

Données probantes permettant d'orienter

les mesures de lutte globale
contre le tabagisme en Ontario

Les auteurs mentionnés dans ce rapport tiennent à remercier l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS) pour son soutien. Les opinions exprimées dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement celles de l'AOPPS. Les auteurs mentionnés sont les seuls responsables des opinions exprimées dans la présente publication.

Citation suggérée : Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée. *Données probantes permettant d'orienter les mesures de lutte globale contre le tabagisme en Ontario*. Toronto (Ontario), Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2010.

Pour en savoir davantage et obtenir des exemplaires du présent rapport, communiquez avec :

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

480, avenue University, bureau 300
Toronto (Ontario) Canada
M5G 1V2

Tél. : 1 647 260-7100

Télec. : 1 647 260-7600

Courriel : info@oahpp.ca

Web : www.oahpp.ca

Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée

Président

John Garcia, PhD

Professeur agrégé, Études en santé et en gérontologie, Université de Waterloo
Professeur agrégé, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto
Chercheur principal à l'URTO

Présidents des groupes de travail

Joanna Cohen, Ph.D. (Confronting the Disease Vector)

Professeure agrégée, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto
Directrice de recherche et de formation, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Université de Toronto
Chercheuse principale à l'URTO

Roberta Ferrence, Ph.D. (Protection)

Directrice générale, Unité de recherche sur le Tabac de l'Ontario, Université de Toronto
Chercheuse principale, Centre de toxicomanie et de santé mentale
Chercheuse principale à l'URTO

Scott Leatherdale, Ph.D. (Prévention)

Chercheur et président de la recherche, Service d'études et de surveillance de la population, Action Cancer Ontario
Professeur agrégé, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto

Peter Selby, MBBS, CCMF, M.Sc.S, FASAM
(Cessation)

Directeur clinique, Programmes de traitement de la toxicomanie et président, Service de traitement de la dépendance à la nicotine, Centre de toxicomanie et de santé mentale
Professeur agrégé, Départements de médecine familiale et communautaire, Psychiatrie, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto
Chercheur principal à l'URTO

Membres

Susan Bondy, Ph.D.

Professeure adjointe, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto
Chercheuse principale à l'URTO

K. Stephen Brown, Ph.D.

Professeur, Département de statistique et d'actuariat, Université de Waterloo
Directeur, Groupe de biostatistique, Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel, Université de Waterloo
Chercheur principal à l'URTO

Roy Cameron,¹ Ph.D.

Professeur, Département des études en santé et en gérontologie, Université de Waterloo
Directeur général, Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel, Université de Waterloo

¹ Roy Cameron a siégé au comité entre octobre et décembre 2009.

David Hammond, Ph.D.

Professeur adjoint, Département des études en santé et en gérontologie, Université de Waterloo

Robert Kyle, B.Sc., M.D., M.Sc.S, CCMF, FRCPC, FACPM

*Commissaire et médecin hygiéniste, Services de santé de la région de Durham
Professeur auxiliaire, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto*

Carol McDonald, IA, B.Sc.Inf.

Superviseure, Programme de lutte contre le tabagisme, Santé publique Ottawa

Paul McDonald, Ph.D., FRSPH

*Professeur et président, Département des études en santé et en gérontologie, Université de Waterloo
Chercheur principal à l'URTO*

Christopher J. Longo, Ph.D.

*Professeur adjoint, DeGroot School of Business et membre, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster
Professeur adjoint, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto*

Robert Reid, Ph.D., M.B.A.

Directeur associé, Centre de prévention et de réadaptation Minto, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa

Robert Schwartz, Ph.D.

*Professeur agrégé, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto
Directeur de l'évaluation et de la surveillance, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Université de Toronto
Chercheur principal à l'URTO*

Laurie Zawertailo, Ph.D.

*Professeure adjointe, Département de pharmacologie et de toxicologie, Université de Toronto
Chercheuse, Programme de traitement de la toxicomanie, Centre de toxicomanie et de santé mentale*

Secrétariat

*Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé*

Heather Manson, M.D., FRCPC, M.Sc.S

Directrice, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes, AOPPS

Angela Bennett, M.H.P., coordonnatrice de recherche

Phat Ha, M.H.P., analyste de recherche

Caroline Murphy, M.Sc., analyste principale de projet

Andrew Pinto, M.D., CCFM, M.Sc., résident en médecine communautaire

Tom Stephens, Ph.D., consultant scientifique

Debi Spencer, attachée de direction

Nous remercions **Melody Roberts** pour sa contribution et son soutien à ce projet ainsi qu'au personnel de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé pour leur soutien à la coordination et la mise en œuvre.

Remerciements

Le Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée (CCS-SOSF) tient à remercier tous ceux et celles qui ont apporté leur expertise et leur contribution à l'élaboration et à la préparation du présent rapport. Celui-ci n'aurait pu être achevé sans le dévouement et la coopération de nombreuses personnes.

Nous remercions les **membres du groupe de travail** suivants pour leur participation, leurs conseils et leur engagement dans la lutte globale contre le tabagisme :

Timothy Dewhirst, Ph.D. –
Université de Guelph
Pamela Kaufman, Ph.D. – Unité de
recherche sur le tabac de l'Ontario,
Université de Toronto
Anne Lavack, Ph.D. – Université de
Regina
Kelli-An Lawrance, Ph.D. –
Université Brock
Steve Manske, EdD –
Université de Waterloo
Patricia Smith, Ph.D. – École de médecine
du Nord de l'Ontario

Nous remercions les membres du **groupe d'experts internationaux** pour leurs critiques constructives, leurs conseils et l'examen des recommandations formulées dans le présent rapport.

Lawrence W. Green, D.H.P. (Président) –
Université de Californie à
San Francisco
Cathy Backinger, Ph.D., M.H.P. – National
Cancer Institute
Frank Chaloupka, Ph.D. – Université de
l'Illinois à Chicago
Stanton Glantz, Ph.D. – Université de
Californie à San Francisco
Thomas Glynn, Ph.D. – American Cancer
Society

Andrew Hyland, Ph.D. – Roswell Park
Cancer Institute
Terry F. Pechacek, Ph.D. – Centers for
Disease Control and Prevention

Nous remercions les personnes suivantes qui ont contribué au rapport en partageant leurs connaissances et leurs points de vue durant les entrevues avec des informateurs clés.

Murray J., Kaiserman, Ph.D. – Santé
Canada
Malcolm King, Ph.D., FCCP – Université
de l'Alberta
Chantelle A.M. Richmond, Ph.D. –
Université Western Ontario
Lorraine Greaves, Ph.D. – ministère de la
Santé et des Soins de longue durée de
l'Ontario

Nous remercions le personnel de l'**Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario** (URTO), du **Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel** (PROPEL) et de l'**Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa** pour nous avoir fourni des renseignements et analysé les données à l'appui des recommandations formulées par le CCS-SOSF.

Rashid Ahmed – PROPEL
Robin Burkhalter – PROPEL
Michael Chaiton – URTO
Jolene Dubray – URTO
Stephanie Filsinger – PROPEL
Fiona Loranger – URTO
Kerri-Anne Mullen – Institut de cardiologie
de l'Université d'Ottawa
Shawn O'Connor – URTO
Anne Philipneri – URTO

Nous tenons également à remercier le **ministère de la Promotion de la santé et du sport (MPSS)** et le **Groupe consultatif de la Stratégie antitabac** pour leur engagement continu à l'égard du projet et du renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme dans la province de l'Ontario.

Sommaire

| | |
|---|-----|
| Résumé..... | 1 |
| Préface..... | 13 |
| Chapitre 1 : Démarche de lutte contre le tabagisme : Données probantes soutenant une intervention audacieuse..... | 15 |
| Chapitre 2 : Lutte globale contre le tabagisme : Mesure fondées sur des données probantes..... | 31 |
| Chapitre 3 : Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée – Démarche d'obtention des données probantes..... | 45 |
| Chapitre 4 : Contrer le vecteur de maladies en matière de lutte contre le tabagisme..... | 51 |
| Chapitre 5 : Prévention du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes..... | 83 |
| Chapitre 6 : Protection contre la fumée du tabac et l'exposition sociale au tabagisme..... | 105 |
| Chapitre 7 : Abandon..... | 131 |
| Chapitre 8 : Disparités et équité en matière de tabagisme..... | 159 |
| Chapitre 9 : Principaux instruments d'habilitation systémiques en matière de lutte contre le tabagisme..... | 183 |
| Chapitre 10 : Démarche de lutte globale contre le tabagisme : Reprise..... | 203 |
| Annexe A : Glossaire et acronymes..... | 217 |
| Annexe B : Modèles logiques de lutte contre le tabagisme recommandés par le CCS-SOSF..... | 227 |

Résumé

Le présent rapport a pour objet de fournir des conseils scientifiques et de soumettre des recommandations au ministère de la Promotion de la santé et du sport (MPSS) en vue d'orienter le renouvellement de la stratégie provinciale antitabac de 2010 à 2015. Au milieu de 2009, le MPSS a sollicité ces conseils lorsqu'il s'est aperçu que la stratégie quinquennale Ontario sans fumée touchait à sa fin.

Le présent rapport fournit des éléments probants relativement à l'efficacité des interventions visant à réduire considérablement le nombre total de personnes qui consomment des produits du tabac ou y sont exposées en Ontario.

Le tabagisme n'est pas un problème insoluble. Au contraire, les interventions importantes en matière de lutte contre le tabagisme sont connues et sont efficaces lorsqu'elles sont mises en œuvre de manière globale et cohérente pendant une durée prolongée, à une échelle appropriée.

Aperçu

Le tabagisme et les autres formes d'usage du tabac demeurent la principale cause de maladies évitables et de décès en Ontario. Il a été clairement établi que le tabac et l'exposition à la fumée du tabac sont la cause d'un grand nombre de maladies et d'états pathologiques. Le tabagisme coûte des milliards de dollars à l'économie ontarienne chaque année en soins de santé et en coûts liés à la perte de productivité. La réduction du tabagisme permettra d'améliorer la santé, de réduire la demande de soins de santé liée aux maladies attribuables au tabac et d'atténuer les pertes de productivité.

Une démarche globale de lutte contre le tabagisme a été instaurée en 1992 en Ontario dans le cadre de la Stratégie antitabac de l'Ontario et elle se poursuit avec la stratégie Ontario sans fumée (OSF) mise en œuvre en 2004-2005. Depuis, des réalisations importantes ont vu le jour, notamment une diminution impressionnante de la prévalence du tabagisme chez les adultes et la mise en œuvre de mesures novatrices visant à protéger

le public de l'exposition à la fumée du tabac. En dépit de nombreuses réussites, des défis restent à relever et il y a largement matière à amélioration.

En Ontario, la lutte globale contre le tabagisme (LGT) se heurte à de nombreuses difficultés, notamment :

- les faibles prix des produits du tabac et les taxes peu élevées sur le tabac;
- la grande disponibilité des produits du tabac de contrebande;
- les innovations en matière de marketing et autres activités de l'industrie du tabac;
- l'absence de campagne médiatique soutenue visant à dénormaliser l'industrie du tabac et à promouvoir la protection, la prévention et la cessation;
- le peu d'interventions dans la plupart des domaines (p. ex., cessation, prévention);
- l'élimination du reste de l'exposition à la fumée du tabac;
- les iniquités persistantes en ce qui a trait aux moyens d'atteindre des sous groupes de population.

Il existe des politiques et des programmes efficaces en matière de lutte contre le tabagisme. Nous savons comment faire pour résoudre le problème. Nous devons désormais adopter et mettre en œuvre une combinaison de programmes et de politiques efficaces dans le cadre d'un système de lutte contre le tabagisme. L'Ontario a l'occasion de tirer parti de la LGT et d'en étendre la portée en tant que stratégie globale, coordonnée, intensive et pleinement intégrée à plusieurs niveaux qui réduira grandement le tabagisme et l'exposition aux produits du tabac, ainsi que les maladies et les décès qu'ils provoquent.

Le présent rapport décrit les stratégies les plus efficaces pour contrer le vecteur de maladies, protéger les non-fumeurs de l'exposition à la fumée du tabac, prévenir l'adoption du tabagisme, en favoriser la cessation et réduire les iniquités en matière de lutte contre celui-ci.

Les éléments probants relevés en Ontario et dans d'autres territoires de compétence sont examinés et des recommandations sont formulées à l'intention de la province pour la période allant de 2010 à 2015. Les instruments d'habilitation du système – leadership, financement, système d'apprentissage et autres – sont également décrits.

Contre le vecteur de maladies attribuables au tabac

L'industrie du tabac demeure un phénomène unique en ce sens qu'elle fournit en toute légalité un produit qui, lorsqu'il est utilisé comme prévu, peut, à long terme, tuer la moitié de ses utilisateurs et être préjudiciable pour la plupart des autres. À la différence des vecteurs de maladies que l'on rencontre habituellement dans le domaine de la santé publique, l'industrie du tabac est très intelligente et cherche à éviter, dans la mesure du possible, tout contrôle législatif et réglementaire. La contrebande complique davantage le problème en contournant les contrôles réglementaires et les mesures dissuasives que constituent les taxes d'accise et de vente.

Les éléments probants relevés dans d'autres territoires de compétence montrent de quelle manière il est possible de défier l'industrie du tabac et de réaliser des gains en matière de santé publique grâce à l'augmentation des prix et à l'imposition de restrictions plus strictes en ce qui a trait aux emballages, à la mise au point de nouveaux produits, à la promotion et à la distribution.

Prix : Nous disposons de preuves solides et sans équivoque démontrant que l'augmentation du prix des cigarettes conduit à une diminution de la demande et de la consommation, ainsi qu'à une volonté accrue d'arrêter de fumer. L'Ontario est la deuxième province où les prix des cigarettes sont les plus bas au Canada. Après une hausse importante en 2006, les taxes sur le tabac n'ont connu aucune augmentation significative.

Dénormalisation de l'industrie du tabac : Les campagnes de dénormalisation de l'industrie du tabac (DIT) peuvent mettre en lumière les tentatives de l'industrie pour accroître l'acceptabilité sociale du tabagisme. Les campagnes de DIT efficaces exposent la cause de l'épidémie de maladies liées au tabagisme

(c.-à-d. l'industrie du tabac elle-même), influent sur les croyances du public à l'égard de cette industrie et contribuent à réduire la prévalence du tabagisme.

Emballages neutres et standard et mises en garde relatives à la santé : La manipulation intentionnelle par l'industrie de la configuration des emballages, de la couleur, des symboles et des images continue de nuire aux messages de santé publique et contribue aux croyances erronées en ce qui a trait aux effets nocifs des produits du tabac.

Réglementation des produits du tabac : Les fabricants de tabac mettent au point de nouveaux produits afin de conserver leur part de marché ou de l'accroître. Les nouveaux produits du tabac devraient être interdits, à moins que des éléments probants démontrent incontestablement leur effet positif sur la santé de la population.

Distribution au détail et accessibilité : L'un des mécanismes permettant de limiter la consommation consiste à réduire le nombre de détaillants et d'endroits autorisés à vendre des produits du tabac. La densité des commerces de tabac au détail est liée à l'adoption du tabagisme dans les écoles et les quartiers avoisinants. La disponibilité physique et sociale de ces produits est également liée à l'accessibilité de ces détaillants.

Marketing et promotion : La Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte antitabac met l'accent sur la nécessité d'interdire un large éventail d'activités de marketing, dont le marketing direct, les ventes promotionnelles, la vente personnelle et les méthodes interactives en ligne. Les interdictions partielles laissent la possibilité à l'industrie du tabac de s'adapter aux nouvelles réglementations en réaffectant les dépenses aux domaines non réglementés de manière créative et indirecte.

Responsabilisation de l'industrie du tabac : Les intérêts de l'industrie du tabac et la politique de santé publique sont en conflit direct. Les procédures judiciaires et la surveillance de l'industrie, qui jouent un rôle clé, peuvent être utilisées pour soutenir davantage la politique de santé publique, tout en contenant les activités de l'industrie du tabac, réduisant ainsi le tabagisme, l'exposition au tabac ainsi que les décès et les maladies précoces évitables.

Prévention

Les programmes de lutte globale contre le tabagisme comprennent des interventions qui permettent aux adolescents de passer plus facilement à l'âge adulte et de vieillir sans fumer. Comme toutes les mesures de lutte contre le tabagisme, les initiatives de prévention sont plus efficaces lorsqu'elles sont mises en œuvre dans le cadre d'une stratégie globale. Les interventions en matière de prévention visent les jeunes et les jeunes adultes (jusqu'à 29 ans inclus).

Marketing médiatique et social : Des campagnes médiatiques bien financées, correctement ciblées et durables peuvent constituer une stratégie efficace de prévention du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes. Ces campagnes sont plus efficaces lorsqu'elles sont combinées à d'autres éléments d'une stratégie globale.

Le tabagisme dans les films et les jeux vidéo :

L'exposition à des images liées au tabagisme dans les films accroît le risque que les jeunes et les jeunes adultes commencent à fumer. Les jeunes sont principalement exposés au tabagisme à l'écran dans des films qui leur sont destinés et dans lesquels on voit des gens fumer. Les films et les jeux vidéo montrant de telles scènes devraient par conséquent être réservés aux adultes. Le public et les utilisateurs devraient être avertis de façon appropriée en cas de référence au tabagisme.

Application de politiques efficaces : Les environnements scolaires et communautaires jouent un rôle important quant à l'influence qu'ils exercent sur le comportement des jeunes vis-à-vis du tabagisme. L'application appropriée de politiques rigoureuses dans ces environnements a eu des répercussions positives sur le contrôle de la prévalence du tabagisme au niveau des comportements.

Interventions harmonisées et coordonnées : Les programmes de lutte contre le tabagisme ne sont pas indépendants. Un effort soutenu ayant recours à de multiples démarches — dans les écoles et à travers la collectivité — semble être la méthode la plus efficace. Il est nécessaire de mettre en place un système d'initiatives coordonnées conçu pour prévenir le tabagisme et en soutenir l'arrêt chez les jeunes et les jeunes adultes.

Interventions ciblées en matière de prévention :

Les caractéristiques environnementales, les variables scolaires et communautaires ainsi que les perceptions des élèves contribuent à la variabilité de la prédisposition au tabagisme des jeunes et des risques d'une école à l'autre. Des éléments probants indiquent que certaines interventions ciblant les personnes qui présentent le risque le plus élevé sont les plus efficaces et que les programmes scolaires peuvent fonctionner dans des contextes où les risques sont importants. Il est nécessaire d'intervenir dans le cadre de programmes ciblés visant les jeunes et les jeunes adultes qui présentent les risques les plus élevés de tabagisme.

Accès à la vente au détail et conformité : Les répercussions des restrictions actuelles visant à restreindre l'accès des jeunes au tabac sur la prévalence du tabagisme peuvent être limitées par la facilité avec laquelle ils se procurent des cigarettes dans leur milieu social et auprès de certains détaillants. Il est nécessaire de revoir les protocoles actuels d'examen de la conformité. Des protocoles d'examen de la conformité plus rigoureux et plus réalistes pourraient prévenir la vente de tabac à des consommateurs n'ayant pas atteint l'âge légal, limitant ainsi l'accès à ces produits par l'entremise de sources sociales.

Cessation : La majorité des jeunes et des jeunes adultes ont l'intention d'arrêter de fumer, mais manquent d'information sur les outils de soutien à l'abandon du tabac ou ne s'y intéressent pas. Bon nombre de ces outils sont limités au milieu scolaire, tandis que les services et les interventions qu'offrent les professionnels de la santé demeurent peu fréquents et irréguliers. Il est nécessaire d'intégrer à la pratique de tous les professionnels de la santé des interventions et des services de counseling en matière d'abandon du tabac à l'intention des jeunes et des jeunes adultes. Des recherches supplémentaires sont nécessaires en vue d'élaborer des interventions efficaces pour ces groupes.

Évaluation et apprentissage : Les systèmes de surveillance et d'évaluation aident à mieux comprendre comment les écoles et la collectivité participent à la planification et à l'élaboration des programmes de prévention et de soutien. Toutefois, il n'existe à l'heure actuelle aucun système qui permette de déterminer ou de mesurer les répercussions des politiques et des

programmes de lutte contre le tabac mis en œuvre dans les écoles, les collèges, les universités ou les collectivités de l'Ontario.

Protection

Puisque aucun niveau d'exposition à la fumée de tabac n'est considéré comme étant sûr, la mise en place de milieux sans fumée est la meilleure façon de protéger la population. Les milieux sans fumée éliminent les effets physiques indésirables ainsi que le renforcement social du tabagisme et aident les gens à essayer d'arrêter.

En dépit des lois provinciales et des règlements municipaux progressifs de l'Ontario en ce qui a trait à la mise en place de milieux sans fumée, nombreux sont les Ontariens et les Ontariennes qui continuent à être exposés à la fumée du tabac. Le public soutient largement les milieux sans fumée dans divers environnements de la province. En plus d'être favorables aux lois, les Ontariens et les Ontariennes adoptent de plus en plus de politiques volontaires dans leur propre maison.

Lois antitabac : L'utilisation de la loi pour restreindre le tabagisme dans certains lieux publics intérieurs est insuffisante. Les Ontariens et les Ontariennes continuent d'y être exposés à l'intérieur comme à l'extérieur, y compris les terrasses ouvertes des restaurants et des bars, les immeubles à logements multiples, les foyers et les véhicules. Les stratégies locales et les leçons qu'on en tire offrent des éléments probants et créent des précédents qui favoriseront l'adoption de lois provinciales plus strictes.

Interventions médiatiques : Les interventions médiatiques efficaces sont des éléments essentiels de toute stratégie de lutte globale contre le tabagisme. Ces interventions peuvent permettre de protéger les gens contre l'exposition involontaire à la fumée de tabac en prévenant l'initiation au tabagisme, en favorisant et en facilitant l'abandon, en influençant les normes sociales, en stimulant le soutien du public à l'égard des interventions de lutte contre le tabagisme et en accroissant les connaissances relatives aux dangers de l'exposition.

Professionnels de la santé : Les patients peuvent être incités à tenter d'arrêter de fumer et à chercher de l'aide supplémentaire s'ils sont orientés par des professionnels

de la santé. Ces derniers peuvent également jouer un rôle en les incitant à prendre des mesures pour protéger les membres de leur famille, leurs amis et le public en adoptant des politiques qui réduisent le tabagisme et limitent l'exposition à la fumée qui peut nuire aux autres.

Évaluation et apprentissage : La recherche a démontré l'importance du soutien et de la participation de la collectivité au niveau local en vue de la mise en œuvre de plusieurs interventions hautement efficaces et novatrices en matière de programmes et de politiques. Il s'agit notamment de restreindre les pratiques de marketing des produits du tabac et de créer des milieux sans fumée. La surveillance et l'évaluation permettent de tirer constamment des leçons de ces interventions et d'appliquer les connaissances à de nouveaux environnements.

Cessation

Une stratégie de lutte contre le tabagisme accompagnée d'investissements appropriés en matière de cessation permettra de réduire considérablement à court terme le fardeau en matière de santé ainsi que les coûts des soins de santé. Même si l'adoption du tabagisme cessait immédiatement en Ontario, la province compterait encore près de 2,1 millions de fumeurs qui continuent d'en ressentir les effets sur leur santé et finalement d'accroître les coûts des soins de santé. La démarche relative à l'abandon du tabagisme décrite dans le présent rapport englobe un large éventail d'interventions fondées sur des éléments probants (politiques, médias, programmes) dans divers milieux. Plus important encore, l'abandon du tabagisme est une intervention extrêmement rentable qui sauve des vies.

Politiques de soutien à la cessation : Il existe de nombreux exemples de politiques bien documentées qui soutiennent l'abandon du tabagisme tout en atteignant d'autres objectifs. Les plus efficaces consistent à accroître les prix du tabac par la hausse des taxes, à augmenter le nombre de milieux sans fumée et à dénormaliser l'industrie du tabac. Chacune de ces politiques incite les fumeurs à arrêter, encourage les tentatives et conduit à une consommation réduite.

Campagne médiatique sur l'abandon du tabagisme : Les campagnes médiatiques de masse luttant contre le tabagisme accroissent les intentions d'arrêter de

fumer, réduisent la consommation, diminuent la prévalence du tabac et augmentent les taux d'abandon. Ces campagnes sont efficaces pour informer les fumeurs et les orienter vers les services existants d'abandon du tabagisme, ce qui en accroît la portée et l'adoption.

Système de soutien des fumeurs : L'abandon du tabagisme peut être un processus complexe qui s'échelonne sur des mois, voire des années; de plus, certains fumeurs souhaitent simplement réduire leur consommation. Les fumeurs peuvent ressentir un éventail de symptômes psychologiques et physiologiques de sevrage et peuvent par conséquent bénéficier d'un soutien comportemental et médicamenteux favorisant l'arrêt du tabac, tels qu'une thérapie de remplacement de la nicotine. Malgré tout, ils seront nombreux à recommencer à fumer. Par conséquent, pour nombre d'entre eux, mettre fin au tabagisme ou à l'accoutumance à la nicotine est le combat de toute une vie. Un système efficace d'abandon du tabac doit être en mesure d'attirer les fumeurs et de les soutenir pendant toute la durée du processus d'abandon.

Services d'abandon du tabac offerts directement aux fumeurs : Il est important de recruter, de persuader et de soutenir les fumeurs actuels et de leur offrir des services d'abandon du tabac. Cette démarche, qui complète les services d'abandon systématique du tabac mis en place dans le domaine des soins de santé et des soins primaires, comprend une combinaison de services offerts au téléphone, par messagerie textuelle et en ligne auxquels s'ajoutent des médicaments gratuits favorisant l'abandon du tabac, tels que les thérapies de remplacement de la nicotine au besoin.

Interventions relatives à l'abandon du tabac dans les établissements de soins primaires et dans tous les autres établissements de soins de santé : Les interventions relatives à l'abandon du tabac sont efficaces lorsqu'elles sont offertes dans un certain nombre d'environnements par divers professionnels, tels que les médecins de famille, les dentistes et les pharmaciens, ou pendant les visites aux urgences ou durant la grossesse. Il reste fort à faire pour accroître la portée, la responsabilisation et la continuité des soins. Il est essentiel d'offrir des occasions de formation à l'abandon du tabac dans les établissements de soins primaires et dans tous les établissements de soins de santé.

