



## Les pratiques de counseling en abandon du tabac des infirmières : une comparaison entre 2005 et 2010

**Michèle Tremblay, M.D.**, Institut national de santé publique du Québec  
**Jennifer O'Loughlin, Ph. D.**, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Institut national de santé publique du Québec  
**Dominic Comtois, B.A.**, candidat à la maîtrise en épidémiologie, Université McGill



information



formation



recherche



coopération  
internationale

### INTRODUCTION

---

Le tabagisme est considéré comme le principal facteur de risque des maladies chroniques les plus meurtrières (Organisation mondiale de la Santé, 2002). Chaque année, un peu plus de 10 000 Québécois meurent de maladies causées par l'usage du tabac (Rhem et collab., 2006). Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué de façon remarquable au cours des 20 dernières années, il n'en demeure pas moins que plus de 1,5 million de Québécois et Québécoises font usage de tabac (Statistique Canada, 2010).

En 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confiait à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat d'élaborer conjointement avec six ordres professionnels québécois (Collège des médecins, Ordre des pharmaciens, Ordre des dentistes, Ordre des hygiénistes dentaires, Ordre des infirmières et infirmiers (OIIQ), Ordre professionnel des inhalothérapeutes) un projet visant à optimiser les pratiques de counseling de leurs membres. Cette demande faisait partie d'une initiative en cours depuis 2000 pour inciter les fumeurs à cesser de fumer et les soutenir dans une démarche de renoncement au tabac : campagnes médiatiques, Défi *j'arrête, j'y gagne*, couverture d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique par les régimes public et privés d'assurance-médicaments et mise en place de services *j'Arrête* (ligne téléphonique, site Internet, consultation individuelle ou de groupe dans les centres d'abandon du tabagisme).

Une première enquête conduite en 2004-2005 auprès d'échantillons aléatoires de ces six groupes de professionnels a permis de connaître leurs pratiques de counseling en abandon du tabac, leurs croyances quant à leur rôle et leurs compétences à intervenir auprès des patients fumeurs (Tremblay, Cournoyer et O'Loughlin, 2009). Les résultats ont aussi guidé le développement d'activités et d'outils de formation pour répondre aux besoins éducatifs identifiés. En 2010, une seconde enquête a été menée afin de suivre l'évolution des pratiques de counseling en abandon du tabac chez les professionnels de la santé et afin de connaître l'appréciation des actions mises en place par leur ordre professionnel.

L'objectif de ce feuillet est de décrire l'évolution des pratiques de counseling en abandon du tabac des infirmières entre 2005 et 2010 et des caractéristiques psychosociales associées à ce counseling. Ce feuillet fait partie d'une collection de feuillets portant sur les résultats de l'enquête menée en 2010.

## MÉTHODOLOGIE

---

L'enquête de 2005 a été menée auprès d'un échantillon aléatoire simple de 500 infirmières sélectionnées à partir de la base de données la plus récente de l'OIIQ. En s'inspirant de travaux antérieurs (O'Loughlin et collab., 2001; Tremblay et collab., 2001; Makni et collab., 2002) un questionnaire autoadministré, prétesté et disponible en français et en anglais a été envoyé par la poste. Celui-ci était accompagné d'une lettre de présentation signée par la présidente de l'ordre et par la chercheuse de l'INSPQ responsable de l'étude. Deux envois subséquents ont été effectués afin d'augmenter le taux de réponse. En 2010, la même méthodologie a été utilisée auprès d'un échantillon aléatoire simple de 600 infirmières. Pour être admissibles, les répondantes devaient avoir administré des soins cliniques au cours des trois mois précédant l'enquête.

## LES VARIABLES DE L'ÉTUDE

---

### *Les pratiques de counseling en abandon du tabac*

En partant du principe qu'avant d'offrir du counseling en abandon du tabac, les professionnels de la santé doivent connaître le statut tabagique de leurs patients et leur motivation à cesser de fumer, nous avons créé deux scores de counseling: le score de counseling des fumeurs «prêts à cesser de fumer» et celui des fumeurs «pas prêts à cesser de fumer».

