de la famille

Sous-populations particulières

Ce document tient compte d'une variété de modes de vie et de circonstances.

Femmes enceintes, jeunes mères et femmes qui allaitent leur enfant

Les femmes enceintes ont divers motifs de vouloir arrêter de fumer et nombre d'entre elles abandonnent ou réduisent leur consommation dès qu'elles découvrent qu'elles sont enceintes. Elles s'inquiètent des risques pour la santé du fœtus et pour leur propre santé, des effets à long terme que peut avoir la fumée secondaire sur l'enfant après sa naissance et des réactions de la société à l'égard du tabagisme pendant la grossesse. Malheureusement, l'abandon du tabagisme est moins susceptible de se produire chez les femmes qui sont le plus à risque. Les femmes qui continuent à fumer durant leur grossesse ont plus de chances d'être des adolescentes célibataires et peu scolarisées. Le taux de rechute pour les femmes qui arrêtent de fumer pendant leur grossesse est élevé (plus de 70 %).

Les femmes qui vivent dans des circonstances défavorables ou marginales sont moins susceptibles que d'autres de renoncer au tabac lorsqu'elles subissent d'autres pressions qui ont une incidence sur leur vie et leur comportement. Ces facteurs incluent la pauvreté, la classe sociale, l'âge, la scolarité ou l'expérience de la violence familiale. Toutefois, la grossesse est perçue également comme une période propice à l'apprentissage puisque bon nombre de femmes enceintes sont plus motivées à arrêter et plus réceptives aux messages qui recommandent l'abandon du tabac.

Troubles psychiatriques

Le taux et la prévalence du tabagisme parmi les personnes qui ont un problème psychiatrique sont plus élevés que dans la population en général et se situent dans une fourchette qui peut aller de 35 à 80 % (Addington, 1997). Les études ont montré que les raisons qu'invoquent les fumeurs qui souffrent de troubles psychiatriques pour cesser de fumer ne sont pas différentes de celles de la population en général.

La recherche laisse entendre que la consommation de tabac (de nicotine) est une forme d'autotraitement pour les troubles dépressifs. Les fumeurs utilisent la cigarette (la nicotine) à la fois comme un stimulant et un calmant selon les circonstances. Ces effets qui altèrent l'humeur sont uniques à la nicotine puisque peu de drogues peuvent servir à la fois de stimulant et de déresseur.

Les explications biologiques du tabagisme se rapportent principalement au fait que la nicotine affecte directement les récepteurs de la dopamine. Certaines patientes (particulièrement les schizophrènes) peuvent fumer davantage en raison de la capacité de la nicotine d'alléger les symptômes psychiatriques répulsifs.

Les lignes directrices qui encadrent la pratique clinique sont favorables à une intervention visant l'abandon du tabac chez cette population (mettant l'accent sur une thérapie comportementale à modèle multiple) à cause de la haute incidence des problèmes psychosociaux et de la défaillance des habiletés d'adaptation. Le matériel d'auto-apprentissage est recommandé pour la trousse de thérapie comportementale. Les lignes directrices sur la pratique clinique suivent la même démarche que la démarche QCAA (les quatre A en anglais 'ask, advice, assist, arrange') : s'informer sur le tabagisme; recommander d'arrêter pour des motifs liés à la santé ou pour des raisons économiques; aider grâce à des séances de counselling individuelles plus intensives (de trois à cinq minutes) et à une thérapie de remplacement de la nicotine et organiser le suivi dans les trois jours qui suivent l'abandon du tabac. Les volets les plus efficaces de la thérapie comportementale semblent être l'acquisition de compétences et la prévention des rechutes.

Des doses plus hautes que la normale de nicotine transdermique dans le cadre de la thérapie de remplacement sont recommandées pour contrebalancer les symptômes dépressifs et les symptômes graves du rétablissement (sevrage). Les symptômes de sevrage de la nicotine chez certains patients peuvent être pris pour de la dépression, des difficultés de concentration et des manifestations d'insomnie chez les patients qui sont atteints de schizophrénie.

Conseils pour communiquer avec des femmes faiblement alphabétisées

- ❖ Soyez respectueux
- ❖ Parlez clairement et plutôt lentement
- ❖ Donnez des exemples
- ❖ Utilisez des termes non-médicaux chaque fois que c'est possible
- ❖ Assurez-vous qu'on vous comprend
- ❖ Utilisez des vidéos, des CD, des illustrations, etc.
- ❖ Assurez-vous que toute information écrite est appropriée et qu'elle sera comprise grâce à :
 - ★ un langage simple
 - ★ une police simple à gros caractères
 - ★ une quantité suffisante d'espace blanc (pas trop de texte)
 - ★ une information pertinente
 - ★ de l'information en quantités raisonnables
 - ★ l'utilisation de titres, de sous-titres et de puces
 - ★ une facilité à les photocopier
 - ★ des graphiques et des illustrations.

Les patientes atteintes de troubles psychiatriques devraient être suivies étroitement quand elles tentent d'arrêter de fumer car il faut surveiller les cas de sevrage sévère de la nicotine, le renforcement des symptômes psychiatriques et les effets secondaires possibles du sevrage dus à l'augmentation des doses de médicaments. La surveillance et l'aide offerte par un professionnel de la santé professionnellement formé sont importantes.

Femmes issues de différents milieux ethnoculturels

Les études réalisées au milieu des années 1990 révèlent que les immigrants non européens de la première génération sont moins susceptibles de fumer que les populations nées au Canada mais qu'en règle générale, les taux de tabagisme augmentent proportionnellement au temps passé au pays. Contrairement à la population née au Canada, on n'a pas pu établir de corrélation claire entre le tabagisme et le niveau de revenu. Même si le taux d'utilisation du tabac, particulièrement chez les femmes de groupes ethnoculturels distincts, semble être peu élevé, il peut varier d'un groupe à l'autre. Dans une étude, on a découvert que les Ukrainiennes, les Françaises, les Hollandaises, les Allemandes et les Polonaises avaient des taux de consommation de tabac plus élevés que la moyenne alors que les femmes asiatiques étaient moins enclines à fumer.

Faible niveau d'alphabétisation

Le niveau d'alphabétisation est un important déterminant de la santé. La littératie (capacité de lire et d'écrire) a également une incidence sur d'autres facteurs qui déterminent la santé, comme le revenu, l'accès à l'emploi, l'éducation et l'aide sociale.

Un sondage national récent indique qu'un Canadien sur sept est au plus bas échelon de littératie. Une personne ayant ce niveau d'alphabétisation serait incapable de lire les indications sur le contenant d'un médicament et de donner la dose correcte à un enfant. Un Canadien sur trois a de la difficulté à lire et à comprendre, dans sa vie quotidienne, les messages présentés sous forme écrite, comme les articles de journaux, les dépliants et les formulaires sur la santé.

Le faible niveau d'alphabétisation, la pauvreté et les problèmes de santé sont étroitement liés. Les gens qui ont de la difficulté à lire et à écrire ont moins d'occasions et de ressources, moins de contrôle sur leur vie, sont plus susceptibles d'être stressés et de vivre à des endroits dangereux. Tous ces facteurs ont une incidence négative sur la santé. Les gens faiblement alphabétisés ont moins d'accès à l'information sur les risques qu'ils courent et sur le choix de modes de vie sains tels que bien manger, faire de l'exercice et ne pas fumer. Ils sont également plus enclins à avoir des problèmes de santé chroniques.

L'alphabétisation a de l'influence sur la capacité d'une personne de trouver, de comprendre et d'utiliser l'information sur la santé et les services de santé. Cela inclut les renseignements sous forme écrite et orale nécessaires pour comprendre les problèmes auxquels on fait face en matière de santé, pour faire des choix éclairés et adopter un mode de vie sain. Le taux de consommation de tabac est plus élevé au sein des groupes de la population qui ont un faible niveau d'alphabétisation. Les gens qui sont dans ce groupe sont moins susceptibles que d'autres d'avoir une connaissance approfondie des effets du tabagisme sur la santé ou des avantages de l'abandon du tabac.

Chapitre 2

Comment aborder l'abandon du tabac chez les femmes

Introduction	1-7
La consommation de tabac est une accoutumance	1-7
Tentatives pour arrêter de fumer	1-8
Le Modèle des étapes du changement.....	1-8
Effets sur la santé.....	1-10
Les faits concernant la fumée secondaire	1-11
Les avantages du renoncement au tabac	1-12
La supercherie des cigarettes « douces » et « légères »	1-12
Environnements favorables	1-13
Médicaments et autres aides pour arrêter de fumer.....	1-13
Une approche axée sur la réduction des effets nocifs.....	1-16
Que peuvent faire les professionnels de la santé?	1-16
Vérification des valeurs	1-17
Principes d'apprentissage des adultes.....	1-18
Approche centrée sur la femme	1-19

Introduction

Il est bien connu que la nicotine crée la dépendance; les fumeuses font face à des effets tant physiologiques que psychologiques attribuables au tabac. Ce qui est sans doute moins bien compris, c'est le processus lié à l'abandon du tabagisme, y compris les stades de l'abandon du tabac et le nombre de tentatives que font beaucoup de gens avant de cesser pour de bon. Le présent chapitre présente le processus et inclut des renseignements sur les effets de la cigarette et de la fumée secondaire sur la santé, sur les avantages d'une vie sans fumer, sur les aides à l'abandon du tabac et le profit à tirer de la dénormalisation actuelle du tabac au sein de notre société, y compris l'augmentation du nombre des endroits publics où il est interdit de fumer. Une stratégie de réduction des effets nocifs du tabac est également brièvement expliquée.

Les professionnels de la santé doivent relever de nombreux défis lorsqu'ils veulent intervenir en faveur de l'abandon du tabagisme, y compris l'élimination des obstacles organisationnels. Toutefois, la recherche montre que les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle important lorsqu'il s'agit d'aider les femmes à arrêter de fumer. Puisque l'accent du présent document est sur les femmes qui vivent dans un milieu défavorisé, il est important, pour les professionnels de la santé, d'adopter une stratégie sensible aux besoins et aux perspectives de ces femmes et d'être attentifs à leurs propres perceptions et à leur propre jugement. Les principes associés à l'éducation des adultes devraient également être pris en compte lorsqu'on travaille avec des femmes qui veulent arrêter de fumer.

La consommation de tabac crée une accoutumance

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que le tabagisme crée une accoutumance (le syndrome de la tabacomanie). L'usage du tabac est caractérisé par des tendances régulières et compulsives, avec un syndrome de rétablissement (sevrage) accompagnant généralement l'abandon du tabac. Les processus pharmacologiques et comportementaux de l'accoutumance au tabac ressemblent à ceux de drogues comme l'héroïne et la cocaïne. Les fumeurs retirent du plaisir du tabagisme parce que la nicotine force le système nerveux à produire de la dopamine, une substance qui leur donne une impression de bien-être.

La nicotine que contient la cigarette cause une augmentation du rythme cardiaque, de la tension artérielle et des flux sanguins qui partent du cœur à cause d'un rétrécissement des veines et des artères. Parmi les autres effets du tabagisme, qui

peuvent être attribuables principalement à d'autres ingrédients du tabac sans toutefois exclure le rôle de la nicotine, on peut citer la réduction du niveau d'oxygène dans le sang à cause de l'augmentation du niveau de monoxyde de carbone; une augmentation du volume des acides gras, du glucose, du cortisol et d'autres hormones sanguines; un risque accru de durcissement des artères et de formation de caillots de sang (pouvant provoquer des crises cardiaques et des AVC); et la carcinogénèse.