Rôle des entreprises pharmaceutiques : Les entreprises pharmaceutiques jouent un rôle important dans la mise au point de médicaments favorisant l'abandon du tabac. Elles participent aux campagnes médiatiques de sensibilisation du public en vue de susciter et de soutenir les tentatives d'arrêter de fumer, soutiennent la recherche de systèmes d'abandon du tabac pour les populations ayant des besoins élevés et commanditent la formation et autres activités de renforcement des capacités. Il est nécessaire de définir le rôle que les entreprises pharmaceutiques peuvent jouer dans l'élaboration de mesures globales de lutte contre le tabagisme en Ontario.

Démarches socio-écologiques visant l'abandon du tabac : Une démarche socio-écologique tente de comprendre les répercussions de l'environnement et des réseaux sociaux d'un individu sur son comportement en matière de santé. Pour comprendre les propriétés de ces réseaux, il convient d'élargir le champ de recherche afin d'englober des groupes entiers d'individus et leurs interconnexions. Les démarches relatives à l'abandon du tabac à l'aide de phénomènes de réseau peuvent être utilisées pour favoriser les comportements positifs en matière de santé et accroître les interventions existantes auprès de la population telles que les taxes et les campagnes médiatiques.

Évaluation et apprentissage : Comme dans le cas de la prévention et de la protection, il est essentiel de procéder à une surveillance et à une évaluation constantes afin d'améliorer la compréhension du processus d'abandon du tabac et les répercussions de l'éventail d'interventions servant à promouvoir la cessation du tabagisme.

Disparités et équité

La réduction des disparités en matière de tabagisme s'inscrit dans l'objectif d'équité en matière de santé publique. Les interventions universelles, surtout celles qui sont liées au prix du tabac, peuvent réduire les iniquités du tabagisme sur la santé tout en améliorant globalement la santé de la population. Les interventions ciblées devraient être choisies en observant les politiques et les services existants au niveau de la population afin de s'assurer que les personnes lésées par les inégalités sociales reçoivent une part juste et équitable des avantages prévus, sans subir de conséquences néfastes et inattendues.

Adoption d'une perspective équitable : La première étape de l'intégration de mesures d'équité dans une nouvelle stratégie de lutte contre le tabagisme consiste à identifier les groupes qui peuvent présenter des risques plus importants, qui sont systématiquement désavantagés ou qui supportent un fardeau plus important en matière de mauvaise santé résultant du tabagisme et de l'exposition à celui-ci. Il est nécessaire de tenir compte des déterminants sociaux de la santé, y compris du statut social, des réseaux sociaux, de l'emploi, de la scolarité ainsi que des environnements sociaux et physiques.

Interventions universelles et ciblées : Des éléments probants viennent appuyer l'utilisation équilibrée d'interventions universelles et ciblées pour mieux atteindre l'objectif de réduction des disparités liées au tabagisme tout en en réduisant le fardeau global et l'exposition au tabac.

Évaluation et apprentissage : La surveillance et l'évaluation de toutes les interventions en matière de prévention, de protection et d'abandon du tabac doivent être mises en œuvre dans une perspective d'équité. Cela est essentiel pour vérifier si les interventions contribuent à l'amélioration de la santé de la population et à la réduction des iniquités reliées au tabagisme.

Instrument d'habilitation systémiques en matière de lutte globale contre le tabagisme

Les instruments d'habilitation systémiques sont des fonctions ou des capacités interreliées qui favorisent l'efficacité de la lutte globale contre le tabagisme. Il s'agit notamment des éléments suivants :

Un leadership et des partenariats forts et durables : Dans tous les territoires de compétence ayant adopté des mesures efficaces de lutte globale contre le tabagisme, un engagement politique sérieux a été nécessaire pour élaborer et soutenir des mesures multisectorielles globales et durables et des interventions coordonnées. Il est nécessaire d'assurer le leadership dans plusieurs secteurs gouvernementaux afin de définir et de mettre en œuvre un plan stratégique rigoureux permettant d'atteindre les objectifs de lutte contre le tabagisme. Il est essentiel de faire preuve de leader-

ship et d'engagement pour anticiper et gérer les efforts compensatoires de l'industrie du tabac.

Les partenariats au sein de la société civile (c.-à-d. les partenariats entre les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux) aux échelons local, provincial et national jouent un rôle important pour créer et maintenir la dynamique. Les organismes de défense des droits et les partenaires communautaires soutiennent la dynamique d'action sociale et incitent les gens à soutenir les changements de politiques.

Politiques, programmes et marketing social : Les politiques, les programmes et le marketing social sont des éléments essentiels de la lutte globale contre le tabagisme : ils font en sorte que celle-ci s'adresse aussi bien au grand public qu'à des sous-groupes précis tels que les fumeurs actuels et potentiels.

Financement : La lutte globale contre le tabagisme est une stratégie rentable qui, uniquement du point de vue des économies réalisées en matière de soins de santé, sera largement compensée. Des études laissent entendre qu'il existe une relation dose-effet entre l'intensité des interventions et les résultats de la LGT. Un degré de financement suffisant pour atteindre des niveaux élevés d'intensité des interventions et de sensibilisation durable de la population permettra d'apporter des changements en matière de tabagisme et de prévention des maladies chroniques au sein de la population.

Système d'apprentissage en matière de lutte globale contre le tabagisme : L'Ontario dispose d'une infrastructure de lutte contre le tabagisme bien développée qui comprend des centres de ressources antitabac, l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario et de nombreux autres partenaires. Ce système offre aux intermédiaires de la lutte contre le tabagisme des preuves scientifiques fondées sur la pratique, des données issues de la surveillance, des évaluations, des échanges de connaissances, de la formation, des outils et un soutien technique. Pour renforcer sa capacité de mettre en œuvre la nouvelle stratégie, l'Ontario a besoin d'un système qui délimite les rôles, les responsabilités et la reddition de comptes et qui examine les aspects nouveaux et existants de la stratégie, y compris le renforcement de la capacité de mise en œuvre de ces changements et d'amélioration des éléments existants.

Lutte contre le tabagisme en Ontario dans un contexte mondial : Les praticiens et les chercheurs ontariens du domaine de la lutte contre le tabagisme ont contribué substantiellement aux connaissances mondiales en la matière. L'Ontario dispose des connaissances et de l'infrastructure nécessaires pour soutenir une entreprise scientifique exhaustive qui contribue à la compréhension globale des mesures efficaces contre le tabagisme et l'exposition à celui-ci, ainsi que leurs mécanismes. À ce titre, de nombreux éléments du système d'apprentissage sont déjà en place. En renforçant et en coordonnant les ressources existantes, l'Ontario est en mesure de soutenir et de favoriser à court terme l'innovation, l'expérimentation et la rétroaction afin d'orienter continuellement le renouvellement des politiques et des pratiques en matière de lutte contre le tabagisme.

Recommandations

Compte tenu de ce qui précède, nous formulons les recommandations suivantes en vue de promouvoir une stratégie globale de lutte contre le tabagisme pour l'Ontario qui conduira à la prévention et à des réductions importantes de celui-ci, à une diminution de l'exposition physique et sociale à la fumée du tabac, à une réduction des iniquités liées au tabagisme sur le plan de la santé à travers la province et, pour finir, à l'élimination des maladies et des décès liés au tabagisme en Ontario. Ces recommandations sont numérotées selon les chapitres dans lesquels elles se trouvent.

Chapitre 2: Lutte globale contre le tabagisme : Mesures fondées sur des éléments probants

RECOMMANDATION

La lutte contre le tabagisme

[2.1] Renforcer et accroître la lutte contre le tabagisme en Ontario en tant que stratégie globale, coordonnée et intensive pleinement intégrée, à plusieurs niveaux.

Chapitre 4: Contrer le vecteur de maladie en matière de lutte contre le tabagisme

Objectif : Minimiser la capacité de l'industrie du tabac de mettre sur le marché, de promouvoir et de vendre des produits du tabac.

RECOMMANDATIONS

Les taxes et le prix

- [4.1] Augmenter substantiellement les taxes provinciales sur le tabac.
- [a] S'engager à augmenter régulièrement les taxes sur les cigarettes en tenant compte de l'inflation et des hausses de taxes dans les autres provinces.
 - [b] Affecter et investir une proportion des taxes provinciales sur les cigarettes dans les efforts de lutte globale contre le tabagisme.
 - [c] Fixer un prix minimal de vente au détail pour les produits de tabac.
 - [d] Mettre parallèlement en œuvre les recommandations 4.1, 4.2 et 4.3.

Contrebande

- [4.2] Mettre en œuvre des indications/tampons relatifs à l'acquittement des taxes et un système de suivi et de traçabilité et appliquer la loi de façon plus rigoureuse (contrôle aux frontières, enquêtes, renseignement, inspections et saisies) relativement aux produits du tabac.
- [4.3] Mobiliser les dirigeants et les collectivités des Premières nations et collaborer avec eux afin de réduire le tabagisme commercial chez les peuples des Premières nations, de réduire les ventes de produits du tabac exemptes de taxes aux personnes non admissibles ainsi que de définir et de mettre en œuvre des stratégies visant à contrer la production, la distribution et la vente de tabac de contrebande.

Dénormalisation de l'industrie du tabac

- [4.4] Concevoir et mettre en œuvre une campagne durable de dénormalisation de l'industrie du tabac.
- [4.5] Se départir des titres de sociétés de tabac que détiennent les régimes provinciaux de retraite et autres et modifier les lois en vue de permettre à d'autres institutions (p. ex., les universités et les hôpitaux de l'Ontario) de se défaire de ces titres.

Emballages et mises en garde relatives à la santé

- [4.6] Prescrire l'utilisation obligatoire d'emballages neutres et normalisés (y compris les encarts extérieurs et intérieurs).
- [4.7] Renouveler constamment et en temps opportun le système de mises en garde contre les produits du tabac, s'assurer qu'une ligne 1 800 d'aide à l'abandon du tabac soit intégrée au système de mises en garde et harmoniser les campagnes médiatiques de masse à ces mises en garde.

Réglementation des produits

- [4.8] Interdire l'approbation, la vente et la commercialisation de tout nouveau* produit du tabac ou produit non thérapeutique à base de nicotine, à moins que des preuves scientifiques incontestables en démontrent l'effet positif évident sur la santé de la population.

* Les nouveaux produits comprennent les extensions de marques, les changements de noms ou d'emballages ainsi que les nouvelles formes de produits du tabac.

Distribution au détail

- [4.9] Utiliser les stratégies d'octroi de permis et les règlements de zonage et mettre progressivement en place un système de points de vente désignés afin de réduire constamment le nombre de détaillants et d'endroits autorisés à vendre des produits du tabac.
- [4.10] Élargir l'interdiction relative à la vente au détail des produits du tabac de manière à égaler ou dépasser celle que les meilleures provinces canadiennes ont mise en place.

Marketing et promotion

- [4.11] Éliminer les échappatoires existantes en matière de publicité et de promotion des produits du tabac.
- [4.12] Adopter des mesures législatives relativement aux exigences de production de rapports par les fabricants de tabac de manière à égaler ou dépasser les exigences actuelles du gouvernement fédéral.

Responsabilisation de l'industrie

- [4.13] Mettre en œuvre des fonctions de surveillance de l'industrie du tabac et d'élaboration d'interventions en vue de contrer et d'atténuer les activités de cette dernière.
- [4.14] Obliger par voie législative les fabricants de tabac (y compris les importateurs qui vendent des produits du tabac en Ontario) à respecter les réductions annuelles prescrites relativement au nombre de fumeurs n'ayant pas atteint l'âge légal en Ontario. Les contrevenants devraient faire l'objet de pénalités élevées fondées sur les revenus gagnés pendant la durée de vie d'un fumeur si les objectifs énoncés ne sont pas atteints. Les fonds devraient être affectés aux activités de lutte contre le tabagisme.

Litige d'industrie

- [4.15] Déterminer les dispositions relatives à la santé publique qui devraient être incluses dans un jugement ou une décision résultant des poursuites contre l'industrie du tabac.

Chapitre 5: Prévention du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes

Objectif : Prévenir l'adoption du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes en Ontario à toutes les étapes, soit de l'initiation à la progression et à l'utilisation.

RECOMMANDATIONS

Marketing social et les médias

- [5.1] Mettre en œuvre des stratégies de marketing médiatique et social par voie des médias traditionnels et non traditionnels (p. ex., les canaux médiatiques viraux et interactifs) qui dénormalisent l'industrie du tabac, mettent en lumière le caractère socialement inacceptable du tabagisme, identifient les ressources dont disposent les jeunes et les jeunes adultes qui souhaitent cesser de fumer et les encouragent à ne pas fumer.
- [5.2] Exiger l'attribution de cotes d'écoute pour adultes aux films (18 ans) et aux jeux vidéo (Adultes) faisant référence en images au tabac.

Films et jeux vidéo

[5.3] Exiger que des messages publicitaires visant à dénormaliser les fabricants de tabac et à modifier les normes sociales liées aux produits du tabac et à leur utilisation précèdent le visionnement de films et de jeux vidéo qui les mettent en images, et que des mises en garde soient apposées sur les emballages des films et des jeux vidéo.

Application des politiques

[5.4] Élaborer, mettre en œuvre et appliquer des politiques de lutte globale contre le tabagisme dans tous les milieux (p. ex., les écoles, les collèges, les universités et les collectivités).

L'harmonisation des programmes

[5.5] Harmoniser les programmes d'abandon et de prévention du tabagisme dans les écoles, les collèges, les universités et les collectivités avec les autres activités (p. ex., le marketing médiatique et social, les interventions en matière de politiques) dans le cadre de la stratégie provinciale de lutte contre le tabagisme.

Adolescents et jeunes adultes à risques

[5.6] Cibler les interventions du programme sur les écoles, les collèges, les universités et les milieux de travail où les jeunes et les jeunes adultes courent le risque le plus élevé de fumer.

Évaluation et surveillance

[5.7] De plus, élaborer et mettre en œuvre un système intégré d'élaboration d'interventions, d'évaluation et de surveillance applicable à l'échelle de la province et à l'échelon local en vue :

- [a] de déterminer les milieux et les sous-groupes de population qui présentent des risques élevés;
- [b] d'orienter la mise en œuvre d'initiatives de prévention fondées sur des éléments probants (programmes et politiques);
- [c] d'évaluer les répercussions des modifications des programmes et des politiques sur le comportement des jeunes et des jeunes adultes au fil du temps.

Accès à la vente et conformité

[5.8] Mettre en œuvre des protocoles révisés et plus rigoureux (réalistes) en matière de conformité des détaillants de produits du tabac en ce qui a trait à la vente aux consommateurs qui n'ont pas atteint l'âge légal.

Évaluation de l'abandon du tabac et intervention

[5.9] S'assurer d'évaluer la situation en ce qui a trait au tabagisme et d'offrir des services d'abandon du tabac aux jeunes et aux jeunes adultes dans tous les milieux (p. ex., social, scolaire et soins de santé).

Chapitre 6: Protection contre la fumée du tabac et l'exposition sociale au tabagisme

Objectif : Protéger les Ontariens et les Ontariennes contre toute exposition physique et sociale aux produits du tabac.

RECOMMANDATIONS

Les politiques sans fumée

[6.1] Modifier la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* et ses règlements d'application en vue d'éliminer le tabagisme et les préparations pour narguilé dans les milieux prioritaires, dont :

- [a] les terrasses ouvertes des restaurants et des bars (y compris dans un périmètre de neuf mètres autour de la terrasse);
- [b] les immeubles sans but lucratif à logements multiples;
- [c] certains espaces publics extérieurs tels que les entrées des bâtiments publics et commerciaux (à moins de neuf mètres), les aribus, les parcs et les aires de jeu régis par une réglementation provinciale, les installations sportives extérieures, les plages, les trottoirs et les événements publics tels que les défilés et les lieux de divertissement extérieurs;
- [d] les hôtels, les motels, les auberges et les gîtes touristiques;
- [e] les véhicules qui transportent des non-fumeurs en tout temps.

Marketing social et les médias

[6.2] Mettre en œuvre, dans le cadre d'un programme global de lutte contre le tabagisme, des stratégies de marketing médiatique et social qui accroissent la sensibilisation et les connaissances du public sur les effets sanitaires de l'exposition à la fumée secondaire et sur l'exposition sociale au tabagisme et qui influencent les normes sociales favorables à un mode de vie sans tabac.

L'action sociale

[6.3] Élaborer un programme provincial permettant la mise en œuvre d'initiatives à l'échelle locale (p. ex., des partenariats, la mobilisation de la collectivité et des interventions novatrices) qui visent à modifier les normes sociales et à protéger les gens contre l'exposition à la fumée du tabac.

Conformité et application des politiques sans fumée

[6.4] Continuer de promouvoir et d'appliquer la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* et d'en surveiller le respect. Envisager des méthodes visant à maximiser les activités de conformité et d'application dans tous les milieux (p. ex., les écoles, les bars, etc.) et la promotion des autres politiques.

Système d'étude

[6.5] Continuer de soutenir la recherche, la surveillance et l'évaluation des initiatives provinciales et locales, des programmes et des politiques expérimentales relatives à la protection contre l'exposition aux produits du tabac et à la modification des normes sociales. Renforcer la capacité d'utiliser les conclusions pour favoriser l'apprentissage et l'innovation aux niveaux provincial, régional et local.

Développement professionnel

[6.6] Élaborer, évaluer et mettre en œuvre des lignes directrices, des programmes de formation et des mesures incitatives visant à promouvoir les brèves interventions des professionnels de la santé auprès de leurs patients en vue de protéger les non-fumeurs, et particulièrement les enfants et les femmes enceintes, contre l'exposition à la fumée secondaire.

Chapitre 7: Cessation

Objectif : Réduire le fardeau sanitaire et économique résultant des produits de l'industrie du tabac, sur le plan individuel et sociétal, au moyen d'interventions visant l'abandon du tabac.

RECOMMANDATIONS

Campagne médiatique

[7.1] Mettre en œuvre une campagne médiatique de masse durable et intensive en vue d'encourager les fumeurs à arrêter, seuls ou en se faisant aider.

Système de soutien aux personnes qui fument

[7.2] Créer un système de soutien aux personnes qui fument en vue de rendre opérationnel le concept selon lequel toute solution favorisant l'accès aux services d'abandon du tabac est louable. Le système s'adressera aux fumeurs, comprendra, soutiendra et comblera leurs besoins, tout en améliorant les interventions par l'entremise de ses diverses composantes.

Soutien direct

[7.3] Améliorer les systèmes téléphoniques, de messagerie textuelle et Internet permettant d'accéder aux services de soutien à l'abandon du tabac, comprenant les éléments suivants :

- [a] intégration au système global de soutien aux fumeurs;
- [b] intégration à la campagne médiatique de masse visant l'abandon du tabac;
- [c] une capacité d'implication permanente auprès des fumeurs.

[7.4] Fournir gratuitement et directement aux fumeurs des médicaments favorisant l'abandon du tabac parallèlement, au besoin, à un soutien comportemental qui peut varier selon les cas.

Cessation dans d'autres contextes

[7.5] Systématiser, élargir, soutenir et adapter des politiques, des services et des activités de soutien à faible coût, fondés sur des éléments probants, en matière d'abandon du tabac dans les établissements de soins de santé et de santé publique tels que les établissements de soins primaires, les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée.

- [7.6] Créer des mécanismes de responsabilisation visant à faire en sorte que les fumeurs soient incités, conseillés et aidés à cesser de fumer à chaque point de contact avec le système de soins de santé (réseaux locaux d'intégration des services de santé, fournisseurs de soins primaires, soins spécialisés, soins à domicile, etc.).
- [7.7] Fournir gratuitement des médicaments favorisant l'abandon du tabac aux bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario, en déterminant la dose et la durée en fonction de la comorbidité et des dommages causés aux organes évalués par leur fournisseur de soins de santé.
- [7.8] Cibler les sous-groupes de population qui présentent un risque élevé de maladie liée au tabac ou qui ont un accès plus restreint aux services d'aide à l'abandon du tabac afin de leur fournir des services qui répondent à leurs besoins particuliers. Ces sous-groupes peuvent inclure les personnes se trouvant dans des établissements de traitement de l'accoutumance et des maladies mentales, y compris les personnes en proie à des problèmes de jeu compulsif.

Programmes d'études en cessation

- [7.9] Soutenir et améliorer la formation et le perfectionnement professionnel de tous les praticiens qui œuvrent dans le domaine de la lutte contre le tabagisme par l'entremise des ressources existantes telles que le Centre de formation et de consultation (CFC) et le Projet TEACH (Training Enhancement and Applied Cessation Counselling and Health).

Compagnies pharmaceutiques

- [7.10] Amener les compagnies pharmaceutiques à mieux comprendre leur contribution potentielle au système d'abandon du tabagisme pour l'Ontario.

Approches innovatrices

- [7.11] Soutenir la recherche et l'élaboration de démarches socio-écologiques novatrices en matière d'abandon du tabac dans divers milieux, y compris les lieux de travail et les organismes communautaires.

Chapitre 8: Disparités et équité en matière de tabagisme

Objectif : Réduire les disparités relatives au tabagisme – aussi bien la répartition inégale des maladies que l'application et les répercussions inéquitables des interventions – tout en réduisant le fardeau global du tabac, en tant que stratégie clé visant à atteindre l'équité en matière de santé en Ontario.

RECOMMANDATIONS

Disparités et 'équité

- [8.1] Intégrer les questions d'équité au renouvellement de la stratégie ontarienne de réduction du tabagisme et de l'exposition à celui-ci ainsi qu'à toutes les phases futures de lutte globale contre le tabagisme dans la province.

Interventions visées

- [8.2] Utiliser une partie des revenus supplémentaires provenant de l'augmentation des taxes sur le tabac en vue d'affecter des ressources à des interventions destinées aux sous-groupes de population qui ne bénéficient pas de façon optimale des interventions universelles.

Participation de la communauté

- [8.3] Faire participer les membres des collectivités recensées comme étant prioritaires à la conceptualisation, à la conception et à la mise en œuvre d'interventions qui constitueront la nouvelle stratégie de l'Ontario en matière de lutte contre le tabagisme et contre l'exposition à celui-ci en vue de soutenir la réduction des iniquités liées au tabac.

Évaluation et surveillance

- [8.4] Surveiller les disparités en matière de tabagisme et s'assurer que l'évaluation des politiques et des services rend compte des répercussions différentielles sur les sous-groupes de population.

Chapitre 9: Principaux instruments d'habilitation systémiques en matière de lutte contre le tabagisme

Objectif : Faire de l'Ontario un chef de file reconnu en matière de conception et de mise en œuvre de stratégies et de systèmes de lutte globale contre le tabagisme fondés sur des éléments probants afin de supprimer de façon rapide, équitable et rentable le fardeau lié au tabagisme.

RECOMMANDATIONS

Leadership et partenariats

- [9.1] Favoriser et soutenir l'engagement à tous les niveaux et dans l'ensemble du gouvernement en vue de diriger, de coordonner et de surveiller la lutte globale contre le tabagisme et d'assurer la reddition de comptes en ce qui a trait aux résultats.
- [9.2] Favoriser et appuyer les coalitions visant à soutenir la vision, à innover et à promouvoir les initiatives de lutte contre le tabagisme sur le plan local et provincial.
- [9.3] Favoriser et soutenir les partenariats entre les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, le système de santé publique, le système de soins de santé et autres organismes afin de coordonner et d'offrir les programmes et les initiatives de marketing social nécessaires pour supprimer le fardeau lié au tabac en Ontario.
- [9.4] Anticiper et gérer les efforts de compensation de l'industrie du tabac.

Politiques, programmes et marketing social

- [9.5] S'assurer que les personnes chargées de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques, des programmes et des interventions de marketing social liés à la lutte contre le tabagisme disposent des ressources, de la capacité et du soutien appropriés en vue de concevoir et de mettre ces activités en œuvre efficacement.

Financement

- [9.6] Financer de façon cohérente le programme de lutte globale contre le tabagisme aux niveaux requis pour éliminer de façon rapide, équitable et rentable le fardeau lié au tabagisme.

Système d'étude

- [9.7] Optimiser et soutenir l'infrastructure du système d'apprentissage en matière de lutte globale contre le tabagisme qui fait de l'Ontario un chef de file sur les plans de la recherche, de l'élaboration et de la diffusion des interventions, ainsi que l'amélioration constante de la lutte globale contre le tabagisme au moyen de la recherche, de l'évaluation, de la surveillance du rendement et des résultats et de l'amélioration continue de la qualité.

Le leadership mondial

- [9.8] Faire preuve de leadership au Canada en ce qui a trait au respect et au surpassement des dispositions de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac en Ontario.
- [9.9] Collaborer avec le Québec et l'État de New York en vue de régler le problème de contrebande.

Préface

En 2009, le ministère de la Promotion de la santé et du Sport (MPSS) a demandé à l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS) de mettre sur pied un Comité consultatif scientifique en vue de fournir des conseils et des recommandations scientifiques et techniques au gouvernement de l'Ontario afin d'orienter le renouvellement de la stratégie de lutte globale contre le tabagisme de 2010 à 2015. Le Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée (CCS-SOSF) a été mis sur pied pour répondre à cette demande.

La démarche du CCS-SOSF est conforme au mandat de l'AOPPS, organisme carrefour qui assure le lien entre les praticiens et les chercheurs afin de fournir des conseils scientifiques et techniques visant à protéger et à promouvoir la santé des Ontariennes et des Ontariens, ainsi qu'à réduire les iniquités en matière de santé.

L'AOPPS a réuni les scientifiques les plus compétents de l'Ontario dans le domaine de la lutte contre le tabagisme afin qu'ils siègent au Comité. Le travail a bénéficié du soutien du secrétariat des projets de l'AOPPS qui s'est engagé envers l'excellence scientifique et, de façon plus vaste, envers la communauté de lutte contre le tabagisme. En outre, un groupe d'experts internationaux composé de scientifiques reconnus sur la scène mondiale pour leur travail en matière de lutte contre le tabagisme a fourni une révision par des pairs externes des données probantes et des recommandations en vue d'assurer la qualité et la rigueur scientifiques, ainsi que de tenir compte des conseils des territoires de compétence en dehors de l'Ontario.