Le score de counseling des fumeurs «prêts à cesser de fumer» comprenait dix items: Au cours des trois derniers mois, pour quelle proportion de vos patients fumeurs qui se préparaient à cesser de fumer avez-

vous: (i) demandé le nombre de cigarettes fumées par jour?; (ii) discuté des tentatives antérieures pour cesser de fumer?; (iii) discuté des symptômes du sevrage?; (iv) discuté des inquiétudes du fumeur liées à l'abandon du tabac?; (v) discuté de stratégies pour cesser de fumer?; (vi) conseillé de se fixer une date précise pour cesser de fumer?; (vii) demandé s'ils fumaient leur première cigarette au cours des 30 premières minutes suivant leur réveil?; (viii) référé à la ligne téléphonique *J'Arrête*, un site Internet pour aider les patients à cesser de fumer, un professionnel de la santé spécialisé en abandon du tabac, un centre d'abandon du tabagisme ou encore des ressources communautaires en abandon du tabac?; (ix) proposé un suivi, en personne ou par téléphone, une ou deux semaines après la date prévue d'arrêt?; (x) recommandé une thérapie de remplacement de la nicotine, le bupropion ou la varénicline (en 2010 seulement)? Les choix de réponse pour chaque item étaient classés sur une échelle de 1 (peu/aucun) à 5 (tous/presque tous). On faisait ensuite la moyenne pour les dix items, les scores les plus élevés indiquant que le professionnel avait entrepris davantage de counseling en abandon du tabac.

Le score de counseling des fumeurs «pas prêts à cesser de fumer» comprenait sept items: Au cours des trois derniers mois, pour quelle proportion de vos patients fumeurs qui n'étaient pas prêts à cesser de fumer, avez-vous: (i) discuté des effets du tabagisme sur la santé en général?; (ii) discuté de leurs perceptions des avantages et des inconvénients du tabagisme?; (iii) discuté de leurs perceptions des avantages et des inconvénients de cesser de fumer?; (iv) exprimé votre inquiétude par rapport à leur consommation de tabac?; (v) conseillé de cesser de fumer?; (vi) discuté des effets de la fumée secondaire sur la santé de leurs proches (famille, amis, etc.)?; (vii) offert un rendez-vous spécifique pour discuter d'abandon du tabac? Les choix de réponses pour chaque item étaient classés sur une échelle de 1 (peu/aucun) à 5 (tous/presque tous). On faisait ensuite la moyenne pour les sept items, les scores les plus élevés indiquant que le professionnel

avait entrepris davantage de counseling en abandon du tabac.

### *Les caractéristiques psychosociales*

Nous avons mesuré plusieurs caractéristiques psychosociales liées au counseling en abandon du tabac en utilisant des indicateurs créés lors de travaux antérieurs : i) la croyance que c'est le rôle de l'infirmière d'offrir un counseling en abandon du tabac (7 items); ii) le sentiment de compétence à offrir du counseling en abandon du tabac (5 items); iii) la connaissance des ressources vers lesquelles diriger les patients pour les aider à renoncer au tabac (1 item); iv) quatre types d'obstacles au counseling en abandon du tabac : a) les obstacles liés au patient (4 items); b) les obstacles liés aux connaissances (4 items); c) les obstacles liés aux ressources (3 items); d) les obstacles liés au temps (1 item).

### *La formation*

Deux questions portaient sur la participation à des activités de formation sur le counseling en abandon du tabac : (i) Avez-vous reçu de la formation sur le counseling en abandon du tabac au cours de vos études?; (ii) Avez-vous reçu de la formation sur le counseling en abandon du tabac après vos études?

### *Les covariables*

Les covariables comprennent l'année de l'enquête, l'âge, le sexe, le statut tabagique actuel, les caractéristiques de l'environnement clinique des infirmières (proportion de patients âgés de moins de 18 ans et de ceux âgés de 65 ans ou plus) et la taille de la communauté dans laquelle pratique l'infirmière (communauté rurale, petite ville (< 100 000 habitants), ville de taille moyenne (100 000-500 000 habitants) et grande ville (> 500 000 habitants)).