La conséquence chronique la plus grave de l'usage de la nicotine est la dépendance. Une fois qu'une personne est devenue fumeuse, il lui devient physiquement et psychologiquement difficile de s'en sortir. En plus de provoquer la dépendance physiologique de la fumeuse, la cigarette peut également lui offrir les gratifications psychologiques qu'elle recherche. Celles-ci, de concert avec le rituel fréquemment répété d'allumer la cigarette et d'aspirer la fumée, font en sorte que le tabagisme devient une habitude très difficile à abandonner.

Tentatives pour arrêter de fumer

Le tabagisme est une accoutumance grave et l'abandon du tabac, un processus difficile. La plupart des gens font quatre ou cinq tentatives de renoncement au tabac et peuvent utiliser une variété de méthodes avant d'arrêter. Ces tentatives représentent des étapes importantes sur la voie qui mène à la libération du fumeur. Une tentative n'est pas un échec. Les fumeuses en apprennent davantage sur l'abandon du tabac chaque fois qu'elles essaient d'arrêter et le fait d'avoir tenté d'arrêter auparavant augmente les chances de réussir à arrêter définitivement. Si ces femmes sont aidées chaque fois qu'elles essaient de se libérer du tabagisme, elles ont une bien meilleure chance de s'en débarrasser pour de bon.

Le Modèle des étapes du changement

Le Modèle des étapes du changement de Prochaska et DiClemente reconnaît que les fumeuses sont à différents stades dans leur volonté d'abandonner le tabagisme et que, lorsque les gens cessent de fumer, ils le font en passant par une séquence de cinq étapes – pré-réflexion, réflexion, préparation, action et suivi. On enregistre un progrès lorsqu'une fumeuse passe d'une étape à l'autre.

Plusieurs études démontrent que le Modèle des étapes du changement s'avère être un meilleur prédicteur de l'abandon du tabac que l'évaluation de la quantité de cigarettes consommées ou la persistance de l'habitude. Ces études suggèrent que si nous pouvons influencer les personnes de la bonne manière, nous aurons les meilleures chances de les aider à cesser de fumer.

Le Modèle des étapes du changement est né d'un examen des démarches que font naturellement les personnes qui cessent de fumer sans aucune aide extérieure. On a ainsi dégagé quatre importants facteurs :

1. Cesser de fumer ne se produit pas d'un seul coup – les personnes progressent d'un stade de changement à l'autre.
2. Les personnes utilisent les mêmes processus de changement dans leur passage d'un stade à l'autre.
3. Pendant les premières étapes, le progrès dépend des changements enregistrés sur le plan de l'équilibre décisionnel de la personne, c'est-à-dire la façon dont elle voit les pour et les contre du tabagisme et de son abandon.
4. Une bonne quantité de confiance en soi est très importante; elle détermine l'habileté d'une personne à poser des gestes concrets vers le changement.

Les personnes qui se trouvent aux différentes étapes diffèrent de façon importante les unes des autres. C'est pourquoi le modèle décrit aussi trois facteurs qui définissent la personne à chaque étape :

- ✧ le processus de changement : ce que la personne fait pour changer ses pensées, ses sentiments et ses attitudes à l'endroit du tabagisme et de son comportement de fumeuse;
- ✧ l'équilibre décisionnel de la fumeuse : comment elle perçoit l'équilibre entre les avantages et les inconvénients du tabagisme;
- ✧ la confiance en soi : sa confiance personnelle en sa propre capacité de mettre en œuvre un plan d'abandon du tabagisme et d'être capable de vaincre les tentations de fumer.

Même si tout le monde passe par les mêmes étapes de changement, aucun fumeur n'est pareil. Pour être réellement efficace, une intervention d'aide à l'abandon du tabagisme devrait aider les fumeuses :

- ✧ à utiliser les bons processus de changement au bon moment;
- ✧ à réévaluer leur façon de percevoir le pour et le contre du tabagisme;
- ✧ à acquérir une confiance de plus en plus grande face en leur capacité de résister à la tentation de fumer et de ne pas rechuter.

Comprendre les cinq étapes du changement

1. La pré réflexion

À ce stade, la fumeuse ne pensera pas à cesser de fumer dans un avenir rapproché. Elle ne sera pas intéressée par quelque intervention que ce soit. De fait, elle se tiendra sur la défensive, et ce pour toute une gamme de raisons : elle peut être découragée par ses tentatives infructueuses, elle peut ne pas être informée des dangers du tabagisme; elle peut associer la cigarette à des souvenirs et des expériences agréables; elle peut croire qu'elle est tout simplement trop intoxiquée pour pouvoir arrêter. La cigarette fait partie de l'image qu'elle a d'elle-même. Son environnement ne soutiendra probablement pas ses efforts pour cesser de fumer. Quelles que soient ses raisons, elle ne pensera pas longtemps à abandonner la cigarette. Elle pourrait même croire que son tabagisme ne pose aucun problème.

2. La réflexion

Au stade de la réflexion, la fumeuse pensera sérieusement à cesser de fumer dans un avenir rapproché (souvent dans les six mois). À ce stade, une fumeuse sera davantage informée des conséquences personnelles de son tabagisme et passera plus de temps à penser à son problème. C'est également le stade où une fumeuse peut commencer à identifier ses forces personnelles, de même que les obstacles personnels et environnementaux qui compromettent son renoncement au tabac. Par conséquent, elle sera plus ouverte à recevoir de l'information sur le tabagisme et à explorer ses propres sentiments et opinions sur le sujet.

3. La préparation

Au stade de la préparation, une fumeuse aura déjà fait au moins une tentative (qui aura duré au moins 24 heures) au cours de la dernière année. Elle pensera également à faire une autre tentative dans un avenir rapproché (30 jours). Elle saura que les inconvénients du tabagisme l'emportent sur ses avantages. Elle aura appris quelque chose d'important lors de sa dernière tentative et franchira de petites étapes vers l'abandon du tabac. Elle fumera peut-être moins ou espacera les cigarettes fumées. Cette fumeuse exprimera son désir de cesser de fumer par des énoncés tels que : « Je dois faire quelque chose à ce sujet, c'est sérieux » ou « Quelque chose doit changer » ou « Qu'est-ce que je peux faire? ».

4. L'action

Au stade de l'action, une fumeuse sera activement engagée à faire ce qu'il faut pour essayer d'arrêter. Elle sera ouverte à recevoir de l'aide et prête à parler de ses efforts en des termes qui mettront en valeur sa confiance en elle-même. À cette étape, même si une fumeuse fait de véritables efforts pour abandonner le tabagisme, elle court aussi les plus grands risques de rechute.

5. Le suivi

Le suivi est le dernier stade; il implique la capacité de résister à toutes les tentations de fumer. Au stade de suivi, une fumeuse est capable de prévoir les situations où une rechute pourrait se produire et de penser à l'avance à des stratégies de résistance. Si cependant elle cède et fume une cigarette, elle ne pensera pas qu'il s'agit d'un échec. Au lieu de cela, elle tirera une leçon de son erreur et se rappellera tout le progrès qu'elle a fait.

Qu'est-ce qui fait progresser quelqu'un d'une étape de changement à l'autre? À chaque étape, nous savons que les personnes se livrent à des activités qui les aident à ne pas fumer. Ces activités peuvent être regroupées dans deux catégories de processus de changement.

- ✧ **La fumeuse qui modifie sa perception du tabagisme** – concepts et sentiments – est en processus de changement expérimental. Les processus de changement utilisés au cours des premiers stades – la pré-réflexion, la réflexion et la préparation – sont le plus souvent expérimentaux. Avant toute tentative de renoncement au tabac, les femmes changent généralement leur façon de voir et de percevoir le tabagisme. Elles planifieront souvent les étapes de leur cheminement et les moyens qu'elles devront prendre pour cesser de fumer. Au cours de ces premières étapes, vous poserez des questions et écouterez, vous les encouragerez à explorer leurs idées et leurs sentiments au sujet du tabagisme et de la place qu'il occupe dans leur vie et vous renforcerez leur motivation à cesser de fumer.
- ✧ **La fumeuse qui modifie sa façon de fumer** – par exemple la fréquence, le lieu et le moment – est en processus de changement comportemental. Les processus utilisés au cours des deux derniers stades – action et suivi – sont le plus souvent comportementaux. À ces stades, vous suggèrerez des stratégies de modification du comportement de la fumeuse tel que l'établissement d'une date d'adieu au tabac, la tenue d'un journal, etc.

À n'importe quel stade de son cheminement, la fumeuse pourra tirer profit d'une meilleure compréhension du processus de renoncement au tabac. L'abandon du tabac s'inscrit dans un cycle. Le fait d'en être consciente aide la fumeuse à situer dans ce cycle les écueils inévitables, comme les défaillances et les rechutes, au lieu de les percevoir comme des échecs qui éliminent toutes leurs chances d'arrêter un jour.

Effets sur la santé

Le tabagisme et la maladie chronique

Les maladies chroniques représentent, à l'échelle mondiale, la principale cause de décès et d'invalidité. Chaque année, environ 163 000 Canadiennes et Canadiens meurent d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, d'une maladie pulmonaire ou du diabète, ce qui représente plus des deux tiers du nombre annuel total des décès. Au Canada, la maladie cardiovasculaire, principale cause de décès, était responsable de 34 % des pertes de vie en 2001, soit environ 74 824 décès, suivie par le cancer qui a tué 63 774 Canadiens la même année.

Ces maladies peuvent, pour la plupart, être prévenues ou retardées. Elles sont liées par un ensemble commun de facteurs de risque biologiques que l'on peut prévenir, notamment une tension artérielle élevée, un haut niveau de cholestérol sanguin et un surplus de poids ainsi que par un ensemble connexe de facteurs de risque comportementaux incluant le tabagisme, une alimentation malsaine et un manque d'activité physique. La maladie chronique dépend de plus d'une panoplie de facteurs de risque sociaux tels que le faible niveau de revenu, le chômage, le faible niveau d'éducation, l'isolement géographique et l'exclusion sociale. Le risque de maladie chronique n'est pas réparti équitablement parmi la population. Les groupes vulnérables, comme ceux qui vivent avec un faible revenu, les personnes invalides, les Autochtones ainsi que d'autres groupes marginalisés, ont des risques plus élevés d'en être victimes.

À moins qu'ils ne cessent de fumer, les fumeurs, dans une proportion qui peut atteindre la moitié de leur effectif, mourront d'une maladie liée au tabagisme aux termes de plusieurs années d'une vie dont la qualité se détériorera graduellement. Les fumeurs sont trois fois plus susceptibles que les non-fumeurs d'avoir un cancer. Le cancer du poumon dû à l'usage du tabac tue davantage de femmes en Amérique du Nord que le cancer du sein. Les femmes qui fument 20 cigarettes par jour ou plus entrent dans la ménopause environ deux ans avant les non-fumeuses. Le tabagisme en cours de grossesse a été relié à la fausse-couche, au décollement placentaire et à l'insuffisance pondérale (poids insuffisant) du nouveau-né.