Le présent rapport fait état d'une démarche en faveur qu'une lutte globale contre le tabagisme continue en Ontario. Il décrit la démarche du CCS-SOSF et propose des recommandations liées au vecteur de maladies, à la prévention, à la protection et à l'abandon, ainsi que des recommandations supplémentaires ayant trait à l'équité et aux instruments d'habilitation systémiques.



Démarche de lutte contre le tabagisme : Données probantes soutenant une intervention audacieuse



Résumé du chapitre

Le tabagisme demeure la principale cause de maladies évitables et de décès prématurés dans les sociétés occidentales. On estime que les maladies et les décès liés au tabagisme coûtent plus de sept milliards de dollars par an à l'économie ontarienne, dont 1,93 milliard en soins de santé. En revanche, le revenu des taxes sur le tabac s'élèverait à environ 1,5 milliard de dollars, sans tenir compte des pertes liées à la contrebande. La réduction du tabagisme permettra d'améliorer rapidement la santé, de réduire la demande de soins de santé liée aux maladies attribuables au tabac et d'atténuer les pertes de productivité. Il existe des démarches efficaces visant à lutter contre l'épidémie de tabagisme; le plus difficile est de les adopter et de les mettre en œuvre. Ce chapitre résume les objectifs proposés en ce qui a trait au renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario et offre des exemples d'objectifs globaux et de résultats attendus relativement aux interventions recommandées.

Résumé du chapitre

Le tabagisme demeure la principale épidémie de santé publique évitable

Le tabagisme demeure la principale épidémie de santé publique évitable

Le tabagisme et les autres formes d'usage du tabac demeurent la principale cause de maladies et de décès dans les sociétés occidentales. En 2002, 17 % des décès survenus au Canada lui étaient attribuables — 21 % d'hommes et 12 % de femmes (1). Le tabagisme occasionne trois fois plus de décès que l'alcool, les drogues, les suicides, les homicides, les blessures consécutives à des accidents de la circulation et le SIDA réunis (2).

Il a été clairement établi en s'appuyant sur un examen rigoureux des recherches effectuées pendant de nombreuses années par des organismes crédibles sur diverses populations, que le tabagisme est à l'origine d'un grand nombre de maladies et d'affections (tableau 1.1). Outre le cancer du poumon et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) — pour lesquels les fumeurs présentent de 12 à 13 fois plus de risques d'en être atteints que les non-fumeurs (3) — les fumeurs sont susceptibles de souffrir d'un

cancer à au moins 18 autres organes (tableau 1.1). Ils courent également deux à quatre fois plus de risques de présenter une coronaropathie et d'avoir un accident vasculaire cérébral que les non-fumeurs (4). De plus, le tabagisme accroît les effets délétères liés à d'autres affections et risques comme l'obésité (5) et l'alcoolisme (6).

Les effets de la fumée secondaire sur la santé n'ont pas été évalués aussi tôt que ceux du tabagisme, mais ils font désormais également l'objet de nombreuses recherches (tableau 1.1). La fumée secondaire est une cause reconnue de cancer du poumon et de diverses autres maladies touchant les enfants et les adultes, et particulièrement, le syndrome de la mort subite du nourrisson (3,4). Ce que l'on sait moins est que la fumée secondaire a récemment été identifiée comme une cause de cancer du sein par deux études indépendantes (7,8), avec des risques encore plus élevés que ceux associés au cancer du poumon (tableau 1.1). Certaines données suggestives, susceptibles d'évoluer vers des liens causaux à mesure que la recherche avance, semblent indiquer que la fumée secondaire est liée à plusieurs autres affections (tableau 1.1).

Le tabagisme demeure la principale épidémie de santé publique évitable

Le tabagisme constitue une perte énorme pour l'économie de l'Ontario

Outre les effets du tabagisme et de la fumée secondaire sur la santé, la fumée tertiaire (contamination laissée par la fumée après l'extinction de la cigarette, soit une forme plus durable de fumée secondaire) peut également avoir des conséquences néfastes. Des études sont actuellement en cours relativement aux effets de la fumée tertiaire sur la santé **(9)**, lesquels seront probablement semblables à ceux de la fumée secondaire.

Même si le tabagisme a diminué de façon considérable dans une bonne partie du monde occidental après avoir atteint des niveaux maximums dans les années 1950, l'épidémie de tabagisme n'a pas encore été résolue. Il existe de bonnes raisons à cela : le tabagisme déclenche une accoutumance chez de nombreux fumeurs **(3,10)** et l'industrie du tabac est forte, pleine de ressources et résistante. De plus, les fruits des progrès réalisés n'ont pas été répartis équitablement au sein de la population; des membres de nombreux groupes de population ne bénéficient pas de manière optimale des bienfaits de la lutte contre le tabagisme (consulter le chapitre 8).

D'autres territoires de compétence reconnaissent que l'épidémie de tabagisme continue et disposent de nouveaux plans ambitieux en matière de lutte contre le tabagisme. Parmi eux figurent la Californie, l'état de New York **(11)**, l'Angleterre **(12)** et l'Australie **(13)**. Dans tous ces territoires de compétence, la mission consiste à éliminer le tabagisme dans un futur proche.

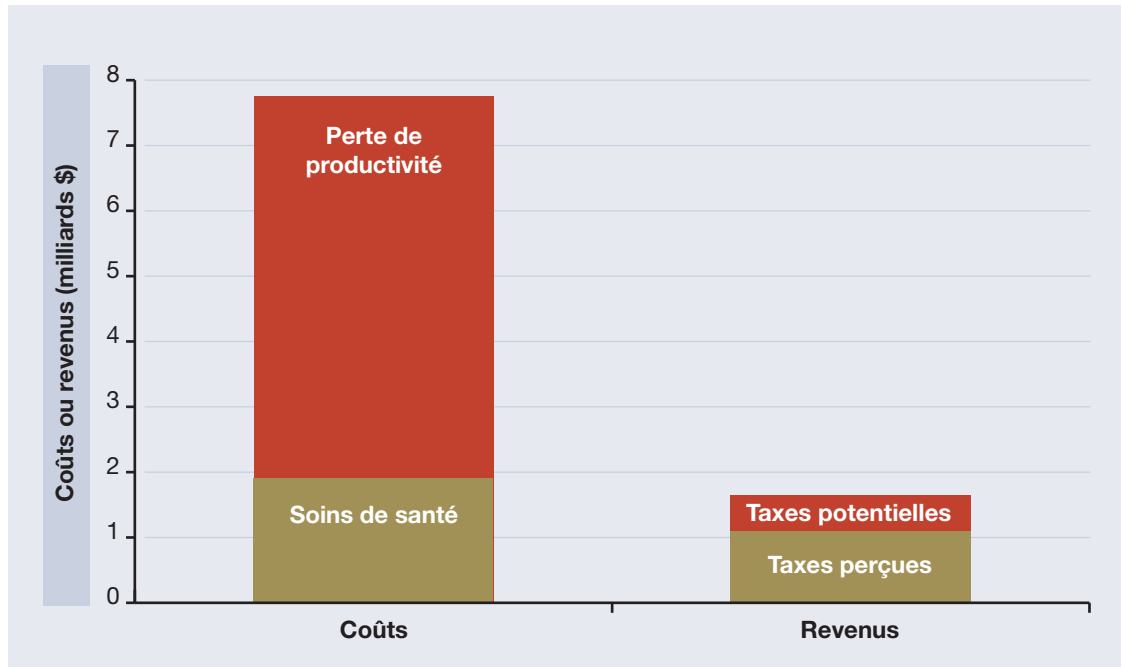
Le tabagisme constitue une perte énorme pour l'économie de l'Ontario

Le tabagisme coûte actuellement environ 7,73 milliards de dollars par an à l'Ontario. Cette somme phénoménale comprend les coûts des soins de santé et les pertes liées à la productivité. Elle est calculée de la façon suivante :

En 2002, les coûts des soins de santé directement liés au tabagisme s'élevaient à 1,6 milliard de dollars **(14)**. Si l'on tient compte de l'inflation et de l'augmentation de la population, cela représente 1,93 milliard de dollars en 2009.² De plus, il est vraisemblable que ce chiffre soit sous-estimé parce que de nombreuses autres maladies ont été attribuées au tabagisme depuis la réalisation de l'étude il y a cinq ans. Parmi elles, on remarque surtout le cancer du sein, que l'on considère comme attribuable au tabagisme (tableau 1.1). Les coûts comprennent les hospitalisations en soins actifs (2,2 millions de jours en 2002), les traitements spécialisés offerts aux patients hospitalisés et aux patients externes, les soins ambulatoires, les honoraires des médecins et les médicaments prescrits. Dix pour cent des hospitalisations étaient dues au tabagisme en 2002, soit plus que les nombres de jours d'hospitalisation attribuables à l'alcoolisme et à la consommation de drogues illicites combinés **(14)**.

Outre ces dépenses de soins de santé relatives à des maladies liées au tabac, il existe des coûts indirects, mais bien réels. Ce sont ceux liés à la perte de productivité résultant d'un nombre accru de jours de congés de maladies et au décès précoce d'adultes

2 Fondé sur les données de 2002 telles qu'elles ont été rapportées et ajusté pour tenir compte d'une inflation de 11,9 % (sous-indice de la santé et des soins personnels) de 2002 à 2009 et d'une croissance de la population de 8,1 % (Ontario, tous âges) pendant la même période (Statistique Canada, Indice des prix à la consommation et CANSIM, estimations de la croissance de la population par province). Compte tenu du vieillissement de la population et de la demande de soins de santé qui s'ensuit, le deuxième ajustement semble plutôt prudent.

FIGURE 1.1 : Estimation des coûts du tabagisme par rapport au revenu des taxes sur les cigarettes, Ontario, 2009

Le tabagisme constitue une perte énorme pour l'économie de l'Ontario

Une diminution du tabagisme présente des avantages immédiats et à long terme pour le fumeur et pour la société

employés ou travaillant à domicile.³ La valeur économique de cette main d'œuvre perdue s'élevait à 4,4 milliards de dollars en 2002 et à 5,8 milliards en 2009.⁴

L'industrie du tabac fait parfois valoir que les revenus générés par les taxes sur les produits du tabac sont plus que suffisants pour couvrir les coûts qu'ils engendrent. Les conclusions du vérificateur général de l'Ontario sont différentes. En 2008, seul 1,1 milliard de dollars a été recueilli en taxes sur le tabac, avec peut-être 500 millions supplémentaires perdus à cause de la contrebande (15), soit un total de 1,6 milliard de dollars. Les revenus sont donc largement insuffisants par rapport aux coûts du tabagisme (figure 1.1). Cette conclusion a été reconnue par le passé par des organismes tels que l'Ontario Medical Association (OMA) (16). En 2003, l'OMA a conclu

qu'un programme global de lutte contre le tabagisme pourrait conduire à des économies de 1,3 milliard de dollars en matière de soins de santé publique, ainsi qu'à des recettes supplémentaires de 2,4 milliards de dollars au titre de l'impôt sur les ventes et le revenu et de 7,5 milliards de dollars au titre des revenus de l'impôt sur le tabac.

Une diminution du tabagisme présente des avantages immédiats et à long terme pour le fumeur et pour la société

Les gains potentiels d'une lutte contre le tabagisme réussie en Ontario sont énormes. Outre les avantages évidents à long terme les plus souvent cités, on peut s'attendre à des avantages significatifs à relativement court terme. Parmi les plus importants envisageables dans un futur proche figurent :

- 3 Le second type de coûts se mesure parfois en années potentielles de vie perdues. En 2002, on attribuait 516 000 années potentielles de vie perdues au tabagisme, soit 17 % de l'ensemble des années potentielles de vie perdues, toutes causes confondues.
- 4 Fondé sur les données de 2002 telles qu'elles ont été rapportées et ajusté pour tenir compte d'une augmentation du revenu médian individuel de 22,1 % et d'une croissance de la population de 8,1 % de 2002 à 2009 (Ontario, tous âges) pendant la même période (Statistique Canada, tableau 111-0008 de CANSIM et estimations de la croissance de la population selon la province de CANSIM).

Le tabagisme constitue une perte énorme pour l'économie de l'Ontario

Une diminution du tabagisme présente des avantages immédiats et à long terme pour le fumeur et pour la société

La lutte contre le tabagisme commence par la reconnaissance du vecteur de maladies : Le tabac

- la diminution des hospitalisations en raison d'infarctus du myocarde ou d'accidents vasculaires cérébraux dans les 12 mois (17);
- la diminution du nombre de bébés ayant un faible poids à la naissance grâce à l'abandon du tabagisme pendant le premier trimestre de la grossesse (18);
- la diminution de l'incidence du cancer du poumon en un an et de celle du cancer de la vessie en trois ans (19).

Il est évident que la réduction du tabagisme permettra d'améliorer la santé, de réduire la demande de soins de santé liée aux maladies attribuables au tabac et d'atténuer les pertes de productivité. Ce qui est moins évident, mais bien étayé par des données probantes, est que l'on peut s'attendre à des économies sur les coûts à relativement court terme.

La lutte contre le tabagisme commence par la reconnaissance du vecteur de maladies : Le tabac

Actuellement en Ontario, ce vecteur provient de deux sources — les fabricants et les distributeurs légaux ainsi que les fournisseurs de produits de contrebande. La contrebande fait référence à la vente de produits du tabac en contournant toutes les lois fédérales et provinciales applicables (p. ex., concernant l'importation, l'estampage, le marquage, la fabrication, la distribution et le paiement des droits et des taxes) (20).

La santé publique fait face à un défi de taille : la combinaison de la fabrication licite d'un produit mortel avec l'activité de fournisseurs illicites de produits de contrebande.

Au fil des années au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays, les fabricants de tabac se sont révélés pleins de ressources, déterminés, capables de s'adapter à des conditions changeantes (21) et même trompeurs lorsque cela servait leurs intérêts (22-24). L'industrie se démène pour protéger ses profits et contrecarrer les efforts de lutte contre le tabagisme qui la menacent (25). De plus, l'industrie procède à un examen minutieux des initiatives en matière de lutte contre le tabagisme au Canada parce qu'elle peut devenir et devient l'objet de précédents d'action mondiale en justice, comme l'illustrent les avertissements graphiques canadiens (26).

L'industrie du tabac demeure un phénomène unique en ce sens qu'elle fournit en toute légalité un produit qui, lorsqu'il est utilisé comme prévu, peut, à long terme, tuer la moitié de ses utilisateurs et être préjudiciable pour la plupart des autres (4,10,27). Cela l'incite donc fortement à recruter de nouveaux consommateurs (28). Elle bénéficie en même temps d'une surveillance beaucoup moins importante que d'autres industries bien moins préjudiciables (consulter le chapitre 4).

Dans le cadre de sa stratégie protectionniste, l'industrie du tabac a créé des mythes à son avantage et au détriment de la lutte contre le tabagisme (29,30). Voici deux principaux exemples.

- *Fumer est un choix de mode de vie*, alors qu'il s'agit en fait d'une accoutumance pour de nombreux utilisateurs et d'une accoutumance potentielle pour d'autres (3). Le fait qu'une personne soit confrontée aux pratiques de marketing des fabricants de tabac, y compris aux campagnes médiatiques épurées, intensives et aux modifications de produits, n'est pas non plus un choix.

- Les données scientifiques sur les préjudices de la fumée secondaire sont contradictoires et réfutables, alors qu'en fait la seule incertitude est l'exhaustivité de la liste des effets négatifs sur la santé (consulter le tableau 1.1).

Il existe un mythe : Le tabagisme est sous contrôle

Alors que les progrès réalisés en Ontario sont impressionnants, le tabagisme n'a en aucun cas stagné (consulter le chapitre 2, figure 2.5); la contrebande est importante; l'industrie dispose de stratégies de marketing et de produits nouveaux et non réglementés (31) et les iniquités liées au tabac persistent (consulter la section du chapitre 8 portant sur l'équité).⁵ De nombreuses recommandations formulées en 1999 après un examen approfondi de la situation en Ontario (32) n'ont pas encore été mises en œuvre.

Le public — qui doit supporter les coûts du tabagisme — n'est pas d'avis que le problème du tabagisme a été résolu et est favorable à de nouvelles mesures de lutte. En 2008, une majorité d'Ontariennes et d'Ontariens ont abouti à un consensus sur les points suivants (33) :

- il devrait être interdit de fumer sur les terrasses des restaurants et bars (75 % d'avis favorables);
- il devrait être interdit de fumer à l'intérieur des immeubles à logements multiples (82 % d'avis favorables);
- les parents ne devraient pas être autorisés à fumer à la maison si des enfants y habitent (78 % d'avis favorables).

En conclusion, la situation actuelle nécessite une nouvelle compréhension des données probantes et un nouvel engagement envers la lutte globale contre le tabagisme. Il y a encore à faire.

Recommandations et objectifs en matière de stratégie de lutte globale contre le tabagisme

Dans l'ensemble, les recommandations du Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée (CCS-SOSF) formulées dans le présent rapport offrent une stratégie conçue pour répondre au défi de la lutte contre le tabagisme au moyen d'un ensemble de mesures efficaces visant à atteindre des objectifs significatifs. Les recommandations sont orientées par des données probantes et répondent au contexte ontarien actuel. Les chapitres 4 à 9 présentent cette stratégie en détail et les modèles logiques (annexe B) décrivent leurs interactions.

La suite du chapitre se penche sur les buts et les objectifs envisageables grâce au renouvellement de la stratégie. Tous les buts et les objectifs sont énoncés en termes spécifiques et mesurables. Un marqueur reflétant la situation actuelle ou récente est fourni à titre d'exemple de ce caractère mesurable.



Le tabagisme constitue une perte énorme pour l'économie de l'Ontario

La lutte contre le tabagisme commence par la reconnaissance du vecteur de maladies : Le tabac

Il existe un mythe : Le tabagisme est sous contrôle

Recommandations et objectifs en matière de stratégie de lutte globale contre le tabagisme

⁵ Les progrès et les défis restants sont décrits en détail au chapitre suivant et dans chacun des chapitres recommandant des interventions.

Objectifs du renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

La présente section résume les objectifs qui orientent l'élaboration des interventions recommandées dans d'autres chapitres du présent rapport. Ils sont comparés, dans la mesure du possible, aux objectifs de la stratégie Ontario sans fumée (OSF) et de la Stratégie antitabac de l'Ontario, et une justification est avancée pour le nouvel objectif énoncé.

| Objectif global | Éliminer les maladies et les décès liés au tabac de façon rapide, équitable et rentable en Ontario. |
|--------------------|---|
| Objectif précédent | Éliminer les maladies et les décès liés au tabac en Ontario. |
| Marqueur d'état | 13 000 décès en 2002 (14), coûts estimés de 1,93 milliard de dollars en soins de santé en 2009 |

Justification : Le nouvel objectif proposé demeure axé sur l'amélioration de la santé des Ontariennes et des Ontariens et ajoute les qualificatifs « rapide, équitable et rentable ».

Atteindre des objectifs spécifiques d'ici 2015 nécessite de mettre rapidement en œuvre les recommandations formulées dans le présent rapport. Les Jeux panaméricains de 2015 encouragent à le faire parce qu'ils sont l'occasion de présenter un Ontario sain au reste du monde. Atteindre cet objectif nécessite également d'employer les moyens les plus rentables afin de maximiser le progrès avec les ressources disponibles. Par conséquent, la rentabilité fait partie intégrante des objectifs énoncés.⁶ Pour finir, plusieurs des objectifs ci-dessous abordent spécifiquement l'équité et la réduction des iniquités, sans lesquelles le renouvellement de la stratégie ne semblera jamais pleinement atteint, quels que soient les progrès effectués en ce qui a trait aux autres objectifs.

| Objectif relatif au vecteur de maladies | Minimiser le marketing, la promotion et la vente des produits non thérapeutiques à base de nicotine. |
|---|---|
| Objectif précédent | Aucun |
| Marqueur d'état | Un nombre considérable de fumeurs achètent des cigarettes de contrebande. Les nouveaux produits et les nouvelles stratégies de marketing de l'industrie légale contournent les restrictions existantes. |

Justification : Outre les stratégies plus connues de réduction de la demande au moyen de la prévention, de l'abandon et, indirectement, de la protection, l'objectif proposé reconnaît explicitement qu'il est nécessaire de trouver une solution directe à l'offre de tabac — le vecteur de maladies. Consulter le chapitre 4 pour connaître les stratégies recommandées pour tenir compte du vecteur de maladies.

⁶ Étant donné que des données probantes satisfaisantes en matière de rentabilité ne sont pas toujours disponibles, une partie du système d'apprentissage recommandé ci-dessous sera consacré à les réunir.

| | |
|---|--|
| Objectif relatif à la prévention | Prévenir l'adoption de la consommation de produits du tabac chez les jeunes et les jeunes adultes à toutes les étapes, soit de l'initiation, à la progression et à l'utilisation. |
| Objectif précédent | Éviter que les jeunes et les jeunes adultes commencent à fumer et qu'ils le fassent régulièrement. |
| Marqueur d'état | Un tiers des jeunes de 11 à 15 ans n'ayant jamais fumé étaient considérés comme susceptibles de commencer à fumer en 2006 (chapitre 5). |

Justification : L'objectif proposé est plus inclusif en ce sens qu'il fait davantage référence à la consommation du tabac plutôt qu'au fait de fumer uniquement. Il est plus explicite en ce qui concerne l'intervention à toutes les étapes de l'adoption, et la tranche d'âge visée va jusqu'à 29 ans en raison d'une tendance à l'adoption plus tardive du tabac. Consulter le chapitre 5 pour connaître les stratégies de prévention recommandées.

| | |
|---|--|
| Objectif relatif à la protection | Protéger les Ontariennes et les Ontariens de toute exposition physique et sociale à la consommation de produits du tabac. |
| Objectif précédent | Éliminer l'exposition involontaire à la fumée secondaire. |
| Marqueur d'état | En 2008, six pour cent des Ontariennes et des Ontariens non-fumeurs âgés de 12 ans et plus vivant avec un fumeur étaient exposés quotidiennement ou presque à de la fumée secondaire à leur domicile, alors que huit pour cent des travailleurs adultes étaient exposés à de la fumée secondaire à l'intérieur dans leur milieu de travail (34). |

Justification : Le nouvel objectif demeure axé sur la protection contre la fumée secondaire et ajoute l'exposition sociale. L'exposition sociale modère le fait de fumer et la consommation d'autres produits du tabac. Réduire cette exposition fait partie intégrante de la dévalorisation du tabagisme et contribue à le rendre moins visible. Consulter le chapitre 6 pour connaître les stratégies de protection recommandées.

| | |
|-------------------------------------|---|
| Objectif relatif à l'abandon | Réduire le fardeau résultant des produits du tabac sur le plan individuel et sociétal au moyen d'interventions visant l'abandon du tabac. |
| Objectif précédent | Réduire le tabagisme en Ontario. |
| Marqueur d'état | En 2007-2008, 23 % des gens âgés de 12 ans et plus (2,45 millions de personnes) ont consommé une forme quelconque de tabac au cours des 30 derniers jours (34). |

Justification : L'objectif proposé renvoie clairement à l'abandon et étend désormais celui-ci à tous les produits du tabac. Consulter le chapitre 7 pour connaître les stratégies d'abandon recommandées.

Objectifs du renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

Objectifs potentiels pour un renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

| | |
|------------------------------------|--|
| Objectif relatif à l'équité | Réduire les disparités relatives au tabagisme – aussi bien la répartition inégale des maladies que l'application et les répercussions inévitables des interventions – tout en réduisant le fardeau global du tabac, en tant que stratégie visant à atteindre l'équité en matière de santé en Ontario. |
| Objectif précédent | Aucun |
| Marqueur d'état | En 2008, la situation en matière de tabagisme variait selon le sexe, l'âge, la région, l'éducation, la profession, le revenu, l'appartenance aux populations autochtones et l'état de santé mentale. |

Justification : Compte tenu du fait que le tabagisme contribue de façon considérable aux disparités sur le plan de la santé et qu'il est évitable, le fait de réduire les différences en la matière entre les groupes de population contribuera à améliorer l'équité en matière de santé et sera essentiel pour réduire le fardeau global des conséquences sur la santé liées au tabac dans l'ensemble de la province. Consulter le chapitre 8 pour connaître les stratégies visant l'amélioration de l'équité.

| | |
|--|---|
| Objectif relatif à la mise en place du système de LGT | Faire de l'Ontario un chef de file reconnu en matière de conception et de mise en œuvre de stratégies et de systèmes de lutte globale contre le tabagisme fondés sur des données probantes afin de supprimer de façon rapide, équitable et rentable le fardeau lié au tabagisme. |
| Objectif précédent | Aucun |
| Marqueur d'état | En 2009-2010, le renouvellement de la stratégie avait commencé, des changements de leadership ont eu lieu au sein du MPSS et le financement de la LGT s'élevait à 42,8 millions de dollars, soit environ 3,15 \$ par habitant. |

Objectifs potentiels pour un renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

L'établissement des objectifs est semé d'embûches : a) formuler des hypothèses sur le futur financement et les autres formes de soutien accordés à une stratégie, b) trouver un point de départ pertinent et définir la tendance des données afin de décrire l'expérience récente, c) attribuer les tendances observées à d'anciennes interventions de LGT et d) formuler des hypothèses quant aux répercussions des facteurs extérieurs comme la contrebande ou d'autres événements non prévus.

Malgré ces défis, l'établissement des objectifs est un exercice utile qui présente de nombreux avantages (35), notamment :

- accroître la portée et l'intensité des activités visant l'amélioration de la santé (en fixant des objectifs qui nécessitent davantage de résultats par rapport aux progrès passés);
- améliorer l'efficacité et l'efficacé des activités de LGT en définissant des stratégies hautement prioritaires;
- accroître la sensibilisation aux interventions et le soutien à celles-ci parmi les décideurs;
- orienter les décisions relatives à l'affectation du financement.

À ces égards, les objectifs devraient être fondés sur la connaissance des ressources disponibles et orientés par une discussion avec les intervenants et une modélisation des futures trajectoires répondant à diverses hypothèses. Les objectifs énoncés aux présentes n’ont pas bénéficié de tels renseignements et doivent, par conséquent, être considérés comme suggestifs – comme une base de discussion qui s’intègre parfaitement à la stratégie de conception des phases de mise en œuvre du renouvellement de la LGT en Ontario.

