



Fardeau des affections attribuables au tabac et à l'alcool par circonscription sanitaire en Ontario

Février 2023

Publié par Santé Ontario et Santé publique Ontario

Santé Ontario

505 University Avenue, 5^e étage
Toronto, ON M5G 2L3

- cancerprevention@santeontario.ca/tabagi
sme-alcool

santeontario.ca

Préparé par Meaghan Boddy, Penney Kirby, Naomi Schwartz (responsable), Rebecca Truscott et Stephanie Young, Santé de la population et prévention, Santé Ontario; et Daniel Harrington, Sue Keller-Olaman, Sarah Orr (responsable), Justin Thielman (responsable), Promotion de la santé, maladies chroniques et prévention des blessures, Santé publique Ontario.

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023.

ISBN 978-1-4868-4931-4 PDF

Autorisation de reproduire

À moins d'indication contraire, l'information contenue dans cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, sans frais et sans autre permission à des fins commerciales, pourvu qu'une diligence raisonnable soit exercée afin d'assurer l'exactitude de l'information reproduite, que Santé Ontario et l'Agence ontarienne de Protection et de Promotion de la Santé (Santé publique Ontario) soient mentionnés comme organismes sources et que la reproduction ne soit présentée ni comme une version officielle ni comme une copie ayant été faite en collaboration avec Santé Ontario et Santé publique Ontario ou avec son consentement. Pour obtenir l'autorisation de reproduire l'information contenue dans cette publication à des fins commerciales, veuillez envoyer un courriel à communications@oahpp.ca.

Vous avez besoin de ces renseignements dans un format accessible? Appelez le 1-877-543-8931 ou envoyez un courriel à communications@oahpp.ca.

Comment citer cette publication :

Santé Ontario et Agence ontarienne de Protection et de Promotion de la Santé (Santé publique Ontario).
Fardeau des affections attribuables au tabac et à l'alcool par circonscription sanitaire en Ontario. Toronto :
Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023.

Ce rapport et ses documents supplémentaires sont accessibles sur publichealthontario.ca/fr/smoking-alcohol.

Remerciements

Le présent rapport reflète le travail de Santé Ontario et de Santé publique Ontario, et ne reflète pas nécessairement les opinions ou points de vue des personnes à qui nous avons fait appel aux fins de consultation et de commentaires, ni les organismes qu'elles représentent.

Les auteurs souhaiteraient remercier leurs collègues de Santé Ontario et Santé publique Ontario : De Santé Ontario, Amy Chang pour ses travaux analytiques, Ying Wang pour l'assistance technique, Penney Kirby pour la gestion de projet et le transfert de connaissances, Jenny Lass pour l'édition des rapports. De Santé publique Ontario, Jenny Bui, Jessica Lee, Breanne Reel et Shelly Simeoni pour l'assistance technique.

Merci à la D^{re} Linda Rabeneck pour son leadership sur la prévention des maladies chroniques et l'orientation stratégique sur ce rapport, et au D^r Brian Schwartz pour avoir réalisé un examen de haut niveau du rapport, ainsi que son leadership et son orientation stratégique sur la prévention des maladies chroniques.

Nous remercions également les groupes et individus suivants pour leurs consultations et commentaires sur le rapport :

- Gestion de la prévention des maladies chroniques chez Santé publique Ontario;
- Association de la santé publique d'Ontario, groupe de travail sur la consommation d'alcool;
- Collaboration de santé publique d'Ontario sur le cannabis;
- Réseaux de lutte contre le tabagisme;
- Centre d'excellence pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances, Santé Ontario;
- Michael Chaiton, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale;
- Michelle Cotterchio, Prithwish De, Zeinab El-Masri, Vicki Lee de Santé Ontario;
- Celina Degano, Erin Hobin, Pamela Leece, Anne Philipneri, Sarah Richmond, Brendan Smith de Santé publique Ontario;
- Bill Evans, Santé Ontario et université McMaster;
- Adam Sherk, Institut canadien de recherche sur l'usage de substances, Université de Victoria;
- Kevin D. Shield, Centre de toxicomanie et de santé mentale;
- Tim Stockwell, Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et Département de psychologie, Université de Victoria.

À propos de Santé Ontario

Santé Ontario est un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter et de coordonner le système de soins de santé de notre province afin de s'assurer que la population ontarienne reçoive les meilleurs soins possible. Pour obtenir plus d'information à propos de Santé Ontario, visitez santeontario.ca

À propos de Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario consacré à la protection et la promotion de la santé de tous les Ontariens ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière d'accès à la santé. Santé publique Ontario assure la liaison entre les praticiens en santé publique, les travailleurs de première ligne et les chercheurs et ce qui se fait de mieux en matière de renseignements et connaissances scientifiques dans le monde entier. Pour obtenir plus d'information à propos de Santé publique Ontario, visitez publichealthontario.ca/fr.

Table des matières

Figures.....	6
Tableaux	6
Faits saillants.....	7
Avant-propos.....	9
Introduction.....	11
Affections attribuables au tabac et à l'alcool	13
Méthodes.....	18
Résultats : Prévalence de la consommation de tabac et d'alcool en Ontario.....	28
Résultats : Méfaits attribuables en Ontario.....	34
Discussion	37
Conclusion.....	43
Références	44

Figures

Figure 1 : Pourcentage des personnes âgées de 20 ans et plus qui ont rapporté fumer actuellement, par circonscription sanitaire, Ontario 2015–2017 combinées..... 29

Figure 2 : Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont rapporté une consommation actuelle d'alcool, par circonscription sanitaire, Ontario, 2015-2017 combinées..... 31

Figure 3 : Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont rapporté des boissones express, par circonscription sanitaire, Ontario, 2015-2017 combinées..... 32

Figure 4 : Pourcentage de personnes âgées de 19 ans et plus qui ont rapporté avoir dépassé deux verres au cours de la semaine passée, par circonscription sanitaire, Ontario, 2015-2017 combinées..... 33

Tableaux

Tableau 1 : Sources de données..... 19

Tableau 2 : Catégories de conditions et codes de diagnostic pour le tabagisme 21

Tableau 3 : Catégories de conditions et codes de diagnostic pour l'alcool 23

Tableau 4 : Estimations des décès, hospitalisations et visites aux urgences, en moyenne, découlant d'affections attribuables au tabagisme chez les personnes de 35 ans et plus, Ontario..... 34

Tableau 5 : Estimations des décès, hospitalisations et visites aux urgences, en moyenne, découlant d'affections attribuables à l'alcool chez les personnes de 15 ans et plus, Ontario 36

Faits saillants

Le présent rapport fournit des estimations sur la prévalence de la consommation de tabac et d'alcool, ainsi que les décès, hospitalisations et visites aux urgences attribuables au tabac et à l'alcool, par circonscription sanitaire et dans tout l'Ontario. Au sein de la population, les décès (selon les données de 2014 à 2018), les hospitalisations (données de 2015 à 2019) et les visites aux urgences (2015 à 2019) ont été calculés grâce aux données utilisables des dernières années qui étaient accessibles au moment de l'analyse. Le rapport inclut aussi une discussion sur les stratégies de contrôle du tabac et de l'alcool afin de prévenir et réduire leur consommation, qui pourraient être adoptées par les circonscriptions sanitaires en fonction de leurs circonstances et contextes.

Prévalence du tabagisme

Au cours de la période entre 2015 et 2017, 17,5 % des Ontariens âgés de 20 ans et plus ont rapporté fumer des cigarettes tous les jours ou occasionnellement. La prévalence du tabagisme actuel dans les 34 circonscriptions sanitaires d'Ontario variait entre 12,3 % (au plus bas) et 28 % (au plus haut).

Résultats de santé estimés attribuables au tabagisme

Dans une année moyenne, une estimation de 16 673 décès, 68 046 hospitalisations et 125 384 visites aux urgences ont été attribuables au tabagisme chez les personnes âgées de 35 ans et plus. Ces résultats attribuables au tabagisme constituaient 17 % des décès, 8,7 % des hospitalisations et 3,4 % des visites aux urgences, entre toutes les causes, chez les Ontariens de 35 ans et plus. Tous ces résultats étaient plus communs chez les hommes que chez les femmes.

Prévalence de la consommation d'alcool

Au cours de la période entre 2015 et 2017, 76,8 % des Ontariens âgés de 15 ans et plus ont rapporté une consommation actuelle d'alcool. On entend par là le fait d'avoir consommé un verre d'alcool ou plus au cours des 12 derniers mois. La prévalence de la consommation actuelle d'alcool dans les 34 circonscriptions sanitaires d'Ontario variait entre 63,2 % (au plus bas) et 83,3 % (au plus haut).

Au cours de la même période entre 2015 et 2017, 18,9 % des Ontariens âgés de 15 ans et plus ont rapporté avoir fait des beuveries express, c'est à dire cinq verres ou plus pour les hommes, et quatre verres ou plus pour les femmes lors d'une même occasion, au minimum une fois par mois au cours des 12 derniers mois. La prévalence actuelle des beuveries express dans les 34 circonscriptions sanitaires d'Ontario variait entre 13,3 % (au plus bas) et 28,4 % (au plus haut).

Au cours de la même période, 33,2 % des Ontariens âgés de 19 ans et plus ont rapporté avoir consommé plus de deux verres lors de la semaine passée. Bien qu'aucune quantité d'alcool ne soit sans risque, plus de deux verres par semaine augmentent le risque au-delà d'un niveau dit « faible », et chaque verre supplémentaire accroît davantage le risque. La prévalence des personnes buvant plus de deux verres par semaine au sein des circonscriptions sanitaires variait entre 23,5 % (au plus bas) et 42,6 % (au plus haut).

Résultats de santé estimés attribuables à la consommation d'alcool

Dans une année moyenne, une estimation de 4 330 décès, 22 009 hospitalisations et 194 692 visites aux urgences ont été attribuables à la consommation d'alcool chez les personnes âgées de 15 ans et plus. Ces résultats attribuables à la consommation d'alcool constituaient 4,3 % des décès, 2,1 % des hospitalisations et

3,7 % des visites aux urgences, entre toutes les causes, chez les Ontariens de 15 ans et plus. Tous ces résultats étaient plus communs chez les hommes que chez les femmes.

Voir l'annexe A sur ce lien publichealthontario.ca/fr/smoking-alcohol pour consulter une présentation des résultats de santé estimés pour les circonscriptions sanitaires.

Avant-propos

Au nom de Santé Ontario et Santé publique Ontario, nous sommes ravis de vous présenter le rapport sur le *Fardeau des affections attribuables au tabac et à l'alcool par circonscription sanitaire en Ontario*. Ce rapport fournit des données et des éléments probants qui illustrent le fardeau des maladies et blessures attribuables à la consommation de tabac et d'alcool en Ontario. Ces renseignements sont importants pour les décideurs et les Ontariens car ils appuient des politiques et programmes ciblés pour prévenir ces méfaits contre les personnes et le système de santé. Les estimations de prévalence de la consommation de tabac et d'alcool dans la province sont présentées avec des estimations des décès, hospitalisations et visites aux urgences attribuables au tabac et à l'alcool. Le présent rapport s'appuie sur le rapport de 2019 [Le Fardeau des maladies chroniques en Ontario](#) en fournissant des données à l'échelle des circonscriptions sanitaires en plus de données à l'échelle de l'Ontario sur les méfaits relatifs à la consommation de tabac et d'alcool.

Chaque année en moyenne en Ontario, les méfaits attribuables au tabagisme ont causé environ 16 673 décès, 68 046 hospitalisations et 125 384 visites aux urgences. Ces résultats attribuables au tabagisme constituaient 17 % des décès, 8,7 % des hospitalisations et 3,4 % des visites aux urgences, entre toutes les causes en Ontario. Les méfaits attribuables à l'alcool ont causé environ 4 330 décès, 22 009 hospitalisations et 194 692 visites aux urgences. Ces résultats attribuables à la consommation d'alcool constituaient 4,3 % des décès, 2,1 % des hospitalisations et 3,7 % des visites aux urgences, entre toutes les causes en Ontario. Cumulés, les méfaits et blessures attribuables au tabac et à l'alcool constituent un fardeau considérable sur le système de santé. En Ontario, les coûts directs totaux des soins de santé, ainsi que les coûts indirects sont estimés à 7 milliards \$ par an pour le tabagisme, et 4,5 milliards \$ pour la consommation d'alcool.(1) Ces méfaits peuvent être évités par le biais de politiques ciblées, d'interventions cliniques et fondées sur la population qui soient adaptées aux estimations de l'unité locale de santé publique en matière de prévalence et de résultats.

Ce rapport appuie la [Stratégie de prévention des maladies chroniques 2020-2023](#) et le [Plan stratégique 2020-2023](#) de Santé publique Ontario. Pour obtenir plus de données et d'éléments probants sur les maladies chroniques et leurs facteurs de risque, visitez les sites Web de [Santé Ontario](#) et [Santé publique Ontario](#).

Santé Ontario et Santé publique Ontario se réjouissent de pouvoir travailler avec nos partenaires pour améliorer la communication des données, réduire l'exposition aux facteurs de risque des maladies chroniques et remédier aux inégalités en matière d'accès à la santé en Ontario.

Rebecca Truscott, MHSc, RD
Directrice principale, Lutte contre le cancer et intégration des données probantes
Établissements cliniques et programmes de qualité
Santé Ontario santeontario.ca

Colleen Geiger
Directrice générale, Promotion de la santé, Prévention des maladies chroniques et des traumatismes
(intérimaire)
Directrice générale, Stratégie et les relations avec les intervenants, recherche, information et savoir
Santé publique Ontario
publichealthontario.ca/fr

Introduction

Objectif

Le présent rapport, produit en collaboration avec Santé Ontario et Santé publique Ontario, présente les méfaits attribuables au tabac et à l'alcool à l'échelle de l'Ontario, qui se définissent comme les décès, hospitalisations et visites aux urgences associés aux affections attribuables au tabac et à l'alcool. Le rapport présente également les méfaits à l'échelle de la circonscription sanitaire afin de soutenir la planification du système local et les possibilités d'élaboration de politiques dans le but de prévenir et de réduire la consommation de tabac et d'alcool.

Contexte

La consommation de tabac à fumer et d'alcool, accompagnée d'une inactivité physique et d'une mauvaise alimentation, constituent les quatre principaux facteurs de risque modifiables et évitables pour les maladies graves non transmissibles.(2)

Au Canada, le tabac est la cause la plus commune, et l'alcool représente la sixième cause la plus commune d'invalidité et de décès.(3) Il a été estimé que 45 000 décès par an sont causés par le tabac (4) et 15 000 sont causés par la consommation d'alcool.(5,6) En 2017, l'alcool et le tabac ont contribué à hauteur de 89 % du total des coûts de soins de santé attribuables à la consommation de substances dans le pays.(7)

Compte tenu du fardeau conséquent des maladies attribuables à la consommation de tabac et d'alcool, un examen détaillé des méfaits causés en Ontario est justifié. Comme l'Ontario est une province vaste et diversifiée, il est important d'observer la mortalité et la morbidité à l'échelle de chaque circonscription sanitaire. Une meilleure compréhension des résultats attribuables au tabac et à l'alcool, spécifiques à chaque région, peut permettre aux prestataires de soins de santé et aux professionnels en santé publique de hiérarchiser leurs efforts en vue de réduire la consommation de tabac et d'alcool dans leurs collectivités. En réduisant la prévalence de la consommation de tabac et d'alcool, il est possible de réduire le fardeau des maladies en Ontario, de maintenir les Ontariens en bonne santé et enfin de réduire le recours aux soins de santé et les coûts généraux qui en découlent.(8)

Dans ce rapport, on entend par tabagisme le fait de fumer des cigarettes, sans prendre en compte les autres formes de tabac, comme le tabac à mâcher, la pipe à eau ou le vapotage. Cela n'inclut pas les produits non liés au tabac comme le cannabis. Les méfaits décrits dans le présent rapport sont uniquement associés à la consommation de tabac commercial à des fins récréatives et ne sont pas associés à l'utilisation sacrée et traditionnelle du tabac. Le tabagisme a été rapporté chez les personnes âgées de 20 ans et plus pour s'aligner sur les autres normes et lignes directrices en matière de rapport, comme celles de l'Association des

épidémiologistes en santé publique de l'Ontario, les instantanés de Santé publique Ontario et les profils d'Action Cancer Ontario.