En moyenne, la fumeuse mourra environ huit ans plus tôt que son homologue non fumeuse mais son espérance de vie augmentera après l'abandon du tabac. Le fait de renoncer au tabac réduit considérablement les risques de contracter une maladie associée au tabac telle que le cancer du poumon, un grand nombre d'autres cancers, les maladies cardiaques et d'autres maladies respiratoires.

Les faits concernant la fumée secondaire

La fumée secondaire est la fumée qui vient du bout d'une cigarette allumée, d'une pipe ou d'un cigare et de l'air expiré par le fumeur. Elle contient plus de 4 000 composés chimiques, dont 60 sont associés au cancer ou dont on sait qu'ils causent le cancer. Une grande partie de la fumée de cigarette – les deux tiers – n'est pas inhalée par le fumeur, mais se diffuse dans l'environnement immédiat. L'air contaminé est inhalé par quiconque se trouve dans le secteur contaminé.

La fumée secondaire cause des maladies cardiaques, le cancer du poumon et le cancer des sinus. Elle est également liée à des problèmes respiratoires, aux accidents vasculaires cérébraux (AVC), au cancer du sein, au cancer du col de l'utérus, aux fausses-couches, à la mort subite du nourrisson et au poids insuffisant des nouveau-nés. Les gens exposés à la fumée secondaire peuvent souffrir de migraine, voir leur asthme empirer et souffrir d'irritation des yeux, du nez et de la gorge. La fumée secondaire de la cigarette du père ou de la mère augmente les risques de voir l'enfant souffrir de problèmes de l'oreille moyenne qui peuvent causer toux et éternuements et aggraver ses crises d'asthme. Les adolescents dans une famille où les deux parents fument sont deux fois plus susceptibles de fumer que ceux dont les parents sont non-fumeurs. Plus de 1 000 non-fumeurs meurent au Canada chaque année d'une maladie cardiaque et de cancers causés par la fumée secondaire.

Les composés et les produits chimiques du tabac augmentent considérablement les risques des fumeurs de souffrir d'une maladie cardiaque, d'un AVC, d'un cancer, d'emphysème ou de bronchite.

Risques associés à la consommation de tabac :

- ✧ insuffisance coronaire
- ✧ maladie vasculaire périphérique
- ✧ anévrisme de l'aorte
- ✧ hypertension artérielle
- ✧ taux élevé de cholestérol
- ✧ cancer du poumon
- ✧ cancer de la bouche, de la gorge et du larynx
- ✧ cancer du pancréas
- ✧ cancer du rein et de la vessie
- ✧ maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- ✧ bronchite chronique
- ✧ emphysème
- ✧ pneumonie
- ✧ influenza
- ✧ rhume
- ✧ ulcères gastroduodénaux
- ✧ maladie intestinale chronique
- ✧ carie dentaire
- ✧ maladie des gencives
- ✧ ostéoporose
- ✧ troubles du sommeil
- ✧ cataractes
- ✧ maladie de la thyroïde.

Les femmes qui fument courent plus de risque d'avoir :

- ✧ un cancer du col de l'utérus
- ✧ des problèmes menstruels
- ✧ des problèmes d'infertilité
- ✧ un cancer du sein.

Les avantages du renoncement au tabac

L'abandon du tabac présente de nombreux avantages. Les fumeuses qui arrêtent de fumer au début de la trentaine évitent presque tous les risques de mort prématurée attribuables à des maladies associées au tabagisme. Celles qui arrêtent avant 50 ans n'ont que la moitié des risques de mourir d'une maladie associée au tabagisme dans les 15 prochaines années comparativement à celles qui continuent à fumer. Il y a même des avantages évidents pour celles qui arrêtent à l'âge de 60 ans et plus. Quelle que soit l'intensité des habitudes de tabagisme d'une personne et des dommages causés à sa santé, et quel que soit son âge, l'abandon du tabac diminuera les risques de maladie associés au tabagisme.

En cessant de fumer, les femmes commenceront d'emblée à réduire les risques de souffrir d'une maladie cardiaque, d'un cancer ou de problèmes respiratoires.

- ✧ **20 minutes après la dernière cigarette**, la tension artérielle tombe au niveau où elle était avant que la personne ait commencé à fumer.
- ✧ **8 heures après l'abandon du tabac**, le niveau de monoxyde de carbone dans le sang revient à la normale et le niveau d'oxygène sanguin se rétablit.
- ✧ **24 heures après**, les risques de maladie cardiaque sont réduits.
- ✧ **48 heures après**, les sens de l'odorat et du goût s'améliorent et reviennent graduellement à la normale.
- ✧ **Entre 2 semaines et 3 mois après le renoncement au tabac**, la circulation sanguine s'améliore et les poumons travaillent mieux.
- ✧ **9 mois après**, la personne tousse moins, a les sinus moins congestionnés, est moins fatiguée et est moins essoufflée.
- ✧ **Un an après**, le risque de contracter une maladie du coeur est pratiquement réduit de moitié par rapport à ce qu'il aurait été si la personne en cause avait continué à fumer.
- ✧ **5 ans après**, les risques d'accident vasculaire cérébral (AVC) sont grandement diminués.
- ✧ **Dans les 5 à 15 ans qui suivent l'abandon du tabagisme**, le risque d'AVC est pratiquement ramené au même niveau que celui des non-fumeurs.
- ✧ **10 ans après**, le risque d'un cancer du poumon est réduit de moitié par rapport à ce qu'il aurait été si la consommation de tabac s'était poursuivie. Le risque du cancer de la bouche, de la gorge, de l'osophage, de la vessie, des reins et du pancréas diminue également.
- ✧ **15 ans après**, le risque de maladie du coeur est identique à celui d'une personne qui n'a jamais fumé.

La supercherie des cigarettes « douces » et « légères »

Les cigarettes qui portent l'étiquette « légères » ou « douces » donnent aux fumeurs la fausse impression qu'elles sont moins nocives que les cigarettes normales qui ont un plus haut niveau de goudron. Il est toutefois prouvé que le passage de la cigarette ordinaire à une variété « légère » ou « douce » n'a aucun effet sur l'absorption des substances nocives, et en plus, que ces étiquettes trompeuses causent un problème de taille pour la santé publique. Ces qualificatifs trompeurs peuvent, en réalité, encourager les gens à fumer plus ou les inciter à ne pas arrêter puisqu'ils ont l'impression qu'elles sont moins dommageables. De plus, les niveaux de constituants

Une cigarette contient plus de 4 000 composés chimiques, dont :

- ✧ le monoxyde de carbone
- ✧ le formaldéhyde
- ✧ l'arsenic
- ✧ le cyanure
- ✧ l'acétone (décapeur de peinture)
- ✧ le mercure
- ✧ le plomb
- ✧ le benzène
- ✧ le phénol
- ✧ le DDT
- ✧ le cadmium
- ✧ le benzopyrène
- ✧ le chloroéthène.

toxiques sont exactement les mêmes dans les différents types de cigarettes canadiennes parce que le tabac utilisé dans les cigarettes normales est exactement le même que le tabac utilisé dans les cigarettes légères. Une des principales différences entre les deux types de cigarettes est le nombre de trous aménagés dans les filtres, qui est plus élevé dans les cigarettes légères.

Les fumeuses compenseront pour le montant réduit de nicotine en inhalant plus profondément et en multipliant le nombre de bouffées. Elles bloqueront également les trous du filtre au moment de l'inhalation ou encore, elles utiliseront du tabac traité au Fréon pour que les cigarettes goûtent comme des cigarettes « légères » ou « douces ».

Environnements favorables

Une approche holistique du contrôle du tabagisme comprend plusieurs stratégies. Une d'entre elles est la création d'un milieu favorable. Les politiques, règlements et lois anti-tabagisme dans les lieux de travail, les municipalités et les provinces à l'échelle du pays ne cessent de se multiplier et on en attend d'autres. Les politiques anti-tabac ne protègent pas seulement les non-fumeurs de la fumée secondaire; elles permettent aussi de réduire les effets nocifs chez les fumeurs en les encourageant à limiter ou arrêter leur consommation. Diverses études ont montré que plus on restreint le tabagisme, plus la consommation diminue.

Les professionnels de la santé, tirant profit de la multiplication des endroits publics où il est interdit de fumer, de la dénormalisation des comportements de consommation du tabac et de l'augmentation des connaissances sur les risques associés à son usage pour la santé, ont un rôle de plus en plus important à jouer dans cette stratégie globale. Tout le monde a un rôle à jouer dans le contrôle du tabagisme et il faut que les efforts reposent sur la collaboration et soient vraiment collectifs. Les professionnels de la santé ont une occasion unique d'influencer le comportement tabagique de leurs patientes puisqu'ils représentent des sources fiables d'information sur la santé et qu'ils ont l'occasion d'aborder avec elles, en face à face, un éventail de questions concernant la santé. Les professionnels de la santé peuvent soutenir les efforts déployés par les femmes pour cesser de fumer en s'assurant que leurs propres bureaux sont régis par des politiques anti-fumée, en préconisant des politiques anti-tabagisme ailleurs, en offrant d'intervenir brièvement pour fournir aux fumeuses d'autres options de counseling anti-tabagisme, comme des programmes de groupe, ou en fournissant des renseignements sur le renoncement au tabagisme sous forme de feuillets d'information ou de dépliants.

Médicaments et autres aides pour arrêter de fumer

Les pharmacothérapies (emploi de médicaments à des fins thérapeutiques) peuvent aider les gens à arrêter de fumer en comblant leur manque de nicotine (symptômes de sevrage). Une pharmacothérapie reconnue pour efficace offre une variété d'options aux fumeuses et il est important de faire concorder ces options avec les préférences des femmes. Il existe plusieurs formes de thérapies de remplacement de la nicotine : la gomme, les timbres et le Bupropion.

Plus de la moitié des fumeuses continuent à fumer pendant leur grossesse et l'Ontario medical Association recommande que les femmes enceintes qui ne peuvent arrêter envisagent une TRN (thérapie de remplacement de la nicotine).

La gomme à la nicotine

La gomme dispense une quantité minime et inoffensive de nicotine par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins qui se trouvent à la surface des gencives et des joues. Il faut mâcher la gomme à quelques reprises puis la garder environ 30 minutes avant de la jeter. La plupart des fumeuses qui ont arrêté de fumer utilisent jusqu'à 20 gommes par jour pendant environ 8 à 12 semaines après l'abandon du tabac mais on peut en prolonger l'usage. N'oubliez pas d'expliquer qu'il faut suivre les instructions fournies sur l'emballage. La gomme est disponible dans les pharmacies.

Les timbres

Le timbre de nicotine fournit un petit volume de nicotine à travers la peau. Il s'agit d'une thérapie totalement inoffensive pour la plupart des gens puisque le timbre ne contient aucun des produits chimiques nocifs de la cigarette. Les timbres sont

vendus sans ordonnance et à différents niveaux de concentration. Un timbre doit être appliqué chaque jour pendant au moins 8 à 12 semaines après le renoncement au tabac.