Objectifs potentiels pour un renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

Ces objectifs sont pour la plupart fondés sur les données des tendances de l’Ontario (décrites lorsqu’il y a lieu) et supposent l’adoption d’une stratégie de lutte globale contre le tabagisme suffisamment financée. Cela inclut, comme le décrivent les chapitres 4, 7 et 9, la participation active des organismes gouvernementaux en plus du ministère de la Promotion de la santé et du Sport (MPSS). En outre, cela suppose qu’un financement adéquat sera disponible au début de l’exercice financier 2010-2011. Si ces hypothèses ne sont pas valides, c’est-à-dire si aucun changement n’est apporté aux activités de LGT au cours de l’année 2010-2011, il faudra ajuster les échéances des objectifs en conséquence.

Les objectifs sont répartis en deux groupes : le premier a trait aux objectifs globaux de LGT en Ontario et le second aux résultats attendus des interventions, comme le suggèrent les modèles logiques (annexe B). Tous les objectifs visent 2015, conformément aux exigences du MPSS. En outre, les effets d’une lutte soutenue contre le tabagisme étant cumulatifs, de nombreux objectifs ont également été proposés pour 2020. Ces derniers laissent entrevoir les bénéfices que l’on pourra tirer d’un engagement continu en matière de LGT.



Tous les objectifs devraient être examinés au plus tard en 2015 et ajustés au besoin.⁷

| | |
|-------------------------------|---|
| Objectifs sociétaux de la LGT | <ul style="list-style-type: none"> ■ Réduire de façon considérable, d’ici 2015, les jours de travail perdus et les décès prématurés attribuables au tabac, par rapport à 2010. ■ Réduire de façon considérable, d’ici 2015, la demande en soins de santé et les coûts qui y sont associés, ainsi que le coût de la perte de productivité attribuable au tabac, par rapport à 2010. ■ Réduire, d’ici 2015, la vente de cigarettes par personne de 25 % par rapport à 2007 en procédant à des ajustements visant à tenir compte de la contrebande. |
| Objectif précédent | Réduire les ventes de cigarettes par personne de 20 % entre 2003 et 2007. |
| Tendances | Les ventes par personne ont diminué de 12 % entre 2003 et 2007 en tenant compte de la contrebande (27 % dans le cas contraire) (36) . |

⁷ Il s’agit d’une pratique standard aux États-Unis en ce qui a trait à l’établissement d’objectifs nationaux en matière de santé : des objectifs décennaux sont établis périodiquement et des examens à mi-parcours sont menés régulièrement. Par exemple : U.S. Department of Health and Human Services, *Healthy People 2000: Midcourse Review and 1995 Revisions*, Washington, DC, 1996.

Objectifs potentiels pour un renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

Justification des objectifs sociétaux

Exemples d'objectifs ayant trait aux résultats de la stratégie

Justification des objectifs sociétaux

Le premier objectif est directement relié à l'objectif général visant la réduction des maladies et des décès liés au tabac. Le deuxième découle de la réalisation du premier : les coûts inhérents aux maladies attribuables au tabagisme diminueront forcément, à court terme, avec le déclin de ces maladies. Le troisième objectif, fondé sur la consommation de cigarettes par personne, constitue une mise à jour du plus général des objectifs adoptés dans le cadre de la stratégie Ontario sans fumée. Comme nous l'avons souligné, dans sa forme mise à jour, il tient compte d'estimations du marché de la contrebande. Cela implique qu'il sera difficile d'atteindre l'objectif si l'on ne maîtrise pas la contrebande (consulter le chapitre 4).

Exemples d'objectifs ayant trait aux résultats de la stratégie

| Objectif pour 2015 | Objectif pour 2020 | Renseignements de base/Tendances* |
|--|---|---|
| Prévalence actuelle du tabagisme chez les personnes âgées de 18 ans et plus : 10 % | Prévalence actuelle du tabagisme chez les personnes âgées de 18 ans et plus : 5 % | Prévalence en 2008 : 17 %, par rapport à 23 % en 1999 |
| La prévalence des <i>non-fumeurs</i> chez les adultes ayant une éducation de niveau secondaire ou inférieure s'est accrue de façon considérable. | Aucune disparité en ce qui a trait à la prévalence du tabagisme chez les adultes selon leur niveau d'éducation | Prévalence des <i>non-fumeurs</i> en 2008 : < niveau secondaire, 70 %; niveau secondaire, 72 %; niveau postsecondaire, 80 %; niveau universitaire, 90 % |
| La prévalence des <i>non-fumeurs</i> chez les hommes âgés de 18 à 29 ans s'est accrue de façon considérable. | Réduction considérable des disparités au sein de tous les groupes définis selon l'âge et le sexe à mesure que le tabagisme diminue. | Prévalence des <i>non-fumeurs</i> de sexe masculin âgés de 18 à 29 ans en 2008 : 68 %, considérablement inférieure à tous les autres groupes définis selon l'âge et le sexe. |
| Consommation quotidienne (fumeurs quotidiens) de 14,5 cigarettes par jour | Consommation quotidienne (fumeurs quotidiens) de 14,0 cigarettes par jour | Consommation en 2008 : 15,7 cigarettes par jour par rapport à 17,5 en 1992 |
| Accroissement considérable de la prévalence des étudiants <i>non-fumeurs</i> dans le Nord | Aucune disparité en ce qui a trait au tabagisme chez les étudiants selon la région de la province. | Tabagisme au cours de l'année précédente (tous niveaux confondus) en 2009 : 18 % dans le Nord, 7 % à Toronto (37), 12 % en moyenne pour l'Ontario |
| Réduction considérable de la proportion de jeunes de 14 à 15 ans susceptibles de commencer à fumer. | Réduire davantage la proportion de jeunes de 14 à 15 ans susceptibles de commencer à fumer. | En 2006 : 31 % des jeunes âgés de 14 à 15 ans n'ayant jamais fumé étaient susceptibles de commencer à fumer (consulter le chapitre 5). |
| Aucune exposition à la fumée secondaire sur les terrasses des bars et des restaurants | Maintien des objectifs de 2015 | En 2008 : 54 % des Ontariennes et des Ontariens ont été exposés à de la fumée secondaire sur des terrasses de restaurants et 77 % sur celles de bars. |
| Aucune exposition à la fumée secondaire dans les véhicules qui transportent des non-fumeurs. | Maintien des objectifs de 2015 avec un large soutien de l'opinion publique. | En 2008 : 7 % des Ontariennes et des Ontariens ont signalé avoir été exposés à de la fumée secondaire dans des véhicules et 87 % des adultes ont admis qu'il ne devrait pas être permis de fumer dans un véhicule transportant des enfants. |

| Objectif pour 2015 | Objectif pour 2020 | Renseignements de base/ Tendances* |
|--|---|---|
| Aucune exposition à la fumée secondaire dans les immeubles sans but lucratif à logements multiples | Aucune exposition à la fumée secondaire dans tous les immeubles à logements multiples | En 2007-2008 : 28 % des résidents des immeubles à logements multiples ont remarqué que de la fumée pénétrait chez eux depuis l'extérieur (38). |
| Aucune exposition à la fumée secondaire à domicile pour les personnes âgées de 0 à 19 ans | Maintien des objectifs de 2015 avec un large soutien de l'opinion publique. | En 2008 : 3 % des enfants de 0 à 11 ans et 13 % des jeunes de 12 à 19 ans ont déclaré y être exposés à leur domicile, ce qui représente une réduction par rapport au niveau de 2003 (21 %). |

Objectifs potentiels pour un renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

Exemples d'objectifs ayant trait aux résultats de la stratégie

Justification des objectifs de résultats

Source : *URTO, Monitoring and Evaluation Series, vol. 14/15, 2010 (34), sauf indication contraire.

Justification des objectifs de résultats

Ces exemples d'objectifs font référence à un éventail de résultats liés à l'abandon du tabac, à la protection, à la prévention et à l'équité.

La prévalence est l'indicateur le plus couramment utilisé. Elle indique directement les progrès immédiats en matière de LGT, mais doit être surveillée au sein des groupes de population pour s'assurer qu'elle mène à l'objectif final : de meilleurs résultats sur le plan de la santé et une réduction des disparités de ces derniers. Les objectifs de prévalence pour les adultes (10 % et 5 %) ont été suggérés par le groupe d'experts internationaux (GEI) (39). Ils sont ambitieux, mais concevables (40). Les objectifs visant la réduction des iniquités sont décrits positivement comme l'accroissement de la proportion de non-fumeurs. Il existe un facteur lié à l'éducation depuis plusieurs décennies (41) et certains groupes définis selon l'âge et le sexe, comme les jeunes hommes, sont remarquables pour leur prévalence plus élevée en ce qui a trait au tabagisme. La réduction de ces iniquités nécessite des efforts substantiels. Il existe également une iniquité importante et de longue date en matière de tabagisme chez les Canadiens autochtones, les populations à faible revenu, les personnes souffrant de maladies mentales et de problèmes de toxicomanie, les populations homosexuelles et

les joueurs compulsifs. Il convient d'établir les objectifs visant à réduire ces disparités de concert avec ces communautés.

L'objectif de réduction du nombre quotidien de cigarettes fumées par les fumeurs accompagne la diminution de la prévalence : il reflète une réduction du tabagisme chez les fumeurs qui n'arrêtent pas de fumer. Il a fallu du temps pour modifier la consommation quotidienne, aussi l'atteinte de cet objectif nécessitera des efforts particuliers.

En ce qui concerne l'exposition, les objectifs visent divers milieux – la maison, les véhicules et les terrasses. Cette liste n'est pas exhaustive, étant donné qu'il a également été recommandé d'éliminer l'exposition dans les lieux publics tels que les parcs et les plages (consulter le chapitre 6). Ces objectifs illustrent les moyens de se protéger de l'exposition à la fois en fixant des objectifs d'auto-déclaration en la matière et grâce à l'opinion publique favorable, ce qui constitue une condition importante de réussite, surtout dans les endroits habituellement considérés comme privés.



Objectifs potentiels pour un renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

Légende

GEC – Groupe d’experts canadiens sur la fumée du tabac et les risques de cancer du sein, 2009 (7).

EPA – Respiratory Health Effects of Passive Smoking (effets sur la santé respiratoire du tabagisme passif), U.S. Environmental Protection Agency, 1992 (42).

CIRC – Tobacco smoke and involuntary smoking (fumée de tabac et tabagisme involontaire). Monographies du CIRC : *Évaluation des risques de cancérogénicité pour l’homme*, 2004 (3).

SGR 2004 – The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General, 2004 (27).

SGR 2006 – The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A Report of the Surgeon General, 2006 (4).

TABLEAU 1.1 : Maladies et affections liées au tabagisme et à l’exposition à la fumée secondaire⁸

| Maladies ou affections | Effets sur les fumeurs (exposition primaire) | | Effets sur les non-fumeurs (exposition secondaire) | |
|---|--|------------------------------|--|--------------------------------|
| | Preuve évidente de causalité | Preuve évidente de causalité | Preuve évidente de causalité | Preuve suggestive de causalité |
| Respiratoires | | | | |
| Altération de la fonction pulmonaire, enfants | | SGR 2006 | | |
| Asthme, apparition à l’âge adulte et dégradation de la maîtrise des symptômes | | | | SGR 2006 |
| Asthme (gravité accrue), enfants | | SGR 2006 | | |
| Bronchite | SGR 2004 | | | |
| Emphysème | SGR 2004 | | | |
| Infections respiratoires aiguës | | SGR 2006 | | |
| Infections respiratoires aiguës, adultes | | | | SGR 2006 |
| Maladies des voies respiratoires inférieures, nourrissons et enfants | | SGR 2006 | | |
| MPOC | CIRC | | | SGR 2006 |
| MPOC, décès | SGR 2004 (12 à 13 x) | | | |
| Obstruction chronique des voies aériennes | SGR 2004 | | | |
| Symptômes respiratoires chroniques | | | | SGR 2006 |
| Symptômes respiratoires, enfants | | SGR 2006 | | |
| Cancers | | | | |
| Cancer pédiatrique | | | | SGR 2006 |
| Cavité buccale | CIRC, SGR 2004 | | | |
| Col de l’utérus | CIRC, SGR 2004 | | | EPA |
| Estomac | SGR 2004 | | | |
| Foie | CIRC | | | |
| Gorge | SGR 2004 | | | |
| Larynx | CIRC, SGR 2004 | | | |
| Leucémie, enfants | | | | SGR 2006 |
| Leucémie, myéloïde aiguë | CIRC, SGR 2004 | | | |
| Lymphome, enfants | | | | SGR 2006 |
| Œsophage | CIRC, SGR 2004 | | | |

8 Le présent tableau s’appuie prudemment sur les conclusions consécutives à des examens rigoureux d’un grand nombre d’études menées par des organismes faisant autorité. Il ne résume pas toutes les données probantes pertinentes tirées d’autres sources.

| Maladies ou affections | Effets sur les fumeurs (exposition primaire) | Effets sur les non-fumeurs (exposition secondaire) | |
|---|--|--|--------------------------------|
| | Preuve évidente de causalité | Preuve évidente de causalité | Preuve suggestive de causalité |
| Cancers | | | |
| Pancréas | CIRC, SGR 2004 | | |
| Poumon, femmes | CIRC 2004 (13 x) | SGR 2006 | CIRC, SGR (0,2 à 0,3) |
| Poumon, hommes | CIRC 2004 (23 x) | SGR 2006 | CIRC, SGR (0,2 à 0,3) |
| Rein | CIRC, SGR 2004 | | |
| Sein, femmes postménopausées | GEC | | |
| Sein, femmes préménopausées | GEC | EPA (168 à 220 %), GEC (160 à 170 %) | SGR 2006 |
| Sinus nasaux | | | SGR 2006, EPA |
| Tumeur cérébrale, enfants | | | SGR 2006 |
| Utérus | SGR 2004 | | |
| Vessie | CIRC, SGR 2004 | | |
| Maladies cardiovasculaires | | | |
| Accident vasculaire cérébral | SGR 2004 (2 à 4 x) | | SGR 2006 |
| Anévrisme de l'aorte abdominale | SGR 2004 | | |
| Athérosclérose | | | SGR 2006 |
| Coronaropathie | SGR 2004 (2 à 4 x) | SGR 2006 | |
| Maladie vasculaire périphérique | SGR 2004 | | |
| Grossesse, accouchement et affections connexes | | | |
| Faible poids à la naissance | | SGR 2006 | |
| Infertilité et sous-fertilité | SGR 2004 | | |
| Mortinatalité | | SGR 2006 | |
| Naissance prématurée | | | SGR 2006 |
| Placenta praevia | SGR 2004 | | |
| Syndrome de mort subite du nourrisson | | SGR 2006 | |
| Autres affections | | | |
| Complications chirurgicales | SGR 2004 | | |
| Décès prématuré, enfants et adultes | | SGR 2006 | |
| Maladie de l'oreille moyenne, enfants | | SGR 2006 | |
| Ostéoporose | SGR 2004 | | |
| Parodontite | SGR 2004 | | |
| Troubles de l'oreille, enfants | | SGR 2006 | |
| Ulcères gastroduodénaux | SGR 2004 | | |

Objectifs potentiels pour un renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

Légende

GEC – Groupe d'experts canadiens sur la fumée du tabac et les risques de cancer du sein, 2009 (7).

EPA – Respiratory Health Effects of Passive Smoking (effets sur la santé respiratoire du tabagisme passif), U.S. Environmental Protection Agency, 1992 (42).

CIRC – Tobacco smoke and involuntary smoking (fumée de tabac et tabagisme involontaire). Monographies du CIRC : *Évaluation des risques de cancérogénicité pour l'homme*, 2004 (3).

SGR 2004 – The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General, 2004 (27).

SGR 2006 – The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A Report of the Surgeon General, 2006 (4).

Bibliographie

Bibliographie

- (1) Baliunas, D., Patra, J. Rehm, S. Popova, M. Kaiserman et B. Taylor, « Smoking-attributable mortality and expected years of life lost in Canada 2002: conclusions for prevention and policy », *Chronic Dis. Can.*, vol. 27, n°4 (2007), pp. 154 à 162.
- (2) Holowaty, E, S.C. Cheong, S. Di Cori, J. Garcia, R. Luk, C. Lyons et M.E. Theriault, *Tobacco or health in Ontario: Tobacco-attributed cancers and deaths over the past 50 years... and the next 50*, Toronto, Ontario : Action Cancer Ontario, 2002. Accessible à l'adresse : <http://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=14456>.
- (3) Groupe de travail du CIRC sur l'évaluation des risques cancérigènes pour l'homme, Monographies du CIRC sur l'évaluation des risques de cancérogénicité pour l'homme, volume 83, *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking* (en anglais seulement), Lyon, France : IARCPress, 2004. Accessible à l'adresse : <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/index.php>.
- (4) U.S. Department of Health and Human Services, *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General*, Atlanta, GA : U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. Accessible à l'adresse : <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/index.html>.
- (5) Freedman, M.D., A.J. Sigurdson, P. Rajaraman, M.M. Doody, M.S. Linet et E. Ron, « The mortality of smoking and obesity combined », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 31, n° 5 (2006), p. 355.
- (6) Steeves, J., L.J. Schouten, R.A. Goldbohm et P.A. van den Brandt, « Alcohol consumption, cigarette smoking and risk of oesophageal and gastric cancer: a prospective cohort study », *Gut*, vol. 59 (2010), pp. 39 et 40.
- (7) Collishaw, N.E., N.F. Boyd, K.P. Cantor, S.K. Hammond, K.C. Johnson, J. Millar et coll., *Canadian expert panel on tobacco smoke and breast cancer risk*, Toronto, Canada : Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, série de rapports spéciaux de l'URTO, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/special/expert_panel_tobacco_breast_cancer.pdf.
- (8) California Environmental Protection Agency Air Resources Board, *Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant*, 2005. Accessible à l'adresse : <http://www.arb.gov/regact/ets/2006/ets2006.htm>. Consulté en mars 2010.
- (9) Ballantyne, C., « What is third-hand smoke? Is it hazardous? », *Scientific American*, 6 janvier 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=what-is-third-hand-smoke>.
- (10) Institute of Medicine, *Ending the tobacco problem: A blueprint for the nation*, Washington, DC, National Academy Press, 2007.
- (11) New York City Department of Health, *One million fewer smokers by 2010: Shaping a tobacco-free society for all New Yorkers, 2008-2010*, Albany, NY, New York State Department of Health, 2008. Accessible à l'adresse : http://www.health.state.ny.us/prevention/tobacco_control/docs/2010_million_fewer_smokers_strategic_plan.pdf.
- (12) Gouvernement britannique, *A Smokefree Future: A Comprehensive tobacco control strategy for England*, Londres, Angleterre, Department of Health, 2010. Accessible à l'adresse : http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_111749.
- (13) Scollo, M.M. et M.H. Winstanley (rédacteurs), *Tobacco in Australia: Facts and issues*, troisième édition, Melbourne, Australie, Cancer Council Victoria, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.tobaccoinaustralia.org.au>. Consulté en mars 2010.
- (14) Rehm, J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra et coll., *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : points saillants*, Ottawa, Canada, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006. Accessible à l'adresse : <http://www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011333-2006.pdf>.
- (15) Vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel 2008*, chapitre 3, section 3.10, Toronto, Ontario, Bureau du vérificateur général de l'Ontario, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.auditor.on.ca>.
- (16) Ontario Medical Association, *Investing in tobacco control: Good health policy, good fiscal policy, décembre 2003*. Accessible à l'adresse : <https://www.oma.org/Resources/Documents/2003InvestingInTobaccoControl.pdf>.
- (17) Lightwood, J.M. et S.A. Glantz, « Short-term economic and health benefits of smoking cessation: myocardial infarction and stroke », *Circulation*, vol. 96, n° 4 (19 août 1997), pp. 1089 à 1096.
- (18) Lightwood, J.M., C.S. Phibbs et S.A. Glantz, « Short-term health and economic benefits of smoking cessation: low birth weight », *Pediatrics*, vol. 104, n° 6 (décembre 1999), pp. 1312 à 1320.

Bibliographie

- (19) Barnoya, J. et S.A. Glantz, « Association of the California Tobacco Control Program with declines in lung Cancer incidence », *Cancer Causes and Control*, vol. 15, n° 7 (sept. 2004), pp. 689 à 695.
- (20) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Glossary of Tobacco Control. Accessible à l'adresse : <http://glossary.otru.org/>. Consulté en mars 2010.
- (21) Vagg, R. et S. Chapman, « Nicotine analogues: a review of tobacco industry research interests », *Addiction*, vol. 100, n° 5 (mai 2005), pp. 701 à 712.
- (22) Hammond, D., M. Chaiton, A. Lee et N. Collishaw, « Destroyed documents: uncovering the science that Imperial Tobacco Canada sought to conceal », *CMAJ*, vol. 181, n° 10 (10 novembre 2009), pp. 691 à 698.
- (23) Kelton, M.H. et M.S. Givel, « Public policy implications of tobacco industry smuggling through Native American reservations into Canada », *International Journal of Health Services*, vol. 38, n° 3 (2008), p. 471.
- (24) Tandman, A. et S.A. Glantz, « Industry efforts to undermine policy-relevant research », *American Journal of Public Health*, vol. 99 (2009), pp. 45 et 46.
- (25) Austen, I., Seeking billions, « Ontario sues tobacco companies », *New York Times*, 29 sept. 2009, B5. Accessible à l'adresse : <http://www.nytimes.com/2009/09/30/business/30tobacco.html>.
- (26) Organisation mondiale de la Santé, *Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac*, Genève, Suisse, WHO Press, 2005. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf.
- (27) U.S. Department of Health and Human Services, *The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004. Accessible à l'adresse : http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/index.htm.
- (28) Ling, P.M. et S.A. Glantz, « Why and how the tobacco industry sells cigarettes to young adults: evidence from industry documents », *Am. J. Public Health*, vol. 92, n° 6 (juin 2002), pp. 908 à 916.
- (29) Anderson, S.J., P.M. Ling et S.A. Glantz, « Implications of the federal court order banning the terms "light" and "mild": what difference could it make? », *Tob. Control*, vol. 16, n° 4 (août 2007), pp. 275 à 279.
- (30) Tobacco Control Legal Consortium, *The verdict is in: Findings from United States v. Philip Morris, The hazards of smoking*, Saint Paul, MN, Tobacco Law Center, 2006. Accessible à l'adresse : <http://publichealthlawcenter.org/sites/default/files/resources/tclc-verdict-is-in.pdf>.
- (31) Gilbert, E., « Manufacturer claims new tobacco product encourages harm reduction », *CMAJ*, vol. 180, n° 8 (14 avril 2009), p. E18.
- (32) Comité d'experts sur la relance de la Stratégie antitabac de l'Ontario, *Les actes sont plus éloquentes que les mots : un plan d'attaque au tabagisme en Ontario*, 1999. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/special/special_actions_fr.pdf.
- (33) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Towards a Smoke-Free Ontario: Progress and implications for future developments*, Toronto, Canada, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, rapports spéciaux : Monitoring and Evaluation Series, vol. 13, n° 3, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/13mr/13mr_no3.pdf.
- (34) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Monitoring and Evaluation Series, vol. 14/15, Toronto, Canada, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, rapport spécial de l'URTO, 2010. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/15mr/15mr_no2.pdf.
- (35) Davis, R.M., « "Healthy people 2010": national health objectives for the United States », *BMJ*, vol. 317, n° 7171 (28 novembre 1998), pp. 1513 à 1517.
- (36) Physicians for a Smoke-free Canada, Per capita consumption 1990-2007, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.smoke-free.ca/factsheets/pdf/consumption2008.pdf>. Consulté en mars 2010.
- (37) Paglia-Boak, A., R.E. Mann, E.M. Adlaf et J. Rehm, *Drug use among Ontario students 1977-2009: Detailed OSDUHS findings*, Toronto, Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale, série de documents de recherche du Centre de toxicomanie et de santé mentale, n° 28, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/OSDUS/Highlights_DrugReport_2009OSDUHS_Final_Web.pdf.
- (38) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Reports of tobacco smoke entering Ontario homes*, Toronto, Canada, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, mises à jour de l'URTO, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/updates/update_mar2009.pdf.

Bibliographie

- (39) Secrétariat du Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée, *Résumé de la réponse du groupe d'experts internationaux aux recommandations du CCS-SOSF*, Toronto, Canada, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2010. (non publié)
- (40) Bitton, A., C. Fichtenberg et S. Glantz, « msJAMA: reducing smoking prevalence to 10% in five years », *JAMA*, vol. 286, n° 21 (5 déc. 2001), pp. 2733 et 2734.
- (41) Millar, W.J. et T. Stephens, « Social status and health risks in Canadian adults: 1985 and 1991 », *Health Rep.*, vol. 5, n° 2 (1993), pp. 143 à 156.
- (42) EPA des É.-U., *Respiratory health effects of passive smoking (Also known as exposure to secondhand smoke or environmental tobacco smoke ETS)*, Washington, DC, US Environmental Protection Agency, Office of Research and Development, Office of Health and Environmental Assessment, 1992. EPA/600/6-90/006F. Accessible à l'adresse : <http://cfpub.epa.gov/ncea/cfm/recordisplay.cfm?deid=2835>

Lutte globale contre le tabagisme : Mesures fondées sur des données probantes



Résumé du chapitre

Ce chapitre définit et décrit la lutte globale contre le tabagisme en plus de fournir des données probantes qui illustrent les synergies qui s'opèrent lorsque des efforts de protection, de prévention et d'abandon du tabac sont mis en œuvre de façon intensive et étendue. Les stratégies de lutte globale contre le tabagisme mises en place en Californie, au Massachusetts et dans l'État de New York constituent des exemples qui permettent d'améliorer notre compréhension de ces diverses synergies. Ce chapitre retrace brièvement la lutte globale contre le tabagisme en Ontario, ainsi que les réussites et les défis restants à relever.

Résumé du chapitre

Méthodes

Méthodes

Des organismes de santé publique qui font autorité, comme le Surgeon General des É.-U., les Centers for Disease Control and Prevention des É.-U., le National Cancer Institute des É.-U., les instituts de médecine américains et l'Initiative pour un monde sans tabac de l'Organisation Mondiale de la Santé, et qui s'appuient sur des données probantes, ont permis d'améliorer les méthodes d'intervention en matière de lutte contre le tabagisme. Chacun de ces organismes a publié d'importantes études sur la lutte globale contre le tabagisme (LGT) et certains le font régulièrement. Leurs rapports se sont avérés les sources de documentation les plus fiables en matière de LGT. Ils fournissaient non seulement leurs propres conclusions fondées sur un très large éventail d'examen effectués par des comités d'experts, mais mettaient également de l'avant des études fondamentales consultées par la suite.