Dans ce rapport, on entend par consommation actuelle d'alcool le fait d'avoir bu une boisson alcoolisée ou plus au cours des 12 derniers mois. Mesurer les comportements de consommation d'alcool chez les personnes âgées de 15 ans et plus est une chose commune dans le cadre de la surveillance de la consommation d'alcool. Par exemple, la population de 15 ans et plus a été utilisée par l'administratrice en chef de la santé publique du Canada dans le rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2015.(9) Cette catégorie de la population a aussi été utilisée dans la surveillance de la consommation mondiale d'alcool par l'Organisation mondiale de la Santé.(9-11) La consommation excessive d'alcool ou les beuveries express correspondent au fait de boire cinq verres ou plus pour les hommes, et quatre verres ou plus pour les femmes lors d'une même occasion, au minimum une fois par mois au cours des 12 derniers mois.

En janvier 2023, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a publié ses recommandations sur l'alcool et la santé et ces recommandations remplacent les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. (12) Ces nouveaux repères sont fondés sur des données probantes mises à jour qui révèlent que tous les niveaux de consommation d'alcool sont associés à un risque accru de méfaits liés à l'alcool. Ces nouveaux repères proposent qu'il y ait une échelle progressive des risques, dans laquelle le risque est faible pour ceux qui consomment deux verres standard ou moins par semaine; un risque modéré pour ceux qui consomment entre trois et six verres standard par semaine; et un risque de plus en plus élevé pour ceux qui consomment sept verres standards ou plus par semaine.

En raison des limitations de données et de portée, certains sujets ne seront pas examinés dans ce rapport, comme le fardeau accru des maladies causées par le tabac et l'alcool et subies par certains segments de la population, ainsi que les différences régionales dans les facteurs sociodémographiques qui ont des répercussions sur la prévalence du facteur de risque et les résultats de santé. L'exposition à la fumée secondaire de tabac ou de vapotage, l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foétale ainsi que certains méfaits sociaux ne figureront pas non plus dans le rapport.

Seuls les méfaits partiellement ou entièrement attribuables au tabac et à l'alcool ont été inclus dans le présent rapport. Bien qu'il existe des données probantes quant au fait que le tabac et l'alcool ont des répercussions négatives sur la santé générale, seules les conditions ayant une association directe ont été prises en compte.

Les données émergentes sur la pandémie de COVID-19 suggèrent que les maladies chroniques telles que le cancer, les maladies cardiaques, le diabète et l'insuffisance rénale chronique, peuvent augmenter la gravité de la COVID-19,(13). De plus, cette pandémie a eu de graves répercussions sur la prévention des maladies chroniques et le recours aux soins de santé. Elle a également touché disproportionnellement les personnes au statut socio-économique moins élevé, et les personnes de certaines origines ethniques. Un examen des répercussions de la COVID-19 sur les méfaits attribuables au tabac et à l'alcool n'était pas possible dans ce rapport puisque les données n'étaient disponibles que jusqu'à 2019 au moment de l'analyse. Lorsque les

données seront accessibles, d'autres recherches seront bien entendu justifiées sur les répercussions considérables de la pandémie de COVID-19 sur la prévention des maladies chroniques et les résultats de santé.

De plus, ce rapport ne quantifie pas les méfaits synergiques créés lorsque le tabac et l'alcool sont combinés. Le risque de maladie est bien plus élevé lorsqu'une personne fume des cigarettes et boit de l'alcool en même temps, en comparaison à la somme des risques séparés de la consommation de tabac et d'alcool. Bien que l'effet de synergie entre le tabac et l'alcool soit un facteur important à prendre en compte, il n'existe pas d'estimations du risque permettant de quantifier cet effet. Par conséquent, le présent rapport présente les estimations de risque pour le tabac et l'alcool séparément. Ces estimations de risque sont plus conservatrices qu'elles ne le seraient pour un risque synergique, et elles peuvent ainsi représenter une sous-estimation de ces méfaits.

Enfin, les termes utilisés pour faire référence au genre dans le présent rapport (homme, femme, hommes et femmes) proviennent de sources de données du rapport, et ne représentent pas la pleine diversité de genres que l'on retrouve au sein de la population ontarienne.

Affections attribuables au tabac et à l'alcool

La présente partie fournit un aperçu des affections causées par la consommation de tabac et d'alcool.

Cancer

Le cancer se rapporte au groupe de maladies pour lesquelles des cellules anormales commencent à se développer de manière incontrôlée.(14) On a estimé que 33 % des cas de cancer diagnostiqués en 2015 au Canada étaient attribuables à des facteurs de risque modifiables.(15) Le tabagisme a longtemps été classifié comme étant cancérigène par le Centre international de recherche sur le cancer, et est responsable pour la plus grande partie des cancers évitables.(16-19) Le tabac provoque des cancers de la cavité buccale, du pharynx, du naso-pharynx, de la cavité nasale, des sinus paranasaux, du larynx, de l'œsophage, de l'estomac, du colon et du rectum, du foie, du pancréas, du col de l'utérus (en tant que cofacteur avec le papillomavirus humain), de l'ovaire, du rein, de la vessie et du système urinaire (y compris l'urètre), de la moelle osseuse (leucémie aiguë myéloïde) et du poumon.(20) Bien que tous les cancers du poumon ne soient pas tous causés par le tabac, la plus grande partie des cancers du poumon évitables peuvent être attribuables au tabac. Il existe des données probantes qui démontrent que le tabagisme est une cause probable du cancer du sein.(21,22)

Les boissons alcoolisées ont également été classifiées comme étant cancérigènes par le Centre international de recherche sur le cancer, provoquant des cancers de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage (principalement un carcinome squameux), du colon et du rectum, du sein (chez les femmes

ménopausées), du pancréas et du foie.(16-19, 23-26) Des données probantes indiquent que la consommation d'alcool est un facteur de risque probable pour le cancer du sein chez les femmes préménopausées et de cancer de l'estomac.(25) Bien que certaines données probantes indiquent que consommer jusqu'à deux verres d'alcool par jour protègerait contre le cancer du rein, tout avantage potentiel serait largement compensé par le risque accru de développer d'autres types de cancers.(25) Pour tous les cancers associés à l'alcool, les données probantes indiquent qu'il y a une relation dose-effet, avec un risque croissant à mesure que les niveaux de consommation augmentent.(24) Des études ont révélé que pour certains cancers, il n'existe pas de seuil minimum sain de consommation d'alcool, tandis que pour les autres, le risque augmente considérablement à des niveaux de consommation supérieurs (plus de deux ou trois verres par jour).(25) Les boîtes express ou la consommation excessive d'alcool (consommer quatre verres d'alcool ou plus par jour) augmentent significativement le risque de développer un cancer.(23,24)

L'interaction synergique entre l'alcool et le tabac a été observée sur certains cancers. Le risque de développer des cancers de la cavité buccale, du larynx et de l'œsophage (carcinome squameux) chez les gens qui à la fois boivent de l'alcool et consomment du tabac est largement supérieur à la somme des risques chez les gens qui fument uniquement ou qui boivent uniquement.(27) Les données probantes suggèrent également que le risque de développer un de ces cancers est bien supérieur chez les personnes qui consomment de l'alcool et du tabac en grande quantité plutôt que chez ceux qui ne consomment ni alcool ni tabac.(16, 27)

Maladies cardiovasculaires

La consommation de tabac et d'alcool a été associée à de nombreuses maladies cardiovasculaires. Les maladies cardiovasculaires incluent la cardiopathie ischémique, l'hypertension, la maladie cérébrovasculaire, l'athérosclérose, l'anévrisme de l'aorte et les autres maladies artérielles.

Il a été démontré que le tabagisme provoquait l'athérosclérose, la coronaropathie et la maladie artérielle périphérique.(28) Le tabagisme augmente également le risque de cardiopathie ischémique, d'AVC et d'anévrisme de l'aorte abdominale.(28)

La consommation excessive régulière d'alcool (60 grammes ou plus d'alcool pur, soit l'équivalent de cinq verres standard ou plus, lors d'une même occasion ou plus, au moins une fois par mois) est associée à divers effets cardiovasculaires indésirables parmi lesquels la myocardiopathie, l'hypertension systémique, l'AVC hémorragique, certaines formes d'insuffisance cardiaque et de mortalité cardiovasculaire globale.(29, 30) Consommer plus de quatre verres d'alcool par jour est associé à un risque accru d'AVC ischémique et hémorragique.(31) La consommation excessive occasionnelle (60 grammes ou plus d'alcool par occasion) chez les personnes ayant une consommation d'alcool faible à modérée (moins de trois verres de taille standard par jour) est également associée aux maladies cardiovasculaires.(32) Les personnes qui boivent de façon modérée et qui boivent occasionnellement de façon excessive présentent un risque accru de cardiopathie ischémique, en comparaison aux personnes qui boivent seulement modérément.(33)

Malgré les nombreux effets néfastes de l'alcool, certaines études ont révélé des effets protecteurs de l'alcool, lorsque consommé à de faibles doses.(34, 35) La consommation d'alcool faible à modérée (moins de trois verres de taille standard par jour) sans consommation excessive peut être associée à une diminution de la mortalité globale liée aux maladies cardiovasculaires, et à des risques plus faibles de cardiopathie ischémique et d'AVC ischémique.(29, 30, 32, 36) Cependant, des recherches récentes ont fortement contesté les effets protecteurs observés dans certaines études.(37, 38) Il est également important de garder à l'esprit qu'en dépit des effets protecteurs de l'alcool pour certaines affections spécifiques, la consommation d'alcool à tout niveau est nocive pour la santé générale.(39)

Consommer trois verres ou plus par jour a des effets nocifs similaires au tabagisme en ce qui concerne certaines formes de maladie cardiovasculaire. Cependant, nous ignorons encore s'il existe un effet synergique sur les maladies cardiovasculaires (c.-à-d. une augmentation exponentielle du risque si une personne consomme à la fois du tabac et de l'alcool).(34) Les exemples des effets indésirables de l'alcool incluent la hausse de la tension artérielle et des niveaux de triglycérides dans le sang, ainsi qu'un risque accru d'AVS et d'insuffisance cardiaque congestive.(34) La proportion de maladies cardiovasculaires qui pourraient être évitées en réduisant les facteurs de risque comme la consommation de tabac et d'alcool varie.(8, 40, 41)

Maladies respiratoires

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) se rapportent à un groupe de maladies pulmonaires évitables, qui comprend l'emphysème et la bronchite chronique, et elles constituent la troisième principale cause de mort dans le monde.(42, 43) Le tabagisme est la première cause de morbidité et mortalité liées aux MPOC.(28, 43) Les décès attribuables aux MPOC peuvent être sous-estimés à hauteur de 50 % car ils sont souvent considérés comme des décès causés par d'autres affections, comme la pneumonie et les maladies cardiovasculaires.(42, 44, 45)

La consommation de tabac et d'alcool sont également des facteurs de risque pour les infections des voies respiratoires inférieures comme la pneumonie. Le tabagisme a été associé avec la pneumonie acquise dans la communauté, en particulier chez les personnes souffrant de MPOC.(46, 47) Les données probantes indiquent qu'il y a une relation dose-effet entre de grandes quantités de tabac fumé et un risque accru de pneumonie acquise dans la communauté.(46) La consommation d'alcool a également été associée à la pneumonie acquise dans la communauté, avec les personnes qui boivent excessivement, comme présentant un risque supérieur pour des conséquences néfastes.(48, 49)

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par une bactérie (*Mycobacterium tuberculosis*) qui touche principalement les poumons, mais qui affecte aussi d'autres parties du corps comme les reins, la colonne vertébrale et le cerveau. Il a été démontré que le tabagisme augmentait le risque d'être touché par la tuberculose et d'en mourir, en plus de diminuer l'efficacité des traitements contre la tuberculose.(50-52) De plus, la consommation excessive et les troubles de la consommation d'alcool sont fortement associés à un risque accru d'infection tuberculeuse et de tuberculose évolutive, ainsi qu'une diminution de l'efficacité des traitements.(53)

La grippe est une affection respiratoire infectieuse causée par les virus de la grippe qui affectent le nez, la gorge et les poumons. Certaines études ont révélé que le tabagisme augmentait le risque d'infection et d'admission à l'hôpital pour cause de grippe. (54,55)

Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

Certaines données probantes suggèrent que l'alcool est associé à la transmission du virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise ainsi qu'à une incidence supérieure de maladie. Cette association peut être expliquée par des facteurs biologiques (effet de l'alcool sur la progression et la transmission de la maladie) et comportementaux (prise de décision et comportements sexuels ou à risque). (56, 57)

Diabète

Le diabète est une affection qui empêche la production suffisante d'insuline ou la bonne utilisation de l'insuline, qui est nécessaire pour réguler la quantité de sucre dans l'organisme. (58) Les décès causés par le diabète peuvent être sous-estimés puisque le fait d'être atteint du diabète augmente le risque de mourir d'autres affections, parmi lesquelles les maladies cardiovasculaires et le cancer colorectal. (59, 60)

Le tabagisme a été reconnu comme étant un facteur de risque évitable et modifiable pour le diabète de type 2. Les études fondées sur la population ont révélé que le tabagisme pouvait augmenter le risque de diabète de type 2 de 30 à 40 % pour les fumeurs actuels, en comparaison avec les non-fumeurs. (28, 61)

La consommation excessive régulière d'alcool est également associée au diabète de type 2. Bien que certaines données probantes indiquent que la consommation d'alcool faible à modérée sans excès puisse être liée à des diminutions du diabète de type 2, (29, 30, 32, 36, 62, 63) les récentes études remettent en question les effets protecteurs de l'alcool observés par certains chercheurs. (64-66) Même s'il y a des effets protecteurs pour le diabète, la consommation d'alcool à tout niveau est nocive pour la santé globale. (39)

Troubles neuropsychiatriques

Les troubles neuropsychiatriques se rapportent à un large éventail de troubles mentaux, neurologiques et de toxicomanie. (30) Bien que de nombreuses personnes vivant avec des troubles mentaux puissent devenir dépendantes à l'alcool ou développer des troubles de la consommation, la directionnalité de la relation n'est pas claire puisque la cause est très difficile à établir. (67, 68) Un des troubles neuropsychiatriques présentant une association claire avec la consommation d'alcool est l'épilepsie, qui se définit comme une prédisposition durable aux crises épileptiques. (69) Une relation constante dose-effet est observée pour l'épilepsie et l'alcool, en particulier à des niveaux élevés de consommation, (32, 69, 70) avec des données qui suggèrent que l'alcool pourrait causer des crises épileptiques. (71, 72) Les personnes buvant de grandes quantités

d'alcool sont également à risque de faire l'objet de psychose liée à l'alcool, de trouble de la consommation d'alcool, de polyneuropathie alcoolique, de myopathie alcoolique et de dégénérescence du système nerveux.

D'autres troubles neurologiques peuvent être liés à la consommation d'alcool, mais l'association n'est pas bien établie dans la littérature à ce sujet. Ces affections incluent l'encéphalopathie de Wernicke, le syndrome de Wernicke-Korsakoff, l'élargissement ventriculaire et le dysfonctionnement cognitif, l'atrophie cérébelleuse et les complications neuromusculaires (p. ex., neuropathie périphérique et myopathie).

Affections digestives

Les affections digestives se rapportent à diverses affections qui touchent le tube digestif, qui inclut l'œsophage, le foie, l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin, la vésicule biliaire et le pancréas. Il a été démontré que la consommation excessive d'alcool entraîne le plus de répercussions sur les maladies du foie et du pancréas.