Le Zyban (également nommé Bupropion)

Le type le plus courant de Bupropion est le Zyban. Il faut le prendre de 7 à 14 jours avant la date de renoncement au tabac. La plupart des gens prennent une pilule le matin et une l'après-midi pendant 7 à 12 semaines, parfois plus longtemps. Le Bupropion peut être utilisé avec le timbre et la gomme. Il n'est généralement pas recommandé aux femmes enceintes ou aux femmes qui allaitent, mais il peut être prescrit si la patiente a tenté d'arrêter de fumer sans succès à l'aide d'autres méthodes. Le Bupropion ne devrait pas être utilisé par les personnes qui ont déjà souffert de crises d'épilepsie ou de troubles de l'alimentation. Il ne devrait pas être utilisé par les personnes qui prennent un inhibiteur de la monoamine-oxydase (p. ex., Marplan, Nardil, Parnate, Eldepryl). Les personnes qui souffrent de tension artérielle élevée devraient être suivies.

Inhalateur de nicotine

Un inhalateur de nicotine ressemble beaucoup à une cigarette. Il contient une cartouche contenant de la nicotine et libère une bouffée de vapeur de nicotine (en une dose mesurée) dans la bouche et la gorge de l'utilisateur, où la nicotine est absorbée. La nicotine n'est pas absorbée par les poumons comme elle le serait si l'utilisateur fumait une cigarette. Par conséquent, la nicotine de l'inhalateur ne produit pas le même effet qu'une cigarette.

Les inhalateurs pourraient être particulièrement utiles aux personnes qui ont de la difficulté à se défaire du rituel entourant l'habitude de fumer, comme retirer une cigarette du paquet, l'allumer, la porter à leur bouche et inhaler.

Les personnes qui utilisent un inhalateur reproduisent une gestuelle très semblable à celle d'un fumeur. Toutefois, l'inhalateur ne libère pas la nicotine aussi rapidement qu'une cigarette et il ne crée pas une dépendance aussi forte que la cigarette. Le risque d'accoutumance, ou de remplacement de la cigarette par l'inhalateur, est faible.

Documents d'auto-assistance

Ces documents représentent une aide peu coûteuse pour les fumeuses qui veulent arrêter de fumer. Les professionnels de la santé et autres personnes qui travaillent avec des fumeuses pour les aider à arrêter de fumer peuvent recommander toute une gamme d'outils d'auto-assistance. N'oubliez pas de veiller à ce que ces ressources soient acceptables selon le sexe et les valeurs culturelles de la personne et qu'elles correspondent au niveau d'alphabétisation des femmes.

Les documents d'auto-assistance comprennent:

- ✧ les guides imprimés
- ✧ les feuillets d'information et de conseils
- ✧ les vidéos
- ✧ les audiocassettes
- ✧ les programmes informatiques
- ✧ les lignes téléphoniques d'aide pour l'abandon du tabagisme
- ✧ les sites Web proposant des programmes d'abandon du tabagisme et de l'information à ce sujet

Aide au sevrage	Mode d'emploi	Durée du traitement	Effets secondaires possibles	Précautions à prendre	Contre indications	Avantages
Gomme à la nicotine (pharmacie)	<ul style="list-style-type: none"> Mâcher et garder la gomme en bouche 1 morceau toutes les heures ou toutes les deux heures 2 mg pour une fumeuse légère (moins de 20 cigarettes par jour) 4 mg pour une grosse fumeuse (plus de 20 cigarettes par jour) Arrêter de fumer avant de commencer le traitement 	De plusieurs semaines à plusieurs mois ou davantage si nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> Gorge enflammée Hoquet Problèmes dentaires 	La consommation de boissons acides (p. ex., café, jus, boissons gazeuses) nuit à l'absorption de la nicotine. Éviter de manger ou de boire tout sauf de l'eau pendant 15 minutes avant de prendre un morceau et pendant qu'on mâche la gomme.	Rythme cardiaque irrégulier ou palpitations	<ul style="list-style-type: none"> On peut décider quand prendre la nicotine et en quelle quantité Résout le problème de la dépendance orale Retarde le gain de poids
Timbre de nicotine (pharmacie)	<ul style="list-style-type: none"> Les fumeuses légères commencent à 14 ou 7 mg les grosses fumeuses commencent à 21 mg pendant 4 à 8 semaines 	8 à 12 semaines ou plus longtemps si nécessaire	Réaction cutanée locale Perturbation du sommeil		Rythme cardiaque irrégulier ou palpitations	<ul style="list-style-type: none"> Il faut en mettre un seulement une fois par jour Peut contrôler l'envie de fumer pendant 24 heures Retarde le gain de poids
Bupropion (sous ordonnance)	<ul style="list-style-type: none"> 150 mg une fois par jour le matin pendant 3 jours - puis deux fois par jour le matin et l'après midi avec au moins 8 heures d'écart entre les deux. Il faut commencer de 7 à 14 jours avant le jour d'adieu au tabac 	7 à 12 semaines ou plus longtemps si nécessaire	Bouche sèche Insomnie	Pour les clients qui : <ul style="list-style-type: none"> boivent plus de 4 verres de boissons alcoolisées par jour prennent du millepertuis prennent des médicaments pour désamorcer les crises d'épilepsie* 	<ul style="list-style-type: none"> Femmes enceintes ou femmes qui allaitent* Personnes qui ont des crises d'épilepsie Personnes ayant un trouble alimentaire Personnes prenant un inhibiteur de MAO* 	<ul style="list-style-type: none"> Peu coûteux Améliore les états dépressifs Gain de poids minimal
Inhalateur de nicotine (pharmacie)	6 à 16 cartouches par jour	Jusqu'à 6 mois	Irritation locale de la bouche et de la gorge			Peut aider à se débarrasser de la manie de manipuler des cigarettes et de les porter à sa bouche

* Si vous prenez des médicaments ou si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, parlez à votre médecin.

(Adapté de renseignements tirés de *Wilson DM. « Steps of smoking cessation: steps of change », Patient Care Canada, 1999; 10:44-57*)

Une approche axée sur la réduction des effets nocifs

La réduction des effets nocifs vise à réduire ou à minimiser l'impact de la consommation de tabac et comprend une variété de méthodes, y compris l'adoption de politiques de contrôle du tabagisme, l'abandon du tabac, la protection contre la fumée secondaire et les thérapies de remplacement de la nicotine. Même si elle a fait l'objet de certaines critiques parce qu'elle ne favorise pas l'abandon du tabac à long terme, la stratégie de réduction des effets nocifs est une approche relativement nouvelle et son plein impact n'est pas connu.

Toutefois, il existe des preuves que la stratégie de réduction des effets nocifs appliquée aux femmes enceintes (particulièrement aux grosses fumeuses) peut avoir des retombées positives pour la mère et pour le fœtus. Même si l'abandon complet du tabagisme aurait un effet positif plus marqué sur la santé, la réduction de l'exposition est préférable au statu quo. Selon l'Ontario Medical Association, même si la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) peut nuire au fœtus, elle est beaucoup moins nocive que le tabagisme qui expose la mère autant que l'enfant à un grand nombre de toxines dangereuses et à des niveaux beaucoup plus élevés de nicotine. Plus important encore, la TRN peut vraiment aider les femmes enceintes à arrêter de fumer. L'Ontario Medical Association recommande que la TRN soit envisagée pour les femmes enceintes qui sont incapables d'arrêter de fumer à l'aide de méthodes non pharmacologiques. Les médecins doivent informer les femmes enceintes des risques et des avantages de la TRN par rapport au tabagisme. Comme pour tous les médicaments prescrits aux femmes enceintes, la TRN appliquée durant la grossesse devrait être étroitement surveillée par un professionnel de la santé.

Que peuvent faire les professionnels de la santé?

Obstacles et possibilités

De nombreux professionnels de la santé se heurtent à des barrières qui les empêchent d'aider les femmes à arrêter de fumer. Souvent, des facteurs d'ordre organisationnel les empêchent de livrer les messages d'encouragement à l'abandon du tabac et d'appuyer ou de conseiller les femmes qui veulent arrêter de fumer. Voici d'autres obstacles que doivent surmonter les professionnels de la santé :

- ✧ Le renoncement au tabac n'est pas prioritaire pour la patiente
- ✧ Différences culturelles entre eux et la patiente.
- ✧ Difficultés de communication.
- ✧ Manque de connaissances et de compétences dans le domaine des lignes directrices régissant la prévention et l'intervention.
- ✧ Manque de formation.
- ✧ Manque de ressources.
- ✧ Manque de temps.
- ✧ Pas d'indemnisation.
- ✧ Pas une priorité pour le prestataire de service.
- ✧ L'idée que le counselling en matière d'abandon du tabagisme ne fait pas partie de leur rôle.

Stratégies de réduction des effets nocifs à l'intention des fumeuses enceintes

- ✧ Réduisez le nombre de cigarettes que vous fumez
- ✧ Arrêtez de fumer pendant de courtes périodes à n'importe quel point pendant la grossesse (mais surtout pendant le troisième trimestre alors que le fœtus réagit le plus négativement à la nicotine) et autour de l'accouchement.
- ✧ Réduisez l'exposition à la fumée secondaire.
- ✧ Encouragez votre conjoint et les membres de votre famille à vous soutenir dans vos efforts pour réduire votre consommation et arrêter de fumer.

En dépit de ces obstacles, les professionnels de la santé ont l'occasion d'appuyer l'abandon du tabagisme chez les femmes défavorisées ou non. Il est prouvé que de brèves interventions des professionnels de la santé, notamment dans un environnement de soins de santé primaires, peut augmenter le taux de renoncement au tabac. La réduction de la consommation de tabac exige une stratégie englobante de contrôle du tabac qui va de la prévention au traitement, ainsi que d'autres stratégies telles que les politiques réglementant les zones « non fumeur » et la taxation. Les interventions des professionnels de la santé ne représentent qu'une des stratégies qui s'inscrivent dans cette approche globale et elles sont à la fois importantes et efficaces. Les professionnels de la santé sont dans une situation unique pour parler à toutes les fumeuses des avantages de l'abandon du tabagisme, y compris celles qui voudraient arrêter et celles qui n'en ont pas l'intention.

Vérification des valeurs

En tant que professionnel de la santé, il est important de passer en revue vos propres postulats à propos du tabagisme et des différents clients avec lesquels vous travaillez. Nous formulons tous des hypothèses au sujet des gens à partir de leurs caractéristiques et de leur comportement et nous ne sommes pas toujours conscients d'agir ainsi. Voici une liste de principes à prendre en considération lorsque vous aidez des femmes à faible revenu à arrêter de fumer.

- ✧ Comprendre que les femmes ne représentent pas un groupe homogène puisqu'elles diffèrent selon l'âge, la classe sociale, le statut, la religion et les préférences culturelles.
- ✧ Respecter la validité des croyances et des expériences des femmes à l'égard de la santé et de la maladie.
- ✧ Être patient. Éviter de formuler des hypothèses sur l'identité sexuelle, sur les comportements sexuels ou sur les comportements qu'affichent les femmes en matière de santé ou de maladie. Laissez la patiente vous parler d'elle et de ses problèmes.
- ✧ Prenez note de tout ce que la femme vous dit à l'aide d'un langage inclusif. Ne portez pas de jugement sur l'information que la patiente vous donne.
- ✧ Posez des questions ouvertes pour obtenir des renseignements sur les facteurs de stress et les appuis psychosociaux. Cela démontre votre sensibilité et votre façon englobante de voir la santé.
- ✧ Repérez les préoccupations des patientes liées à la maladie mentale et à la toxicomanie, discutez-en et traitez les patientes en conséquence.
- ✧ Reconnaissez l'incidence de l'oppression sociale sur ces enjeux en matière de santé.
- ✧ Repérez les préoccupations liées aux agressions et à la violence familiale, sexuelle ou haineuse, tenez-en compte et traitez les patientes en conséquence.
- ✧ Faites preuve de sensibilité avant de renvoyer votre patiente à un autre professionnel de la santé. Si votre patiente vous a fait confiance, ne l'oubliez pas lorsque vous réferez son cas à d'autres praticiens. Essayez de recommander des prestataires de soins qui sont sensibles à la question de la diversité.
- ✧ Faites savoir à vos patientes que vous êtes sensible à la diversité. Certains prestataires de soins de santé ont trouvé que le fait d'avoir dans leur salle d'attente des magazines abordant des questions qui intéressent les lesbiennes ou le fait d'afficher un énoncé de politique a aidé les patientes lesbiennes à se sentir accueillies.