Pour de nombreuses raisons historiques, la LGT a été plus active aux États-Unis que dans n'importe quel autre pays. En outre, les formes d'interventions varient d'un État à l'autre, les États-Unis constituent une sorte de terrain d'observation naturel en matière de LGT. Cette variation prouve d'autant plus que la LGT fonctionne.

Deux exemples de LGT aux États-Unis apparaissent fréquemment dans la documentation, soit la Californie et le Massachusetts. D'autres États américains et d'autres pays ont également mis sur pied des stratégies de LGT, mais peu d'entre eux disposent d'une expérience aussi vaste, d'efforts d'évaluation aussi exhaustifs et d'autant de réussites documentées que ces deux États. Toutefois, l'État de New York dispose d'un programme de LGT qui, bien que relativement récent, est extraordinairement bien documenté et dont plusieurs des caractéristiques sont semblables à celles proposées dans le présent rapport.

Les sites Web illustrant les programmes de ces trois États ont été fréquemment consultés aux fins d'élaboration de ce chapitre. Nous y avons trouvé une description des composantes, des répercussions et des résultats des

Méthodes

Lutte globale contre le tabagisme : Les qualités essentielles

Justification – Pourquoi une lutte globale contre le tabagisme?

programmes. Ils ont également donné lieu à d'importantes études examinées par des pairs. Ces sources ont été complétées par des suggestions de membres du Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée (CCS-SOSF) et du groupe d'experts internationaux (GEI), ainsi que par des recherches en ligne sur des thèmes précis comme l'évaluation des éléments de la LGT.

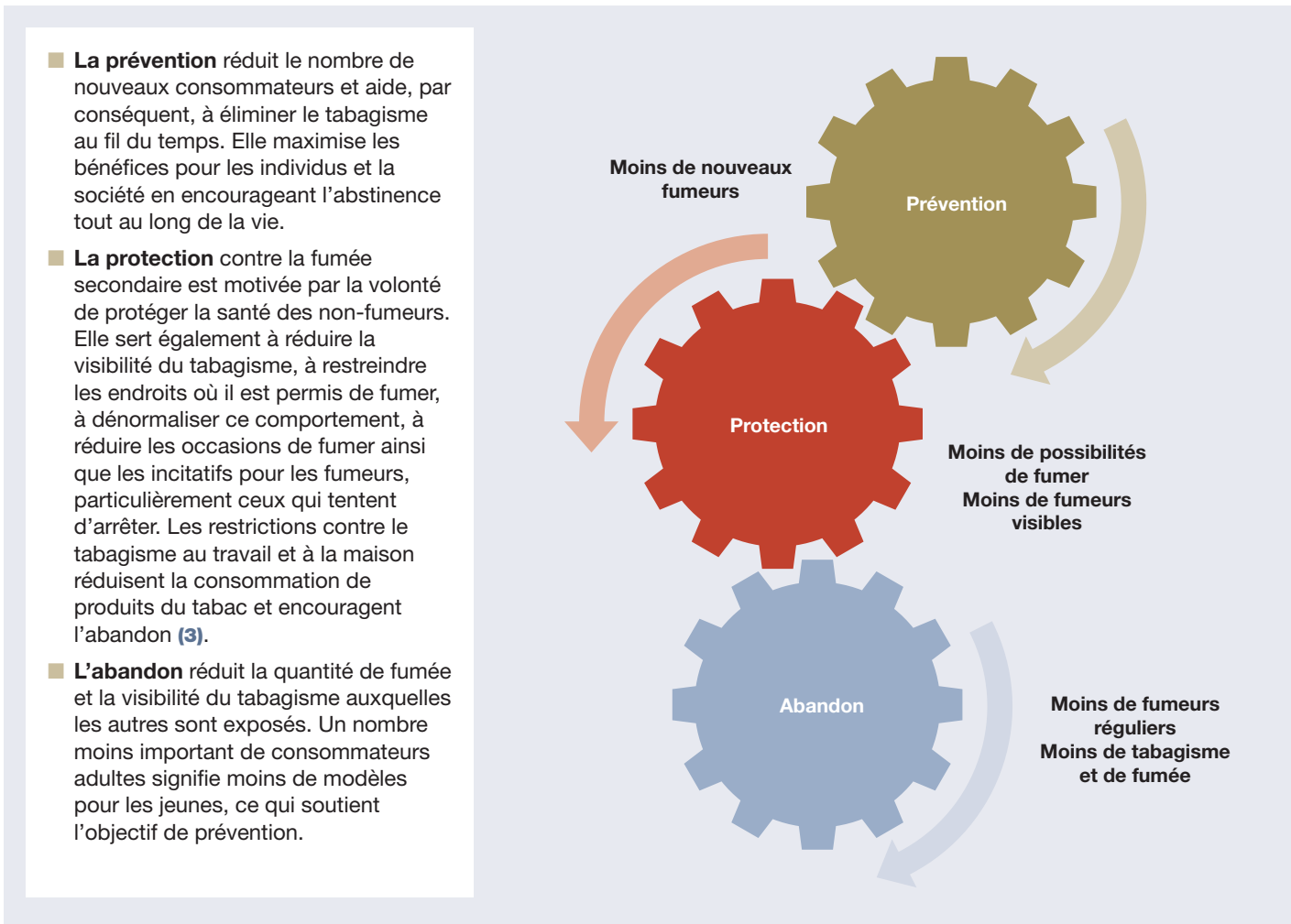
Pour décrire le contexte ontarien, nous nous sommes principalement appuyés sur les rapports de surveillance et d'évaluation de l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (www.otru.org/monitoring_reports.html).

Lutte globale contre le tabagisme : Les qualités essentielles

Justification – Pourquoi une lutte globale contre le tabagisme?

Qu'est-ce que la lutte globale contre le tabagisme (LGT) et pourquoi est-ce une réponse appropriée à l'épidémie de tabagisme? Ce chapitre définit et décrit la LGT, offre des données probantes qui illustrent la façon dont celle-ci a permis de maîtriser l'épidémie de tabagisme en Ontario et ailleurs, décrit ce qu'il reste à faire en Ontario et s'appuie sur ces données probantes pour recommander une trajectoire à suivre.

FIGURE 2.1 : Éléments coordonnés de la LGT



Les chapitres suivants du rapport développent cette démarche et tiennent compte des données probantes pour agir efficacement en ce qui a trait au vecteur de maladies (chapitre 4), à la prévention (chapitre 5), à la protection (chapitre 6) et à l'abandon du tabagisme (chapitre 7). Ils abordent également les disparités liées au tabac, les moyens de les réduire (chapitre 8) et décrivent les éléments essentiels du système qui permettront la mise œuvre d'une LGT efficace (voir chapitre 9).

La nature de la LGT est déterminée par la complexité de l'épidémie de tabagisme, ses causes et ses conséquences. La LGT représente nécessairement un système complexe d'interventions. Elle requiert les efforts de nombreuses personnes et de nombreux organismes œuvrant à divers paliers du gouvernement et à divers niveaux de la société civile (consulter le chapitre 9). Ces efforts visent habituellement à prévenir l'apparition d'une nouvelle génération de fumeurs, à protéger les non-fumeurs, à soutenir l'abandon du tabac chez les consommateurs de produits du tabac de longue date et à dénormaliser l'industrie du tabac (1,2).

La LGT vise à atteindre ces nombreux objectifs en combinant des programmes, des politiques et des interventions dans les médias de masse; en utilisant divers moyens et institutions locaux tels que la collectivité, les écoles, les milieux de travail et les établissements de soins de santé; en ciblant une myriade de groupes de population, notamment ceux hautement prioritaires pour des raisons d'équité sur le plan de la santé. Elle implique un effort intensif et d'envergure visant à coordonner les éléments d'intervention et leurs interactions. Ces interactions signifient que les efforts de protection, de prévention et d'abandon du tabac se renforcent mutuellement et occasionnent des synergies qui permettent d'obtenir des résultats plus rentables que si l'on ne met en œuvre qu'un ou deux des éléments (figure 2.1). Une stratégie

coordonnée, intégrée, intensive et exhaustive inclut, par conséquent, tous ces éléments et résiste à la division en stratégies individuelles propres à chacun de ses éléments. Une telle démarche intégrée répond directement au défi que présente un vecteur de maladies capable de s'adapter et à la nécessité de tenir compte des disparités liées au tabagisme qui contribuent grandement aux iniquités sur le plan de la santé en Ontario.

La démarche multiniveaux de la LGT est conforme à une théorie socio-écologique : elle cherche à modifier les milieux sociaux – aux niveaux local, de la collectivité et de la province – qui soutiennent le comportement complexe qu'est le tabagisme (4). Par conséquent, une LGT efficace cible à la fois les jeunes et les adultes en combinant des stratégies éducatives avec des politiques. La théorie et les données probantes appuient les politiques et sont souvent soutenues par des campagnes médiatiques qui conduiront à une modification permanente et d'envergure du milieu social (5). Le modèle logique de LGT proposé pour l'Ontario illustre en partie cette complexité (consulter l'annexe B).

Lutte globale contre le tabagisme – données probantes et efficacité

California Tobacco Control Program (Programme californien de lutte contre le tabagisme)

Très tôt, la Californie a constitué un exemple des répercussions de la LGT. Grâce à l'adoption du projet de loi 99 et au financement assuré du programme californien de lutte contre le tabagisme, la prévalence du tabagisme chez les adultes est passée de 23 % en 1988 à 14 % en 2005 (6). En 2008, elle était de 13 %, soit inférieure à n'importe quel autre État, sauf l'Utah (7) et à toutes les provinces canadiennes (8). Tout comme la prévalence, la consommation de cigarettes par habitant était plus faible que dans le reste des

Lutte globale contre le tabagisme : Les qualités essentielles

Justification – Pourquoi une lutte globale contre le tabagisme?

Lutte globale contre le tabagisme – données probantes et efficacité

California Tobacco Control Program (Programme californien de lutte contre le tabagisme)

Lutte globale contre le tabagisme – données probantes et efficacité

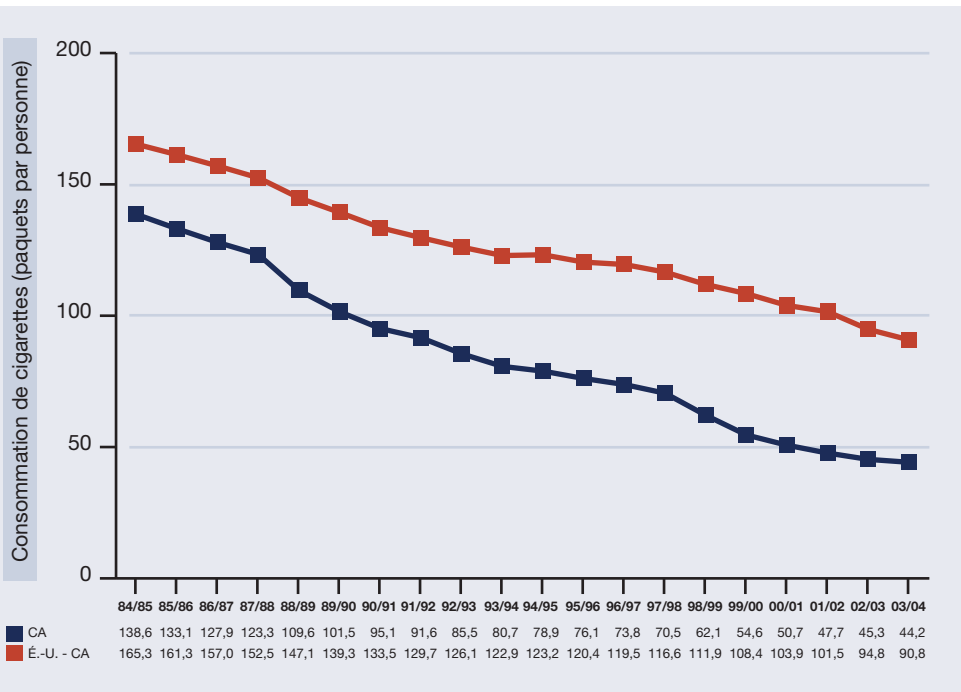
California Tobacco Control Program (Programme californien de lutte contre le tabagisme)

États-Unis et elle a diminué plus rapidement pendant la durée du programme californien de lutte contre le tabagisme (PCLT) (figure 2.2). Le programme californien a contribué non seulement à faire diminuer le tabagisme (9), mais également à réduire les maladies liées au tabac (10-12) et le coût de soins prodigués pour les traiter (13).

Le programme de lutte contre le tabagisme mis sur pied en Californie est un exemple classique de LGT (15). Il incluait notamment :

- une campagne médiatique à l'échelle de l'État;
- une ligne d'aide en matière d'abandon du tabac;
- les efforts coordonnés de lutte contre le tabagisme de 61 services de santé publique locaux et de centaines de leurs employés formés à cet effet;
- des services de soutien technique à l'échelle de l'État;
- près de 40 organismes communautaires et des milliers d'adultes et de jeunes bénévoles;
- des partenariats avec des organismes non gouvernementaux, le University of California's Tobacco Related Disease Research Program (programme de recherche sur les maladies liées au tabac de l'université de Californie) et le California Department of Education's Tobacco Use Prevention Education program (programme de prévention du tabagisme du ministère de l'éducation de la Californie).

FIGURE 2.2: Consommation de cigarettes par adulte en Californie et dans le reste des États Unis



Source : Adapté des statistiques de consommation de cigarettes du California Department of Public Health, 2005 (14).



La démarche du programme californien de lutte contre le tabagisme visait à modifier les importantes normes sociales entourant le tabagisme « en influençant indirectement les consommateurs actuels et potentiels en créant un milieu social et un climat légal où le tabac serait moins attrayant, moins acceptable et moins accessible (16) ». Voilà une application claire de principes socio-écologiques.

Les activités du PCLT sont actuellement axées autour de quatre domaines prioritaires.

- La lutte contre les influences favorables au tabac au sein de la collectivité : Œuvrer au fléchissement de la publicité et du marketing des produits du tabac dans le milieu de la vente au détail — commandite d'événements locaux par l'industrie du tabac et représentation des produits du tabac dans l'industrie du divertissement.
- La réduction de la disponibilité du tabac : Soutenir l'application des lois existantes interdisant la vente de tabac à des mineurs, supprimer les échantillons de produits du tabac, exiger des détaillants qu'ils obtiennent un permis et éliminer les produits du tabac des pharmacies.
- La réduction de l'exposition à la fumée du tabac : Promouvoir les initiatives qui font appel à une démarche de protection et à des politiques en vue de restreindre le tabagisme dans les lieux publics et privés (parmi les domaines émergents figurent les politiques relatives aux casinos, aux immeubles à logements multiples et aux sites extérieurs).
- Des services d'aide à l'abandon du tabac : Le PCLT apporte un soutien à l'exploitation de la California Smokers' Helpline (ligne d'aide à l'intention des fumeurs californiens) ainsi qu'aux programmes communautaires d'abandon du tabac.

Ces quatre domaines sont très semblables à ceux décrits dans le présent rapport — Lutte contre le vecteur de maladies (chapitre 4), prévention (chapitre 5), protection (chapitre 6) et abandon du tabac (chapitre 7).

Massachusetts Tobacco Control Program (Programme de lutte contre le tabagisme du Massachusetts)

Le Massachusetts a lancé un programme exhaustif — le Massachusetts Tobacco Control

Program (MTCP) (programme de lutte contre le tabagisme du Massachusetts, PLTM) — en 1994, qui a été bien financé jusqu'en 2002 (39 millions de dollars par an) (17). En 2004, le financement atteignait 2,5 millions de dollars (18). Le PLTM est toujours en vigueur et bénéficie d'un financement légèrement supérieur (8,25 millions de dollars en 2006), mais bien inférieur à ce qu'il était au moment de sa création.

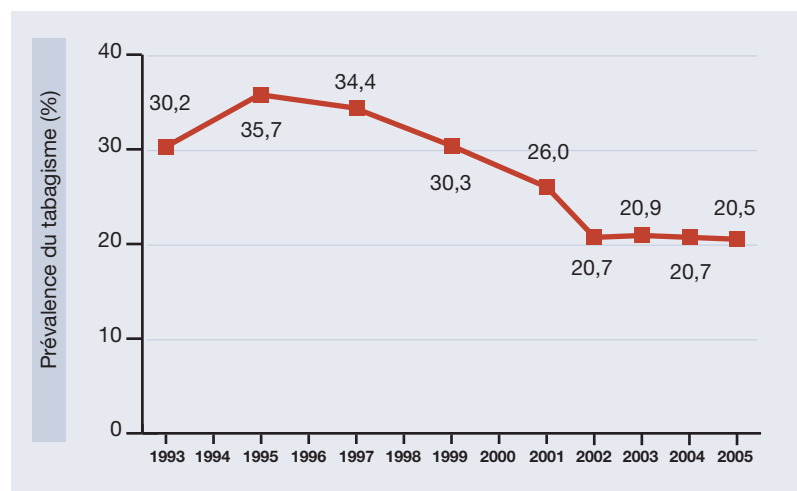
Depuis sa création, le PLTM a atteint deux objectifs remarquables, à savoir la réduction du tabagisme chez les jeunes et de la vente illégale de produits du tabac aux mineurs. Pendant la période au cours de laquelle il a bénéficié d'un soutien important, ces deux indicateurs ont connu d'importantes améliorations — un recul du tabagisme chez les élèves des écoles secondaires de près de 37 % entre 1993 et 2002 (figure 2.3) et une diminution des ventes illégales de produits du tabac de 54 % entre 1998 et 2002 (figure 2.4). Dès l'arrêt du financement du programme en 2002, la prévalence du tabagisme chez les étudiants a stagné et les ventes illégales ont commencé à croître (17).

Lutte globale contre le tabagisme – données probantes et efficacité

California Tobacco Control Program (Programme californien de lutte contre le tabagisme)

Massachusetts Tobacco Control Program (Programme de lutte contre le tabagisme du Massachusetts)

FIGURE 2.3 : Prévalence du tabagisme actuel chez les élèves des écoles secondaires, Massachusetts, 1993 à 2005



Source : Adapté d'un document du Bureau for Family Health, Département de la santé publique du Massachusetts (17)

Lutte globale contre le tabagisme – données probantes et efficacité

Massachusetts
Tobacco Control
Program
(Programme de
lutte contre le
tabagisme du
Massachusetts)

Programme de lutte
contre le tabagisme
de l'État de New
York

Le Massachusetts signale également une réduction du tabagisme chez les adultes qui est passée de 28 % en 1986 à 18 % en 2005. Toutefois, ces améliorations n'ont pas été constantes durant cette période. La prévalence a chuté de 1,7 point de pourcentage par an pendant la période où le programme était bien financé (de 1994 à 2002) et de 1,3 point de pourcentage par an après la diminution du financement en 2002 (17). Les achats de cigarettes par habitant ont également diminué grâce au PLTM. En effet, ils ont chuté de 43 % au total entre 1994 et 2006. Cette diminution a connu une légère interruption en 2002 (17). Les évaluations couvrant la période allant de 1994 à 2002 reflétaient un net recul du tabagisme, ainsi qu'une réduction de l'exposition à la fumée du tabac et illustraient clairement la position de chef de file du Massachusetts par rapport au reste des États-Unis en matière de lutte contre le tabagisme (19).

ligne d'aide à l'abandon du tabac en place dans tout l'État et services de counseling et d'aiguillage en ligne (17). Toutefois, les réductions draconiennes en matière de financement ont considérablement freiné ces améliorations.

Programme de lutte contre le tabagisme de l'État de New York

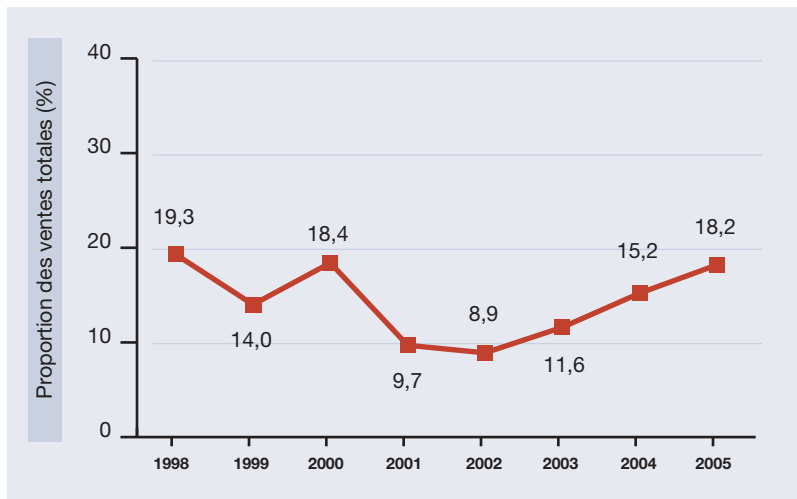
La LGT a débuté plus récemment dans l'État de New York que dans bon nombre d'États, mais elle comporte certaines caractéristiques novatrices et a permis plusieurs réalisations.

Le programme a été lancé en janvier 2000 sous l'égide de partenaires communautaires qui se sont inspirés de stratégies fondées sur des données probantes tirées du CDC Guide to Community Preventive Services (Guide des services de prévention communautaires des CDC) pour réduire le tabagisme. Au fil du temps, le programme a efficacement mis en œuvre une loi rigoureuse relative à la qualité de l'air intérieur, a conservé les appuis en faveur de taxes élevées sur le tabac, a maintenu le tabac à un prix élevé, a travaillé à l'augmentation de l'accès aux services efficaces d'abandon du tabac et a motivé les fumeurs à essayer d'arrêter de fumer (20).

Le résultat de ces efforts : Les taux de tabagisme chez les jeunes et chez les adultes sont les plus bas jamais enregistrés (21). La prévalence du tabagisme actuel chez les élèves des écoles intermédiaires et secondaires est passée de 11 à 4 % entre 2002 et 2006 (21). Le taux de tabagisme chez les adultes était de 18 % en 2006, ce qui le place sous la moyenne nationale américaine (22).

New York a adopté une loi sur la qualité de l'air intérieur, la CIAA (Clean Indoor Air Act) en 2003. Au cours des 12 mois qui ont suivi, l'exposition à toutes les sources de fumée secondaire a été mesurée et avait diminué de 94 % (23). La CIAA a réduit l'exposition à la fumée secondaire chez les personnes travaillant dans le secteur de l'accueil (24) et au sein des non-fumeurs du grand public à New York (23), en plus d'avoir conduit à

FIGURE 2.4 : Vente illégale de tabac à des mineurs, Massachusetts, 1993 à 2005



Source : Adapté d'un document du Bureau for Family Health, Département de la santé publique du Massachusetts (17)

Le PLTM a été l'une des premières réponses réussies au niveau de l'État à l'épidémie de tabagisme. Il comportait plusieurs facettes, à l'instar d'un réel programme global, véhiculait des messages novateurs et dynamiques et offrait un éventail de services communautaires de traitement contre le tabagisme (counseling, thérapies de remplacement de la nicotine,

une diminution des crises cardiaques (25). Les hospitalisations en raison d'infarctus aigus du myocarde ont chuté de 8 %, ce qui représente des économies de 56 millions de dollars en coûts des soins de santé en 2004 seulement (22). Dans les 24 mois suivants, l'opinion publique favorable à cette loi est passée de 64 à 80 % (23).

À la suite d'une campagne médiatique visant à encourager les fumeurs à cesser de fumer, les intentions et les tentatives d'abandon ainsi que les appels à la ligne d'aide en la matière ont augmenté. Les campagnes médiatiques visaient également à soutenir l'application de taxes élevées sur le tabac et les prix des cigarettes demeureraient supérieurs à la moyenne nationale. En 2008, la taxe d'accise sur les cigarettes de 2,75 \$ par paquet était la plus élevée des États Unis (26).

Comment ces réalisations ont-elles été possibles en si peu de temps? Selon sa propre description, le programme de lutte contre le tabagisme de l'état de New York (PLTENY) met en œuvre des stratégies prometteuses et fondées sur des données probantes en vue de prévenir et de réduire le tabagisme. Il est axé sur des partenariats communautaires, a mis sur pied 19 centres contre le tabagisme en vue de favoriser l'abandon du tabac en travaillant avec les fournisseurs de soins de santé et fait appel à des messages médiatiques forts et émotionnellement évocateurs afin de sensibiliser le public aux dangers de la fumée du tabac et de faire connaître les pratiques malhonnêtes de l'industrie du tabac (21).

En 2008, l'objectif du PLTENY pour 2010 était de réduire le nombre de fumeurs de un million, soit une prévalence de 14 % chez les adultes et de 10 % chez les jeunes. (En 2006, la prévalence du tabagisme était de 18 % chez les adultes et de 16 % chez les étudiants) Le PLTENY a spécifié comment il comptait atteindre cet objectif : a) en encourageant 900 000 fumeurs adultes à cesser de fumer et b) en empêchant 100 000 jeunes prédisposés à fumer à éviter de commencer (27).

Les quatre principales priorités du PLTENY sont très semblables aux objectifs proposés dans le présent rapport pour l'Ontario (22).

- Éliminer l'exposition à la fumée secondaire pour tous les New Yorkais.
- Réduire l'acceptabilité sociale du tabagisme.
- Promouvoir l'abandon du tabagisme.
- Prévenir l'adoption du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes.

New York a deux autres priorités, présentées dans le présent rapport non pas comme des objectifs globaux de LGT pour l'Ontario, mais comme un moyen d'atteindre des objectifs (consulter le chapitre 9 portant sur les principaux instruments d'habilitation systémiques, particulièrement le système d'apprentissage proposé) :

- mettre sur pied et maintenir une infrastructure efficace de lutte contre le tabagisme;
- contribuer à la science de la lutte contre le tabagisme.