## **ANALYSE DES DONNÉES**

---

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour caractériser et comparer les échantillons de 2005 et de 2010. Les scores moyens pour les caractéristiques psychosociales et les pratiques de counseling ont ensuite été ventilés selon la période de l'enquête, la participation à des activités de formation durant les études, et la participation à des activités de formation après les études. Puis, des modèles de régression linéaire multiple ont été utilisés pour analyser la relation entre, d'une part, l'année de l'enquête (2005, 2010) et la participation à des activités de formation (durant ou après les études) et d'autre part, les caractéristiques psychosociales et les pratiques de counseling.

Pour bien tenir compte d'un possible effet du temps, tous les modèles de régression comprennent l'année de l'enquête en plus de l'âge de l'infirmière. De plus, des modèles distincts sont présentés pour dénoter les changements dans les caractéristiques psychosociales et dans les pratiques entre 2005 et 2010, sans égards à la formation.

Afin de déterminer quelles autres covariables inclure dans les modèles, des régressions simples ont été effectuées entre chacune des covariables et la variable d'intérêt (caractéristique psychosociale ou score de counseling); toute variable dont la valeur de p était inférieure ou égale à 0,25 a été retenue (Hosmer et Lemeshow, 2000). Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel SPSS, version 16.0 pour Windows.

## **RÉSULTATS**

---

En 2005, le taux de réponse ajusté pour non-admissibilité était de 52 % et en 2010, de 50 %. Les caractéristiques démographiques et le statut tabagique des infirmières ne varient pas de façon significative entre les deux collectes de données (tableau 1).

**Tableau 1** Caractéristiques des infirmières en 2005 et en 2010, Québec

	Total (n = 410)	2005 (n = 193)	2010 (n = 217)	p
Femmes, %	90	89	90	,658
Âge, moyenne (écart-type)	41,4 (11,6)	42,6 (11,6)	40,4 (11,5)	,063
Type de communauté, %*				,598
Rurale	12	9	10	
Petite ville (< 100 000 hab.)	23	25	24	
Ville de taille moyenne (100 000-500 000 hab.)	25	28	26	
Grande ville (> 500 000 hab.)	40	39	39	
Proportion de patients âgés de moins de 18 ans, moyenne (écart-type)	13 (23)	9 (21)	11 (22)	,151
Proportion de patients âgés de 65 ans ou plus, moyenne (écart-type)	53 (34)	48 (34)	50 (34)	,145
Fumeur, %	14	16	15	,578
Ayant suivi une formation durant les études, %	4	7	6	,205
Ayant suivi une formation après les études, %	8	11	10	,297

\* Les totaux peuvent différer de 100 % en raison de l'arrondissement.

Le tableau 2 présente les moyennes pour chaque caractéristique psychosociale de même que pour les deux scores de counseling selon les ventilations suivantes : année d'enquête, participation à une formation durant les études et participation à une formation après les études.

L'on observe très peu de changements entre les deux années d'enquêtes si ce n'est pour la connaissance des ressources communautaires qui s'est améliorée (de 3,0 à 3,3). Toutefois, on observe plusieurs différences selon que les infirmières aient participé ou non à une formation en arrêt tabagique. Ainsi, en comparaison avec leurs consœurs non formées, les infirmières formées durant leurs études ont un plus grand sentiment de compétence à intervenir auprès de patients fumeurs (3,6 versus 3,2), elles ont une meilleure connaissance des ressources communautaires (3,4 versus 3,1) et les deux scores de counseling sont légèrement meilleurs (2,4 versus 1,9; 2,4 versus 2,1). Quant aux infirmières formées après leurs études, elles ont de meilleurs scores de counseling que les infirmières n'ayant pas reçu de formation (2,9 versus 1,9; 3,0 versus 2,1). De plus, elles croient davantage

que c'est leur rôle d'intervenir (4,4 versus 4,0), elles se sentent plus compétentes (3,9 versus 3,2) et elles connaissent davantage les ressources communautaires (4,1 versus 3,0).