« Si nous n'aimons pas la façon dont nos clients ou nos communautés agissent, nous devons changer notre comportement. »

-J. Prochaska

- ✧ Personnalisez les discussions en tenant compte de la santé, de l'histoire sociale et de l'histoire familiale des femmes que vous soignez.
- ✧ Tenez compte des préférences, des valeurs et des principales préoccupations de vos patientes (p. ex., les expériences des membres de la famille, les préoccupations relatives au cancer du sein, etc.).
- ✧ Orientez l'exploitation des documents vers les besoins et les désirs de la femme. Par exemple, il se peut que certaines patientes préfèrent lire des études scientifiques alors que d'autres privilégient des petites brochures concises qui présentent brièvement l'information pertinente. Envisagez de faire appel à des outils de prise de décision et à des documents et programmes didactiques de qualité pour rehausser la séance de counselling quand la patiente se présente au bureau.
- ✧ Efforcez-vous de répondre aux questions de toutes les patientes, y compris celles qui concernent les thérapies que vous ne recommandez pas. Acceptez les questions des femmes avec respect même si vous avez des doutes quant aux faits et aux sources qu'elles citent.

Principes de l'éducation des adultes

L'éducation des adultes repose sur un partage mutuel de renseignements entre le professionnel de la santé et la patiente ou entre l'animatrice et la participante d'un groupe. Les adultes sont indépendants, centrés sur eux-mêmes et sur l'atteinte de leurs buts. Il faut qu'ils puissent rattacher leurs apprentissages à leurs connaissances et à leurs expériences et qu'ils apprennent des choses qui peuvent être appliquées à leur travail ou à d'autres secteurs de leur vie. Les professionnels de la santé et les animatrices devraient tenir compte de questions telles que celles-ci :

- ✧ Ce que la femme aimerait dire de ses habitudes de tabagisme.
- ✧ Ce que la femme sait déjà sur le tabagisme, y compris les effets du tabac sur la santé et les avantages d'arrêter de fumer.
- ✧ La nature des buts poursuivis par la femme, p. ex., réduire son usage du tabac ou arrêter de fumer.

Comme tous les apprenants, les apprenants adultes devraient être traités avec respect. Les animatrices, les professionnels de la santé et tous ceux qui travaillent avec des femmes dans le cadre des programmes de renoncement au tabac devraient :

- ✧ traiter leurs patientes d'égal à égal;
- ✧ leur permettre d'exprimer leurs opinions librement;
- ✧ éviter d'utiliser un jargon et expliquer les termes qu'elles ne comprennent pas sans condescendance;
- ✧ reconnaître leurs contributions et leurs connaissances;
- ✧ leur offrir l'occasion de contribuer au contenu.

En général, adoptez une approche souple, soyez ouverte et écoutez pour pouvoir répondre aux besoins et aux priorités des femmes.

Approche centrée sur la femme

Les professionnels de la santé qui travaillent avec les femmes à la réduction ou à l'abandon du tabagisme devraient adopter une approche sensible aux besoins et aux perspectives des femmes. Une approche centrée sur la femme est une approche qui :

- ✧ respecte la dignité des femmes et crée un climat d'ouverture au changement;
- ✧ s'attaque au tabagisme dans leur milieu de vie;
- ✧ donne aux femmes l'impression qu'elles dirigent et contrôlent leur vie et qu'elles peuvent être fières d'elles-mêmes;
- ✧ donne l'occasion aux femmes de raconter leur histoire, d'exprimer leurs besoins et de s'entraider;
- ✧ les fait participer activement à la prise de décision;
- ✧ est accessible et gratuite ou abordable, offre un service de transport et de garderie, se déroule au bon endroit, propose un horaire qui convient aux femmes et leur offre toutes les informations et les ressources dans un langage clair.
- ✧ reconnaît l'importance des partenaires, des membres de la famille (y compris les enfants) et des amis dans la décision de fumer ou pas et encourage la participation des partenaires et des systèmes de jumelage;
- ✧ reconnaît et célèbre la diversité des femmes sur le plan de la race, de l'ethnie, de l'orientation sexuelle, des capacités, du niveau de revenu et de l'âge et tient compte des différences culturelles;
- ✧ s'occupe de la réduction et de l'abandon du tabagisme et adopte une stratégie plus large de réduction des effets nocifs (p. ex., en protégeant les autres des effets de la fumée secondaire, en améliorant son alimentation, en protégeant les femmes de la violence familiale, en augmentant le niveau d'activité physique).

Annexe A

Ressources

Santé Canada	1-21
Agence de santé publique du Canada.....	1-23
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits	1-23
Association canadienne de santé publique.....	1-23
Lignes provinciales d'assistance téléphonique aux fumeurs	1-25
Organismes nationaux et autres	1-25
Autres ressources.....	1-26

Santé Canada

Santé Canada offre – dans les deux langues officielles – toute une panoplie de ressources pour aider les fumeurs à cesser de fumer, ainsi que d'autres ressources de promotion de la santé, sur le site www.vivresansfume.ca. Vous pouvez obtenir la documentation sur copie papier en commandant à partir du site http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/index_f.html ou en composant le 1-800-O-Canada.

Le site http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/index_f.html de Santé Canada donne une foule de renseignements sur les risques du tabagisme pour la santé et les dangers de la fumée secondaire. On y trouve aussi des ressources pour cesser de fumer, des statistiques sur les tendances du tabagisme au Canada, des données sur l'industrie du tabac, ainsi que des ressources pour les professionnels de la santé et pour le grand public, y compris des ressources expressément destinées aux jeunes.

Sur la voie de la réussite – Guide pour devenir un non-fumeur. On peut suivre ce programme en ligne sur http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/orq-svr/index_f.html ou commander le *Guide* sous forme de livret à partir du site. Il explique en quoi consiste la dépendance à la nicotine et les effets bénéfiques de l'abandon du tabagisme. Il propose une marche à suivre pour arrêter de fumer, des méthodes de gestion du stress et des outils pour faire face au sevrage ou à une rechute.

Faites de votre maison et de votre voiture des environnements sans fumée : Un guide pour protéger votre famille contre la fumée secondaire. Ce guide donne des conseils pratiques pour éliminer les dommages causés par l'inhalation de la fumée secondaire dans votre maison et votre voiture. Vous pouvez le consulter sur le site http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/second-guide/index_f.html ou en commander une copie en appelant le 1 800 O-Canada.

Guide alimentaire canadien pour manger sainement – On peut le commander par téléphone au (613) 954-5995 ou sur le site http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index_f.html

Guide canadien de la saine alimentation et de l'activité physique – On peut en commander une copie par téléphone au (613) 954-5995 ou par courriel à info@hc-sc.gc.ca. On peut aussi le télécharger ou le commander sur le site http://www.phac-aspc.gc.ca/guide/oyc-ovc_f.html

Répertoire de ressources et de programmes canadiens de renoncement au tabagisme – Offert sur le site http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/ictcpr-rrprrt/index_f.html, ce répertoire s'adresse aux personnes qui veulent mettre en œuvre un programme d'abandon du tabagisme dans leur collectivité, accroître l'efficacité d'un programme existant ou s'assurer que le programme qu'elles utilisent est sur la bonne voie. L'objectif est de fournir une base solide pour la planification et l'exécution d'un programme de renoncement au tabagisme. Ce document est aussi une bonne source de référence pour orienter un patient ou un client.

Vivre sans fumée : trousse d'information à l'intention des organisations communautaires œuvrant auprès des femmes – Conçue à l'intention des fumeuses, cette trousse fournit des données, des statistiques et des suggestions de programmes liées au comportement des fumeuses : motivations à fumer, risques pour la santé, éléments clés d'un programme efficace de réduction ou d'abandon du tabagisme et références bibliographiques. Son contenu vise à la fois les responsables des organismes et les fumeuses qui constituent leur clientèle. Voir le site http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/gsf-vs/about-cot_f.html

Le tabac : le rôle des professionnels de la santé dans l'abandon du tabac – Neuf associations de professionnels de la santé se sont unies afin de déterminer le rôle-clé qu'elles peuvent jouer pour aider les fumeurs à renoncer définitivement au tabagisme. Leur déclaration conjointe, disponible à partir du site http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/res/audience/prof/index_f.html, offre aux professionnels et aux associations de la santé un ensemble de principes directeurs et des conseils précieux sur les meilleures façons d'aider leurs patients ou leurs clients à cesser de fumer.

Lieux publics sans fumée : vous pouvez y arriver – Guide pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des règlements antitabac municipaux. Disponible en ligne sur le site http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/sfpp-fslp/sfpp-fslp1_f.html

Travailler dans un milieu sain : Guide des politiques en matière de lutte au tabagisme – Ce guide fait ressortir l'importance des politiques antitabac en milieu de travail. Il expose les étapes de mise en œuvre d'une politique de ce genre et présente des exemples concrets tirés de l'expérience de six milieux de travail au Canada. Il comprend en outre des outils pratiques à l'intention des employeurs et de la documentation pour les employés. Voir le site http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/work-trav/index_f.html

Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) – Cette enquête nationale menée par Statistique Canada auprès de plus de 20 000 Canadiens a été élaborée pour fournir à Santé Canada et à ses partenaires des données à jour, fiables et continues sur l'usage du tabac et les questions connexes, en particulier pour les jeunes de 15 à 24 ans qui sont le plus à risque de commencer à fumer. Depuis février 1999, l'ESUTC fournit des données semestrielles et annuelles sur les changements reliés à l'usage du tabac et le nombre de cigarettes fumées à l'échelle nationale et provinciale. Voir le site http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/index_f.html pour prendre connaissance des résultats.

Vie100 fumer – Cette ressource vise à aider les jeunes fumeurs Canadiens de 12 à 18 ans, y compris les fumeurs occasionnels, à cesser de fumer à l'aide d'un plan en quatre étapes qui insuffle la motivation et la confiance en soi. Le programme donne aussi des conseils pour surmonter les obstacles et apprendre à gérer le stress. Disponible en ligne sur le site http://www.quit4life.com/index_f.asp ou sous forme de brochure.

Agence de santé publique du Canada (ASPC)

Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine – On peut télécharger ce guide à partir du site <http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/guideap/index.html> ou le commander par téléphone au 1 888 334-9769.

Réseau canadien de la santé – Le Réseau canadien de la santé donne de l'information provenant de l'ASPC et d'autres organismes de santé réputés du pays au sujet du tabagisme, de l'activité physique et de la nutrition. Voir le site <http://www.canadian-health-network.ca>

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)

Communiquez avec la DGSPNI de Santé Canada ou servez-vous du site

http://www.hc-sc.gc.ca/home-accueil/contact/fnih-spni/prc-crp_f.html pour obtenir les ressources suivantes axées sur les femmes autochtones.