Les données probantes suggèrent qu'il y a une relation dose-effet entre la consommation d'alcool et la stéatose hépatique, l'hépatite induite par l'alcool et la cirrhose.(69) De nombreuses études indiquent qu'une consommation supérieure d'alcool entraîne une augmentation croissante du risque de développer ces affections.(67, 73) Des recherches révèlent également que la consommation d'alcool a plus de probabilité de causer une mortalité par cirrhose plutôt qu'une morbidité, sachant qu'il a été démontré que la consommation excessive d'alcool aggravait la cirrhose, par rapport à d'autres causes.(32, 73)

La pancréatite chronique ou aiguë a été liée à la consommation d'alcool.(67, 73) Plus particulièrement, il a été démontré que la consommation excessive d'alcool augmentait considérablement le risque de développer une pancréatite, tandis que des niveaux de consommation d'alcool plus faibles sont seulement associés à une faible augmentation du risque.(32, 69)

Blessures

De nombreux types de blessures sont associées à la consommation d'alcool. Les blessures volontaires et involontaires ont été fortement liées à la concentration en alcool dans le sang et ses répercussions sur les capacités psychomotrices. Il a été démontré que des niveaux élevés de consommation d'alcool causaient une hausse exponentielle du risque de blessure, et même les faibles niveaux de consommation augmentaient le risque, en comparaison avec une personne ne consommant pas du tout d'alcool.(67, 74)

Les répercussions de l'alcool sur les capacités psychomotrices peuvent entraîner des blessures involontaires comme des noyades, des brûlures, des empoisonnements et des chutes.(67) La conduite avec facultés affaiblies constitue la principale cause de blessures liées à l'alcool, avec un lien de causalité clairement établi.(30, 67, 74)

Les blessures involontaires peuvent aussi résulter de la consommation d'alcool.(39, 67) La consommation d'alcool, en particulier lorsqu'elle est excessive, a un lien de causalité avec le suicide et la violence.(75) Une

association claire entre l'alcool et les agressions a été établie, pouvant entraîner des blessures liées à des agressions, un suicide, de la violence conjugale et même à un homicide. (30, 32, 67) Il a été démontré que la consommation régulière d'alcool et des niveaux élevés d'alcool dans le sang augmentaient considérablement le risque de suicide. (67)

Méthodes

Sources de données

De nombreuses sources de données ont été utilisées pour élaborer des estimations clés des méfaits attribuables à l'alcool et au tabac en Ontario (décrites au Tableau 1). L'annexe technique fournit une description détaillée de la méthodologie utilisée pour produire les estimations de prévalence et les fractions attribuables à la population. De plus, d'autres tableaux sont disponibles pour toutes les données ayant contribué aux estimations présentées dans ce rapport.

Tableau 1 : Sources de données

Source de données	Estimation	Notes
Statistiques vitales - Décès, Registraire général de l'Ontario 2014–2018	Décès	L'année la plus récente pour les données disponibles au moment de l'analyse est 2018.
Base de données sur les congés des patients – Congés de patients hospitalisés, Savoir-Santé Ontario, ministère de la Santé de l'Ontario 2015–2019 Système d'information ontarien sur la santé mentale - Congés de patients hospitalisés pour motif de santé mentale, Savoir-Santé Ontario, ministère de la Santé de l'Ontario 2014–2018	Hospitalisations	L'année la plus récente pour les estimations de population disponibles au moment de l'analyse est 2019. L'année la plus récente pour les estimations de population disponibles au moment de l'analyse est 2018.
Système national d'information sur les soins ambulatoires – Visites aux urgences, Savoir-Santé Ontario, ministère de la Santé de l'Ontario 2015–2019	Visites aux urgences	L'année la plus récente pour les estimations de population disponibles au moment de l'analyse est 2019.
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada 2015–2017	Prévalence des facteurs de risque (autodéclarés)	Les cycles de données les plus récents disponibles au moment des analyses dataient des cycles 2015/2016 et 2017. Les estimations provenaient du fichier partagé de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a été remaniée en 2015, interdisant les comparaisons directes avec les précédents cycles d'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Calculer la prévalence de la consommation de tabac et d'alcool

Les réponses des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015 à 2017 ont été utilisées pour estimer la prévalence du tabagisme actuel, de la consommation actuelle d'alcool, des beuveries express et de la consommation supérieure à deux verres par semaine. Les estimations de prévalence, rapportées en pourcentages, ont été calculées comme le nombre pondéré de l'enquête de personnes dans la tranche d'âge pertinente ayant rapporté chacun des comportements, divisé par le nombre total de personnes se trouvant dans cette tranche d'âge, multiplié par 100. Chaque estimation de prévalence a été calculée à l'échelle de l'Ontario et pour chacune des 34 circonscriptions sanitaires. Les estimations de prévalence (taux bruts) pour la consommation de tabac et d'alcool sont présentées dans ce rapport pour l'Ontario dans leur ensemble et par circonscription sanitaire. Les estimations de prévalence de la consommation de tabac et d'alcool (taux bruts et normalisés selon l'âge) sont accessibles sur le réseau local d'intégration des services de santé par le biais de l'outil en ligne de Santé publique Ontario [Snapshots](#) ou des [profils d'Action Cancer Ontario](#) de Santé Ontario. Les estimations peuvent être calculées pour d'autres limites géographiques en utilisant la méthodologie fournie dans l'annexe technique jointe.

La prévalence du tabagisme actuel a été calculée comme le pourcentage de personnes de 20 ans et plus qui ont rapporté fumer des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement. La prévalence de la consommation actuelle d'alcool a été calculée comme le pourcentage des personnes de 15 ans et plus qui ont rapporté avoir consommé au moins une boisson alcoolisée au cours des 12 derniers mois. La prévalence des beuveries express a été calculée comme le pourcentage des personnes de 15 ans et plus qui ont rapporté avoir consommé quatre verres ou plus pour les femmes ou cinq verres et plus pour les hommes, lors d'une même occasion, au minimum une fois par mois au cours des 12 derniers mois. La prévalence de la consommation supérieure à deux verres par semaine a été calculée comme le pourcentage des personnes de 19 ans et plus qui ont rapporté avoir consommé plus de deux verres au cours de la semaine passée. La méthodologie et les critères d'exclusion utilisés pour calculer ces estimations de prévalence sont décrits dans l'annexe technique.

Aperçu de la méthodologie des méfaits attribuables

Les calculs de méfaits attribuables impliquent d'estimer la proportion d'un résultat (p. ex., décès) causé par la consommation de tabac ou d'alcool au sein d'une population. Pour ce calcul, les estimations sur la prévalence de l'exposition de la population proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (p. ex., la proportion des fumeurs actuels, des anciens fumeurs, et des non-fumeurs en Ontario). Les relations de risque entre l'exposition épidémiologique visée (consommation de tabac et d'alcool) et les résultats visés (mortalité et morbidité) proviennent de la littérature (p. ex., le risque relatif de mourir d'un cancer du poumon chez les fumeurs actuels par rapport aux non-fumeurs, et les anciens fumeurs par rapport aux non-fumeurs).⁽²⁸⁾ Les données sur les résultats attribuables au tabac et à l'alcool proviennent du Bureau de l'état civil ou des données administratives sur les soins de santé comme la base de données sur les congés des patients et le Système national d'information sur les soins ambulatoires. Enfin, en utilisant la formule de Levin pour calculer les fractions attribuables au tabagisme (voir l'annexe technique) ou le modèle

international en matière de méfaits et de politiques liés à l'alcool (InterMAHP) pour calculer les fractions attribuables à l'alcool, les relations de risque sont combinées aux expositions de la population et résultats afin de calculer les fractions attribuables au tabac et à l'alcool au sein de la population.

Les fractions attribuables à la population représentent la proportion du résultat de chaque affection (p. ex., décès lié à un cancer du poumon) qui n'aurait pas eu lieu en absence d'exposition à la substance visée (p. ex., tabac). Les fractions attribuables à la population sont ensuite appliquées aux nombres de résultats pour toutes les affections, pour arriver à des estimations des méfaits attribuables au tabagisme et ceux attribuables à l'alcool dans chaque zone géographique.

Calculer les méfaits attribuables au tabagisme

Les fractions attribuables aux fumeurs ont été calculées pour la mortalité (c.-à-d., décès), hospitalisations et visites aux urgences pour chaque affection, à l'aide de la formule de Levin (17), en utilisant la prévalence des fumeurs actuels, la prévalence des anciens fumeurs, le risque relatif spécifique à la maladie pour les fumeurs actuels par rapport aux non-fumeurs, et le risque relatif de méfaits spécifique à la maladie pour les anciens fumeurs par rapport aux non-fumeurs. Les codes pour les catégories de conditions et la classification internationale des maladies, dixième révision (CIM-10) figurent au tableau 2.

Tableau 2 : Catégories de conditions et codes de diagnostic pour le tabagisme

Affections	Codes CIM-10
Diabète	E10–E14
Cancer du poumon	C33–C34
Autres cancers	—
Lèvres ou cavité buccale	C00–C14
Œsophage	C15
Estomac	C16
Colon et rectum	C18–C20, C26.0
Foie	C22
Pancréas	C25
Larynx	C32
Col de l'utérus	C53
Rein et bassin	C64–C65
Vessie	C67
Leucémie myéloblastique aiguë	C92.0
Maladies cardiovasculaires	—

Affections	Codes CIM-10
Leucémie myéloblastique aiguë	I20–I25
Autre maladie cardiaque	I00–I09, I11, I13, I26–I51
Maladie cérébrovasculaire	I60–I69
Athérosclérose	I70
Anévrisme de l'aorte	I71
Autre maladie artérielle	I72–I78
Maladies respiratoires	—
Tuberculose	A15–A19
Grippe	J10–J11
Pneumonie	J12–J18
Bronchite	J40–J42
Autre maladie pulmonaire obstructive chronique	J44

CIM-10 = Classification internationale des maladies, dixième révision

Pour chaque affection associée au tabagisme, la fraction attribuable aux fumeurs a été calculée à l'échelle provinciale par genre et groupe d'âge (35 à 54, 55 à 64, 65 à 74 et plus de 75 ans), à l'aide d'estimations de prévalence et de risques relatifs spécifiques à l'âge et au genre. Les risques relatifs spécifiques à l'âge et au genre pour les sous-groupes d'affection provenaient de l'étude II de prévention du cancer de l'American Cancer Society et de données regroupées issues de cinq études de cohortes contemporaines.(28) Les estimations de prévalence du tabagisme pour l'Ontario par âge et genre sont issues des cycles de 2015 à 2017 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.(76-78)

Les cinq dernières années de données disponibles ont été utilisées pour calculer le nombre moyen annuel de décès, d'hospitalisations et de visites aux urgences pour chaque résultat de santé. Les données sur les décès sont issues du Bureau de l'état civil entre 2014 et 2018 (Bureau du registraire général de l'Ontario). Les données liées aux hospitalisations proviennent de la Base de données sur les congés des patients (Savoir-Santé) pour 2015 à 2019.(79) Les données sur les visites aux urgences proviennent du Système national d'information sur les soins ambulatoires (Savoir-Santé) pour 2015 à 2019.(80) Des données sur la mortalité, les hospitalisations et les visites aux urgences pour un cancer du poumon, d'autres cancers, des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires et des diabètes ont été extraites en fonction du genre pour les groupes d'âge suivants : 35 à 54, 55 à 64, 65 à 74, et 75 ans et plus. Les chiffres liés à la mortalité (c.-à-d., décès) ou la morbidité (c.-à-d., hospitalisations ou visites aux urgences) pour chacune des catégories de maladie ont été extraits par circonscription sanitaire. Afin de calculer le nombre total de résultats attribuables au tabagisme pour chaque affection par circonscription sanitaire, les fractions provinciales attribuables aux fumeurs et spécifiques à l'âge et au genre ont été multipliées par le nombre total de résultats dans chaque groupe de genre et d'âge pour chaque circonscription sanitaire, avant d'être additionnées. Des résultats plus détaillés, notamment les fractions attribuables aux fumeurs pour chacune des sous-catégories d'affection, figurent dans les tableaux supplémentaires.

Les tableaux dans la partie « résultats » indiquent le nombre de chacun de ces résultats qu'on estime être attribuable au tabagisme dans une année moyenne, sur la période de cinq ans indiquée pour chacune des catégories d'affection en Ontario. Les résultats pour chacune des 34 circonscriptions sanitaires sont disponibles à l'annexe A sur ce lien publichealthontario.ca/fr/smoking-alcohol.

Calculer les méfaits attribuables à l'alcool

Les fractions attribuables aux consommateurs d'alcool pour la mortalité, les hospitalisations et les visites aux urgences ont été calculées pour chaque catégorie d'affection à l'aide d'InterMAHP. (81-84) InterMAHP est un outil en libre accès qui permet d'estimer les méfaits liés à l'alcool et de modéliser les scénarios politiques. Il a été développé par l'Institut canadien de recherche en toxicomanie de l'Université de Victoria. InterMAHP normalise la méthodologie de base de calcul des fractions attribuables aux consommateurs d'alcool, tout en permettant des personnalisations en fonction des tendances régionales de consommation d'alcool. Bien que le calcul des fractions attribuables aux fumeurs ait dû être programmé manuellement, InterMAHP a mis au point une méthode plus efficace et moins redondante afin de calculer les fractions attribuables aux consommateurs d'alcool.

Les fractions attribuables aux consommateurs d'alcool pour la mortalité, les hospitalisations et les visites aux urgences ont été calculées pour 44 affections en utilisant les estimations de prévalence et de risques relatifs spécifiques à l'âge et au genre, qui ont ensuite été regroupées en neuf catégories : cancer, maladies cardiovasculaires, maladies transmissibles, affections digestives, troubles endocriniens, affections neuropsychiatriques, blessures involontaires, blessures volontaires (y compris l'automutilation) et des collisions automobiles. La catégorie des maladies transmissibles est composée principalement des infections des voies respiratoires inférieures et de la tuberculose, avec le VIH de type 1 comme seule maladie non respiratoire dans cette catégorie. La catégorie des troubles endocriniens est presque entièrement composée du diabète, et les autres troubles de ce type comprennent un petit nombre de cas de pseudo syndrome de Cushing causé par l'alcool. Les sous-catégories d'affections figurent dans le tableau 3.

Tableau 3 : Catégories de conditions et codes de diagnostic pour l'alcool

Affections	Codes CIM-10 et DSM-IV/DSM-5
Cancer	—
Cancer de la cavité buccale et du pharynx	C00–C05, C08–C10, C12–C14, D00.0
Cancer de l'œsophage, carcinome squameux	C15, D00.1 (en partie uniquement)
Cancer colorectal	C18–C21, D01.0-D01.4
Cancer du foie	C22, D01.5
Cancer du pancréas	C25, D01.7
Cancer du larynx	C32, D02.0
Cancer du sein	C50, D05

Affections	Codes CIM-10 et DSM-IV/DSM-5
Maladies cardiovasculaires	—
Hypertension	I10–I15
Leucémie myéloblastique aiguë	I20–I25
Myocardiopathie alcoolique	I42.6
Fibrillation atriale et arythmie cardiaque	I47–I49
AVC hémorragique	I60–I62, I69.0–I69.2
AVC ischémique	I63–I67, I69.3–I69.4
Varices œsophagiennes	I85
Maladies transmissibles	—
Tuberculose	A15–A19
Virus de l'immunodéficience humaine	B20–B24, Z21
Infections des voies respiratoires inférieures	J09–J22
Affections digestives	—
Gastrite alcoolique	K29.2
Cirrhose du foie	K70, K74
Pancréatite aiguë	K85.0–K85.1, K85.8–K85.9
Pancréatite chronique	K86.1–K86.9
Pancréatite causée par l'alcool	K85.2, K86.0
Troubles endocriniens	—
Diabète sucré, type 2	E11, E13, E14
Pseudo syndrome de Cushing causé par l'alcool	E2.
Troubles neuropsychiatriques	—
Psychoses alcooliques, intoxication par l'alcool, sevrage, syndrome amnésique, autres troubles mentaux et comportementaux	F10.0, F10.3–F10.9
Alcoolisme	F10.1
Syndrome de dépendance alcoolique	F10.2
Dégénérescence du système nerveux causée par l'alcool	G31.2
Épilepsie	G40, G41
Polyneuropathie alcoolique	G62.1
Myopathie alcoolique	G72.1

Affections	Codes CIM-10 et DSM-IV/DSM-5
Troubles neuropsychiatriques codés avec DSM-IV et DSM V**	—
Anxiété causée par l'alcool/trouble de l'humeur u dysfonction sexuelle	29189
Trouble psychotique causé par l'alcool avec délires	29150
Trouble psychotique causé par l'alcool avec hallucinations	29130
Démence persistante causée par l'alcool	29120
Alcoolisme	30500
Intoxication alcoolique	30300
Troubles liés à l'alcool NS	29190
Intoxication alcoolique ou délire causé par le sevrage	29100
Dépendance alcoolique	30390
Sevrage à l'alcool	29181
Trouble du sommeil causé par l'alcool	29182
Trouble amnésique persistant causé par l'alcool	29110
Blessures involontaires	—
Chutes	W00-W19, Y30
Noyade	W65-W74
Incendies	X00-X09, Y26
Empoisonnement accidentel par des substances autres que l'alcool	T36-T50, T52-T65, T96-T97, X40-X44, X46-X49, Y10-Y14, Y16-Y19
Empoisonnement accidentel par l'alcool	T51, X45, Y15
Autres blessures involontaires	Codes V*** non spécifiés dans la partie des collisions automobiles, W20-W64, W75-W84, X10-X33, Y20, Y22-Y25, Y27-Y29, Y31-Y34, Y85.9, Y86, Y87.2, Y89.9
Blessures volontaires	—
Auto-empoisonnement volontaire par des substances autres que l'alcool	T36-T50, T52-T65, T96-T97, X60-X64, X66-X69
Auto-empoisonnement volontaire par l'alcool	T51, X65
Autre type d'automutilation volontaire	X70-X84, Y87.0
Agression/homicide	X85-Y09 Y87.1