En général, les modèles de régression multiple présentés au tableau 3 confirment les observations décrites plus haut. Ainsi, les seuls changements significatifs notés entre 2005 et 2010 sont la connaissance des ressources communautaires qui s'est accrue et les obstacles liés aux connaissances qui ont diminué. Bien que certaines différences aient été observées entre les infirmières formées durant leurs études et celles non formées, celles-ci ne sont pas significatives. Après contrôle des covariables, plusieurs différences observées chez les infirmières formées après leurs études, comparativement à leurs consœurs non formées, se sont avérées significatives : les deux scores de counseling en abandon du tabac, la croyance qu'intervenir avec un patient fumeur fait partie du rôle de l'infirmière, le sentiment qu'elles sont compétentes en arrêt tabagique et la connaissance des ressources communautaires.

**Tableau 2** Scores\* moyens (é-t) des caractéristiques psychosociales et de counseling des infirmières selon l'année de l'enquête et selon la formation reçue durant ou après les études, Québec

	n	Caractéristique psychosociale							Counseling auprès des	
		Croyances moy (é-t)	Sentiment de compétence moy (é-t)	Connaissance des ressources communautaires moy (é-t)	Obstacles liés aux patients moy (é-t)	Obstacles liés aux connaissances moy (é-t)	Obstacles liés aux ressources moy (é-t)	Obstacles liés au temps moy (é-t)	Fumeurs prêts à cesser de fumer moy (é-t)	Fumeurs pas prêts à cesser de fumer moy (é-t)
<b>Année</b>										
2005	193	4,0 (0,6)	3,3 (0,8)	3,0 (1,1)	4,0 (0,7)	3,6 (0,7)	3,7 (0,9)	4,0 (1,0)	2,0 (1,1)	2,2 (1,2)
2010	217	4,0 (0,5)	3,3 (0,8)	3,3 (1,1)	3,9 (0,7)	3,5 (0,7)	3,6 (0,8)	4,0 (1,0)	2,0 (1,1)	2,1 (1,1)
<b>Formation durant les études</b>										
Non	372	4,0 (0,5)	3,2 (0,8)	3,1 (1,1)	3,9 (0,7)	3,5 (0,7)	3,6 (0,9)	4,0 (1,0)	1,9 (1,0)	2,1 (1,1)
Oui	23	3,9 (0,7)	3,6 (0,7)	3,4 (1,0)	3,9 (0,8)	3,4 (0,8)	3,7 (0,8)	4,1 (0,9)	2,4 (1,4)	2,4 (1,4)
<b>Formation après les études</b>										
Non	362	4,0 (0,5)	3,2 (0,8)	3,0 (1,1)	3,9 (0,7)	3,5 (0,7)	3,6 (0,8)	4,1 (1,0)	1,9 (1,0)	2,1 (1,1)
Oui	38	4,4 (0,4)	3,9 (0,8)	4,1 (0,8)	3,8 (0,8)	3,4 (0,9)	3,5 (0,9)	3,9 (1,0)	2,9 (1,2)	3,0 (1,3)

\* Tous les scores sont sur une échelle de 1 à 5, les valeurs les plus élevées étant les plus favorables à l'exception des obstacles pour lesquels les valeurs les moins élevées sont les plus favorables.

**Tableau 3 Association entre l'année d'enquête, la formation durant ou après les études et les caractéristiques psychosociales et les scores de counseling des infirmières, Québec**