« Des données probantes incontestables démontrent qu'un programme de lutte globale contre le tabagisme, financé de façon adéquate afin d'en permettre la mise en œuvre de manière appropriée, pourrait effectivement prévenir l'adoption du tabagisme, protéger les Ontariennes et les Ontariens de l'exposition à la fumée secondaire et accroître les taux d'abandon du tabac. D'importantes recherches illustrent la nécessité d'une telle démarche. Des interventions axées uniquement sur un ou sur quelques groupes de la population, comme les femmes ou les jeunes, ou sur une ou sur quelques démarches, telles que des restrictions sur les ventes aux mineurs, n'ont que peu de répercussions. » [traduction]

Source : Expert Panel on the Renewal of the Ontario Tobacco Strategy, *Actions will speak louder than words: getting serious about tobacco control in Ontario*, (1999) p. 12 (29).

Lutte globale contre le tabagisme – données probantes et efficacité

Programme de lutte contre le tabagisme de l'État de New York

Les données probantes dans le contexte ontarien

Programmes, répercussions et résultats

Les données probantes dans le contexte ontarien

Programmes, répercussions et résultats

La lutte globale contre le tabagisme est née en Ontario en 1992, lorsque le ministère de la Santé a annoncé la Stratégie antitabac de l'Ontario. Elle avait pour objectifs : a) de prévenir l'adoption du tabagisme, b) de protéger les non-fumeurs de la fumée secondaire et c) d'aider les fumeurs à cesser de fumer.

L'adoption de la *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac* (LRUT) a fixé les règles relatives à la vente et à la consommation de tabac (28). Elle visait à réduire le tabagisme, surtout chez les jeunes. La LRUT a accru à 19 ans l'âge minimum auquel on est autorisé à fumer et a rendu illégal le fait de vendre des produits du tabac à toute personne plus jeune. La vente de tabac a été interdite dans les pharmacies, les hôpitaux et la plupart des établissements de soins de santé. La vente de produits dans les machines distributrices a également été interdite. La LRUT a également cherché à limiter l'exposition à la fumée du tabac en établissant des lieux destinés aux fumeurs dans certains endroits publics. Elle a particulièrement permis aux municipalités d'introduire des règlements en vue d'accroître la prévalence des milieux sans fumée.



En 1999, un comité d'experts convoqués par le ministère de la Santé (29) a examiné la progression de la Stratégie contre le tabagisme de l'Ontario et a conclu que des mesures draconiennes étaient nécessaires pour atteindre les objectifs de la stratégie (consulter l'encadré). En résumé, la recommandation en 1999 était de mettre en place une réelle LGT en Ontario. La réponse du gouvernement a été d'augmenter considérablement le financement de la LGT, d'en redynamiser le mandat et d'en coordonner les efforts.

En 2004, la multiplication par trois du budget de la Stratégie contre le tabagisme de l'Ontario a replacé la province au rang de chef de file en matière de financement pour la lutte contre le tabagisme au Canada. En 2003-2004, la principale stratégie concernait l'éducation publique qui comptait pour 44 % des dépenses du projet, suivie par le développement de l'infrastructure (33 %). L'aide aux fumeurs représentait 23 % (30).

En décembre 2004, la *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac* a été amendée, renforcée et renommée *Loi favorisant un Ontario sans fumée* par le gouvernement de l'Ontario. Elle comportait deux principaux objectifs : a) réduire la visibilité des produits du tabac au niveau de la vente au détail et b) étendre et régulariser les règlements municipaux sans fumée aux espaces publics et aux milieux de travail clos. La *Loi favorisant un Ontario sans fumée* a été conçue pour aider le ministère de la Promotion de la santé et du Sport (MPSS) à atteindre ses deux principaux objectifs — réduire la consommation des produits du tabac de 20 % et s'assurer que les lieux de travail et les espaces publics clos soient totalement exempts de fumée. Avant l'entrée en vigueur de la loi en 2006, la priorité était d'assurer la conformité; l'accent était donc mis sur la sensibilisation du public au moyen de campagnes médiatiques, l'éducation des fournisseurs et l'assurance que les agents d'application des lois soient plus

nombreux et mieux formés. De concert avec la nouvelle Loi, la Stratégie antitabac de l'Ontario a été rebaptisée Stratégie Ontario sans fumée.

Durant toute son histoire en Ontario et ailleurs, la LGT a mis l'accent sur le fait de fumer. Cette démarche a été valide si l'on tient compte des schémas réels passés et actuels de la consommation des produits du tabac. Cependant, les produits du tabac sans fumée font partie des recommandations du présent rapport, étant donné qu'ils sont parfois très utilisés au sein de certains groupes de la population et qu'il est possible qu'ils soient davantage mis de l'avant par l'industrie à l'avenir, compte tenu du fait que fumer devient de moins en moins acceptable socialement.

Réalisations à ce jour en Ontario

La LGT a donné lieu à de nombreux accomplissements en Ontario au cours des 20 dernières années pendant lesquelles la province a mis en place une démarche systématique de lutte contre le tabagisme.

- Il est désormais interdit de fumer dans les milieux de travail et les espaces publics clos. Ces restrictions sont très bien observées (consulter le chapitre 6).
- Il est interdit de fumer dans une automobile transportant des enfants (consulter le chapitre 6).
- L'Ontario a intenté une action en justice de 50 milliards de dollars contre un certain nombre de fabricants de tabac en vue d'obtenir des dommages-intérêts pour les soins de santé liés au tabagisme (consulter le chapitre 4).
- Depuis 2006-2007, l'Ontario a aidé directement 1,2 million de fumeurs à essayer d'arrêter de fumer en adoptant des lois (p. ex., espaces sans fumée) et des programmes favorisant l'abandon du tabac. Parmi les exemples de programmes offrant des services de counseling et des thérapies de

remplacement de la nicotine figurent l'étude STOP (Smoking Treatment for Ontario Patients) (consulter le chapitre 7) et le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac, en place dans plus de 29 hôpitaux ontariens.

- En Ontario, la conformité des détaillants en ce qui a trait à la vente de cigarettes aux mineurs a augmenté constamment au fil des ans. Elle est passée de 62 % en 1995 à 89 % en 2008. Au cours de la même période, le taux de conformité à l'échelle nationale est passé de 48 à 86 % (31).
- En 2008, seule la Colombie-Britannique comptait un taux de prévalence du tabagisme inférieur à celui de l'Ontario chez les personnes de 12 ans et plus : 17 % contre 19 % respectivement (31).
- En 2008, le taux de tabagisme chez les Ontariennes et les Ontariens de 15 à 19 ans était considérablement inférieur à la moyenne du reste du Canada : 9 % contre 13 % respectivement (31).
- Chez les adultes fumeurs de longue date, il y a eu une augmentation du taux d'abandon qui est passé de 48 % en 1998 à 58 % en 2008 (31).

Éléments en suspens

Plusieurs objectifs ambitieux ont été établis en 1992 au moment du lancement de la Stratégie antitabac de l'Ontario.

- Faire, d'ici 1995, de toutes les écoles, de tous les milieux de travail et de tous les lieux publics des espaces sans fumée.
- Éliminer, d'ici 1995, les ventes de tabac aux personnes de moins de 19 ans.
- Réduire, d'ici 2000, la proportion des fumeurs âgés de 12 à 19 ans à 10 %.
- Réduire, d'ici 2000, la proportion de fumeurs, hommes et femmes, de 20 ans et plus à 15 %.

Les données probantes dans le contexte ontarien

Programmes, répercussions et résultats

Réalisations à ce jour en Ontario

Éléments en suspens

Réalisations à ce jour en Ontario

Éléments en suspens

- Supprimer, d'ici 2000, le tabagisme chez les femmes enceintes.

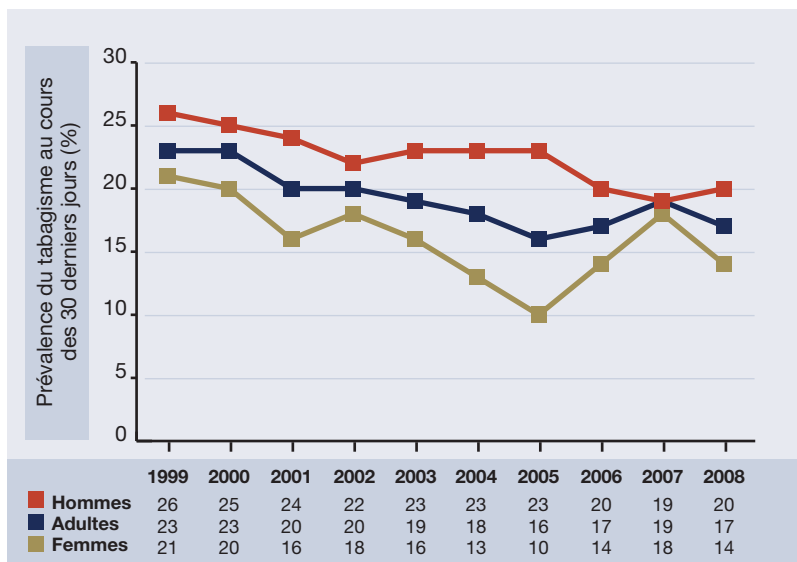
Aucun de ces objectifs n'a été complètement atteint à la date fixée, mais tous sont restés officiels, orientant les mesures au fil des années suivantes et plusieurs d'entre eux ont progressé de façon importante.

De nombreux défis demeurent et de nouveaux se sont présentés.

Alors que la prévalence du tabagisme chez les jeunes a chuté de façon substantielle au cours de la dernière décennie, ces diminutions ont cessé au cours des quelques dernières années.

- Entre 1999 et 2006, le tabagisme a connu une chute marquée chez les élèves de la 7^e à la 11^e année. Depuis 2006, les taux sont restés relativement stables pour l'ensemble des élèves. De même, de 2007 à 2009, la prévalence du tabagisme au cours des 30 derniers jours a stagné à 12 % (31).

FIGURE 2.5: Tabagisme actuel (30 derniers jours), selon le sexe, chez des personnes de 18 ans et plus, Ontario, 1999 à 2008



Source : Adapté d'un document du OTRU Monitoring and Evaluation Series Vol. 14/15, 2010 (31).

- Entre 1999 et 2008, le taux de tabagisme chez les jeunes ontariens âgés de 15 à 19 ans est passé de 22 à 9 %, mais la majeure partie de cette diminution a eu lieu au début de cette période et aucun changement notable n'a eu lieu depuis 2003 (alors qu'il était de 11 %). Dans le reste du pays, la tendance à la baisse s'est poursuivie jusqu'à présent (31).
- De 2003 à 2009, l'abstinence en matière de consommation de cigarettes au cours d'une vie a augmenté de façon générale chez les élèves de la 7^e à la 12^e année. Toutefois, les statistiques relatives à la prévalence de l'abstinence au cours d'une vie n'ont pas changé de 2007 à 2009 (31).
- Un tiers des jeunes de 11 à 15 ans n'ayant jamais fumé étaient considérés comme susceptibles de commencer à fumer en 2006 (consulter le chapitre 5).

Chez les adultes, le modèle du tabagisme et de l'exposition à celui-ci est semblable — des améliorations impressionnantes à long terme, mais une analyse plus poussée révèle une inconstance du rythme d'amélioration au cours des dernières années.

- Le tabagisme actuel chez les femmes s'est accru entre 2005 et 2008. Chez les hommes, il a peu évolué depuis 2002 (figure 2.5).
- En 2008, la prévalence, chez les fumeurs ontariens, de l'intention d'arrêter de fumer au cours des 30 jours qui suivaient était de 21 %, un taux resté stable au cours des dernières années. En 2008, le taux d'intention d'arrêter de fumer au cours des six mois qui suivaient était plus faible qu'en 2002 (52 % contre 64 %) (31).
- Entre 2005 et 2008, l'exposition globale (intérieure et extérieure) à la fumée secondaire chez les travailleurs de 15 ans et plus n'a pas diminué (31 % en 2005 et 30 % en 2008 (31)).

Cinq obstacles freinent les progrès pour chacun de ces défis.

- Le taux continuellement bas des taxes sur le tabac en Ontario – lequel demeure parmi les plus bas du Canada en dépit des effets bénéfiques de ces dernières sur le tabagisme chez les jeunes et les adultes (32-34) (consulter le chapitre 4).
- Le recours à la contrebande en tant que principale source de cigarettes pour les consommateurs soucieux des prix, surtout les fumeurs adolescents (35,36) (consulter le chapitre 4). La contrebande diminue les revenus de la province (37) et entrave les efforts de lutte contre le tabagisme (38).
- L'absence de campagnes médiatiques continues en vue de dénormaliser l'industrie du tabac et de promouvoir la protection, la prévention et l'abandon du tabac (consulter les chapitres 4 à 7). Les campagnes médiatiques ont toujours été des composantes vitales des programmes gouvernementaux réussis de LGT (2,39), comme ceux décrits ci-dessus.
- Des iniquités persistantes en ce qui a trait au tabagisme et par conséquent aux maladies et aux décès liés au tabac – il y a dix ans, l'URTO a souligné les défis que présentaient les iniquités liées au statut socio-économique (40) et aucune solution efficace n'y a encore été apportée (consulter le chapitre 8).
- Des changements en ce qui a trait au leadership et au financement de la lutte contre le tabagisme qui entravent la planification à long terme et la capacité à tirer parti de l'infrastructure efficace et du renforcement de la capacité des premières années de la Stratégie antitabac de l'Ontario (41) (consulter les chapitres 9 et 10).

Les iniquités en matière de tabagisme ne sont pas minces (consulter le chapitre 8). Elles peuvent parfois présenter des différences trois fois plus marquées entre deux groupes. Par exemple, en 2007-2008 :

- entre les diverses professions : la prévalence du tabagisme était alors de 13 % pour les professions en lien avec la santé contre 34 % dans les autres secteurs (31);
- au niveau de l'éducation : la prévalence du tabagisme était alors de 10 % chez les étudiants diplômés de l'université contre 30 % chez les adultes n'ayant pas d'éducation secondaire (31);
- au sein des bureaux de santé publique : le tabagisme allait d'un faible taux de 15 % dans la région de York à un taux élevé de 29 % dans celles de Porcupine et d'Oxford (31);
- parmi les cols bleus : ils faisaient face à un niveau d'exposition à la fumée secondaire considérablement plus élevé au travail que les travailleurs d'autres professions (31).

Vers l'avenir

Des programmes et des politiques efficaces de lutte contre le tabagisme sont connus et reconnus par des organismes scientifiques réputés (1,34). Les éléments essentiels sont décrits ci-dessus et repris en détail dans les chapitres suivants. Le défi est de les adopter et de les mettre en œuvre (42).

Recommandation

La lutte contre le tabagisme

- [2.1] Renforcer et accroître la lutte globale contre le tabagisme en Ontario en tant que stratégie pleinement intégrée, multiniveaux, globale, coordonnée et intensive.

Réalisations à ce jour en Ontario

Éléments en suspens

Vers l'avenir

Bibliographie

Bibliographie

- (1) Centers for Disease Control and Prevention, *Best practices for comprehensive tobacco control programs – 2007*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices.
- (2) Hammond, D., G.T. Fong, M.P. Zanna, J.F. Thrasher et R. Borland, « Tobacco denormalization and industry beliefs among smokers from four countries », *Am. J. Prev. Med.*, vol 31, n° 3 (sept. 2006), pp. 225 à 232.
- (3) Shields, M., « Cheminement vers l'abandon du tabac », *Rapports sur la santé*, vol 16, n° 3 (mai 2005), pp. 19 à 36.
- (4) Sallis, J.F. et N. Owen, « Ecological models of health behaviour », dans : Glanz, K., B.K. Rimer et F.M. Lewis, rédacteurs, *Health behavior and health education*, San Francisco, CA, John Wiley and Sons, 2002, pp. 462 à 484.
- (5) Alesci, N., J. Forster et D. Erickson, « Did youth smoking behaviors change before and after the shutdown of Minnesota Youth Tobacco Prevention Initiative? », *Nicotine and tobacco research*, vol. 11, n° 10 (2009), p. 1196.
- (6) California Department of Public Health, Adult smoking prevalence, État de Californie, 2010. Accessible à l'adresse : http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/Documents/CTCPAdultSmoking_10.pdf. Consulté en mars 2010.
- (7) Centers for Disease Control and Prevention, *Adult cigarette smoking in the United States: Current estimate*, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/index.htm. Consulté en mars 2010.
- (8) Santé Canada, *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada*, tableaux supplémentaires, ESUTC annuelle 2008, tableau 2, Catégories de tabagisme et nombre moyen de cigarettes fumées par jour, par province, selon le groupe d'âge et le sexe chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus, Canada, 2008. Accessible à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2008/ann-table2-fra.php. Consulté en mars 2010.
- (9) Pierce, J.P., E.A. Gilpin, S.L. Emery, M.M. White, B. Rosbrook et C.C. Berry, « Has the California Tobacco Control Program reduced smoking? », *JAMA*, vol. 280, n° 10 (9 septembre 1998), pp. 893 à 899.
- (10) Barnoya, J. et S.A. Glantz, « Association of the California Tobacco Control Program with declines in lung cancer incidence », *Cancer Causes & Control*, vol. 15, n° 7 (2004), pp. 689 à 695.
- (11) Lightwood, J.M. et S.A. Glantz, « Short-term economic and health benefits of smoking cessation: Myocardial infarction and stroke », *Circulation*, vol. 96, n° 4 (19 août 1997), pp. 1089 à 1096.
- (12) Lightwood, J.M., C.S. Phibbs et S.A. Glantz, « Short-term health and economic benefits of smoking Cessation: Low birth weight », *Pediatrics*, vol. 104, n° 6 (1999), pp. 1312 à 1320.
- (13) Lightwood, J.M., A. Dinno et S.A. Glantz, « Effect of the California Tobacco Control Program on personal health care expenditures », *PLoS Med.*, vol. 5, n° 8 (26 août 2008), p. e178.
- (14) California Department of Public Health, Tobacco consumption, Californie, 2005. Accessible à l'adresse : <http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/Documents/CTCPConsumption05.pdf>. Consulté en mars 2010.
- (15) California Department of Public Health, *California tobacco control update 2009: 20 years of tobacco control in California*, Sacramento, CA, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/Documents/CTCPUupdate2009.pdf>.
- (16) California Department of Health Services, *A model for change: The California experience in tobacco control*, Sacramento, CA, 1998. Accessible à l'adresse : <http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/Documents/CTCPmodelforchange1998.pdf>.
- (17) Massachusetts Department of Public Health, *Accomplishments of the Massachusetts Tobacco Control Program*, Commonwealth of Massachusetts, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.mass.gov/Eeohhs2/docs/dph/tobacco_control/accomplishments.pdf. Consulté en mars 2010.
- (18) Campaign for Tobacco-Free Kids, *Fact Sheet: New data show disturbing referral of progress on reducing smoking in Massachusetts*, Washington, DC, Campaign for Tobacco-Free Kids, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.tobaccofreekids.org/documents/MA_program_rpt-4-9-07.pdf.
- (19) Koh, H.K., « Accomplishments of the Massachusetts Tobacco Control Program », *Tob. Control*, vol. 11, (Supplément 2) (2002), pp. ii1 à ii13.
- (20) RTI International, Fifth annual independent evaluation of New York's tobacco control problem, Research Triangle Park, NC, RTI International, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.health.state.ny.us/prevention/tobacco_control/docs/independent_evaluation_report_july_2009.pdf.

Bibliographie

- (21) New York State Department of Health, *Tobacco: The burden of tobacco use and secondhand smoke*, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.health.state.ny.us/prevention/tobacco_control. Consulté en mars 2010.
- (22) New York State Department of Health, *One million fewer smokers by 2010: Shaping a tobacco-free society for all New Yorkers*, 2008-2010, Albany, NY, New York State Department of Health, 2008. Accessible à l'adresse : http://www.health.state.ny.us/prevention/tobacco_control/docs/2010_million_fewer_smokers_strategic_plan.pdf.
- (23) Engelen, M., M. Farrelly et A. Hyland, *The health and economic impact of New York's Clean Indoor Air Act*, Albany, NY, New York State Department of Health, 2006. Accessible à l'adresse : http://www.health.state.ny.us/prevention/tobacco_control/docs/ciaa_impact_report.pdf.
- (24) Farrelly, M.C., J.M. Nonnemaker, R. Chou, A. Hyland, K.K. Peterson et U.E. Bauer, « Changes in hospitality workers' exposure to secondhand smoke following the implementation of New York's smoke-free law », *Tob. Control*, vol. 14, n° 4 (2005), pp. 236 à 241.
- (25) H.R. Juster, B.R. Loomis, T.M. Hinman, M.C. Farrelly, A. Hyland, U.E. Bauer et coll., « Declines in hospital admissions for acute myocardial infarction in New York State after implementation of a comprehensive smoking ban », *Am. J. Public Health*, vol. 97, n° 11 (2007), pp. 2035 à 2039.
- (26) Brown, B., J. Nonnemaker et M. Farrelly, *Evaluating New York Tobacco Control Program efforts to promote cessation*, Albany, N.Y., New York State Department of Health, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.health.state.ny.us/prevention/tobacco_control/docs/smoking_cessation_report_2009.pdf.
- (27) Centers for Disease Control and Prevention, « Reduced secondhand smoke exposure after implementation of a comprehensive statewide smoking ban – New York, June 26, 2003 – June 30, 2004 », *MMWR*, vol. 56, n° 28 (2007), pp. 705 à 708. Accessible à l'adresse : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5628a2.htm>.
- (28) Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *TOBACCO: The Tobacco Control Act – What it's all about*, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/tobacco/act.html>. Consulté en mars 2010.
- (29) Comité d'experts sur la relance de la Stratégie antitabac de l'Ontario, *Les actes sont plus éloquentes que les mots : un plan d'attaque au tabagisme en Ontario*, 1999. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/special/special_actions_fr.pdf.
- (30) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *OTS progress and implications, 2003-2004*. Toronto, Canada, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, rapports spéciaux, Monitoring and Evaluation Series, 2003-2004, vol. 10, n° 4, 2005. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/10mr/10mr_no4_final.pdf.
- (31) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Monitoring and Evaluation Series*, vol. 14/15, Toronto, Canada : Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, rapport spécial de l'URTO, janvier 2010. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/15mr/15mr_no2.pdf.
- (32) Liang, L., F. Chaloupka, M. Nichter et R. Clayton, « Prices, policies and youth smoking, May 2001 », *Addiction*, vol. 98, suppl. 1 (mai 2003), pp. 105 à 122.
- (33) Stephens, T., L.L. Pederson, J.J. Koval et J. Macnab, « Comprehensive tobacco control policies and the smoking behaviour of Canadian adults », *Tob. Control*, vol. 10, n° 4 (2001), pp. 317 à 322.
- (34) U.S. Department of Health and Human Services, *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000. Accessible à l'adresse : http://www.surgeongeneral.gov/library/tobacco_use.
- (35) Leatherdale, S.T., R. Ahmed, A. Barisic, D. Murnaghan et S. Manske, « Cigarette brand preference as a function of price among smoking youths in Canada: are they smoking premium, discount or native brands? », *Tob. Control*, vol. 18, n° 6 (2009), pp. 466 à 473.
- (36) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Contraband use among Ontario youth*, Toronto, Canada, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/updates/update_dec2009.pdf.
- (37) Vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel 2008*, chapitre 3, Section 3.10. Toronto, Ontario, Bureau du vérificateur général de l'Ontario, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.auditor.on.ca>.
- (38) Luk, R., J.E. Cohen, R. Ferrence, P.W. McDonald, R. Schwartz et S.J. Bondy, « Prevalence and correlates of purchasing contraband cigarettes on First Nations reserves in Ontario, Canada », *Addiction*, vol. 104, n° 3 (mars 2009), pp. 488 à 495.
- (39) Ibrahim, J.K. et S.A. Glantz, « The rise and fall of tobacco control media campaigns, 1967-2006 », *Am. J. Public Health*, vol. 97, n° 8 (août 2007), p. 1383.

Bibliographie

- (40) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Monitoring the Ontario Tobacco Strategy: Progress toward our goals*, 1998/1999, Toronto, Canada, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 1999. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/5mr/5mr_eng.pdf.
- (41) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *OTS progress and implications*, 2002-2003, Toronto, Canada, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, rapports spéciaux : Monitoring and Evaluation Series, 2002-2003, vol. 9, n° 4, 2004. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/9mr/9mr_eng_part4.pdf.
- (42) Institute of Medicine, *Ending the tobacco problem: A blueprint for the nation*, Washington, DC, National Academy Press, 2007.

Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée – Démarche d'obtention des données probantes



Résumé du chapitre

Ce chapitre décrit la démarche adoptée en vue de réunir des scientifiques et de rassembler des données probantes qui permettront d'orienter les recommandations formulées en vue du renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme. Le Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée (CCS-SOSF) a été convoqué par l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS) à la demande du ministère de la Promotion de la santé et du Sport (MPSS) afin de fournir des conseils et des recommandations scientifiques et techniques qui orienteront le renouvellement de la lutte provinciale contre le tabagisme. Le projet, qui inclut de la recherche, des consultations d'experts scientifiques internationaux, des délibérations et la rédaction d'un rapport, a été mené sur une période de six mois. Les membres du CCS-SOSF et le personnel de l'AOPPS ont rencontré régulièrement le personnel du MPSS et le Groupe consultatif de la Stratégie antitabac (GCSA) afin de les conseiller quant à l'orientation du projet et aux données probantes émergentes qui permettent de soutenir le renouvellement de la stratégie Ontario sans fumée.