Affections	Codes CIM-10 et DSM-IV/DSM-5
Autres blessures volontaires	Y35, Y89.0
Collisions automobiles	—
Collisions automobiles	V02.1, V02.9, V03.1, V03.9, V04.1, V04.9, V09.2, V09.3, V12.3–V12.9, V13.3–V13.9, V14.3–V14.9, V19.4, V19.5, V19.6, V19.9, V20.3–V20.9, V21.3–V21.9, V22.3–V22.9, V23.3–V23.9, V24.3–V24.9, V25.3–V25.9, V26.3–V26.9, V27.3–V27.9, V28.3–V28.9, V29.4, V29.5, V29.6, V29.9, V30.4–V30.9, V31.4–V31.9, V32.4–V32.9, V33.4–V33.9, V34.4–V34.9, V35.4–V35.9, V36.4–V36.9, V37.4–V37.9, V38.4–V38.9, V39.4, V39.5, V39.6, V39.9, V40.4–V40.9, V41.4–V41.9, V42.4–V42.9, V43.4–V43.9, V44.4–V44.9, V45.4–V45.9, V46.4–V46.9, V47.4–V47.9, V48.4–V48.9, V49.4, V49.5, V49.6, V49.9, V50.4–V50.9, V51.4–V51.9, V52.4–V52.9, V53.4–V53.9, V54.4–V54.9, V55.4–V55.9, V56.4–V56.9, V57.4–V57.9, V58.4–V58.9, V59.4, V59.5, V59.6, V59.9, V60.4–V60.9, V61.4–V61.9, V62.4–V62.9, V63.4–V63.9, V64.4–V64.9, V65.4–V65.9, V66.4–V66.9, V67.4–V67.9, V68.4–V68.9, V69.4, V69.5, V69.6, V69.9, V70.4–V70.9, V71.4–V71.9, V72.4–V72.9, V73.4–V73.9, V74.4–V74.9, V75.4–V75.9, V76.4–V76.9, V77.4–V77.9, V78.4–V78.9, V79.4, V79.5, V79.6, V79.9, V80.3, V80.4, V80.5, V81.1, V82.1, V83.4, V84.4, V85.4, V86.0, V86.1, V86.3, V87.0–V87.9, V89.2, V89.3, V89.9, Y85.0

DSM = Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux; CIM-10 = Classification internationale des maladies, dixième révision

Remarques : s.o. Adapté du « Tableau 1. InterMAHP affections attribuables à l'alcool avec groupes, codes CIM-10, et références des causes. »(85)

*CIM-10 = Classification internationale des maladies, dixième révision.

**Seul le Système d'information ontarien sur la santé mentale inclut les codes de diagnostic en utilisant DSM IV et DSM V.

***Tous les codes CIM-10 commençant par V qui ne figurent pas déjà dans la partie des Collisions automobiles.

Pour calculer les fractions attribuables aux consommateurs d'alcool pour tout l'Ontario, et chacune des 34 circonscriptions sanitaires, un ensemble de données sur la consommation d'alcool, et un ensemble de données avec la mortalité et la morbidité (c.-à-d., hospitalisations ou visites aux urgences ont été téléversés dans InterMAHP. L'ensemble de données sur la consommation d'alcool comprenait des données par genre pour les groupes d'âge de 15 à 34 ans, 35 à 64 ans et les plus de 65 ans, à l'échelle de l'Ontario. Pour chaque groupe d'âge et de genre, la consommation moyenne de boissons alcoolisées par semaine a été comparée à la consommation moyenne chez les hommes entre 35 et 64 ans pour créer un ratio de la consommation moyenne. L'ensemble de données sur la consommation d'alcool comprenait également la prévalence de la consommation actuelle d'alcool, la prévalence de l'ancienne consommation, la prévalence de l'abstinence à

vie de consommation, et enfin la prévalence des beuveries express. La prévalence des personnes adeptes des beuveries express a été utilisée car les beuveries express modifient le lien qu'a l'alcool avec plusieurs résultats (cardiopathie ischémique, AVC ischémique et blessures), et elles constituaient une information requise par InterMAHP. (81-84) Les données suivantes étaient également requises pour tous les groupes de genre et d'âge combinés à l'échelle de l'Ontario : consommation par habitant à partir des ventes d'alcool, consommation des touristes et consommation non recensée. Les données issues des ventes d'alcool ont été utilisées pour tenter de tenir compte des sous-déclarations de la consommation d'alcool, qui est une chose commune dans les données issues des enquêtes. La prévalence des données de consommation d'alcool et les estimations relatives de consommation proviennent des cycles de 2015 à 2017 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. (76-78) Les données de consommation par habitant proviennent des données de vente d'alcool entre 2015 et 2019 de Statistique Canada, et des données de consommation non recensée et de consommation des touristes entre 2016 et 2018 de l'Organisation mondiale de la Santé. (10, 11, 86)

Les ensembles de données liées à la mortalité et la morbidité qui ont été téléversés sur InterMAHP avaient besoin du nombre de décès, d'hospitalisations et de visites aux urgences dans chacune des sous-catégories d'affection indiquée au tableau 3. Ces nombres étaient requis par genre pour les groupes d'âge de 15 à 34 ans, de 35 à 64 ans et les plus de 65 ans. Les données sur les décès sont issues du Bureau de l'état civil entre 2014 et 2018 (Bureau du registraire général de l'Ontario). Les données sur les hospitalisations ont été obtenues depuis la base de données sur les congés des patients (Savoir-Santé) pour la période de 2015 à 2019, et le Système d'information ontarien sur la santé mentale (Savoir-Santé) entre 2014 et 2018. (79, 87) Les données sur les visites aux urgences ont été obtenues à partir du Système national d'information sur les soins ambulatoires (Savoir-Santé) entre 2015 et 2019. (80)

Lorsque les ensembles de données pertinents en matière de consommation, de mortalité ou de morbidité ont été téléversés, les estimations du risque relatif pour chaque affection issues du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et de l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances datant de 2017 ont été sélectionnées. Ces risques relatifs ont été identifiés dans plusieurs études, qui sont référencées dans l'annexe technique. (85) Ces estimations de risque relatif spécifiques à la maladie ont été intégrées dans l'outil InterMAHP. Les paramètres InterMAHP suivants ont ensuite été sélectionnés : unité de consommation moyenne quotidienne = grammes d'éthanol, limite supérieure de consommation = 250, méthode d'extrapolation dose-effet = linéaire, définition d'une « beuverie express » pour les hommes = 67,3 (correspondant à cinq verres standard ou plus par jour), définition d'une « beuverie express » pour les femmes = 53,7 (correspondant à quatre verres standard ou plus par jour), proportion du carcinome squameux pour les hommes = 0,33 et proportion du carcinome squameux pour les femmes = 0,66. Avec les données et paramètres requis sélectionnés, InterMAHP a produit des ensembles de données avec les fractions attribuables aux consommateurs d'alcool pour chacune des sous-catégories d'affection, dans chacun des sous-groupes d'âge et de genre, pour chacune des régions qui ont été spécifiées (l'Ontario dans son ensemble et les 34 circonscriptions sanitaires). Une explication détaillée des méthodes employées par l'outil InterMAHP est fournie dans le guide InterMAHP, qui est disponible à l'adresse uvic.ca/research/centres/cisur/projects/intermahp/index.php. (88)

Afin de calculer le nombre total de résultats attribuables à l'alcool pour chaque affection par circonscription sanitaire, les fractions provinciales attribuables aux consommateurs d'alcool et spécifiques à l'âge et au genre issues d'InterMAHP ont été multipliées par le nombre total de résultats dans chaque groupe de genre et d'âge pour chaque circonscription sanitaire, avant d'être additionnées. Des résultats plus détaillés, notamment les fractions attribuables aux consommateurs d'alcool pour chacune des sous-catégories d'affection, figurent dans les tableaux supplémentaires.

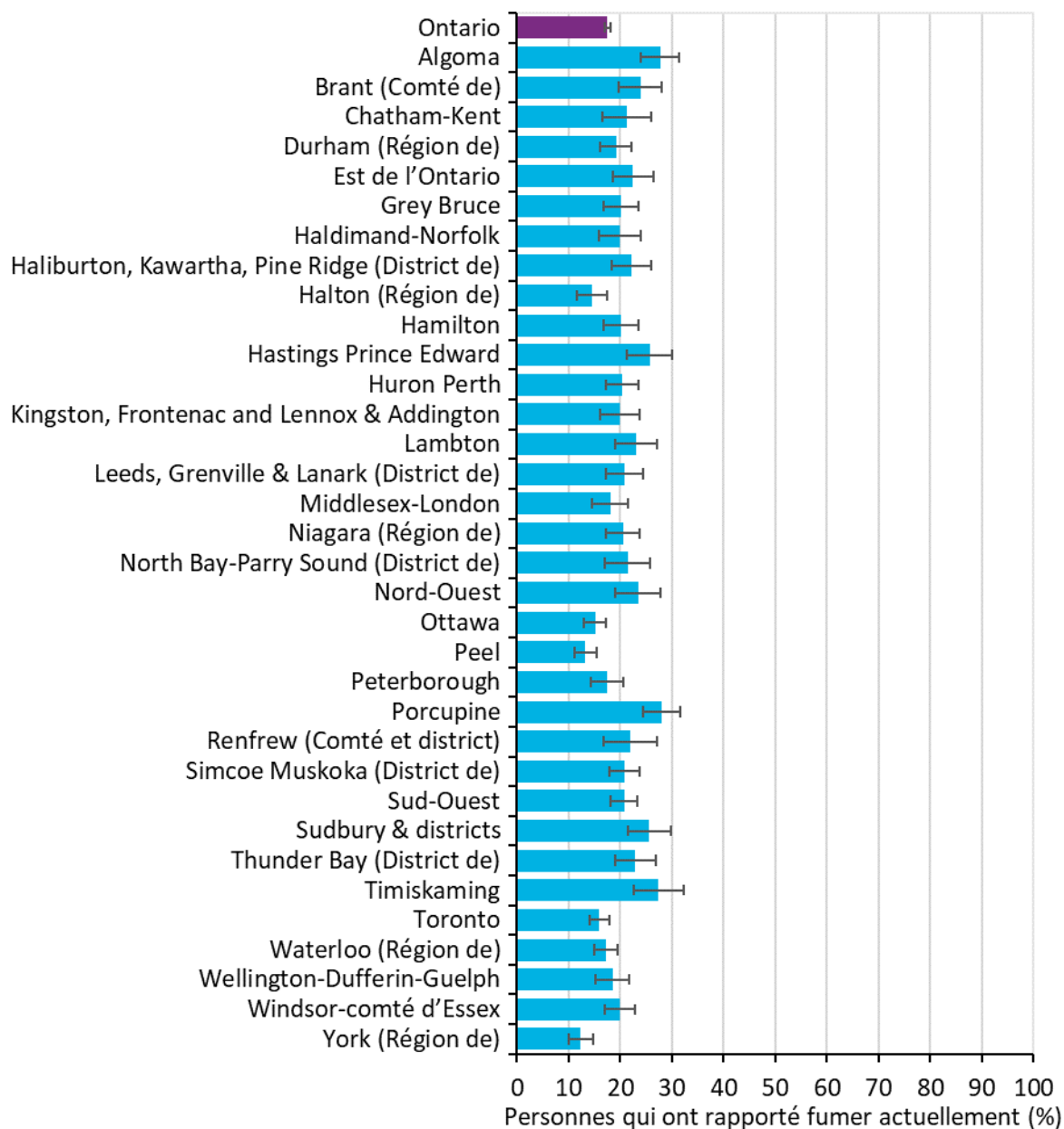
Les tableaux dans la partie « résultats » indiquent le nombre de chacun de ces résultats qu'on estime être attribuable à l'alcool dans une année moyenne, sur la période de cinq ans indiquée pour chacune des catégories d'affection en Ontario. Les résultats pour chacune des 34 circonscriptions sanitaires sont disponibles à l'annexe A sur ce lien publichealthontario.ca/fr/smoking-alcohol.

Résultats : Prévalence de la consommation de tabac et d'alcool en Ontario

Tabagisme

Au cours de la période entre 2015 et 2017, 17,5 % des Ontariens âgés de 20 ans et plus ont rapporté fumer des cigarettes tous les jours ou occasionnellement. La prévalence du tabagisme actuel dans les 34 circonscriptions sanitaires d'Ontario variait entre 12,3 % (au plus bas) et 28 % (au plus haut) (voir Figure 1 et Tableau supplémentaire S1).

Figure 1 : Pourcentage des personnes âgées de 20 ans et plus qui ont rapporté fumer actuellement, par circonscription sanitaire, Ontario 2015–2017 combinées



Sources de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2015-2016 combiné avec la composante annuelle 2017 (Statistique Canada)

Notes sur les données : |—| représente des intervalles de confiance à 95 %. Tabagisme actuel (20 ans et plus) = répondants qui fument tous les jours ou occasionnellement. Les données sont présentées dans le Tableau supplémentaire S1. Téléchargez les tableaux supplémentaires sur ce lien publichealthontario.ca/fr/smoking-alcohol/.

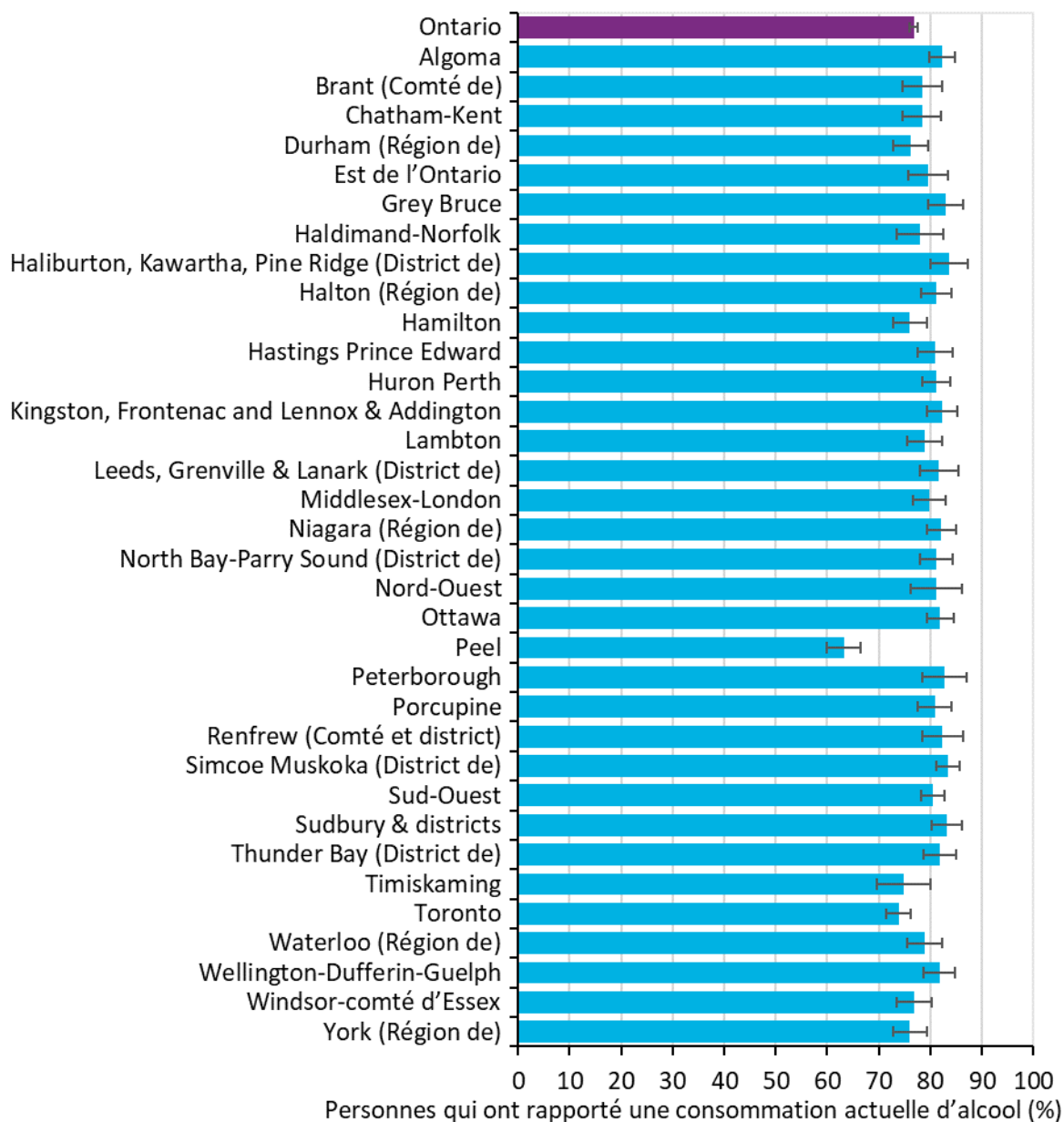
Consommation d'alcool

Au cours de la période entre 2015 et 2017, 76,8 % des Ontariens âgés de 15 ans et plus ont rapporté une consommation actuelle d'alcool. On entend par là le fait d'avoir consommé un verre d'alcool ou plus au cours des 12 derniers mois. La prévalence de la consommation actuelle d'alcool dans les 34 circonscriptions sanitaires d'Ontario variait entre 63,2 % (au plus bas) et 83,3 % (au plus haut) (voir Figure 2 et Tableau supplémentaire S2).