	Caractéristique psychosociale						Counseling auprès des		
	Croyances $\beta$ (ic) <sup>a</sup>	Sentiment de compétence $\beta$ (ic) <sup>d</sup>	Connaissance des ressources communautaires $\beta$ (ic) <sup>a,b,c,d</sup>	Obstacles liés aux patients $\beta$ (ic) <sup>c</sup>	Obstacles liés aux connaissances $\beta$ (ic) <sup>c,d</sup>	Obstacles liés aux ressources $\beta$ (ic) <sup>c</sup>	Obstacles liés au temps $\beta$ (ic) <sup>c</sup>	Fumeurs prêts à cesser de fumer $\beta$ (ic) <sup>a,b,c</sup>	Fumeurs pas prêts à cesser de fumer $\beta$ (ic) <sup>a</sup>
<b>Année</b>									
2005	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
2010	,02 (-,09;13)	,07 (-,09;23)	,28 (.05;50)	-,08 (-,24;07)	-,16 (-,30;-,01)	-,09 (-,26;08)	-,03 (-,22;17)	-,04 (-,26;19)	-,11 (-,34;13)
<i>P</i>	,685	,372	,016	,282	,037	,302	,782	,739	,371
<b>Formation durant les études</b>									
Non	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Oui	-,09 (-,33;15)	,32 (-,03;66)	,13 (-,36;62)	,07 (-,26;40)	,01 (-,31;34)	,24 (-,13;62)	,26 (-,17;69)	,46 (-,02;93)	,46 (-,05;97)
<i>P</i>	,449	,071	,605	,679	,939	,206	,231	,064	,080
<b>Formation après les études</b>									
Non	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Oui	,46 (.27;64)	,64 (.38;90)	,95 (.58;1,32)	-,10 (-,37;16)	-,03 (-,28;22)	-,09 (-,38;21)	-,02 (-,36;31)	1,12 (.76;1,48)	1,04 (.66;1,43)
<i>P</i>	< ,001	< ,001	< ,001	,446	,796	,566	,902	< ,001	< ,001

Tous les modèles incluent l'année de l'enquête, l'âge et le sexe. De plus, les variables suivantes sont incluses lorsqu'elles sont associées aux variables dépendantes avec  $p \leq ,25$  dans une régression linéaire simple :

- <sup>a</sup> Pratique en milieu urbain;
- <sup>b</sup> Proportion de patients de moins de 18 ans;
- <sup>c</sup> Proportion de patients de 65 ans ou plus;
- <sup>d</sup> Fume quotidiennement ou à l'occasion.

## INTERPRÉTATION

---

Les données des enquêtes menées en 2005 et 2010 auprès des infirmières indiquent que ni les pratiques de counseling ni la plupart des caractéristiques psychosociales liées au counseling n'ont varié de façon favorable. Cependant, nos données suggèrent qu'il existe des différences importantes selon que les infirmières ont reçu ou non une formation sur le counseling en abandon du tabac après leurs études. Comparativement aux infirmières qui n'ont pas reçu de formation après leurs études, celles qui ont reçu une formation ont de meilleures pratiques de counseling tant auprès des patients prêts à cesser de fumer qu'avec ceux qui ne sont pas prêts. De plus, elles sont davantage convaincues qu'intervenir avec un fumeur fait partie de leur rôle, leur sentiment de compétence à offrir du counseling est plus grand, et elles ont une meilleure connaissance des ressources communautaires.

Étant donné l'association positive entre la formation après les études et les pratiques de counseling en abandon du tabac, il est impératif d'encourager les infirmières qui sont en pratique à rechercher de la formation sur l'intervention en arrêt tabagique. Depuis 2006, l'Ordre des infirmières du Québec a offert à ses membres plus d'une vingtaine de formations interactives quant à l'intervention auprès du fumeur. Un document d'orientations cliniques adapté aux réalités des infirmières sur les interventions recommandées auprès des fumeurs est distribué lors de ces formations et est également disponible sur le site internet de l'Ordre. En 2010, un algorithme d'intervention en abandon du tabac a été inséré dans un outil d'aide à la pratique élaboré par l'Ordre « PRN comprendre pour mieux intervenir. Guide d'évaluation, de surveillance et d'interventions infirmières » (Tremblay et Poirier, 2012a). Enfin, en 2012, l'Ordre endossait, avec six autres ordres professionnels et l'INSPQ, une déclaration commune sur l'importance d'aborder la question du tabagisme et sur le rôle essentiel que doivent jouer les

professionnels de la santé en accompagnant leurs patients fumeurs dans une démarche de renoncement au tabac (Tremblay et Poirier, 2012b). Dans cette déclaration, l'OIIQ a accepté i) d'offrir de la formation sur le counseling en abandon du tabac à ses membres et d'en faire la promotion; ii) de fournir des outils pour aider les infirmières à soutenir leurs patients qui fument; iii) de promouvoir les ressources communautaires en abandon du tabac; iv) de travailler en collaboration avec les universités à inclure de la formation sur le tabagisme et sur le counseling en abandon du tabac dans le programme de Nursing.