Holding Your Own – Cette vidéo présente des stratégies d’abandon du tabac pendant la grossesse et après la naissance de l’enfant. 1998, 24 min.

Protégeons nos familles – Préparée par l’Organisation nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire (ONRIISC), cette trousse de formation sur l’usage non traditionnel du tabac offre différentes ressources pour des ateliers. Voir le site http://www.niichro.com/2004/index.php?page=index_f&lang=fr et cliquer sur « Ressources » dans la colonne de gauche.

Helping You Quit: A Smoking Cessation Guide for Aboriginal Women in Canada –

Ce guide sur l’abandon du tabagisme a été produit par l’Association des femmes autochtones du Canada dans le but de répondre aux besoins particuliers de la population féminine autochtone.

Association canadienne de santé publique

L’Association canadienne de santé publique (ACSP) offre toute une variété de ressources sur des questions de santé publique, y compris la lutte contre le tabagisme. On peut obtenir de plus amples renseignements en consultant le site

<http://www.cpha.ca/francais/hrc/hrcpubs/index.htm>, en envoyant un courriel à hrc@cpha.ca ou en téléphonant au (613) 725-3769. Voici une liste de certains des titres qui sont offerts (en commençant par les titres français). Des frais sont normalement exigés pour les obtenir. Voici quelques ressources disponibles :

How not to Smoke – Ce programme de renoncement au tabac et la vidéo qui l’accompagne aident les femmes qui veulent se prendre en main à arrêter de fumer ou à réduire leur consommation de tabac. L’approche est personnelle et empathique, faisant appel à des femmes qui ont arrêté de fumer pour s’adresser directement aux fumeuses et raconter leur histoire. Elle guide les femmes pendant le processus d’abandon du tabac en aidant les femmes à « apprendre à ne pas fumer ». Divisé en huit sections, le programme encourage les femmes à déterminer pourquoi elles fument et les raisons d’arrêter, à choisir le jour où elles arrêteront de fumer, à prendre conscience des éléments déclencheurs de l’envie de fumer et à se préparer au jour de renoncement au tabac. Mis au point par le *Council for a Tobacco-free Metro Toronto, 1997*

Sortie de secours : les femmes handicapées et le tabac – Manuel conçu à partir d’une approche personnalisée vers un changement d’habitudes face à la consommation de tabac. Peut être utilisé individuellement ou en groupe. *Santé Canada, 1997*

Nicotine and Public Health – Ce volume est le fruit des travaux d’un panel canado-américain d’experts de la recherche sur le tabac qui a étudié en profondeur, pendant quatre ans, différentes méthodes de réduction des risques pour la santé associés aux dispositifs assurant l’apport de nicotine. On y trouve une évaluation de la réduction potentielle des dommages causés par la nicotine par l’emploi d’autres dispositifs et l’impact global de ces solutions de rechange sur la santé publique. Tous les chercheurs en toxicomanie, les décideurs, les éducateurs en santé publique, les praticiens en santé communautaire et les chercheurs sur la santé publique trouveront dans ce volume des données utiles à la prise de décision dans l’exercice de leurs fonctions. *American Public Health Association, 2000*

La Guerre du tabac : L’expérience canadienne – Cet ouvrage, rédigé par un ardent avocat de la lutte contre le tabac, décrit le combat que se livrent depuis un siècle l’industrie du tabac et les militants non-fumeurs, et qui a commencé à s’intensifier dans les années 1980. Il explique comment le Canada est devenu un leader mondial dans la lutte pour réglementer

l'industrie et donne des détails fascinants sur les campagnes acharnées pour surtaxer les produits du tabac, éliminer la publicité et les commandites des compagnies de tabac, banaliser l'emballage et obliger les fabricants à y inscrire des messages relatifs à la santé, et enfin d'interdire de fumer dans les endroits publics et sur les lieux de travail. *Rob Cunningham, Centre de recherches pour le développement international, 1996* (www.smokeandmirrors.ca)

L'Atlas du Tabac – Le tabac tue 560 personnes à l'heure, soit 13 400 personnes par jour ou 4,9 millions de personnes par an. Les morts et les maladies qu'il entraîne n'épargnent aucune nation et aucune population. Le nouvel Atlas du Tabac de l'OMS offre une représentation visuelle de cette épidémie mondiale galopante. L'Atlas fournit des données détaillées qui font ressortir les différences et les similitudes existant entre les pays dans la lutte mondiale contre le tabagisme. Ces données comparatives montrent que l'action – ou l'inaction – au niveau d'un pays peut influencer sur les efforts entrepris dans un autre pays. « L'Atlas du Tabac met en lumière sur un mode éducatif et vivant divers aspects de cette importante épidémie à l'échelle mondiale », a déclaré le Dr Gro Harlem Brundtland, directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé. « En présentant de manière simple des données statistiques et épidémiologiques complexes, il permet à chacun de mieux comprendre les faits et de les utiliser avec efficacité. ». *Organisation mondiale de la santé, 2002* [Le texte ci-dessus est extrait de la présentation de L'Atlas sur le site <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr82/fr/>]

You Are The Target Big Tobacco: Lies, Scams – Now the Truth – Ce livre s'adresse aux jeunes et cherche à contrer le mandat de l'industrie du tabac de recruter des jeunes. Il offre des programmes éducatifs que les professeurs peuvent utiliser en classe pour les élèves de 12 ans et plus. Après avoir terminé les plans de leçons d'une durée totale de cinq heures, les élèves deviennent des « pairs mentors de la sensibilisation au tabac » qui font le tour des écoles élémentaires pour parler aux élèves des ruses utilisées par l'industrie du tabac. Le livre traite de nombreux aspects de la supercherie et de la duperie dont l'industrie du tabac se rend coupable depuis cinquante ans dans le monde entier. *Georgina Lovell, Chrysan Communications, 2002*. <http://you-are-the-target.com>

Vive les mots clairs! – Trousse de formation du Programme national de formation sur l'alphabétisation et la santé. Comprend un manuel de formation, la vidéo *Face to Face* et une version sur CD-ROM, ainsi que le guide intitulé « Comment travailler avec des aînés à faible niveau d'alphabétisation ». *ACSP, 1998*

Lignes provinciales d'assistance téléphonique aux fumeurs

L'assistance téléphonique s'adresse aux fumeurs qui veulent cesser de fumer, qui songent à cesser de fumer, qui ont cessé et ont besoin d'aide ou qui aiment fumer et ne veulent pas cesser. Des spécialistes de l'abandon du tabagisme peuvent les aider à établir un plan structuré pour arrêter de fumer, répondre à leurs questions et les diriger vers d'autres services de renoncement au tabac dans leur collectivité. Ils peuvent aussi offrir du soutien à la famille et aux amis d'un fumeur qui veulent l'aider à se départir de cette habitude. La consultation est gratuite et on peut aussi commander de la documentation gratuite.

- ✧ Terre-Neuve-et-Labrador – 1 800 363-5864
- ✧ Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse – 1 877 513-5333
- ✧ Île-du-Prince-Édouard – 1 888 818-6300
- ✧ Québec – 1 866 - j'arrête (527-7383)
- ✧ Ontario – 1 877 513-5333
- ✧ Manitoba et Saskatchewan – 1 877 513-5333
- ✧ Alberta – 1 866 332-2322
- ✧ Colombie-Britannique – 1 877 455-2233
- ✧ Yukon – 1 800 661-0408, local 8393
- ✧ Nunavut – 1 866 877-3845
- ✧ Les résidents des Territoires du Nord-Ouest sont priés de communiquer avec leur service de santé local.

Organismes nationaux et autres

Pour obtenir de plus amples renseignements et d'autres ressources sur l'abandon du tabagisme, vous pouvez communiquer avec les organismes suivants :

Société canadienne du cancer
Tél. : 1-877-513-5333
Courriel : ccs@cancer.ca
Internet : www.cancer.ca

Association pour les droits des non-fumeurs
Tél. : 613-230-4211
Courriel : ottawa@nsra-adnf.ca
Internet : www.nsra-adnf.ca

Association pulmonaire du Canada
Tél. : 613-569-6411
Courriel : info@lung.ca
Internet : www.lung.ca

Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario
Tél. : 416-595-6888
Courriel : otru@camh.net
Internet : www.camh.net/otru/

Fondation des maladies du cœur du Canada
Tél. : 613-569-4361
Internet : www.heartandstroke.ca
(cliquer sur « français » en bas de page)

Médecins pour un Canada sans fumée
Tél. : 613-233-4878
Courriel : ccallard@smoke-free.ca
Internet : www.smoke-free.ca

Conseil canadien pour le contrôle du tabac
Tél. : 613-567-3050; sans frais 1-800-267-5234
Courriel : info-services@cctc.ca
Internet : <http://www.cctc.ca>

Conseil québécois sur le tabac et la santé
Tél. : 514-948-5317
Courriel : info@cqts.qc.ca
Internet : www.cqts.qc.ca

Les services locaux de santé publique ou les unités sanitaires peuvent aussi offrir des ressources et du soutien, de même que les gouvernements provinciaux et les organismes de lutte contre le tabagisme dans les provinces.

Autres ressources

Le site **Mesures Santé** http://www.healthymeasures.ca/HM_Fre_Home.html fournit de l'information sur une saine alimentation et sur l'activité physique pour les femmes et les professionnels de la santé.

Le bulletin **Cette année, on écrase** est publié par un groupe d'organismes canadiens de la santé à l'intention des médecins. Il traite de différentes questions associées au tabagisme et donne des conseils sur l'aide aux patients qui veulent cesser de fumer. Cette année, on écrase est le fruit d'une collaboration entre le Collège des médecins de famille du Canada, Santé Canada, le Conseil canadien pour le contrôle du tabac et Médecins pour un Canada sans fumée. Voir le site <http://www.smoke-free.ca/Y2Quit/>

Mise à jour sur les lois et les règlements provinciaux. On peut télécharger gratuitement sur le site du Centre de formation et de consultation un compendium des règlements municipaux interdisant l'usage du tabac et un résumé des lois, des règlements ou des politiques des provinces et des territoires concernant l'usage du tabac (en anglais seulement). Voir le site http://www.ptcc-cfc.on.ca/rds/rds-search-results.cfm?PageNum_rs_Full=2&search=quickTitle

Le site de la RNAO (association des infirmières autorisées de l'Ontario) www.rnao.org/bestpractices publie des lignes directrices sur l'intégration de la lutte au tabagisme dans la pratique infirmière de tous les jours (en anglais seulement).

BC Doctors' Stop-Smoking Program from the Society for Clinical Preventive Health Care. www.bcdssp.com

Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service (2000). Office of the Surgeon General. www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf

Le programme **Approaching Smoking in Pregnancy** a été conçu pour les obstétriciens, les médecins de famille, les infirmières, les sages-femmes et d'autres professionnels de la santé pour qu'ils aident les femmes qui fument pendant leur grossesse à arrêter ou à réduire leur consommation de tabac. Collège des médecins de famille du Canada, Toronto (1997)

Annexe B

Sources et références

Voici une liste des principales ressources qui ont servi à l'élaboration du présent document. Elles sont présentées dans l'ordre des sujets abordés afin de faciliter la référence.