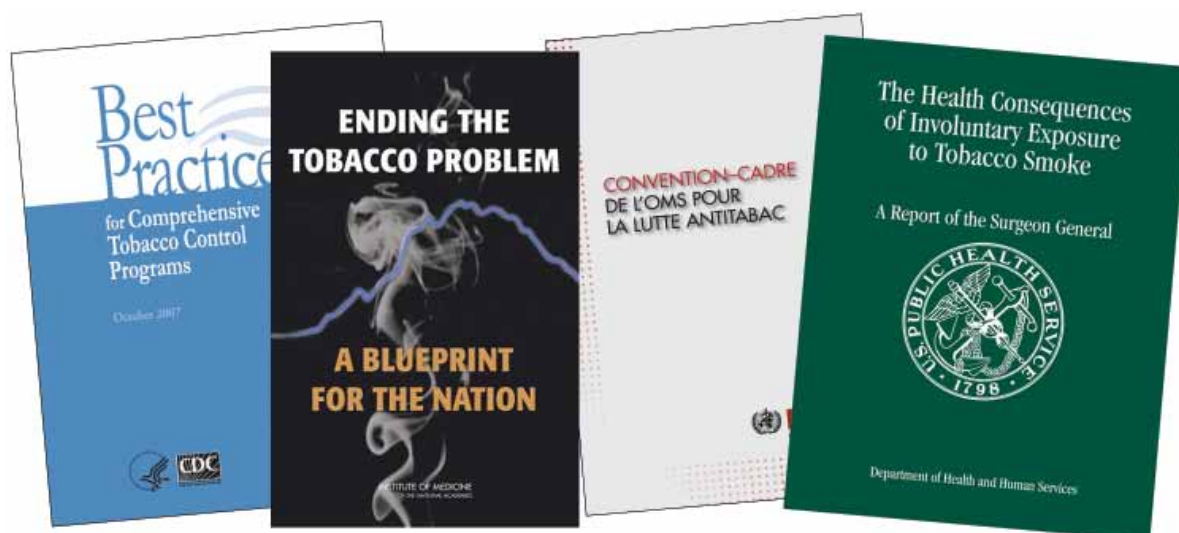
Résumé du chapitre

Convocation du CCS-SOSF

Convocation du CCS-SOSF

Le personnel de l'AOPPS a sélectionné des experts ontariens en août 2009 et les a invités en septembre afin qu'ils siègent au CCS-SOSF. Ils ont été sélectionnés de manière à assurer une diversité de connaissances relatives à la science et aux pratiques en matière de

lutte contre le tabagisme. Parmi les membres figurent des chercheurs principaux de l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (URTO), d'autres chercheurs universitaires et des praticiens du secteur de la santé publique (p. ex., un représentant du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique [REDSP] et un médecin hygiéniste).



**Convocation du
CCS-SOSF**

Groupes de travail

Le CCS-SOSF s'est réuni pour la première fois à Toronto en novembre 2009 afin d'examiner l'objectif du projet et les résultats attendus, de dresser une liste complète des enjeux et des questions à prendre en considération au cours du renouvellement de la stratégie et d'élaborer un plan de travail. Le CCS-SOSF s'est réuni cinq fois entre novembre 2009 et la fin de mars 2010. Au cours de ces réunions, des groupes de travail ont présenté des justifications préliminaires et ont formulé des recommandations afin qu'elles soient interprétées et examinées par le comité. Des données probantes supplémentaires ont souvent été soumises; le contenu final et les recommandations ont été acceptés à la suite d'un processus d'examen itératif et d'un consensus.

Groupes de travail

Des groupes de travail ont été constitués afin de tenir compte de points importants du rapport du CCS SOSF en lien avec l'atteinte des objectifs de santé publique, y compris la prise en compte du vecteur de maladies. Les membres du CCS-SOSF se sont divisés en quatre groupes de travail – vecteur de maladies, prévention, protection et abandon du tabac. Les membres qui ne participaient pas aux groupes de travail apportaient des conseils sur des enjeux ne se rapportant pas aux objectifs.

Les groupes de travail se sont réunis régulièrement pendant la durée de l'étude, par téléphone ou en personne. Le président, les membres et le personnel des groupes de travail ont communiqué par téléphone et par courriel entre les réunions. En certaines occasions, les groupes de travail ont identifié d'autres experts à consulter et ont ajouté des membres au groupe de travail ne faisant pas partie du CCS-SOSF. L'engagement de ces contributeurs supplémentaires visait à s'assurer que l'on tienne compte d'un large éventail de points de vue d'experts. Il a également été demandé à ces contributeurs de donner leur opinion et de commenter l'ébauche des chapitres. Dans certains cas, ils ont été invités à participer aux téléconférences des groupes de travail et à fournir des renseignements spécialisés ou des conseils sur des aspects spécifiques des rapports préliminaires à la demande du CCS-SOSF et des présidents des groupes de travail.

Afin d'assurer la crédibilité scientifique, le choix des contributeurs supplémentaires a été orienté par les critères suivants : a) ils devaient être titulaires d'un poste d'enseignement au sein d'une université reconnue et b) ils devaient participer activement à la recherche. En outre, les présidents des groupes de travail et l'AOPPS ont consulté ces experts au besoin afin de comprendre le contexte actuel et historique du développement de la lutte contre le tabagisme en Ontario ou ailleurs.



Groupe d'experts internationaux

Un Groupe d'experts internationaux (GEI) a été mis sur pied afin de servir de mécanisme supplémentaire d'assurance de la qualité, apportant la rigueur scientifique, l'expérience et les conseils de territoires de compétence autres que l'Ontario. Les membres de ce comité sont des scientifiques réputés et respectés œuvrant dans le domaine de la lutte contre le tabagisme. Ils ont été choisis de la façon suivante : a) une liste préliminaire d'experts nord-américains a été dressée au moyen d'une collaboration entre le personnel de l'AOPPS et les membres du CCS-SOSF et b) on a demandé aux membres du CCS-SOSF de choisir six membres parmi une liste exhaustive en tenant compte de leur parcours et de leur expertise.

Le GEI a tenu une réunion téléphonique en novembre 2009 pour aider à la conceptualisation du projet et apporter des conseils ayant trait à l'utilisation des données probantes dans le processus d'examen scientifique. Le GEI a également formulé des conseils sur trois points essentiels – l'établissement d'objectifs, la lutte contre la contrebande et l'atteinte de l'équité au moyen d'interventions ciblées et à l'échelle de la population. Le GEI s'est ensuite réuni en personne et par téléphone en mars 2010. Les ébauches de recommandations du CCS SOSF et les données probantes ont été partagées pendant cette réunion. Le GEI a formulé des critiques constructives relatives aux données probantes présentées, des suggestions ayant trait aux priorités et des références supplémentaires visant à documenter les données probantes soutenant les recommandations du CCS-SOSF. L'avant-dernière ébauche du rapport a été envoyée aux membres du GEI le 1^{er} avril afin qu'ils procèdent à l'examen final des données probantes présentées et en vue de s'assurer de l'interprétation adéquate des conseils formulés. Le CCS SOSF a examiné et pris en considération les commentaires du GEI pendant l'examen du rapport.

Personnel

Un secrétariat de l'AOPPS a apporté un soutien au personnel pendant toutes les réunions du CCS-SOSF, du GEI et des groupes de travail, sous la supervision de la directrice de la Promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques et des blessures. Parmi les autres membres figuraient un analyste de politiques, un analyste de projets, un analyste de recherche, un coordonnateur de recherche, un résident en médecine communautaire et une attachée de direction. Un consultant scientifique a été engagé en vue de fournir des conseils techniques et d'agir à titre de personne-ressource de l'équipe du projet.

Données probantes prises en considération

Il a été demandé au CCS-SOSF de réunir et d'examiner les données probantes existantes pertinentes dans le cadre du renouvellement de la stratégie de lutte globale contre le tabagisme. Le GEI a formulé des mises en garde contre le fait de trop restreindre les données probantes prises en considération. Il a fait part de ses préoccupations quant aux limites des démarches traditionnelles d'examen systématiques tels qu'ils étaient menés dans le contexte d'interventions cliniques qui privilégient les véritables expériences sous forme d'études sur l'efficacité (1) et a souligné la nécessité de reconnaître les limites de ces données probantes en matière de santé publique (2). Les défis et les priorités particuliers dont il faut tenir compte au cours de l'évaluation des données probantes relatives à la santé publique et les autres interventions sociales, telles que la politique et l'éducation sociales, ont longtemps été reconnus par des groupes d'examen œuvrant dans ces domaines tels que Campbell Collaboration (www.campbellcollaboration.org), le NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) au Royaume-Uni (www.nice.org.uk) et la récente expansion

Convocation du CCS-SOSF

Groupe d'experts internationaux

Personnel

Données probantes prises en considération

Données probantes
prises en
considération

des activités de la Collaboration Cochrane au domaine de l'évaluation de politiques et d'interventions en matière de santé publique (www.cochrane.org). Les examinateurs des interventions sociales et de santé publique ont parfois besoin de connaître un plus large éventail de modèles de recherche (souvent relativement sophistiqués), notamment des études communautaires, des études quasi expérimentales comme les études transversales chronologiques, des méthodes mixtes, des études évaluatives, des recherches qualitatives et des études d'observation bien conçues comme celles portant sur des modèles longitudinaux de cohortes et de groupes d'experts. Les examens en matière de santé publique doivent respecter des normes élevées pour permettre une application généralisée externe de leurs conclusions et peuvent favoriser des études d'observation rigoureuses qui révèlent l'efficacité des politiques dans des milieux et auprès de populations spécifiques ou diversifiés (3,4). De plus, le GEI a encouragé le CCS SOSF à tenir compte d'un éventail de sources et de disciplines parmi lesquelles des données d'économétrie, de surveillance et d'évaluation de l'Ontario.

En tenant compte de la qualité des données probantes, il a été suggéré que le CCS-SOSF fasse preuve de transparence concernant les connaissances acquises au moyen d'études empiriques. On a également suggéré l'adoption d'une démarche scientifique empirique critique en vue de comprendre les causes, c'est-à-dire fondées sur une vérification empirique des mécanismes putatifs causaux et des théories d'action. Consulter, à titre d'exemple, l'étude de Green et Kreuter (5) portant sur les théories d'intervention et celle de Pawson (6) portant sur l'établissement de politiques fondées sur des données probantes à l'aide d'une orientation scientifique réaliste. Les théories de causalité en matière de santé publique, y compris celles utilisées pour

déterminer le rôle des produits du tabac dans l'apparition de maladies, sont fondées sur les critères de Bradford Hill (7) qui établissent un lien entre le tabagisme et le cancer du poumon chez les hommes et sur le rapport de la California Environmental Protection Agency sur la fumée secondaire (8) et le cancer du sein (9). Elles permettent de formuler des conclusions quant à la meilleure explication (10). Il convient, lorsque l'on établit la fiabilité de données probantes, de tenir compte de la cohérence de l'association, de la plausibilité des mécanismes putatifs (théoriques) et de la priorité temporelle de la cause sur les effets observés, en éliminant les hypothèses contradictoires et en procédant à des observations fondées sur des données non expérimentales et sur d'autres critères.

Le GEI et le CCS-SOSF ont également souligné que bon nombre de données probantes de la lutte globale contre le tabagisme (LGT) résultaient de démonstrations faites sur le terrain et de pratiques de santé publique, plutôt que d'expériences scientifiques contrôlées. Il a donc été conseillé au CCS-SOSF d'utiliser les idées issues de la science et de la pratique en vue de recommander de futures innovations qui permettraient de faire progresser la science et la pratique, et qui feraient l'objet d'une vérification empirique au moment de leur mise en œuvre.

Le CCS-SOSF a tenu compte de diverses sources de données probantes dont celles ci-dessous.

- Examens systématiques (p. ex., de la Collaboration Cochrane et de la US Task Force on Community Preventive Services)
- Rapports sur la lutte contre le tabagisme faisant autorité et portant sur les pratiques de santé publique fondées sur des données probantes (p. ex., les pratiques exemplaires en matière de lutte globale contre le tabagisme des CDC aux

États-Unis (11), le rapport de l'Institute of Medicine intitulé *Ending the Tobacco Problem: A Blue Print for the Nation* (12), ainsi que les films exempts de tabagisme (13) et la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé (14).

- Études scientifiques examinées par des pairs
- Étude qualitative des opinions des intervenants en ce qui a trait aux orientations nécessaires de la lutte contre le tabagisme
- Diverses études de surveillance et d'évaluation dirigées par l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (URTO).
- Des documents gouvernementaux provenant d'autres territoires de compétence (p. ex., relatifs aux systèmes d'abandon du tabac de ces territoires).

Il a finalement été reconnu que le Canada en général et l'Ontario en particulier font état de nombreux exemples d'innovations importantes en matière de lutte contre le tabagisme qui ont parfois ouvert la voie au niveau mondial en la matière. Ces innovations s'appuyaient sur une compréhension scientifique des causes et des conséquences reliées aux produits du tabac et à leur consommation. Elles ont, en outre, contribué à des gains substantiels en matière de santé publique et de connaissances par une expérience directe des interventions en matière de lutte contre le tabagisme et de leur évaluation. Cette démarche de recherche et d'élaboration d'interventions en matière de santé publique place la science au centre du modèle de lutte globale contre le tabagisme.

Le contexte ontarien

On a établi que les commentaires et les opinions des intervenants constituaient des éléments clés dont le CCS-SOSF devait tenir compte pour prodiguer des conseils et formuler des recommandations pour le renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme. Deux groupes pertinents ont été nommés, des membres du Groupe consultatif de la Stratégie contre le tabagisme (GCSA) et du personnel de la stratégie Ontario sans fumée du MPSS, afin de réunir des renseignements contextuels et des données probantes fondés sur la pratique. Des entrevues semi-structurées individuelles ou en groupes ont été menées afin de faire participer les intervenants et de recueillir leurs commentaires sur les modèles logiques de la stratégie Ontario sans fumée et sur la mise en œuvre de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario.

Données probantes prises en considération

Le contexte ontarien

Bibliographie

Bibliographie

- (1) Sweet, M. et R. Moynihan, *Improving population health: The uses of systematic reviews*, New-York, NY, Milbank Memorial Fund, 2007. Accessible à l'adresse : <http://www.milbank.org/reports/0712populationhealth/0712ImprovingPopulationHealthFinal.pdf>.
- (2) Smith, G. et J.P. Pell, « Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials », *Br. Med. J.*, vol. 327, n° 7429 (2003), p. 1459.
- (3) Jackson, N. et E. Waters, « The challenges of systematically reviewing public health interventions », *J. Public Health*, vol. 26, n° 3 (2004), pp. 303 et 304.
- (4) Jackson, N. et E. Waters, « Criteria for the systematic review of health promotion and public health interventions », *Health Promot. Int.*, vol. 20, n° 4 (2005), pp. 367 à 374.
- (5) Green, L.W. et M.W. Kreuter, *Health program planning: An educational and ecological approach*, Boston, MA, McGraw-Hill, 2005.
- (6) Pawson, R., T. Greenhalgh, G. Harvey et K. Walshe, « Realist review-a new method of systematic review designed for complex policy interventions », *J. Health Serv. Res. Policy*, vol. 10, supplément n° 1 (2005), pp. 21 à 34.
- (7) Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health, *Smoking and health – Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*, Washington, DC, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 1964. Accessible à l'adresse : <http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/M/Q>.
- (8) California Environmental Protection Agency, *Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant*, 2006. Accessible à l'adresse : <http://www.arb.ca.gov/regact/ets2006/ets2006.htm>. Consulté en mars 2010.
- (9) Miller, M.D., M.A. Marty, R. Broadwin, K.C. Johnson, A.G. Salmon, B. Winder et coll., « The association between exposure to environmental tobacco smoke and breast cancer: a review by the California Environmental Protection Agency », *Prev. Med.*, vol. 44, n° 2 (2007), pp. 93 à 106.
- (10) Ward, A.C., « The role of causal criteria in causal inferences »: Bradford Hill's "aspects of association" », *Epidemiol. Perspect. Innov.*, vol. 17, n° 6 (2009), p. 2.
- (11) Centers for Disease Control and Prevention, *Best practices for comprehensive tobacco control programs—2007*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices.
- (12) Institute of Medicine, *Ending the tobacco problem: A blueprint for the nation*, Washington, DC, National Academy Press, 2007.
- (13) Organisation mondiale de la Santé, *Smoke-free movies: From evidence to action*, Geneva, Suisse, WHO Press, Organisation mondiale de la Santé, 2009. Accessible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597937_eng.pdf.
- (14) Organisation mondiale de la Santé, *Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac*, Geneva, Suisse, WHO Press, 2005. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf.



Résumé du chapitre

Ce chapitre présente le rôle du vecteur de maladies dans le cadre de l'épidémie de tabagisme. Des recommandations sont formulées en vue de tenir compte du faible prix des produits du tabac, d'entreprendre une campagne de dénormalisation de l'industrie du tabac, de surveiller ses activités, de limiter la distribution et l'accessibilité des produits vendus au détail, d'éliminer les échappatoires en matière de marketing et de promotion, d'imputer les conséquences de ses actions à l'industrie du tabac et de se préparer à incorporer les données relatives à la santé publique aux processus de poursuites judiciaires en cours en Ontario.

Objectif : Minimiser la capacité de l'industrie du tabac de mettre sur le marché, de promouvoir et de vendre des produits du tabac.

Résumé du chapitre

Méthodes

Pourquoi confronter le vecteur de maladies en matière de lutte contre le tabagisme?

Méthodes

La recherche d'ouvrages publiés a principalement été menée à l'aide de Medline en vue de trouver des articles parus entre 1995 et aujourd'hui. Nous avons utilisé des critères tels que « cité dans » pour identifier les publications connexes. Parmi les termes recherchés figureraient ceux pertinents aux sections du chapitre, comme « prix du tabac » et « marketing du tabac ». Nous avons utilisé des moteurs de recherche courants et ceux de sites Web pour trouver des rapports publics de sources ayant autorité comme les CDC (Centers for Disease Control and Prevention), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les gouvernements provincial et fédéral ainsi que d'autres organismes non gouvernementaux. Les membres du Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée (CCS-SOSF), du groupe de travail et du groupe d'experts internationaux ont formulé des suggestions de recherche et fourni des citations fondées sur leur expertise et leur connaissance de la documentation publiée et parallèle. Les sites Web d'institutions tels que otru.org et camh.net ont été consultés pour obtenir des renseignements sur des questions liées à la lutte contre le tabagisme dans le contexte ontarien.

Pourquoi confronter le vecteur de maladies en matière de lutte contre le tabagisme?

Comme pour d'autres épidémies de maladies, une démarche de santé publique visant à supprimer le fardeau de maladies liées au tabagisme ne peut aboutir sans comprendre et sans cibler directement le vecteur de maladies. En termes épidémiologiques, le vecteur de maladies transmet l'agent de la maladie (produit du tabac) à l'hôte (les fumeurs) dans un milieu (l'Ontario). Aux fins du présent rapport, le « vecteur de maladies » renvoie aux entités responsables de la production, de l'approvisionnement, du marketing et de la promotion commerciale du tabac auprès des fumeurs actuels ou potentiels. Cela inclut les cultivateurs et les importateurs de tabac, les fabricants, les entreprises qui participent à la production de composants de produits du tabac (p. ex., papier à cigarettes), les grossistes et le réseau de vente au détail, y compris les marchands de tabac. Le commerce illicite de tabac de contrebande constitue une part de plus en plus importante du vecteur de maladies en Ontario et inclut de nombreux acteurs qui interviennent en dehors du cadre réglementaire.

Pourquoi confronter le vecteur de maladies en matière de lutte contre le tabagisme?

Le contexte ontarien

Fabricants et détaillants de tabac

À la différence des vecteurs de maladies que l'on rencontre fréquemment dans le domaine de la santé publique, les éléments de ce vecteur sont intelligents, s'adaptent rapidement et se sont montrés capables de tirer parti des échappatoires réglementaires en vue de maximiser leurs propres intérêts (1). Compte tenu de la nature des acteurs, ce comportement est attendu. Par exemple, les fabricants de tabac dirigent les activités légales d'une entreprise et assument des responsabilités fiduciaires afin de maximiser les profits de leurs actionnaires (1). Cela peut signifier le recrutement de nouveaux fumeurs, l'accroissement ou le maintien de la consommation et la lutte contre les lois qui les empêchent de reverser des dividendes aux investisseurs. Les documents internes des fabricants de tabac ont également montré la preuve d'une tentative claire de minimiser, de déformer et de supprimer les preuves et les communications se rapportant aux effets délétères des produits de tabac (2-16).

De nombreuses stratégies globales de lutte contre le tabagisme, telles que les Best Practices for Comprehensive Control Programs des CDC (17,18), la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé (18) et les stratégies américaines mises en place en Californie (19), dans le Massachusetts (20), en Floride (21,22), dans l'État de New York (23) ainsi que la campagne nationale « Truth » mise sur pied par l'American Legacy Foundation (24) ont reconnu l'importance de tenir compte du vecteur de maladies. L'État de New York offre un exemple de la place centrale qu'occupe le vecteur de maladies dans les programmes de lutte contre le tabagisme (figure 4.1). Ce chapitre adopte une démarche comparable à ces autres stratégies de LGT, mais élargit le concept de vecteur de maladies pour y inclure les sources de contrebande.

Le contexte ontarien

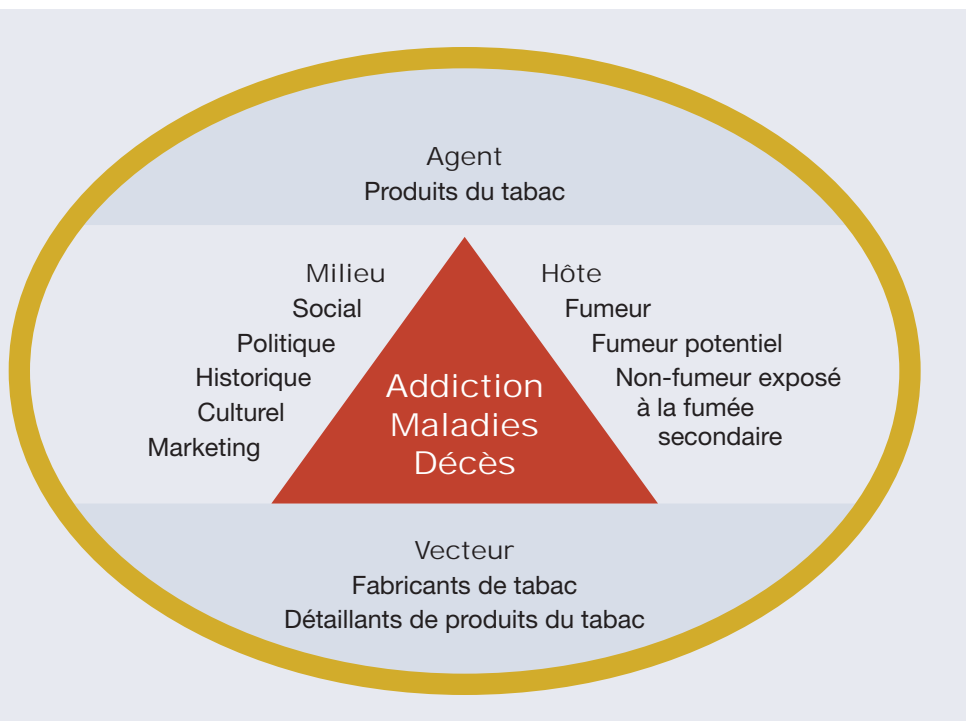
Fabricants et détaillants de tabac

Les principaux fabricants de tabac au Canada sont Imperial Tobacco (52 % de parts de marché), Philip Morris International (34 % de parts de marché) et Japan Tobacco International-Macdonald (25).

En 2008, on estimait à près de 14 500 le nombre de détaillants vendant des produits du tabac en Ontario (communication électronique : Sit, D., *Analyste de politiques*, ministère de la Promotion de la santé et du Sport, 23 mars 2010).

En vertu de la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*, les marchands de tabac enregistrés sont exemptés de certains règlements qui régissent la vente de produits du tabac (p. ex., la présentation d'accessoires connexes aux produits du tabac tels que les humidificateurs et les pinces à cigares) (26). Le rôle des détaillants et la distribution des produits du tabac sont abordés plus loin dans ce chapitre.

FIGURE 4.1 : Démarche du programme de lutte contre le tabagisme de l'État de New York



Source : Adapté de One Million Fewer Smokers by 2010: Shaping a Tobacco-Free Society for All New Yorkers, 2008-1010, 2010, p. 5 (23).

TABLEAU 4.1 : Indicateurs de culture du tabac jaune en Ontario, 2007-2008 et 2008-2009

| Indicateur | 2007/08 | 2008/09 |
|--|---------------|---------------|
| Ventes totales | 34 380 966 \$ | 22 011 273 \$ |
| Jours de vente | 91 | 49 |
| Nombre de producteurs | 444 | 370 |
| Estimation du nombre d'acres cultivées | 15 075 | 9 668 |
| Exportation de tabac jaune (tabac séché de nouveau en lb)* | 22,7 millions | 14,6 millions |
| Importation de tabac jaune (tabac séché à nouveau en lb)* | 6,8 millions | 8,8 millions |

Le contexte ontarien

Fabricants et détaillants de tabac

Cultivateurs de tabac en Ontario

Source : Adapté du rapport annuel 2009 de l'Office de commercialisation des producteurs du tabac jaune de l'Ontario (27).
Remarque : *Peut ne pas illustrer directement l'année de culture

Cultivateurs de tabac en Ontario

Le tableau 4.1 présente les indicateurs de culture du tabac en Ontario en comparant les données de 2007-2008 à celles de 2008-2009.

Les gouvernements provincial et fédéral ont tenté de réorienter les cultivateurs de tabac ou les collectivités qui dépendent du tabac vers d'autres économies. De 2005 à 2009, 15 millions de dollars ont été investis dans le cadre du Programme de transition pour les collectivités de l'Ontario qui ciblait les cultivateurs de tabac des comtés de Brant, Elgin, Norfolk et Oxford (28).

En 2009, ce programme a été en partie remplacé par le Programme de transition pour les producteurs de tabac d'un montant de 301 millions de dollars (29). Comme dans le cadre du Programme de transition pour les collectivités, le Programme de transition pour les producteurs de tabac a généré des investissements de 15 millions de dollars dans des projets d'aménagement de la collectivité. Le Programme de transition pour les producteurs de tabac a en outre offert un incitatif financier aux cultivateurs de tabac afin qu'ils quittent définitivement l'industrie. Cette transition s'appuyait sur la mise en œuvre d'un nouveau système de délivrance de permis, établi en 2009, autorisant la culture du tabac jaune en Ontario (29). En vertu du Programme

de transition pour les producteurs de tabac, les titulaires d'un permis pouvaient soit accepter un paiement en espèces (1,05 \$ par livre de quota de production de base) et abandonner définitivement la culture du tabac, soit rester dans ce secteur dans le cadre du nouveau système d'attribution de permis. S'ils acceptaient le rachat, les producteurs ne pouvaient plus obtenir de permis pour reprendre la culture du tabac, mais n'étaient toutefois soumis à aucune autre restriction en matière de transfert des permis à des membres de la famille par exemple.



Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Prix

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Les données probantes et les recommandations de ce chapitre sont présentées dans les sections ci dessous.