Les limites de cette étude tiennent au fait que les données sont auto rapportées, de sorte que les pratiques de counseling en abandon du tabac pourraient être surestimées. Des biais de sélection relatifs aux non-réponses ont pu limiter la représentativité des résultats, mais il est peu probable que ces biais aient eu des conséquences sur les associations observées entre les pratiques de counseling en abandon du tabac et les variables étudiées que sont le temps et la formation durant et après les études.

## CONCLUSION

---

Entre 2005 et 2010, aucun changement n'a été observé dans les pratiques de counseling en abandon du tabac des infirmières. Néanmoins, comparativement à celles qui n'ont pas reçu de formation, les infirmières formées après leurs études ont de meilleures pratiques de counseling, tant auprès des patients fumeurs prêts à renoncer au tabac qu'auprès de ceux qui ne le sont pas. Le défi pour les prochaines années sera d'inciter les infirmières à participer à des formations sur le counseling en abandon du tabac si l'on souhaite observer des changements appréciables des pratiques de counseling de l'ensemble des infirmières. La mise en place de conditions favorisant une intervention des infirmières avec les patients fumeurs devra également être considérée.

## RÉFÉRENCES

---

- Hosmer DW, Lemeshow S. (2000). *Applied Logistic Regression* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons Inc. doi : [10.1002/0471722146](https://doi.org/10.1002/0471722146).
- Makni H, O'Loughlin J, Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, Déry V, *et al.* (2002). Smoking Prevention Counseling Practices of Montreal General Practitioners. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 156(12):1263-7.
- O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, Lacroix C, Gervais A, Déry V, *et al.* (2001). Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal. *Preventive Medicine*, 33:627-38.
- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport sur la Santé dans le Monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, Patra J, *et al.* (2006). *The Cost of Substance Abuse in Canada 2002*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Statistique Canada. (2010). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2010*. Ottawa, ON: Statistiques Canada.
- Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, O'Loughlin J, Makni H, Paradis G. (2001). Physicians Taking Action Against Smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counseling by Montreal general practitioners. *Canadian Medical Association Journal*; 165(5):601-7.
- Tremblay M, Cournoyer D, O'Loughlin J. (2009). Do the correlates of smoking cessation counseling differ across health professional groups? *Nicotine and Tobacco Research*, 11(11):1330-8.
- Tremblay M, Poirier H. (2012a). Regards sur un partenariat fructueux : cinq ordres professionnels et l'Institut national de santé publique du Québec engagés dans la lutte contre le tabagisme. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec. ISBN : 978-2-550-63396-9.
- Tremblay M, Poirier H. (2012b). Énoncé de position- Le tabagisme, un fléau de santé publique : des professionnels de la santé engagés. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

## REMERCIEMENTS

---

Les auteurs tiennent à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour leur soutien financier ayant permis la tenue des deux enquêtes.

### Les pratiques de counseling en abandon du tabac des infirmières : une comparaison entre 2005 et 2010

Auteurs :

**Michèle Tremblay, M.D.**, Institut national de santé publique du Québec

**Jennifer O'Loughlin, Ph. D.**, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Institut national de santé publique du Québec

**Dominic Comtois, B.A.**, candidat à la maîtrise en épidémiologie, Université McGill

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspg.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspg.gouv.qc.ca).

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 1<sup>er</sup> TRIMESTRE 2014  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-69703-9 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-69704-6 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

N° de publication : 1755

Institut national  
de santé publique

Québec 