Les fumeuses vivant dans un milieu défavorisé	1-27
Information à l'intention des professionnels de la santé et d'autres personnes œuvrant auprès des femmes (y compris des sous-populations précises) afin de favoriser l'abandon du tabagisme.....	1-28
Le renoncement au tabagisme chez les femmes enceintes et les nouvelles mères....	1-28
Le renoncement au tabagisme et les patients ayant des troubles mentaux.....	1-29
La fumée secondaire et ses effets sur la santé.....	1-29
Les faux renseignements sur les cigarettes légères et douces	1-30
Les interventions individuelles	1-30
Information à l'intention des animatrices	1-32
Thérapies de remplacement de la nicotine.....	1-32
Lois et règlements	1-32
Tabagisme, nutrition et poids santé	1-32
Tabagisme et activité physique	1-35

Les fumeuses vivant dans un milieu défavorisé

British Medical Association (2004). *Smoking and reproductive life: The impact of smoking on sexual, reproductive and child health*. London: British Medical Association Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre.
www.bma.org.uk

Crump, J. (1995). *La colère et les autres émotions chez les femmes: Analyse de la littérature*. Service correctionnel du Canada.
http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/fsw22/toce_f.shtml

Greaves, L. et al. (2003). *Expecting to Quit: A Best Practices Review of Smoking Cessation Interventions for Pregnant and Postpartum Girls and Women*. British Columbia Centre for Excellence for Women's Health, Vancouver.

Greaves, L. et V. Barr (2000). *Filtered Policy: Women and Tobacco*. BC Centre of Excellence for Women's Health, Vancouver.

Levitt, C. et al. (1997). *Approaching Smoking in Pregnancy*. Collège des médecins de famille du Canada.

Meilleur départ : Le Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario (2002). *Reducing the impact: Working with pregnant women who live in difficult life situations*. Best Start Resources Centre, Toronto.

Santé Canada (1998). *Effets du niveau d'alphabétisme sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : Étude de profil*.

Wenek, B. et M. Wynn (1997). *Women and Tobacco Info Pack*. Ottawa: Program Training and Consultation Centre.

www.gosmokefree.ca (Santé Canada)

Information à l'intention des professionnels de la santé et d'autres personnes œuvrant auprès des femmes (y compris des sous-populations précises) afin de favoriser l'abandon du tabagisme

Hudspith, M. (1999). *Caring for Lesbian Health: resource for health care providers, policy makers and planners*. Minister's Advisory Council for Women's Health, Vancouver (Colombie-Britannique).

Jacobs Institute of Women's Health Expert Panel on Menopause Counseling (2000). *Guidelines for Counseling Women on the Management of Menopause*. Produit en collaboration avec The National Committee for Quality Assurance, The American College of Obstetricians and Gynecologists, and The North American Menopause Society.

Lancaster, T., Silagy, C. et G. Fowler. *Training health professionals in smoking cessation*. The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.

Leib, S. (1991). *Principles of Adult Learning* [Bulletin d'information].
<http://honolulu.hawaii.edu/intranet/committees/FacDevCom/guidebk/teachtip/adults-2.htm>

McLaren, J. (2000). *Evaluating Programs for Women: A Gender Specific Framework*. Prairie Women's Health Centre of Excellence.

Medical Women's International Association (2002). *Training Manual For Gender Mainstreaming in Health*. Medical Women's International Association.

National Advisory Committee on Health and Disability (2002). *The Guidelines for Smoking Cessation*. Wellington, Nouvelle-Zélande.

Organisation mondiale de la santé (2003). *Tools for Advancing Tobacco Control in the XXIst century: Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence*.

http://www.who.int/tobacco/resources/publications/en/intro_chapter3.pdf

Watson, S. (2003). *Gender in Medical Education: A Collaborative Curriculum Project, Phase 1 Final Report*. Conseil des facultés de médecine de l'Ontario.

Le renoncement au tabagisme chez les femmes enceintes et les nouvelles mères

Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre. www.bma.org.uk

British Medical Association (2004). *Smoking and reproductive life: The impact of smoking on sexual, reproductive and child health*. London: British Medical Association

Greaves, L. et al. (2003). *Expecting to Quit: A Best Practices Review of Smoking Cessation Interventions for Pregnant and Postpartum Girls and Women*. British Columbia Centre for Excellence for Women's Health, Vancouver.

Meilleur départ : Le Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario (2002). *Reducing the impact: Working with pregnant women who live in difficult life situations*. Best Start Resources Centre, Toronto.

Le renoncement au tabagisme et les patients ayant des troubles mentaux

Addington, J., Nady el-Guebaly, M.D., Addington, D. et al. (1997). Readiness to stop smoking in Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 49-52.

Anthelli, R., How and why to help psychiatric patients stop smoking. (2005) *Current Psychiatry -on line*, 4-1, January 2005

Best Practices Resources (s.d.). *Principles of Adult Learning*

<http://www.teachermentors.com/RSOD%20Site/StaffDev/adultLrng.HTML>

El-Guebaly, N., Cathcart, J. et S. Currie (2002). Smoking Cessation Approaches for Persons with Mental Illness and Addictive Disorders, *Psychiatric Services*, 53, 9, 1166-1170

Gourlay, S.G., Stead, L.F. et N.L. Benowitz (2004). Clonidine for Smoking Cessation. *The Cochrane Database for Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD000058.pub2. DOI:10.1002/14651858.CD000058.pub2.

Hughes, J. et R.T. Frances (1995). How to help psychiatric patients stop smoking. *Psychiatric Services*, 46(5), 435-436, 445.

Hughes J.R, Stead L.F. et T.R. Lancaster (2004). Antidepressants for Smoking Cessation. *The Cochrane Database of Systemic Reviews* 2004, Issue 4, Art.No:CD000031.pub2.DOI:10.1002/14651858.CD000031.pub2.

Hughes J.R. (1999). Co-Morbidity and Smoking. *Nicotine and Tobacco Research*. 5149-5152

Moll, S., Goldberg, J., Washington, A. et al (1996). *Smoking and People with Mental Health Problems: A How to Guide for Support People*. Hamilton Program for Schizophrenia, Fondation CSVR.

McChargue, D., Gulliver, S. et B. Hitsman (2001). Would smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking treatment? *Addiction*. 97, 785-793.

Practice Guidelines from the American Psychiatric Association.

www.psych.org/archives/clin_res/pract_guide/nicotine/pg_nicotine_1.cfm

La fumée secondaire et ses effets sur la santé

Breathing Space. *What is second-hand smoke and what are its effects on my health?*

http://www.city.toronto.on.ca/health/breathingspace/pdf/second_hand_smoke_definition_and_effects.pdf

Breathing Space. *How does second-hand smoke affect my children?*

http://www.city.toronto.on.ca/health/breathingspace/pdf/second_hand_smoke_affect_children.pdf

Ghadirian, Parviz. *Dormir avec un tueur : les effets du tabagisme sur la santé humaine*. Santé Canada. www.gosmokefree.ca

Organisation mondiale de la santé (2003). *Tools for Advancing Tobacco Control in the XXIst century: Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence*.

http://www.who.int/tobacco/resources/publications/en/intro_chapter3.pdf

Site www.vivresansfume.ca de Santé Canada

Les faux renseignements sur les cigarettes légères et douces

Association pour les droits des non-fumeurs. *Cigarette package deception and consumer fraud must end*. <http://www.nsr-aadnf.ca>

Selin, Heather (1997). *Face Value? Descriptive Cigarette Brand Labelling and Reported Toxin Levels*. Association pour les droits des non-fumeurs. <http://www.nsr-aadnf.ca>

Unité de recherche sur le tabac en Ontario (2001). *Deceptive Cigarette Labelling*. Mise à jour de la recherche. Bulletin no 250.1 de l'OHPE, 15 mars 2002.

Les interventions individuelles

Arkowitz, H. et M. Menchola (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861.

Burke, B., Arkowitz, H. et M. Menchola (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861.

Butler, C., Rollnick, S., Cohen, D., Russel, I., Bachmann, M. et N. Stott (1999). Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial, *British Journal of General Practice*, 49, 611-616.

Coleman, T. (2004). ABC of Smoking Cessation. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ*, 328, 397-99.

Fiore, M.C. (1997). AHCPR smoking cessation guideline: A fundamental review. *Tobacco Control*, 6(Suppl. 1), S4-S8. In *Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice, Nursing Best Practice Guidelines*. Registered Nurses Association of Ontario, 2004.

Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J. et al. (2000). Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Cited in *Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice, Nursing Best Practice Guidelines*. Registered Nurses Association of Ontario, 2004.

Joanna Briggs Institute (2001). Best practice evidence based practice information sheets for health professionals: Smoking cessation interventions and strategies. Joanna Briggs Institute, <http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/>. In *Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice, Nursing Best Practice Guidelines*. Registered Nurses Association of Ontario, 2004.

Katz, D.A., Muehlenbruch, D.R., Brown, R.B., Fiore, M.C., Baker, T.B. et AHRQ Smoking Cessation Guideline Study Group (2002). Effectiveness of a clinic-based strategy for implementing the AHRQ smoking cessation guideline in primary care. *Preventive Medicine*, 35(3), 293-302.

Miller, W.R., Zweben, A., DiClemente, C.C. et R.G. Rychtarik (1992). *Motivational Enhancement Therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. www.niaaa.nih.gov/publications

Moyers, T. et T. Martin (2003). Assessing the integrity of motivational interviewing interventions: Reliability of the motivational interviewing skills code. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 31, 177-184.

National Health Committee (1999a). *Guidelines for smoking cessation: Literature review and background information*. New Zealand Guidelines Group. <http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>

National Health Committee (2002). *Guidelines for smoking cessation: Quit now! The New Zealand Guidelines*. www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/smoking/index.cfm. In *Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice, Nursing Best Practice Guidelines*. Registered Nurses Association of Ontario, 2004.

NHS Centre for Reviews and Dissemination – The University of York (1998). Smoking cessation: What the Health Service can do? NHS Centre for Reviews and Dissemination, The University of York, <http://www.york.ac.uk/inst/crd/em31.htm>. In *Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice, Nursing Best Practice Guidelines*. Registered Nurses Association of Ontario, 2004.

Reid, R. (2004). Talking so our patients will listen - Using motivational interviewing techniques to enhance lifestyle change in patients with heart disease. Newsbeat [Bulletin]. 12 (3). <http://www.cacr.ca/news/2002/0212reid.htm>

Registered Nurses Association of Ontario (2004). *Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice, Nursing Best Practice Guidelines*. www.rnao.org/bestpractices

Rollnick, S. et W.R. Miller (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334. <http://motivationalinterview.org/clinical/index.html>. Pour une synthèse en français des travaux de Rollnick, Miller et d'autres chercheurs sur le sujet, voir le guide produit par le Centre de recherche de l'hôpital Douglas de Verdun, QC (2001) sur le site <http://motivationalinterview.org/clinical/motivationale.pdf>

Rollnick, S., Heather, N. et A. Bell (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1, 25-37.

Royal College of Nursing (1999). *Clearing the air: A nurses guide to smoking and tobacco control*. London, England: The Royal College of Nursing. In *Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice, Nursing Best Practice Guidelines*. Registered Nurses Association of Ontario, 2004.