Au cours de la même période entre 2015 et 2017, 18,9 % des Ontariens âgés de 15 ans et plus ont rapporté avoir consommé de l'alcool en excès ou fait des beuveries express, c'est-à-dire cinq verres ou plus pour les hommes, et quatre verres ou plus pour les femmes lors d'une même occasion, au minimum une fois par mois au cours des 12 derniers mois. La prévalence des beuveries express dans les circonscriptions sanitaires variait entre 13,3 % (au plus bas) et 28,4 % (au plus haut) (voir Figure 3 et Tableau supplémentaire S2). Parmi les personnes ayant rapporté avoir consommé un verre ou plus au cours de l'année passée (c.-à-d., les personnes qui ont rapporté une consommation actuelle d'alcool), la prévalence des beuveries express dans les circonscriptions sanitaires variait entre 18 % (au plus bas) et 35,2 % (au plus haut) [données non affichées].

Au cours de la même période, 33,2 % des Ontariens âgés de 19 ans et plus ont rapporté avoir consommé plus de deux verres lors de la semaine passée (voir Figure 4 et Tableau supplémentaire S2). La prévalence des personnes ayant consommé plus de deux verres d'alcool au cours de la semaine précédente dans les 34 circonscriptions d'Ontario variait entre 23,5 % (au plus bas) et 42,6 % (au plus haut) (voir Figure 2 et Tableau supplémentaire S2).

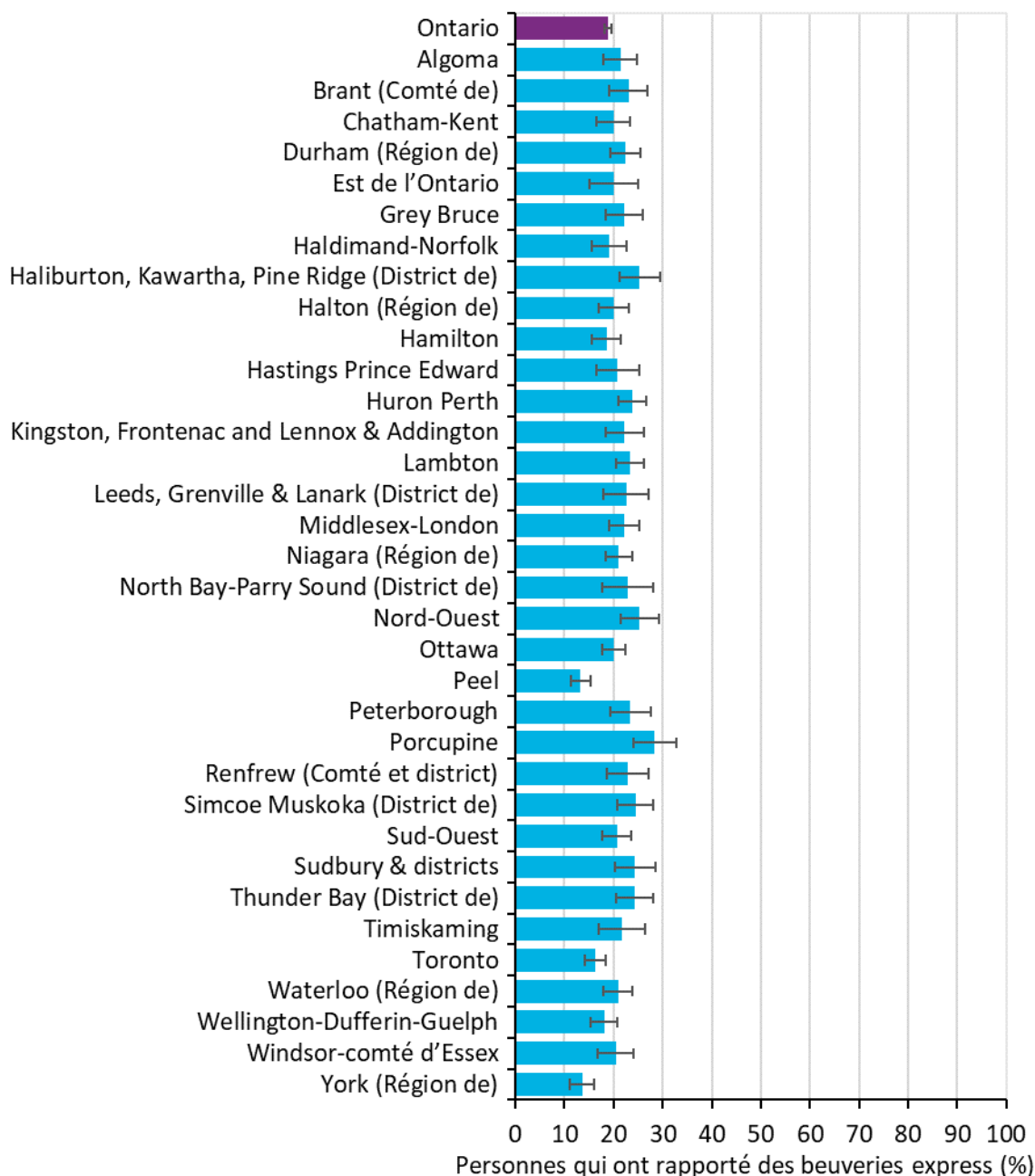
Figure 2 : Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont rapporté une consommation actuelle d'alcool, par circonscription sanitaire, Ontario, 2015-2017 combinées



Sources de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2015-2016 combiné avec la composante annuelle 2017 (Statistique Canada)

Notes sur les données : |--| représente des intervalles de confiance à 95 %. Consommation actuelle d'alcool (15 ans et plus) = répondants ayant rapporté avoir bu un verre au cours des 12 derniers mois. Les données sont présentées dans le tableau supplémentaire S2. Téléchargez les tableaux supplémentaires sur ce lien publichealthontario.ca/fr/smoking-alcohol.

Figure 3 : Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont rapporté des beuveries express, par circonscription sanitaire, Ontario, 2015-2017 combinées

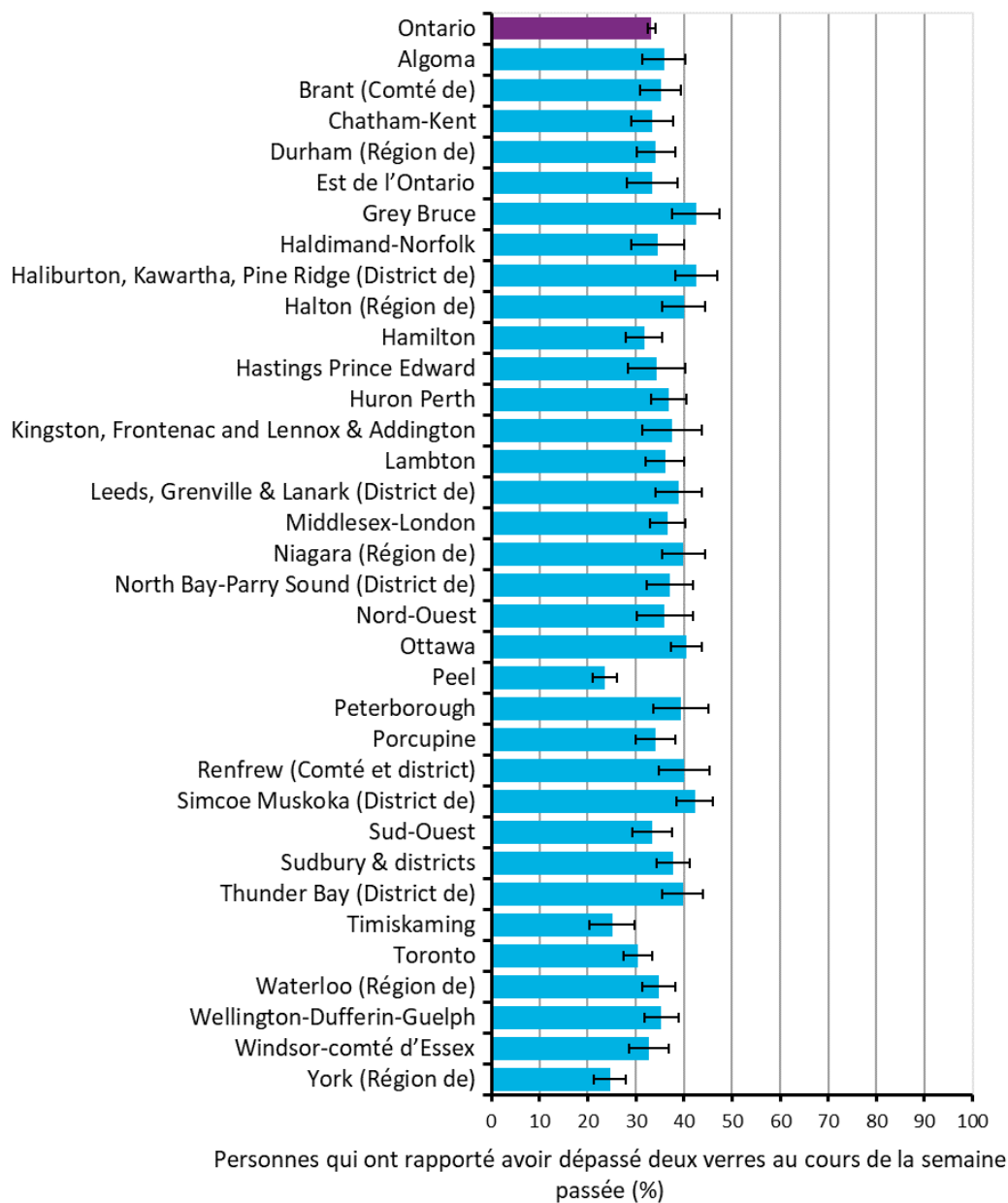


Sources de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2015-2016 combiné avec la composante annuelle 2017 (Statistique Canada)

Notes sur les données : I-I représente des intervalles de confiance à 95 %. Consommation excessive d'alcool (15 ans et plus) = répondants ayant rapporté des beuveries express (cinq verres pour les hommes et quatre pour les femmes, lors d'une même occasion, au moins une fois par mois au cours des 12 derniers mois). Les données sont présentées dans le

tableau supplémentaire S2. Téléchargez les tableaux supplémentaires sur ce lien publichealthontario.ca/fr/smoking-alcohol.

Figure 4 : Pourcentage de personnes âgées de 19 ans et plus qui ont rapporté avoir dépassé deux verres au cours de la semaine passée, par circonscription sanitaire, Ontario, 2015-2017 combinées



Sources de données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2015-2016 combiné avec la composante annuelle 2017 (Statistique Canada)

Notes sur les données : |--| représente des intervalles de confiance à 95 %. Consommation risquée d'alcool (19 ans et plus) = répondants ayant dépassé deux verres au cours de la semaine passée. Les données sont présentées dans le tableau supplémentaire S2. Téléchargez les tableaux supplémentaires sur ce lien publichealthontario.ca/fr/smoking-alcohol.

Résultats : Méfaits attribuables en Ontario

Cette partie présente les données de mortalité, d'hospitalisations et de visites aux urgences attribuables au tabac et à l'alcool en Ontario. Les estimations du fardeau attribuable par circonscription sanitaire sont disponibles sur ce lien publichealthontario.ca/fr/smoking-alcohol.

Tabagisme

Tableau 4 : Estimations des décès, hospitalisations et visites aux urgences, en moyenne, découlant d'affections attribuables au tabagisme chez les personnes de 35 ans et plus, Ontario

	Total des affections attribuables au tabagisme	Cancer	Maladies cardiovasculaires	Diabète	Maladies respiratoires
Décès	16 673	7 583	5 122	158	3 809
Hospitalisations	68 046	8 469	30 811	661	28 105
Visites aux urgences	125 384	3 718	33 395	1 384	86 887

Sources de données : Prévalence du tabagisme issue des cycles 2015 à 2017 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada). Décès selon le Bureau de l'état civil - Décès, 2014 à 2018, Bureau du registraire général. Hospitalisations, selon la base de données sur les congés des patients de 2015 à 2019, ministère de la Santé de l'Ontario, Savoir-Santé Ontario, extrait de novembre 2021. Les visites aux urgences selon le Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2015 à 2019, ministère de la Santé de l'Ontario, Savoir-Santé Ontario, extrait de novembre 2021.

Notes sur les données : Les cinq dernières années de données disponibles ont été utilisées pour calculer le nombre moyen annuel de décès, d'hospitalisations et de visites aux urgences pour chaque résultat de santé. Cause du décès selon la principale cause. Hospitalisations selon le code diagnostique principal. Visites aux urgences selon le diagnostic principal. Après arrondi, le nombre total peut différer légèrement de la somme de toutes les catégories individuelles. Les fractions attribuables aux fumeurs et les données présentées par genre figurent dans les tableaux supplémentaires. Téléchargez les tableaux supplémentaires sur ce lien publichealthontario.ca/fr/smoking-alcohol.

Dans une année moyenne, une estimation de 16 673 décès, 68 046 hospitalisations et 125 384 visites aux urgences en Ontario ont été attribuables au tabagisme chez les personnes âgées de 35 ans et plus. Ces résultats constituaient 17 % des décès, 8,7 % des hospitalisations et 3,4 % des visites aux urgences, entre

toutes les causes, chez les Ontariens de 35 ans et plus. Les décès, hospitalisations et visites aux urgences attribuables au tabagisme étaient plus communs chez les hommes que chez les femmes, dans chaque catégorie de maladie (voir Tableau supplémentaire S3).

Alcool

Tableau 5 : Estimations des décès, hospitalisations et visites aux urgences, en moyenne, découlant d'affections attribuables à l'alcool chez les personnes de 15 ans et plus, Ontario

	Total des affections attribuables à l'alcool	Cancer	Maladies cardiovasculaires	Maladies transmissibles	Affections digestives	Troubles endocriniens	Troubles neuropsychiatriques	Blessures volontaires	Collisions automobiles	Blessures involontaires
Décès	4 330	1 204	934	126	865	-67	329	306	87	545
Hospitalisations	22 009	2 071	-2 263	1 282	4 709	-285	8 379	1 250	672	6 194
Visites aux urgences	194 692	613	2 528	5 559	5 435	-927	57 536	9 112	9 391	105 446

Sources de données : Consommation d'alcool selon les cycles 2015 à 2017 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada), données sur les ventes d'alcool de Statistique Canada (2014 à 2020) et données de l'Organisation mondiale de la Santé sur la consommation des touristes et celle non recensée (2019). Décès selon le Bureau de l'état civil - Décès, 2014 à 2018, Bureau du registraire général. Hospitalisations selon la base de données sur les congés des patients de 2015 à 2019, ministère de la Santé de l'Ontario, Savoir-Santé Ontario, extrait de novembre 2021 et Système d'information ontarien sur la santé mentale de 2014 à 2018, ministère de la Santé de l'Ontario, Savoir-Santé Ontario, extrait de novembre 2021. Les visites aux urgences selon le Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2015 à 2019, ministère de la Santé de l'Ontario, Savoir-Santé Ontario, extrait de novembre 2021.

Notes sur les données : Les cinq dernières années de données disponibles ont été utilisées pour calculer le nombre moyen annuel de décès, d'hospitalisations et de visites aux urgences pour chaque résultat de santé. Cause du décès selon la principale cause. Hospitalisations pour tous les diagnostics non liés à des blessures, selon le code diagnostic principal. Hospitalisations pour les diagnostics de blessure, selon le plan d'établissement des priorités figurant dans l'annexe technique. Visites aux urgences pour tous les diagnostics non liés à des blessures, selon le diagnostic principal. Visites aux urgences pour les diagnostics de blessure, selon le plan d'établissement des priorités figurant dans l'annexe technique. Après arrondi, le nombre total peut différer légèrement de la somme de toutes les catégories individuelles. Les nombres négatifs indiquent les effets protecteurs, et représentent ainsi le nombre estimé de décès ou d'hospitalisations ou de visites aux urgences qui ont été évités dans une année moyenne, dans l'éventail de cinq ans indiqué. Les fractions attribuables aux consommateurs d'alcool et les données présentées par genre figurent dans les tableaux supplémentaires. Téléchargez les tableaux supplémentaires sur ce lien publichealthontario.ca/fr/smoking-alcohol.

Dans une année moyenne, une estimation de 4 330 décès, 22 009 hospitalisations et 194 693 visites aux urgences en Ontario ont été attribuables à la consommation d'alcool chez les personnes âgées de 15 ans et plus. Ces résultats constituaient 4,3% des décès, 2,1% des hospitalisations et 3,7% des visites aux urgences, entre toutes les causes, chez les Ontariens de 15 ans et plus. Les décès, hospitalisations et visites aux urgences attribuables à l'alcool étaient plus communs chez les hommes que chez les femmes, dans chaque catégorie (voir Tableau supplémentaire S4).

Discussion

Ce rapport souligne le fardeau considérable des maladies causées par la consommation de tabac et d'alcool en Ontario, à la fois dans son ensemble et par circonscription sanitaire. Dans une année moyenne, 16 673 décès (données de 2014 à 2018), 68 046 hospitalisations (données de 2015 à 2019) et 125 384 visites aux urgences (données de 2015 à 2019) ont été attribuables au tabagisme. Ces résultats attribuables au tabagisme constituaient 17 % des décès, 8,7 % des hospitalisations et 3,4 % des visites aux urgences, entre toutes les causes en Ontario. Au cours de la même période d'étude, 4 330 décès, 22 009 hospitalisations et 194 693 visites aux urgences ont été attribuables à l'alcool. Ces résultats attribuables à la consommation d'alcool constituaient 4,3 % des décès, 2,1 % des hospitalisations et 3,7 % des visites aux urgences, entre toutes les causes en Ontario.

Le présent rapport identifie également les affections qui contribuent au plus grand nombre de méfaits attribuables au tabac et à l'alcool. En Ontario, la majorité des décès attribuables au tabagisme étaient causés par le cancer et les affections cardiovasculaires. Le plus grand nombre d'hospitalisations attribuables au tabagisme étaient causées par des maladies cardiovasculaires et des affections respiratoires. Les visites aux urgences attribuables au tabagisme étaient en majorité causées par les affections respiratoires, suivi des maladies cardiovasculaires. Différentes tendances ont été observées pour les affections attribuables à l'alcool. Par exemple, la majorité des hospitalisations causées par des affections attribuables à l'alcool correspondaient à des affections neuropsychiatriques, comme les psychoses alcooliques, les intoxications, les sevrages, les syndromes amnésiques et autres troubles mentaux et comportementaux, suivi des blessures involontaires. De la même façon, la majorité des visites aux urgences pour des affections attribuables à l'alcool étaient causées par des blessures involontaires, suivi des affections neuropsychiatriques. Le plus grand nombre de décès attribuables à l'alcool étaient causés par le cancer ou les maladies cardiovasculaires. Ces résultats peuvent être utilisés, non seulement pour informer des mesures préventives, mais également pour anticiper le nombre de personnes qui feront l'objet de certains résultats de santé, et tenter de planifier des options de traitement pour ces résultats.

Les résultats issus du présent rapport mettent également en lumière les variations considérables entre les circonscriptions sanitaires, en termes de prévalence de la consommation de tabac et d'alcool et leurs méfaits attribuables. Bien que la tendance pour les méfaits attribuables à l'alcool fût similaire dans la plupart des circonscriptions sanitaires, la tendance pour les méfaits attribuables au tabac variait beaucoup plus (voir annexe A sur ce lien publichealthontario.ca/fr/smoking-alcohol pour les fractions attribuables aux consommateurs d'alcool et aux fumeurs spécifiques à la circonscription sanitaire). Il est probable que cette variation soit causée par des tendances de consommation différentes entre les circonscriptions sanitaires, et les différentes caractéristiques démographiques qui pourraient prédisposer les gens à ces maladies, comme la composition en âge et en genre de chaque région, ainsi que d'autres expositions environnementales. Ces résultats donnent la possibilité aux circonscriptions sanitaires d'adapter les stratégies de lutte contre le tabagisme et de réduction des méfaits liés à l'alcool, à leur contexte local.

Un des points forts de l'analyse du présent rapport réside dans le fait que les renseignements sur les décès, les hospitalisations et les visites aux urgences proviennent des données administratives sur la santé, avec une couverture intégrale de la population ontarienne. Les affections qui sont entièrement attribuables au tabac et à l'alcool, et les affections qui sont partiellement attribuables au tabac et à l'alcool, ont été intégrées dans l'analyse de ce rapport, ce qui accroît la robustesse des estimations.

Un certain nombre de facteurs doivent être pris en compte lorsque l'on interprète les résultats du présent rapport. Les estimations de prévalence pour la consommation de tabac et d'alcool utilisées pour calculer les fractions attribuables à la population étaient provinciales, et pas spécifiques à chaque circonscription sanitaire. Ceci en raison de la taille restreinte des échantillons et des estimations peu fiables à l'échelle des circonscriptions sanitaires, causées elles-mêmes par le besoin d'obtenir des données très précises par groupe de genre et d'âge pour les calculs de fractions attribuables à la population. De plus, la consommation de tabac et d'alcool a été auto-déclarée, la rendant ainsi sujette à des biais éventuels associés à l'auto-déclaration, comme les erreurs de mémoire et les biais de désirabilité sociale. Des biais de mesure sont également possibles puisque des personnes peuvent d'un statut de consommateur actuel de tabac ou d'alcool à celui d'ancien fumeur ou consommateur d'alcool, ce qui ne serait pas reflété dans les estimations fournies. Les risques relatifs pour la mortalité ont été utilisés pour tous les résultats (décès, hospitalisations, visites aux urgences) lorsque les risques relatifs spécifiques aux résultats n'étaient pas disponibles). Pour l'alcool et le tabac, il peut exister un écart entre les résultats d'exposition et de santé, ce qui n'a pas été pris en compte dans l'analyse, en raison de l'incohérence dans les temps de retard entre les différents résultats d'exposition et de santé. Enfin, les méthodes utilisées pour calculer les fractions attribuables aux consommateurs d'alcool et de tabac étaient différentes. Les résultats ne sont donc pas directement comparables entre les deux comportements.

L'exclusion des causes secondaires pour les décès, les hospitalisations et les visites aux urgences a probablement entraîné un sous-dénombrement dans certaines catégories d'affections, et un surdénombrement dans d'autres catégories. Les décès, les hospitalisations et les visites aux urgences font souvent l'objet de causes ou diagnostics multiples, alors pour éviter le double comptage et puisque les causes secondaires sont moins fiables, seul la cause principale de décès ou le diagnostic principal ont été pris en compte pour chaque méfait. Tant que la cause principale était au moins partiellement attribuable au tabac ou à l'alcool, le méfait a été inclus dans les estimations des méfaits totaux. Cependant, si la cause principale n'était pas attribuable au tabac ou à l'alcool, et qu'une deuxième cause était attribuable, le méfait n'était pas inclus dans les estimations pour ce rapport. Par exemple, certaines visites à l'hôpital indiquaient une arthrose du genou comme diagnostic principal, et le diabète était noté comme diagnostic secondaire. Ces visites n'étaient pas comprises dans les estimations puisque l'arthrose (le diagnostic principal) n'est pas attribuable à l'alcool, même si le diabète est partiellement attribuable. Parmi les diagnostics secondaires exclus, plus de 98 % des affections étaient partiellement attribuables à l'alcool, et moins de 2 % des affections étaient entièrement attribuables à l'alcool. Ainsi, certains méfaits associés aux diagnostics secondaires qui auraient pu être attribuables à l'alcool ou au tabac ont été exclus.

Une évaluation indépendante de la qualité méthodologique des études ayant informé les estimations du risque relatif utilisée dans les fractions attribuables à la population dépassait la portée de cette analyse. De plus, la modélisation n'a pas été mise à jour pour prendre en compte les changements dans la littérature émergente sur les effets protecteurs sur les affections cardiaques. Bien que les recherches récentes aient fortement contesté les effets protecteurs observés dans les études utilisées pour ce rapport (38, 65, 66), les estimations utilisées dans l'outil InterMAHP sont fondées sur des estimations du risque relatif issues de méta-analyses, indiquant un degré de protection, associées à une consommation faible d'alcool pour des affections spécifiques, comme la cardiopathie ischémique. Compte tenu des recherches figurant dans la littérature scientifique récente, les méfaits attribuables à l'alcool pourraient être supérieurs aux estimations figurant dans le présent rapport. Les estimations du risque relatif de l'outil InterMAHP pour la cardiopathie ischémique sont issues de deux méta-analyses. La première datait de 2012 et indiquait un certain degré de protection contre la mortalité et la morbidité liées à la cardiopathie ischémique chez les hommes et les femmes, bien que les niveaux de consommation d'alcool soient bien inférieurs chez les femmes. (89) La deuxième datait de 2017 et indiquait une protection contre le risque de mortalité lié à la coronaropathie, mais uniquement chez les personnes de 55 ans et plus, dans des études de moindre qualité et des études qui ne contrôlaient pas la santé cardiaque. (37)

La liste des méfaits attribuables au tabac et à l'alcool dans ce rapport est incomplète car certains résultats, comme les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale, disposent de moins de données facilement accessibles. Les méfaits qui n'ont pas entraîné de décès, d'hospitalisations ou de visites aux urgences n'ont pas non plus été intégrés dans l'analyse, qui portait sur les données administratives du système de santé. Par conséquent, le nombre global de méfaits attribuables au tabac et à l'alcool est supérieur aux totaux figurant dans le présent rapport. De plus, en raison des limites des données disponibles, l'analyse n'a pas pu intégrer les différences socioéconomiques qui peuvent avoir une incidence sur les conséquences du tabac et de l'alcool sur divers méfaits. De même, puisque les données étaient uniquement disponibles jusqu'à 2019 au moment de l'analyse, un examen des répercussions de la COVID-19 sur les méfaits attribuables au tabac et à l'alcool n'était pas possible. Lorsque les données seront accessibles, d'autres recherches seront bien entendu justifiées sur les répercussions considérables de la pandémie de COVID-19 sur la prévention des maladies chroniques et les résultats de santé.

Pour obtenir plus de détails sur la méthodologie et les considérations liées aux données pour ce rapport, veuillez vous reporter à l'annexe technique.

Possibilités locales de prévention

Les résultats de l'analyse ont mis en lumière le besoin de politiques à l'échelle du système et de programmes aux échelles fédérale, provinciale et locale afin de prévenir et réduire la consommation de tabac et d'alcool.

Réduire le tabagisme

Les politiques et programmes exhaustifs de lutte contre le tabagisme qui ciblent l'industrie, la prévention, la protection et le renoncement peuvent permettre de réduire le tabagisme.(90) Le Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée a identifié les politiques et programmes suivants (90) dans le cadre d'une stratégie exhaustive :

- Augmentation des prix et des taxes;
- Interdiction de toute publicité ou promotion sur le tabac;
- Interdictions sur les promotions de points de vente;
- Mesures anti-contrebande renforcées;
- Restrictions sur les produits et emballages;
- Restrictions sur la disponibilité;
- Fréquentes campagnes publicitaires de masse de promotion de la santé, d'une durée suffisante;
- Protection élargie face aux expositions de fumée secondaire dans les milieux extérieurs, les maisons et les lieux de travail;
- Meilleur accès aux programmes de renoncement au tabagisme.

Une approche stratégique exhaustive est requise dans les différents ordres de gouvernement afin de lutter efficacement contre le tabagisme. Alors que de nombreuses politiques susmentionnées sont adoptées à l'échelle fédérale ou provinciale, les municipalités et les circonscriptions sanitaires ont travaillé de concert à l'échelle locale pour mettre en œuvre un éventail de politiques et de programmes de lutte contre le tabagisme. Des règlements sur le tabac, le cannabis et le vapotage ont été mis en œuvre dans de nombreuses municipalités afin d'interdire l'utilisation de ces substances dans plusieurs types d'espace public.(91) Par exemple, la région de Niagara applique des règlements sans tabac ni vapotage dans certains espaces extérieurs interdisant l'utilisation de tabac, de cannabis et de produits de vapotage dans de nombreux espaces publics, comme les plages, les sentiers récréatifs, les parcs et les terrains de jeux.(92) La ville d'Orillia a également plusieurs règlements qui interdisent le tabagisme et le vapotage dans de nombreux lieux publics, comme les quais, les sentiers et les parcs de stationnement.(93) Les politiques sans fumée peuvent permettre de diminuer les comportements de fumeurs et protéger les gens des effets nocifs de l'exposition à la fumée secondaire.(94-96)

De nombreuses municipalités ont mis en œuvre des politiques sans fumée au sein de leurs bâtiments de logements communautaires, et ont encouragé l'adoption de politiques dans les bâtiments d'appartements en propriété individuelle et de copropriétés.(91, 97, 98) Ces politiques peuvent interdire l'utilisation du tabac dans les logements privés et les balcons afin de réduire l'exposition à la fumée secondaire à la maison. Les gens qui vivent dans des logements communautaires sont plus à risque puisqu'ils sont moins en mesure de changer de logement s'ils sont exposés à de la fumée secondaire.(99) Peel, Simcoe County, Thunder Bay District et Ottawa sont des exemples de collectivités ayant adopté des politiques sans fumée au sein de leur société de logements communautaires.(100)

Une autre politique mise en œuvre par un certain nombre de municipalités est l'exigence pour les détaillants de tabac d'obtenir un permis pour vendre du tabac, et de payer pour ce permis, ainsi que pour les frais de renouvellement annuel.(101) En février 2018, ces frais variaient de 30 \$ à Hearst à 893 \$ à Ottawa.(101) La mise en place des permis et frais peut réduire le nombre de magasins qui vendent du tabac, ainsi que la disponibilité globale du tabac.(90, 101-103)

La disponibilité et la densité des magasins de détail qui vendent du tabac sont associées à la consommation élevée et à l'initiation au tabac, ainsi qu'à la rareté des cas de renoncement au tabac.(104, 105) De plus, il a été démontré que les jeunes étaient plus susceptibles de fumer lorsqu'il y avait une forte densité de magasins de vente de tabac autour de leur logement, (105) soulignant ainsi le besoin de contrôler la densité des points de vente de tabac.

En plus des exemples susmentionnés, les politiques et programmes exhaustifs de lutte contre le tabagisme devraient inclure la prévention contre le vapotage (notamment l'initiation à la cigarette électronique) et le mélange du tabac et du cannabis. Le vapotage chez les jeunes et les jeunes adultes est associé à une utilisation accrue du tabac à fumer,(106) et des données probantes révèlent que le vapotage augmente la fréquence et le nombre de cigarettes fumées par ces populations.(106) L'Ontario a connu une augmentation de l'utilisation des produits de vapotage, en particulier chez les jeunes adultes et les jeunes,(107, 108) ce qui pourrait conduire à une future consommation de tabac. Entre 2015 et 2017, 31 % des adultes ontariens ayant déjà consommé du cannabis ont rapporté l'avoir mélangé avec du tabac au cours de l'année passée.(109) Cette pratique de mélange du tabac et du cannabis peut augmenter le nombre de personnes fumant du tabac, qui ne l'auraient pas fait sans ce mélange.(109)

Pour obtenir une liste détaillée des politiques et programmes locaux qui peuvent favoriser la réduction de la consommation de tabac, consultez le [Le Rapport de surveillance du tabagisme en Ontario](#) de 2018 et le [résumé des règlements municipaux sur le tabac, le vapotage et le cannabis en Ontario](#) de Santé publique Ontario. Pour obtenir un aperçu des politiques et programmes provinciaux, consultez [l'indice de qualité du système de prévention](#) de Santé Ontario.