Santé Canada (1997). *Une Question d'écoute : Guide à l'intention des intervenants en soins périnataux*. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Society for Clinical Preventive Health Care (2002). *BC Doctors' Stop-Smoking Program*. www.bcdssp.com

Stead, L., Lancaster, T. et R. Perera (2003). Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software. In *Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice, Nursing Best Practice Guidelines*. Registered Nurses Association of Ontario, 2004.

Stotts, A., Delaune, K., Schmitz, M. et J. Grabowski (2004). Impact of a motivational intervention on mechanisms of change in low-income pregnant smokers. *Addictive Behaviours*, 29, 1649-1657.

Stotts, A.L., Diclemente, C.C. et P. Dolan-Mullen (2002). One-to-one: A motivational intervention for resistant pregnant smokers. *Addictive Behaviours*, 27 (2), 275-292

University of Toronto Department of Family & Community Medicine (2000). *Smoking cessation guidelines: How to treat your patient's tobacco addiction*. Toronto, Ontario: A Pegasus Healthcare International Publication.

Unité de recherche sur le tabac en Ontario (2000a). Monitoring the Ontario tobacco strategy: Progress toward our goals 1999/2000. Toronto, Ontario: Ontario Tobacco Research Unit. In *Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice, Nursing Best Practice Guidelines*. Registered Nurses Association of Ontario, 2004

U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service (2000). *Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence*. Office of the Surgeon General: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf

Information pour les animatrices

Kinzie, P., d'Avernas, J. et A. Naylor (2004). *Helping Smokers Quit: Skills for Future Facilitators*, Centre de formation et de consultation : www.ptcc-cfc.on.ca

Santé Canada. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC). http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/index_e.html

Miller, WR, Rollnick, S. *Motivational Interviewing, Preparing People for Change*, The Guilford Press, New York, 2002.

Thérapies de remplacement de la nicotine

Kinzie, P., d'Avernas, J. et A. Naylor (2004), *Helping Smokers Quit: Skills for Future Facilitators*, Centre de formation et de consultation : www.ptcc-cfc.on.ca

Meilleur départ : Le Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario (2002). *Reducing the impact: Working with pregnant women who live in difficult life situations*. Best Start Resources Centre, Toronto.

Organisation mondiale de la santé (2003). *Tools for Advancing Tobacco Control in the XXIst century: Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence*.

http://www.who.int/tobacco/resources/publications/en/intro_chapter3.pdf

Ontario Medical Association (1999). *Rethinking Stop-Smoking Medications: myths and facts*. Ontario Medical Association, Toronto. www.oma.org/phealth/stopsmoke.htm

Lois et règlements

Collishaw, N. et H. Meldrum (2003). *Protection from Second-Hand Smoke in Canada: Applying Health Science to Occupational Health and Safety Law*. Médecins pour un Canada sans fumée, Ottawa.

Organisation mondiale de la santé (2003). *Tools for Advancing Tobacco Control in the XXIst century: Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence*.

http://www.who.int/tobacco/resources/publications/en/intro_chapter3.pdf

Site de l'Association pour les droits des non-fumeurs : <http://www.nsr-aadnf.ca>

Tabagisme, nutrition et poids santé

Antioxidant vitamin intakes assessed using a food-frequency questionnaire: correlation with biochemical status in smokers and nonsmokers. *British Journal of Nutrition* 65, 337–346

Cade, J.E. et B.M. Margetts (1991). Relationship between diet and smoking is the diet of smokers different? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45, 270–272.

- Curtin, F., Morabia, A. et M. Bernstein (1997). Smoking behavior in a Swiss urban population: the role of gender and education. *American Journal of Preventive Medicine*, 26, 658–663.
- Dale, L.C., Schroeder, D.R., Wolter, T.D., Croghan, I.T., Hurt, R.D. et K.P. Offord (1998). Weight change after smoking cessation using variable doses of transdermal nicotine replacement. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 9–15.
- Danielsson, T., Rossner, S. et A. Westin (1999). Open randomised trial of very low energy diet together with nicotine gum for stopping smoking in women who gained weight in previous attempts to quit. *British Medical Journal*, 319, 490–494.
- Filozof, C., Fernandez Pinilla, M.C. et A. Fernandez-Cruz (2004). Smoking cessation and weight gain. *Obesity Reviews*, 5(2): 95-103.
- Frye, R.E., Schwartz, B.S. et R.L. Doty (1990). Dose-related effects of cigarette smoking on olfactory function. *Journal of the American Medical Association*, 263, 1233–1236.
- Garrett, N.A., Alesci, N.L., Schultz, M.M., Foldes, S.S. et S.J. Mangan (2004). The relationship fo stage of change for smoking cessation to stage of change for fruit and vegetable consumption and physical activity in a health plan population. *American Journal of Health Promotion*. 19(2), 118-127.
- Gross, J., Stitzer, M.L. et J. Maldonado (1989). Nicotine replacement effects on postcessation weight gain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 87–92.
- Hall, S.M., Tunstall, C.D., Vila, K.L. et J. Duffy (1992). Weight gain prevention and smoking cessation: cautionary findings. *American Journal of Public Health*, 82, 799–803.
- Hebert, J.R. et G.C. Kabat (1990). Differences in dietary intake associated with smoking status. *European Journal Clinical Nutrition*, 44, 185–193.
- Hudmon Suchanek, K., Gritz, E., Clayton, S. et al. (1999). Eating orientation, postcessation weight gain, and continued abstinence among female smokers receiving an unsolicited smoking cessation intervention. *Health Psychology*, 18(1): 29-36.
- Klesges, R.C., Brown, K., Pascale, R.W. et al. (1988). Factors associated with participation, attrition, and outcome in a smoking cessation program at the workplace. *Health Psychology*, 7: 575–589.
- Klesges, R.C., Meyers, A.W., Klesges, L.M. et al. (1989). Smoking, body weight and their effect on smoking behaviour. A comprehensive review of the literature. *Psychological Bulletin*, 106: 204–230.
- Klesges, R.C., Winders, S.E., Meyers, A.W. et al. (1997). How much weight gain occurs following smoking cessation? A comparison of weight gain using both continuous and point prevalence abstinence. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 65: 286–291.
- Kvaavik, E., Meyer Haakon, E. et A. Tverdal (2004). Food habits, physical activity and body mass index in relation to smoking status in 40-42 year old Norwegian women and men. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice & Theory*, 38(1): 1-5
- Levine, M.D., Perkins, K.A., et M.D. Marcus (2001). The characteristics of women smokers concerned about post cessation weight gain. *Addictive Behaviors*, 26, 749–756.

- Margetts, B.M. et A.A. Jackson (1993). Interactions between people's diet and their smoking habits: the dietary and nutritional survey of British adults. *British Medical Journal*, 307, 1381–1384.
- Midgette, A.S., Baron, J.A. et T.E. Rohan (1993). Do cigarette smokers have diets that increase their risks of coronary heart disease and cancer? *American Journal of Epidemiology*, 137, 521–529.
- Morabia, A. et E.L. Wynder (1990). Dietary habits of smokers, people who never smoked, and ex-smokers. *American Journal of Clinical Nutrition*, 52, 933–937.
- Morabia, A., Bernstein, M.S. et S. Antonini (2000). Smoking, dietary calcium and vitamin D deficiency in women: a population-based study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54(9): 684-9.
- Morabia, A., Curtin, F., et M.S. Bernstein (1999). Effects of smoking and smoking cessation on dietary habits of a Swiss urban population. *European Journal of Clinical Nutrition*, 53(3): 239-43.
- Norregaard, J., Jorgensen, S., Mikkelsen, K.L., Tonnesen, P., Iversen, E., Sorensen, T., Soeberg, B. et H.B. Jakobsen (1996). The effect of ephedrine plus caffeine on smoking cessation and postcessation weight gain. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 60, 679–686.
- Perkins, K.A., Epstein, L.H., Stiller, R.L., Fernstrom, M.H., Sexton, J.E. et R.G. Jacob (1990). Perception and hedonics of sweet and fat taste in smokers and nonsmokers following nicotine intake. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 35, 671–676.
- Perkins, K.E. (1994). Issues in the prevention of weight gain after smoking cessation. *Annals of Behavioural Medicine*, 16, 46–52.
- Strickland, D., Graves, K. et H. Lando (1992). Smoking status and dietary fats. *Preventive Medicine*, 21, 228–236.
- Subar, A.F., Harlan, L.C. et M.E. Mattson (1990). Food and nutrient intake differences between smokers and non-smokers in the US. *American Journal of Public Health*, 80, 1323–1329.
- Swan, G. et D. Carmelli (1995). Characteristics associated with excessive weight gain after smoking cessation in men. *American Journal of Public Health*, 85: 73–77.
- The Women's Addiction Foundation (s.d.). *Women and Recovery: Quitting Smoking*. Vancouver, British Columbia; The Women's Addiction Foundation, British Colombia.
- Thornton, A., Lee, P. et J. Fry (1994). Differences between smokers, exsmokers, passive smokers and non-smokers. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47, 1143–1162.
- United States Department of Health and Human Services. (1990). *The Health Benefits of Smoking Cessation. A report of the Surgeon General* (DHSS Publication No. CDC 90-8416). US Government Printing Office: Washington, DC.
- Williamson, D.F., Madans, J., Anda, R.F. et al. (1991). Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *New England Journal of Medicine*, 324: 739–745.

Tabagisme et activité physique

Bock, B.C., Marcus, B.H., King, T.K. et al. (1999). Exercise effects on withdrawal and mood among women attempting smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 24, 399-410.

Daniel, J., Cropley, M., Ussher, M. et al. (2004). Acute effects of a short bout of moderate versus light intensity exercise versus inactivity on tobacco withdrawal symptoms in sedentary smokers. *Psychopharmacology*, 174, 320-6.

Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J. et al. (1996). Smoking Cessation. *Clinical Practice Guideline No. 18*. AHCPR Publication No.96-0692. Rockville (MD): Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency of Health Care Policy and Research.

Fox, K.R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2, 411-8.

Gritz, E.R., Klesges, R.C., Meyers, A.W. (1989). The smoking and body weight relationship: Implications for intervention and postcessation weight control. *Annals of Behavioral Medicine*, 11, 144-53.

Kawachi, I., Troisi, R.J., Rotnitzky, A.G. et al. (1996). Can exercise minimise weight gain in women after smoking cessation. *American Journal of Public Health*, 86, 999-1004.

Sorenson, G., Goldberg, R., Ockene, J. et al. (1992). Heavy smoking among a sample of employed women. *American Journal of Preventative Medicine*, 8, 207-14.

Steptoe, A., Edwards, S., Moses, J. et al. (1989). The effects of exercise training on mood and perceived coping ability in anxious adults from the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 537-47.

US Department of Health, Human Services. (2001). *Women and Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Public Health Service, Office of the Surgeon General.

Ussher, M., Nunziata, P., Cropley, M. et al. (2001). Effect of a short bout of exercise on tobacco withdrawal symptoms and desire to smoke. *Psychopharmacology*, 158, 66-72.

Ussher, M., West, R., Taylor, A. et A. McEwen (2005). Exercise interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.

Williamson, D.F., Madans, J., Anda, R.F. et al. (1991). Smoking Cessation and Severity of Weight Gain in a National Cohort. *The New England Journal of Medicine*, 324, 739-45.