Réduire la consommation d'alcool

Des stratégies exhaustives liées à l'alcool sont également recommandées afin de réduire la consommation d'alcool, ainsi que les méfaits et affections aigus et chroniques liés à l'alcool.(110-112) Le projet d'évaluation des politiques canadiennes sur l'alcool évalue les politiques fondées sur les données probantes et destinées à réduire la consommation d'alcool, et a recommandé les mesures politiques suivantes (111) :

- Augmentation des prix et des taxes;
- Restrictions sur la commercialisation et la publicité;
- Restrictions physiques sur la disponibilité;
- Fortes contre-mesures pour la conduite avec facultés affaiblies;
- Âge minimum légal pour boire et politiques de consommation progressive;

-
- Dépistage accru, interventions rapides et orientation vers les traitements;
 - Programmes sur l'application des lois;
 - Un système de lutte contre l'alcool;
 - Une stratégie provinciale liée à l'alcool;
 - Une surveillance et des rapports réguliers liés à la consommation d'alcool et ses méfaits;
 - Des messages de santé et de sécurité sur les étiquettes, dans les points de vente (sur site et hors site) et dans d'autres plateformes médiatiques.

Comme pour le tabac, de nombreuses politiques liées à l'alcool sont mises en œuvre aux échelles fédérale et provinciale du gouvernement, bien qu'il existe des possibilités de politiques locales. Les politiques municipales liées à l'alcool, et les règlements municipaux, peuvent permettre de gérer la disponibilité de l'alcool, ce qui est un élément important, quand on sait que la disponibilité physique de l'alcool est liée à une consommation accrue.(113, 114)

Les politiques municipales liées à l'alcool sont un outil qui aide à gérer la consommation d'alcool au sein de la collectivité. Les politiques municipales liées à l'alcool sont élaborées conformément aux politiques provinciales en matière d'alcool, et permettent d'identifier où et combien d'alcool peut être servi dans une propriété municipale. Ces politiques peuvent donner des indications sur la façon dont l'alcool peut être mis en avant lors d'événements.(115)

Les règlements municipaux sont un autre moyen de contrôler l'alcool à l'échelle locale. Par exemple, la ville de Barrie a mis en place un règlement de zonage pour les boîtes de nuit qui permet de réduire la densité des lieux de consommation sur place. Ce règlement nécessite une distance minimale de 200 m entre les boîtes de nuit, et de 200 m des zones résidentielles. La ville de Vaughan a mis en place un règlement de licence commerciale pour restreindre les licences pour débit de boisson aux établissements de restauration, ce qui réduit les types d'établissements pouvant demander cette licence.(116)

Pour obtenir plus d'information sur les politiques locales liées à l'alcool pouvant soutenir la réduction de la consommation d'alcool, visitez le lien suivant : [Examen de la politique liée à l'alcool : possibilités pour les municipalités ontariennes](#), commandé par les circonscriptions sanitaires Wellington-Dufferin Guelph, du district de Thunder Bay et de la région de Durham.

Pour obtenir plus de détail sur les politiques provinciales et fédérales liées à l'alcool, visitez :

- L'[Indice de qualité du système de prévention](#) de Santé Ontario
- Le [Projet d'évaluation des politiques canadiennes sur l'alcool](#);
- Le cadre stratégique sur l'alcool du [Centre de toxicomanie et de santé mentale](#).

Conclusion

Le présent rapport, produit conjointement par Santé Ontario et Santé publique Ontario, fournit des estimations sur la prévalence de la consommation de tabac et d'alcool, ainsi que la mortalité, les hospitalisations et les visites aux urgences attribuables au tabac et à l'alcool, par circonscription sanitaire et dans tout l'Ontario. Le fardeau global des maladies causées par la consommation de tabac et d'alcool est considérable. Réduire la consommation de tabac et d'alcool en Ontario pourrait potentiellement réduire le fardeau considérable des maladies causées par ces deux substances.

Le présent rapport fournit aux circonscriptions sanitaires et autres partenaires des données régionales et des considérations politiques requises en vue d'élaborer et d'appuyer des stratégies exhaustives pour réduire la consommation d'alcool et de tabac par habitant en Ontario. Ce rapport est fondé sur le rapport de 2019 sur le [Fardeau des maladies chroniques en Ontario](#), qui fournissait des estimations du fardeau des maladies chroniques liées aux quatre principaux facteurs de risque en Ontario.

Santé Ontario et Santé publique Ontario continuent de collaborer avec ses partenaires pour soutenir la prévention et la gestion des maladies chroniques afin de réduire leur fardeau, par le biais de la [Stratégie de prévention des maladies chroniques 2020-2023](#) et du [Plan stratégique 2020-2023](#) de Santé publique Ontario. Pour obtenir plus d'information sur les travaux de Santé Ontario et Santé publique Ontario en matière de prévention des maladies chroniques, visitez leurs sites Web.

Références

1. CCO, Agence ontarienne de Protection et de Promotion de la Santé (Santé publique Ontario). Le fardeau des maladies chroniques en Ontario : estimations clés pour soutenir les efforts de prévention. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2019.
2. Organisation mondiale de la Santé. Maladies non transmissibles Geneva : Organisation mondiale de la Santé.; 2018 [30 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
3. Fardeau mondial des 87 facteurs de risque dans 204 pays et territoires, 1990-2019 : une analyse systématique pour l'étude sur le Fardeau mondial des maladies de 2019. Lancet (Londres, Angleterre). 2020;396(10258):1223-49.
4. Dobrescu A, Bhandari A, Sutherland G, Dinh T. Les coûts de la consommation de tabac au Canada, 2012. Le Conference Board du Canada 2017.
5. Hancock T, McLaren L. Remettre les bœufs devant la charrue : une réflexion critique sur le dialogue ISPP-IRSC sur le futur des systèmes de santé publique du Canada. La revue canadienne de santé publique. 2021;112(5):791-6.
6. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Alcool. 2019 [disponible sur : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Alcohol-2019-fr.pdf>].
7. Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada 2015–2017. Ottawa, Ontario : Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2020.
8. Ng R, Sutradhar R, Yao Z, Wodchis WP, Rosella LC. Tabagisme, consommation d'alcool, régime alimentaire et activité physique - facteurs de risque de mode de vie modifiables et leur association avec l'âge et la première maladie chronique. Journal international d'épidémiologie. 2020;49(1):113-30.
9. Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada, 2015 : Consommation d'alcool au Canada. 2016.
10. Organisation mondiale de la Santé. Observatoire mondial de la santé. Consommation d'alcool, non recensée, par habitant (15 ans et +) [en litres d'alcool pur] avec 95 % IC : Organisation mondiale de la Santé; [05 août 2021]. Disponible sur : [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-unrecorded-per-capita-\(15-\)-consumption-\(in-litres-of-pure-alcohol\)-with-95-ci](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-unrecorded-per-capita-(15-)-consumption-(in-litres-of-pure-alcohol)-with-95-ci)
11. Organisation mondiale de la Santé. Observatoire mondial de la santé. Consommation d'alcool par les touristes (en litres d'alcool pur) : Organisation mondiale de la Santé; [05 août 2021]. Disponible sur : [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-tourist-consumption-\(in-litres-of-pure-alcohol\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-tourist-consumption-(in-litres-of-pure-alcohol))
12. Paradis, C., P. Butt, K. Shield, N. Poole, S. Wells, T. Naimi, A. Sherk et les groupes d'experts scientifiques des Directives de consommation d'alcool à faible risque. Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023. 2022 [disponible depuis : <https://www.ccsa.ca/fr>].
13. Hacker KA, Briss PA. Mieux vaut prévenir que guérir, surtout en période de COVID-19. Prévenir les maladies chroniques. 2021;18:E03.
14. National Cancer Institute Qu'est-ce que le cancer? : National Cancer Institute 2021 [30 août 2021]. Disponible sur : <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>.

15. Poirier AE, Ruan Y, Volesky KD, King WD, O'Sullivan DE, Gogna P, et al. Le fardeau actuel et futur du cancer attribuable aux facteurs de risque modifiables au Canada : Résumé des résultats. *Médecine préventive*. 2019;122:140-7.
16. Centre international de recherche sur le cancer. Monographies du CIRC sur l'évaluation des risques cancérigènes pour les humains. Volume 100E. Examen des agents cancérigènes pour les humains. Partie E : Habitudes personnelles et combustions en intérieur. Lyon, FR: Centre international de recherche sur le cancer; 2012.
17. Brown KF, Rungay H, Dunlop C, Ryan M, Quartly F, Cox A, et al. La fraction du cancer attribuable aux facteurs de risque modifiables en Angleterre, au Pays de Galles, en Écosse, en Irlande du Nord et au Royaume-Uni en 2015. *Br J Cancer*. 2018;118(8):1130-41.
18. Wilson LF, Antonsson A, Green AC, Jordan SJ, Kendall BJ, Nagle CM, et al. Combien de cas de cancer et de décès sont potentiellement évitables? Estimations pour l'Australie en 2013. *Int J Cancer*. 2018;142(4):691-701.
19. Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, Siegel RL, Fedewa SA, Jacobs EJ, et al. Proportion et nombre des cas de cancer et décès attribuables aux facteurs de risques potentiellement modifiables aux États-Unis. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(1):31-54.
20. Action Cancer Ontario. Facteurs de risque de cancer en Ontario : Tabac. Toronto; 2014.
21. Poirier AE, Ruan Y, Grevers X, Walter SD, Villeneuve PJ, Friedenreich CM, et al. Estimations du fardeau actuel et futur du cancer attribuable au tabagisme actif et passif au Canada. *Médecine préventive*. 2019;122:9-19.
22. Macacu A, Autier P, Boniol M, Boyle P. Tabagisme actif et passif et risque de cancer du sein : une méta-analyse. *Recherche et traitement pour le cancer du sein*. 2015;154(2):213-24.
23. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. Une méta-analyse de la consommation d'alcool et le risque de 15 maladies. *Prev Med*. 2004;38(5):613-9.
24. Bagnardi V, Blangiardo M, La Vecchia C, Corrao G. Une méta-analyse de la consommation d'alcool et le risque de cancer. *British journal of cancer*. 2001;85(11):1700-5.
25. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018. Boissons alcoolisées et risque de cancer. Londres : World Cancer Research Fund International; 2018.
26. Grevers X, Ruan Y, Poirier AE, Walter SD, Villeneuve PJ, Friedenreich CM, et al. Estimations du fardeau actuel et futur du cancer attribuable à la consommation d'alcool au Canada. *Médecine préventive*. 2019;122:40-8.
27. Hashibe M, Brennan P, Chuang SC, Boccia S, Castellsague X, Chen C, et al. Interaction entre le tabac et la consommation d'alcool et le risque de cancer de la tête et du cou : analyse regroupée dans l'International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevention* 2009;18(2):541-50.
28. Centre national de la prévention des maladies chroniques et de la promotion de la santé, Office on Smoking and Health. Rapports du Directeur du Service de santé publique des États-Unis. Les conséquences sur la santé du tabagisme - 50 ans de progrès : Un rapport du Directeur du Service de santé publique des États-Unis. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention [Centres pour le contrôle et la prévention des maladies] (É.-U.); 2014.
29. Klatsky AL. Alcool et maladies cardiovasculaires : où en sommes-nous aujourd'hui? *Journal of internal medicine*. 2015;278(3):238-50.
30. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur l'état mondial en matière d'alcool et de santé, 2018. Geneva : Organisation mondiale de la Santé; 2018. Rapport No. : 978-92-4-156563-9.
31. Reynolds K, Lewis B, Nolen JD, Kinney GL, Sathya B, He J. Consommation d'alcool et risque d'AVC : une méta-analyse. *Jama*. 2003;289(5):579-88.

32. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. Le lien entre les différentes dimensions de consommation d'alcool et le fardeau de la maladie : vue d'ensemble. *Dépendances* (Abingdon, Angleterre). 2010;105(5):817-43.
33. Roerecke M, Rehm J. Consommation excessive d'alcool irrégulière et risque de cardiopathie ischémique : Examen systématique et méta-analyse. *American journal of epidemiology*. 2010;171(6):633-44.
34. Mukamal KJ. Les effets du tabac et de l'alcool sur les maladies cardiovasculaires et les facteurs de risque. *Recherche sur l'alcool et la santé : le journal du National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. 2006;29(3):199-202.
35. Roerecke M, Rehm J. Consommation d'alcool, tendances de consommation et cardiopathie ischémique : examen narratif des méta-analyses, examen systématique et méta-analyse de l'incidence, et risque des consommations excessives d'alcool sur les buveurs modérés. *BMC medicine*. 2014;12:182.
36. Pietraszek A, Gregersen S, Hermansen K. Alcool et diabète de type 2. Un examen. *Nutrition, métabolisme et maladies cardiovasculaires : NMCD*. 2010;20(5):366-75.
37. Zhao J, Stockwell T, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Consommation d'alcool et mortalité liée aux coronaropathies : Une méta-analyse mise à jour sur les études de cohorte. *J Stud alcool et drogues*. 2017;78(3):375-86.
38. Fédération mondiale du cœur. L'incidence de la consommation d'alcool sur la santé cardiovasculaire : mythes et mesures [disponible sur : <https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/WHF-Policy-Brief-Alcohol.pdf>].
39. Consommation d'alcool et fardeau pour 195 pays et territoires, 1990-2016 : une analyse systématique pour l'étude sur le Fardeau mondial des maladies de 2016. *Lancet* (Londres, Angleterre). 2018;392(10152):1015-35.
40. Berry JD, Dyer A, Cai X, Garside DB, Ning H, Thomas A, et al. Risques à vie de maladies cardiovasculaires. *N Engl J Med*. 2012;366(4):321–9.
41. Joseph P, Leong D, McKee M, Anand SS, Schwalm JD, Teo K, et al. Réduire le fardeau mondial des maladies cardiovasculaires, partie 1 : Épidémiologie et facteurs de risque. *Circ Res*. 2017;121(6):677–94.
42. Gershon AS, Mecredy G, Ratnasingham S. Maladies pulmonaires obstructives chroniques en Ontario, 1996-1997 à 2014-2015. Toronto : Institut de recherche en services de santé; 2017.
43. Agence de la santé publique du Canada. Faits saillants sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) Ottawa: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2011 [01 janv. 2019]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/rapports-publications/faits-saillants-maladie-pulmonaire-obstructive-chronique-mpoc-2011.html>.
44. Berry CE, Wise RA. Mortalité liée aux MPOC : causes, facteurs de risque et prévention MPOC. 2010;7(5):375-82.
45. Hansell AL, Walk JA, Soriano JB. De quoi meurent les patients souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques? Une analyse de code à causes multiples. *The European respiratory journal*. 2003;22(5):809-14.
46. Baskaran V, Murray RL, Hunter A, Lim WS, McKeever TM. Effets du tabagisme sur le risque de développer une pneumonie acquise dans la communauté : Examen systématique et méta-analyse. *PLoS one*. 2019;14(7):e0220204.
47. Arcavi L, Benowitz NL. Cigarette et infection. *Archives de médecine interne*. 2004;164(20):2206-16.
48. Samokhvalov AV, Irving HM, Rehm J. Consommation d'alcool en tant que facteur de risque pour la pneumonie : Examen systématique et méta-analyse. *Épidémiologie et infection*. 2010;138(12):1789-95.
49. Simet SM, Sisson JH. Effets de l'alcool sur la santé pulmonaire et l'immunité. *Recherche sur l'alcool : examens actuels*. 2015;37(2):199-208.
50. Lin HH, Ezzati M, Murray M. Fumée de tabac, pollution de l'air intérieur et tuberculose : Examen systématique et méta-analyse. *PLoS medicine*. 2007;4(1):e20.

51. Bates MN, Khalakdina A, Pai M, Chang L, Lessa F, Smith KR. Risque de tuberculose par l'exposition à la fumée de tabac : Examen systématique et méta-analyse. *Archives de médecine interne*. 2007;167(4):335-42.
52. Rea E, Leung T. Une grappe de cas de tuberculose liée au tabagisme : Une difficulté peu reconnue pour l'élimination de la tuberculose. *Canada communicable disease report = Relève des maladies transmissibles au Canada*. 2018;44(3-4):86-90.
53. Rehm J, Samokhvalov AV, Neuman MG, Room R, Parry C, Lönnroth K, et al. L'association entre la consommation d'alcool, les troubles de la consommation d'alcool et la tuberculose (TB). Examen systématique. *BMC Public Health*. 2009;9:450.
54. Lawrence H, Hunter A, Murray R, Lim WS, McKeever T. Consommation de cigarettes et cas de gripes - Examen systématique. *The Journal of infection*. 2019;79(5):401-6.
55. Han L, Ran J, Mak YW, Suen LK, Lee PH, Peiris JSM, et al. Morbidité et mortalité associées au tabac et à la grippe : Examen systématique et méta-analyse. *Épidémiologie (Cambridge, Mass)*. 2019;30(3):405-17.
56. Rehm J, Probst C, Shield KD, Shuper PA. La consommation d'alcool a-t-elle un effet de causalité sur l'incidence du VIH et la progression de la maladie? Un examen de la littérature et une stratégie de modélisation pour en quantifier l'effet. *Paramètres de population en matière de santé* 2017;15(1):4.
57. Williams EC, Hahn JA, Saitz R, Bryant K, Lira MC, Samet JH. Consommation d'alcool et infection au Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Connaissances actuelles, implications et directions futures. *Alcoolisme, recherches cliniques et expérimentales*. 2016;40(10):2056-72.
58. Agence de la santé publique du Canada. Informations sur le diabète. Ottawa : gouvernement du Canada; 2012 [mis à jour mars 2012 192019 03 mars]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/diabete/informations-diabete.html>.
59. Huxley R, Barzi F, Woodward M. Risque excessif de coronaropathie fatale associée au diabète chez les hommes et les femmes : méta-analyse de 37 études de cohorte prospectives. *BMJ*. 2006;332(7533):73-8.
60. Dehal AN, Newton CC, Jacobs EJ, Patel AV, Gapstur SM, Campbell PT. Incidence du diabète sucré et de l'utilisation d'insuline sur la survie après un diagnostic de cancer colorectal : Cancer Prevention Study-II Nutrition Cohort. *J Clin Oncol*. 2012;30(1):53-9.
61. Maddatu J, Anderson-Baucum E, Evans-Molina C. Tabagisme et risque de diabète de type 2. *Recherche translationnelle : le journal clinique et de laboratoire*. 2017;184:101-7.
62. Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, et al. L'alcool comme facteur de risque pour le diabète de type 2 : Examen systématique et méta-analyse. *Traitement du diabète*. 2009;32(11):2123-32.
63. Howard AA, Arnsten JH, Gourevitch MN. Effet de la consommation d'alcool sur le diabète sucré : Examen systématique. *Ann Intern Med*. 2004;140(3):211-9.
64. Naimi TS, Stockwell T, Zhao J, Xuan Z, Dangardt F, Saitz R, et al. Les biais de sélection dans les études d'observation affectent les associations entre la consommation « modérée » d'alcool et la mortalité. *Dépendances (Abingdon, Angleterre)*. 2017;112(2):207-14.
65. Oppenheimer GM, Bayer R. La consommation modérée d'alcool protège-t-elle contre les maladies cardiaques? La science, les politiques et l'histoire d'une énigme de santé publique. *The Milbank quarterly*. 2020;98(1):39-56.
66. Golder S, McCambridge J. Alcool, maladies cardiovasculaires et financement de l'industrie : Une analyse du réseau de co-propriété des examens systématiques. *Sciences sociales et médecine (1982)*. 2021;289:114450.
67. Rehm J. Les risques associés à la consommation d'alcool et l'alcoolisme. *Recherche sur l'alcool et la santé : le journal du National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. 2011;34(2):135-43.

68. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Co-occurrence à vie de l'abus d'alcool et de dépendances DSM-III-R avec d'autres troubles, dans l'étude nationale sur la comorbidité. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(4):313-21.
69. Shield KD, Parry C, Rehm J. Maladies chroniques et affections liées à la consommation d'alcool. *Recherche sur l'alcool : examens actuels*. 2013;35(2):155-73.
70. Samokhvalov AV, Irving H, Mohapatra S, Rehm J. Consommation d'alcool, crise non provoquée et épilepsie : Examen systématique et méta-analyse. *Épilepsie*. 2010;51(7):1177-84.
71. Hillbom M, Pieninkeroinen I, Leone M. Crises chez les patients dépendants à l'alcool : épidémiologie, physiopathologie et gestion. *Médicaments agissant sur le SNC*. 2003;17(14):1013-30.
72. Leach JP, Mohanraj R, Borland W. Alcool, drogues et épilepsie : physiopathologie, présentation, possibilités et prévention. *Épilepsie*. 2012;53 Suppl 4:48-57.
73. Roerecke M, Vafaei A, Hasan OSM, Chrystoja BR, Cruz M, Lee R, et al. Consommation d'alcool, et risque de cirrhose du foie : Examen systématique et méta-analyse. *The American journal of gastroenterology*. 2019;114(10):1574-86.
74. Taylor B, Irving HM, Kanteres F, Room R, Borges G, Cherpitel C, et al. Plus vous buvez, plus la chute est dure : un examen systématique et une méta-analyse expliquant comment la consommation excessive d'alcool et le risque de blessure ou de collision augmentent conjointement. *Dépendance aux drogues et à l'alcool*. 2010;110(1-2):108-16.
75. Cherpitel CJ. Lumière sur : le fardeau de la consommation d'alcool - résultats en matière de traumatismes et d'urgences. *Recherche sur l'alcool : examens actuels*. 2013;35(2):150-4.
76. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC) Information détaillée pour 2015. Ottawa, Ontario, Canada. [05 août 2021]. Disponible sur : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=238854#a2.
77. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC) Information détaillée pour 2016. Ottawa, Canada : Statistique Canada 2017 [05 août 2021]. Disponible sur : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=259374.
78. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC) Information détaillée pour 2017. Ottawa, Canada : Statistique Canada 2018 [05 août 2021]. Disponible sur : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=329241.
79. Institut canadien d'information sur la santé. Métadonnées de la base de données sur les congés des patients (BDPC) : Institut canadien d'information sur la santé; [05 août 2021]. Disponible sur : <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-de-la-base-de-donnees-sur-les-conges-des-patients-bdcp>
80. Institut canadien d'information sur la santé. Métadonnées du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) : Institut canadien d'information sur la santé; [05 août 2021]. Disponible sur : <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-du-systeme-national-dinformation-sur-les-soins-ambulatoires-snisa>.
81. Sherk A, Stockwell T, Rehm J, Dorocicz J, Shield KD. Le modèle international en matière de méfaits et de politiques liés à l'alcool (InterMAHP). Version 1.0 : Décembre 2017. Université de Victoria, Colombie-Britannique, Canada : Institut canadien de recherche sur l'usage de substances; 2017.
82. Sherk A, Stockwell T, Rehm J, Dorocicz J, Shield KD, Churchill S. Le modèle international en matière de méfaits et de politiques : Une nouvelle méthode pour estimer les méfaits de l'alcool sur la santé avec l'application de la mortalité attribuable à l'alcool au Canada. *Journal des études sur l'alcool et les drogues*. 2020;81(3):339-51.
83. Sherk A, Stockwell T, April N, Churchill S, Sorge J, Gamache P. L'incidence potentielle sur la santé d'un prix unitaire minimum pour l'alcool au Québec : Une application du modèle international en matière de méfaits et de politiques liés à l'alcool. *Journal des études sur l'alcool et les drogues*. 2020;81(5):631-40.
84. Sherk A, Thomas G, Churchill S, Stockwell T. Boire dans le cadre des Directives de consommation d'alcool à faible risque peut-il prévenir les méfaits? Implications pour les pays à revenu élevé à l'aide du

modèle international en matière de méfaits et de politiques liés à l'alcool. Journal des études sur l'alcool et les drogues. 2020;81(3):352-61.

85. Sherk A, Stockwell T, Rehm J, Dorocicz J, Shield KD. modèle international en matière de méfaits et de politiques liés à l'alcool (InterMAHP) : Un guide détaillé pour l'estimation de la morbidité et la mortalité attribuables à l'alcool : Version 1.0 : Décembre 2017. Université de Victoria, Colombie-Britannique, Canada : Institut canadien de recherche sur l'usage de substances; 2017 [Disponible sur : <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/projects/intermahp/index.php>].

86. Statistique Canada. Tableau 10-10-0010-01 Ventes de boissons alcoolisées des régions des alcools et d'autres points de vente au détail, selon la valeur, le volume et le volume absolu; Ottawa, Canada : Statistique Canada; [05 août 2021]. Disponible sur : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1010001001&request_locale=fr

87. Institut canadien d'information sur la santé. Métadonnées du Système d'information ontarien sur la santé mentale : Institut canadien d'information sur la santé; [05 août 2021]. Disponible sur : <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-du-systeme-dinformation-ontarien-sur-la-sante-mentale>.

88. Sherk A, Dorocicz J. Modèle international en matière de méfaits et de politiques liés à l'alcool (InterMAHP) : Manuel de l'utilisateur. Version 1.0 : Décembre 2017, Université de Victoria, Colombie-Britannique, Canada : Institut canadien de recherche sur l'usage de substances; 2017

89. Roerecke M, Rehm J. The L'association cardioprotectrice de la consommation moyenne d'alcool et de la cardiopathie ischémique : Examen systématique et méta-analyse. Dépendances (Abingdon, Angleterre). 2012;107(7):1246-60.

90. Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée, Agence ontarienne de Protection et de Promotion de la Santé (Santé publique Ontario). Données probantes permettant d'orienter les mesures de lutte globale contre le tabagisme en Ontario (2016). Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2017.

91. Agence ontarienne de Protection et de Promotion de la Santé (Santé publique Ontario). Résumé du règlement ontarien sur le tabac, le vapotage et le cannabis - mai 2020. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020.

92. Région de Niagara. Règlement sans tabac ni vapotage dans les espaces extérieurs de Niagara (nouveau), Thorold, ON : Région de Niagara; 2019 [mis à jour juin 2019 192022 27 jan]. Disponible sur : <https://www.niagararegion.ca/health/substances/tobacco/smoke-free-outdoor-spaces.aspx>.

93. Ville d'Orillia. Règlement sans tabac ni vapotage à Orillia, ON : Ville d'Orillia; 2019 [mis à jour en mai 2019 152022 27 jan]. Disponible sur : <https://www.orillia.ca/en/living-here/smokevapefreeorillia.aspx#>.

94. Hoffman SJ, Tan C. Aperçu des examens systématiques sur les effets liés à la santé des politiques de lutte contre le tabagisme du gouvernement. BMC public health. 2015;15:744.

95. Faber T, Kumar A, Mackenbach JP, Millett C, Basu S, Sheikh A, et al. Effet des politiques de lutte contre le tabagisme sur la santé périnatale et infantile : Examen systématique et méta-analyse. The Lancet Public health. 2017;2(9):e420-e37.

96. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, van Baarsel S, Clarke A, Doherty K, et al. Interdictions législatives de fumer pour réduire les méfaits de l'exposition à la fumée secondaire, la prévalence du tabagisme et la consommation de tabac. La base de données Cochrane des examens systématiques. 2016;2(2):Cd005992.

97. Agence ontarienne de Protection et de Promotion de la Santé (Santé publique Ontario). Rapport de surveillance du tabagisme en Ontario, 2018. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2019.

98. Agence ontarienne de Protection et de Promotion de la Santé (Santé publique Ontario). Rapport de surveillance du tabagisme en Ontario, 2018. Supplément technique au rapport 5 : interventions de lutte contre le tabagisme. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2019.

99. Kernaghan A, Lambraki I, Pieters K, Garcia J. Logements sans fumée : un examen des données probantes. Toronto : Centre de formation et de consultation et Centre Propel sur les effets de la santé des populations de l'Université de Waterloo. 2014.

100. Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Indice de qualité du système de prévention, 2020. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020.
101. Association pour les droits des non-fumeurs/Fondation pour la lutte contre le tabac. Municipalités ontariennes avec des permis de vente au détail du tabac, Toronto : Association pour les droits des non-fumeurs; 2018 [mis à jour en févr. 2018 012020 12 nov.]. Available from: <https://nsra-adnf.ca/wp-content/uploads/2018/03/jan31municipal-tobacco-licences-document-2018-final.pdf>.
102. Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. Rapport de surveillance de la stratégie Ontario sans fumée. Toronto : Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario; 2018. Contrat n° : Rapport spécial.
103. Eng L, Su J, Habbous S, Hueniken K, Brown MC, Saunders D, et al. Disponibilité du tabac chez les détaillants et renoncement au tabac chez les survivants du cancer du poumon et de la tête et du cou. *Journal of Clinical Oncology*. 2019;37(15_suppl):11559-.
104. Valiente R, Escobar F, Urtasun M, Franco M, Shortt NK, Sureda X. Environnement des détaillants qui vendent du tabac et tabagisme : examen systématique des mesures d'exposition géographique et implications pour de futures études. *Recherches sur la nicotine et le tabac : journal officiel de la Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2020.
105. Finan LJ, Lipperman-Kreda S, Abadi M, Grube JW, Kaner E, Balassone A, et al. Densité des points de vente de tabac et consommation de cigarettes chez les adolescents : méta-analyse. *Lutte contre le tabagisme*. 2019;28(1):27-33.
106. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Conséquences des cigarettes électroniques sur la santé publique. Washington, DC : The National Academies Press; 2018.
107. Nigatu YT, Elton-Marshall T, Adlaf E. M., Ialomiteanu AR, Mann RE, & Hamilton, H. A. CAMH Rapport de surveillance en ligne : Toxicomanie, santé mentale et bien-être chez les adultes de l'Ontario, 1977–2019. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2020.
108. Gouvernement du Canada. Résumé des résultats de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves; 2018-2019, Ottawa : gouvernement du Canada; 2019 [mis à jour 23 déc. 2019 06 août 2021]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-sommaire.html>.
109. Jayakumar N, Chaiton M, Goodwin R, Schwartz R, O'Connor S, Kaufman P. Co-utilisation et mélange du tabac avec le cannabis chez les adultes de l'Ontario. *Recherches sur la nicotine et le tabac : journal officiel de la Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2021;23(1):171-8.
110. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour réduire les méfaits de la consommation d'alcool. Geneva : Organisation mondiale de la Santé; 2018.
111. Stockwell T, Wettlaufer A, Vallance K, Chow C, Giesbrecht N, April N, et al. Stratégies visant à réduire les méfaits et les coûts liés à l'alcool au Canada : un examen des politiques provinciales et territoriales. Victoria, C.B. : Institut canadien de recherche sur l'usage de substances, Université de Victoria; 2019.
112. Centre de toxicomanie et de santé mentale. Cadre stratégique sur l'alcool. Toronto : CAMH; 2019.
113. Popova S, Giesbrecht N, Bekmuradov D, Patra J. Heures et jours de vente et densité des points de vente d'alcool : incidences sur la consommation d'alcool et dommages qui en découlent : Examen systématique. *Alcool et alcoolisme (Oxford, Oxfordshire)*. 2009;44(5):500-16.
114. Sherk A, Stockwell T, Chikritzhs T, Andréasson S, Angus C, Gripenberg J, et al. Consommation d'alcool et disponibilité de l'alcool à emporter : Examens systématiques et méta-analyses des jours et heures de vente, et densité des points de vente. *Journal des études sur l'alcool et les drogues*. 2018;79(1):58-67.
115. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Politique municipale sur l'alcool en Ontario : une approche de santé publique. Toronto : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2017.
116. Liem S. Examen de la politique sur l'alcool : possibilités pour les municipalités ontariennes. Liem Strategic Integration Inc.; 2018.

Santé Ontario

505 University Avenue, 5^e étage

Toronto, ON M5G 2L3

cancerprevention@ontariohealth.ca

santeontario.ca

Santé publique Ontario

480 University Avenue, suite 300

Toronto, ON M5G 1V2

communications@oahpp.ca

publichealthontario.ca/fr