- Prix
 - Imposition et prix minimal
 - Contrebande
- Dénormalisation de l'industrie du tabac
- Emballages neutres et standard et mises en garde relatives à la santé
- Réglementation des produits du tabac
- Distribution de tabac au détail et accessibilité
- Marketing et promotion
- Responsabilisation de l'industrie du tabac
- Incorporation des données relatives à la santé publique aux poursuites judiciaires

De plus, les modèles logiques de programmes présentés à l'annexe B décrivent la manière dont les interventions indiquées dans chaque chapitre contribuent à la lutte globale contre le tabagisme en Ontario. Compte tenu du caractère profond du vecteur de maladies, les interventions visant à y faire face sont étroitement intégrées aux modèles logiques de prévention, de protection et d'abandon du tabac.

Prix

Justification – Pourquoi s'attaquer au prix?

Nous disposons de preuves solides et sans équivoque démontrant que l'augmentation du prix des cigarettes conduit à une diminution de la demande et de la consommation de ces dernières, ainsi qu'à une volonté accrue d'arrêter de fumer (30-33). Les jeunes sont particulièrement sensibles à l'augmentation des prix en ce qui a trait à l'adoption du tabagisme et à la consommation de cigarettes

(30,34-36). Des études transversales ont clairement démontré qu'une proportion importante de jeunes ontariens consomment fréquemment des marques à bas prix (35,37-40).

Les preuves des répercussions des prix sur le tabagisme sont constantes au fil du temps et observables aux quatre coins du monde (31,40-42).

Il n'est, par conséquent, pas surprenant que la politique d'établissement des prix soit considérée comme un élément clé des stratégies de LGT dans le monde, y compris au Canada (la Stratégie nationale pour le contrôle du tabac (43)) et aux États-Unis (17), et mise de l'avant par l'OMS dans l'article 6.1 de la CCLAT (18).

Est-il régressif d'augmenter les prix du tabac?

Des questions visant à savoir si l'augmentation des taxes sur le tabac est une mesure régressive ont été soulevées, notamment parce que l'augmentation du prix des marchandises est surtout préjudiciable aux personnes les plus démunies. Il est important de souligner que ces questions ont été perpétuées par un financement de longue date de l'industrie du tabac par des tiers qui la soutiennent, tels que la Consumer Tax Alliance (aux États-Unis) (44-46). De plus, les produits du tabac ne sont pas des marchandises ordinaires en raison de la dépendance qu'ils engendrent et de leurs effets incroyablement néfastes sur la santé.

Des preuves démontrent que les stratégies d'établissement des prix peuvent réduire les inégalités en matière de santé liées au tabagisme (47) et qu'elles peuvent également réduire davantage les taux de tabagisme chez les personnes à faible revenu ou qui occupent des emplois manuels (48). Les effets se font également sentir au sein des

TABLEAU 4.2 : Prix d'une cartouche de 200 cigarettes, par province et territoire, mars 2010

| Province/territoire | Prix de 200 cigarettes* | Pourcentage du prix de l'Ontario |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Territoires du Nord-Ouest | 104,83 \$ | 140 |
| Nouvelle-Écosse | 100,89 \$ | 135 |
| Manitoba | 97,71 \$ | 131 |
| Saskatchewan | 97,06 \$ | 130 |
| Île-du-Prince-Édouard | 95,70 \$ | 128 |
| Terre-Neuve-et-Labrador | 95,19 \$ | 128 |
| Territoire du Yukon | 92,65 \$ | 124 |
| Nunavut | 92,65 \$ | 124 |
| Alberta | 90,55 \$ | 122 |
| Colombie-Britannique | 87,40 \$ | 117 |
| Nouveau-Brunswick | 78,81 \$ | 106 |
| Ontario | 74,49 \$ | - |
| Québec | 70,18 \$ | 94 |

Source : *Prix des cigarettes au Canada, 2010 (52).

groupes minoritaires aux États-Unis (49). Tandis que des fumeurs à faible revenu sont plus susceptibles d'arrêter de fumer à la suite de l'accroissement des taxes, ceux qui n'arrêtent pas paient des prix plus élevés et supportent un fardeau plus lourd causé par l'augmentation des prix (50). Ces questions de répartition devraient être abordées en combinant l'augmentation des taxes sur le tabac avec des initiatives visant l'abandon du tabac financées par le public et structurées de façon à cibler particulièrement les fumeurs à faible revenu (51).

Le contexte ontarien

Depuis le 31 mars 2010, en Ontario, une cartouche de 200 cigarettes coûte en moyenne 74,49 \$. Cela représente le deuxième prix le plus bas parmi les provinces et territoires du Canada (52) (consulter le tableau 4.2). Depuis le milieu des années 1990, l'Ontario offre les cigarettes les plus abordables au Canada. Après avoir pris en compte l'inflation, en

2010 les prix sont près de 4 % plus élevés qu'en 2006 (veuillez consulter le chapitre 10, tableau 10.1 pour obtenir une explication du calcul).

En Ontario, les deux principaux facteurs qui affectent le prix de vente au détail des cigarettes sont les taxes et la disponibilité du tabac de contrebande. Le troisième facteur influant est l'offre croissante par les fabricants de tabac de rabais et de marques à bas prix. Il est important de souligner que les éléments qui affectent le prix de vente au détail du tabac (les taxes et la contrebande en particulier) sont interreliés et doivent être pris en considération ensemble pour s'assurer de l'efficacité du prix en tant que mesure de lutte contre le tabagisme. Enfin, ce rapport présente les prix comme un moyen d'influencer l'abordabilité ou plus généralement, la capacité d'une personne à acheter du tabac. Ainsi, les augmentations de prix pourraient avoir davantage de répercussions sur le comportement d'achat de certaines personnes que sur celui d'autres.

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Imposition et politique de prix minimal

Imposition et politique de prix minimal

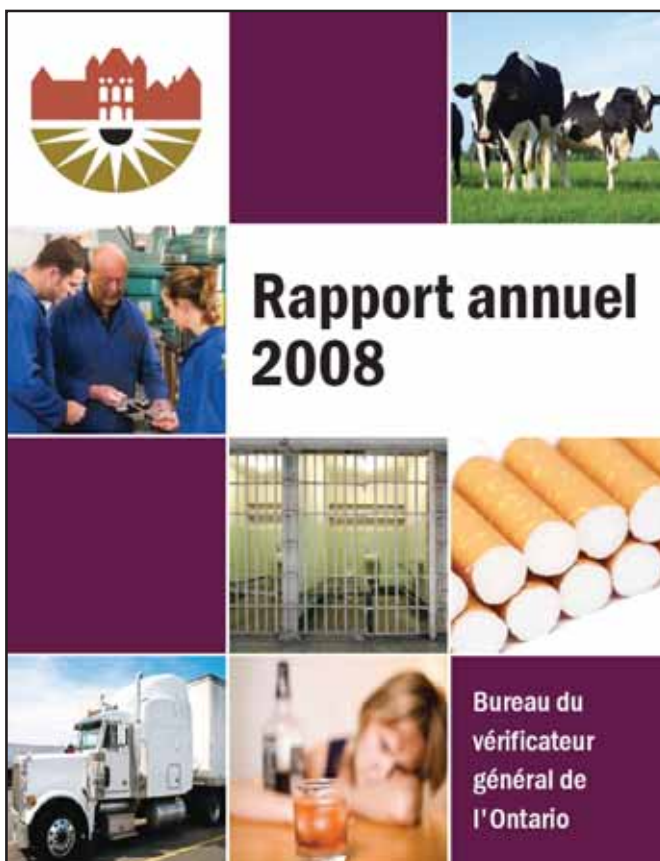
Justification – Pourquoi tenir compte de l'imposition et du prix minimal?

L'imposition constitue une stratégie clé pour affecter les prix du tabac. Des territoires de compétence du monde entier, y compris l'Ontario et le Canada, s'en servent comme politique en matière de santé et de revenu. On s'accorde généralement à dire que la demande pour les produits du tabac varie en fonction de leur prix et que chaque augmentation de 10 % du prix réel (c.-à-d. après inflation) est suivie d'un recul de 3 à 4 % de la consommation (53). Les enfants et les jeunes sont probablement deux fois plus sensibles aux prix (c.-à-d. que le recul sera de 7 à 8 % ou plus dans leur cas) (53). Une analyse récente menée aux États-Unis auprès d'élèves d'écoles secondaires sur l'élasticité des prix du tabac démontre que l'accroissement des taxes n'a peut-être plus les répercussions

observées précédemment. Toutefois, on constate que l'imposition demeure efficace pour réduire le tabagisme chez les jeunes (54).

Réinvestissement des revenus des taxes sur le tabac dans la lutte contre le tabagisme

Outre leur effet indirect sur la réduction du tabagisme (par l'augmentation des prix), les revenus des taxes sur le tabac peuvent être réservés et réinvestis dans des programmes de lutte globale contre le tabagisme pour permettre de financer des campagnes médiatiques de masse, les efforts liés à la prévention et à l'abandon du tabac, ainsi que la recherche. Parmi les territoires de compétence qui ont adopté cette démarche figurent la Californie, le Massachusetts, l'Arizona et l'Oregon (55). Le programme californien de lutte contre le tabagisme (California's Tobacco Control Program), financé depuis 1988 par une taxe de 25 cents sur les paquets de cigarettes (et une augmentation proportionnelle des taxes sur d'autres produits du tabac) est le seul programme de lutte contre le tabagisme qui a été maintenu pendant deux décennies et a conservé son dynamisme – avec des collectivités ouvrant la voie en ce qui a trait à l'innovation en matière de politiques, ainsi qu'une réduction considérable des maladies liées au tabac ainsi que des soins de santé connexes (56-58). Il convient également de souligner que la taxe de 25 cents par paquet de cigarettes appliquée par la Californie n'a pas été augmentée afin de tenir compte de l'inflation, ce qui a diminué le financement du programme au fil du temps. Enfin, comme nous l'avons expliqué au chapitre 2, un programme de lutte globale contre le tabagisme génère un rendement positif sur l'investissement – ce qui justifie d'autant plus l'utilisation d'une partie des taxes sur le tabac aux fins du financement d'un programme adéquat de lutte contre le tabagisme.



Prix minimal

Une autre méthode permettant d'accroître le prix au détail du tabac est de fixer un prix minimal avant taxes pour les produits du tabac (59). Ce prix minimal peut empêcher les fabricants d'avoir recours aux rabais et aux marques à bas prix pour offrir des produits bon marché et peut limiter leur capacité à baisser les prix des gammes de produits existants pour pallier à l'augmentation des taxes sur le tabac. Aux États-Unis, les lois relatives au prix minimal du tabac adoptées dans certains États se sont révélées inefficaces en raison de la mise en œuvre simultanée, par les fabricants, de programmes promotionnels. Elles n'ont eu que peu d'effets sur le prix de vente au détail. En revanche, New York a imposé un prix minimal parallèlement à une interdiction de l'utilisation de programmes de rabais. Cela a conduit à une augmentation des prix de vente au détail (59). Les politiques de prix minimal sont efficaces et utilisées fréquemment pour réduire la consommation d'alcool et ses effets préjudiciables (60-62).

Le contexte ontarien

En Ontario, l'imposition pratiquée est une combinaison de taxes d'accises fédérale et provinciale perçues directement auprès du fabricant et aux points d'achat (63), bien que la province n'a toujours pas décidé de consacrer le revenu des taxes sur le tabac à la lutte contre le tabagisme. En outre, la nouvelle taxe de vente harmonisée (TVH), entrée en vigueur en juillet 2010 en Ontario, s'applique au tabac vendu dans la province (64). Il est possible que cette augmentation du prix du tabac soit atténuée par la présence de marques à prix réduits, une baisse des prix de vente au détail et la disponibilité continue du tabac de contrebande. Comme nous le verrons plus bas, une importante partie des jeunes consomme régulièrement des cigarettes à prix réduit (37,39) – des produits du tabac dont les prix sont établis en vue d'attirer les consommateurs soucieux de leurs dépenses.

Il convient également de souligner que les membres des Premières nations qui achètent du tabac dans une collectivité des Premières nations sont exemptés des taxes provinciales et fédérales, ainsi que de la nouvelle TVH. Toutefois, les taxes d'accises (perçues auprès des fabricants) restent applicables et sont incluses dans le prix de vente (65). Par conséquent, une augmentation des taxes au point d'achat peut ne pas avoir les mêmes répercussions pour tous les Ontariens.

Enfin, l'idée d'imposer un prix minimal sur tous les produits de consommation pour atteindre les objectifs en matière de santé publique n'est pas nouvelle en Ontario. Par exemple, la Commission des permis d'alcool de l'Ontario a été fondée en 1947 afin de réguler la vente et la consommation de boissons alcoolisées, et d'en promouvoir une consommation modérée et responsable (66). Les répercussions de l'établissement des prix minimums pour l'alcool sur la consommation et les avantages sur le plan de la santé sont bien documentés (60,61,67-70).

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Imposition et politique de prix minimal

Recommandation

Les taxes et le prix

- [4.1] Augmenter substantiellement les taxes provinciales sur le tabac.
- [a] S'engager à augmenter régulièrement les taxes sur les cigarettes en tenant compte de l'inflation et des hausses de taxes dans les autres provinces.
 - [b] Affecter et investir une proportion des taxes provinciales sur les cigarettes dans les efforts de lutte globale contre le tabagisme.
 - [c] Fixer un prix minimal de vente au détail pour les produits du tabac.
 - [d] Mettre parallèlement en œuvre les recommandations 4.1, 4.2 et 4.3.

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Tabac de contrebande

Tabac de contrebande

Justification – Pourquoi s'attaquer au tabac de contrebande?

Le tabac de contrebande fait référence aux produits du tabac vendus sans payer les taxes applicables (71). Il peut prendre différentes formes, y compris des produits de tabac véritables ou contrefaits qui traversent les frontières par l'entremise d'organisations criminelles de grande envergure ou de petits trafiquants, la fabrication illicite et le détournement de produits exempts de taxes destinés à des groupes spécifiques (p. ex., les populations des Premières nations) vers le grand public.

La Gendarmerie royale du Canada (GRC) définit le tabac de contrebande de la façon suivante : ...tout produit du tabac qui ne respecte pas les dispositions des lois fédérales et provinciales applicables. Cela comprend l'importation, l'estampillage, le marquage, la fabrication, la distribution et le paiement des droits et des taxes. Le tabac de contrebande est le résultat d'activités au pays et à l'étranger (72).

Les répercussions négatives du tabac de contrebande sur la santé publique sont, en grande partie, dues à son faible prix qui le rend plus attrayant. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, de faibles prix du tabac conduisent à une augmentation de la consommation. Dans la pratique, les taxes d'accise et les taxes de vente sur le tabac ne sont pas appliquées à ces produits de tabacs illégaux, ce qui réduit les prix totaux que paient les consommateurs. Parmi les autres conséquences, on compte également une baisse de revenu (d'imposition) pour le gouvernement, une augmentation de l'activité criminelle et un accès accru, facile et non surveillé aux produits du tabac pour les jeunes (72-77).

Le contexte ontarien – Contrebande

Le problème du tabac de contrebande auquel est confronté l'Ontario aujourd'hui diffère énormément de la situation des années 1990. Pendant cette période, la principale source de contrebande était des fabricants de tabac canadiens qui expédiaient leurs produits (exempts de taxes d'exportation) à des grossistes établis aux États-Unis; le tabac était ensuite introduit de nouveau au Canada en contrebande, toujours sans payer de taxes (71). Il existait également, à plus petite échelle, un marché clandestin; du tabac se dirigeant vers les États-Unis était vendu aux passages frontaliers à proximité à un taux de taxes bien inférieur, ce qui incitait les trafiquants à acheter des cigarettes et à les vendre illégalement au Canada (71). Le tableau 4.3 présente les principales sources actuelles de contrebande de tabac en Ontario. Contrairement aux années 1990, le principal problème est la première source de la liste (72).

La GRC produit un rapport annuel sur l'ampleur des saisies de tabac de contrebande au Canada. La figure 4.2 présente le nombre de cartouches saisies par la GRC entre 1994 et 2008. Depuis 2001, la tendance est à la hausse, avec près de 1,1 million de cartouches saisies en 2008, soit 36 fois plus qu'en 2001, et une augmentation de 73 % par rapport à l'année précédente (74). La GRC déclare également avoir saisi l'équivalent de 69 tonnes de tabac à cigarettes illicite et 18 445 kilogrammes de tabac naturel en feuilles en 2008, soit, dans ce dernier cas, une augmentation de 137 % par rapport à 1994 (74). Les saisies de tabac haché fin augmentent également depuis 2001 (figure 4.3). Comme cela est toujours le cas avec les statistiques fondées sur la lutte contre la contrebande, on ne sait pas avec quelle précision elles reflètent l'ampleur du problème sous-jacent.

La GRC déclare que les provinces du centre du Canada (Ontario et Québec) sont les plus grandes consommatrices de cigarettes de contrebande (72). Dans ces régions, elles sont vendues dans les salles de bingo, les marchés aux puces, les lieux de travail et à domicile (72). La GRC déclare que 42 organisations criminelles sont actives dans la région de Cornwall/Valleyfield (72).

Le vérificateur général de l'Ontario estime qu'en 2007, en ce qui a trait à la perte de revenus de taxes, la quantité de produits de contrebande consommée équivalait à une

perte de taxes de 500 millions (76), écart qui s'est creusé de façon importante depuis 1999.

Aux États-Unis, la vente de produits du tabac sur Internet devient préoccupante. Ce problème a été abordé récemment avec l'adoption de la *Prevent All Cigarette Smuggling Act* (PACT Act) en 2009 qui interdit l'envoi par la poste des cigarettes et des produits du tabac sans fumée, impose des exigences de déclaration aux vendeurs et met en vigueur plusieurs dispositions visant à aider dans la lutte contre la contrebande (78). La prévalence et les répercussions des ventes

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Tabac de contrebande

TABLEAU 4.3 : Principales sources de contrebande identifiées par la GRC, 2008

| Source | Description |
|--|--|
| Produit du tabac légal/illégal fabriqué aux États-Unis et introduit en contrebande au Canada ou fabrication illégale au Canada | <ul style="list-style-type: none"> ■ La source la plus importante est la production qui provient du côté américain de Akwesasne, Tyendinaga et Six Nations en Ontario, et de Kahnawake au Québec. Ces produits peuvent être fabriqués légalement aux États-Unis, mais sont introduits en contrebande au Canada et ne respectent pas les exigences d'importation ou les lois applicables pour être vendus au pays. ■ Dans la rue, ils sont vendus au détail dans des sacs de plastique transparent de 200 cigarettes pour environ six dollars. Ces sacs en plastique sont vendus dans les magasins de tabac (dans les réserves), d'autres points de vente au détail, les établissements scolaires et au porte-à-porte. Ils ne portent pas les avertissements sanitaires nécessaires, ni les renseignements sur les émissions toxiques ou ceux relatifs aux permis. Aucune taxe n'est perçue sur ces ventes. |
| Entrée illégale de produits du tabac contrefaits ou de marques internationales | <ul style="list-style-type: none"> ■ La majorité des produits du tabac contrefaits (p. ex., qui imitent les marques nationales de produits du tabac) arrivent de Chine par les ports d'expédition. Des marques et des produits internationaux sont également introduits en contrebande. Ils répondent souvent à des goûts culturels spécifiques (tabac à houka égyptien, bidis et tabac à chiquer mélangé à des noix d'arec). |
| Détournement de produits du tabac (fabriqué légalement) exempts de TPS/TVH et des taxes provinciales. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Certains produits du tabac sont fabriqués en vue d'être vendus sans être soumis aux taxes provinciales (p. ex., exempts de taxes de vente). On fait souvent référence à ces produits en termes de « produits non ciblés ». Ils comportent des marquages différents de ceux des produits soumis aux taxes provinciales. Leur vente n'est autorisée que dans les collectivités des Premières nations aux membres de Premières nations. ■ Le détournement se produit lorsque ces produits sont vendus dans des réserves à des personnes qui ne font pas partie des Premières nations ou en dehors des collectivités des Premières nations, ce qui est illégal, quel que soit le statut de membre des Premières nations de la personne qui les achète. Lorsque cela se produit, la province perd le revenu des taxes de vente habituellement perçues. (Les taxes d'accise fédérales sont payées par le fabricant au moment de la production et ne sont pas perdues de cette manière.) |

Source : Adapté de la Stratégie de lutte contre le tabac de contrebande de la GRC, 2008, pp. 12 à 18 (72).

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Tabac de contrebande

illégales de tabac en ligne au Canada sont méconnues, mais on s'attend à ce qu'elles soient minimales étant donné qu'il est interdit de se faire livrer des produits du tabac en vertu de la *Loi sur le tabac fédérale*.

Qui consomme le tabac de contrebande?

Selon les résultats de l'Enquête sur le tabagisme en Ontario de 2005-2006, un fumeur adulte sur quatre (26 %) avait acheté du tabac dans des réserves au cours des six derniers mois (79). Globalement, 12 % des fumeurs actuels ont déclaré acheter régulièrement des cigarettes dans des réserves alors que 14 % de l'ensemble des cigarettes achetées l'étaient dans des réserves. Les personnes qui achetaient des cigarettes dans des réserves étaient généralement de gros fumeurs, n'ayant pas l'intention d'arrêter, ayant un niveau d'instruction plus faible et habitant le Nord de l'Ontario.

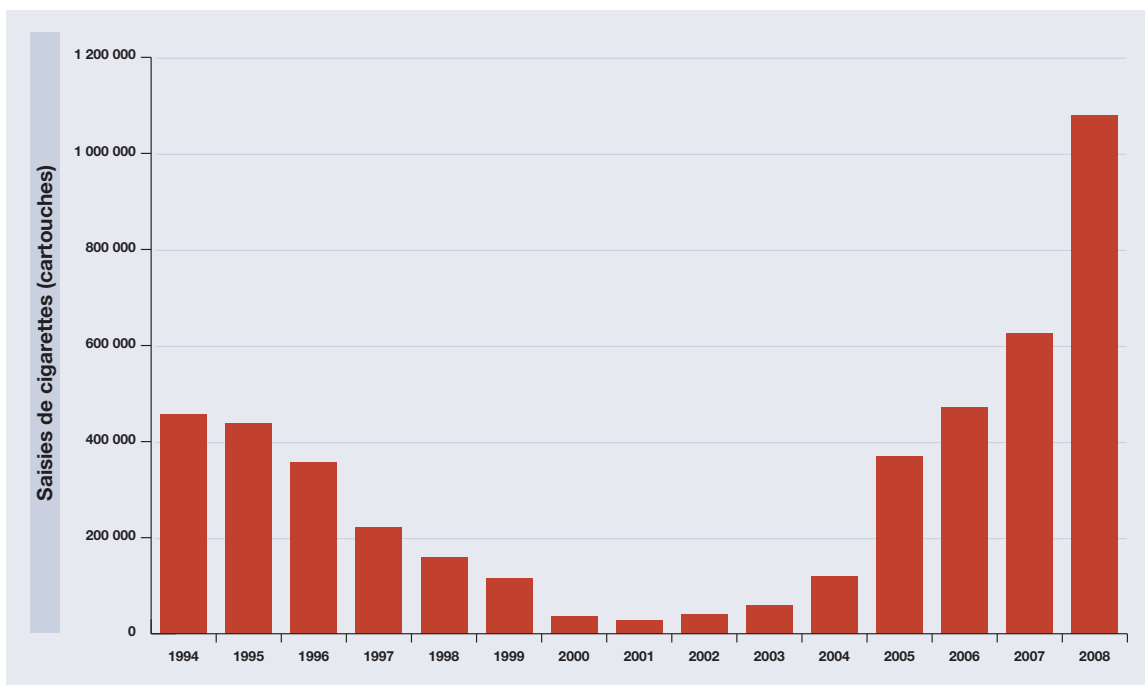
En 2009, 6 % des étudiants ontariens ont déclaré avoir fumé des cigarettes de

contrebande au cours de l'année précédente (39). Cette proportion s'est accrue parallèlement au niveau d'enseignement – atteignant 10 % pour l'ensemble des élèves de 12^e année. Sur le nombre de fumeurs au cours de l'année précédente, la moitié (53 %) a déclaré fumer des cigarettes de contrebande. Selon les données de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ) au Canada de 2006-2007, les jeunes canadiennes et canadiens (de la 6^e à la 12^e année) fumaient régulièrement respectivement 9 et 13 % de cigarettes de marques autochtones et de marques à prix réduit (37). Les marques autochtones semblaient plus populaires chez les jeunes au pouvoir d'achat inférieur ou qui fumaient plus, par rapport aux consommateurs de marques connues.

Globalement, on comprend moins bien la consommation de certains types de produits de contrebande comme les produits contrefaits ou fabriqués légalement et qui arrivent sur le marché illégalement. Bien souvent, les consommateurs de produits contrefaits

FIGURE 4.2 : Saisies de cigarettes par la GRC, Canada, 1994 à 2008

| Année | Cartouches |
|-------|------------|
| 1994 | 456 333 |
| 1995 | 437 709 |
| 1996 | 356 643 |
| 1997 | 222 228 |
| 1998 | 158 355 |
| 1999 | 115 011 |
| 2000 | 36 131 |
| 2001 | 28 966 |
| 2002 | 39 773 |
| 2003 | 59 347 |
| 2004 | 119 968 |
| 2005 | 369 169 |
| 2006 | 472 268 |
| 2007 | 625 659 |
| 2008 | 1 079 529 |



Source : Adapté des statistiques de la GRC sur le tabac illicite, 2008 (74).

n'ont pas connaissance de la nature de leurs cigarettes, alors que les cigarettes volées ne peuvent être distinguées de celles qui ont été obtenues légalement.

Que peut-on faire contre le tabac de contrebande?

L'examen récent d'une politique mené par l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (URTO) a mis en lumière des options visant à régler le problème de la contrebande en Ontario (73). Elles sont présentées dans le tableau 4.4. Débattre de ces options de façon exhaustive sort de la portée du présent rapport; nous encourageons les lecteurs à parcourir le rapport eux-mêmes. Le rapport en tant que tel est la source d'information la plus complète à ce jour sur la contrebande en Ontario. Il examine également la façon dont les autres territoires de compétence font face à ce problème. En plus d'être fondé sur un examen de la documentation, il est orienté par des entrevues avec des informateurs clés et des comités d'experts mis sur pied par des groupes d'intervenants.

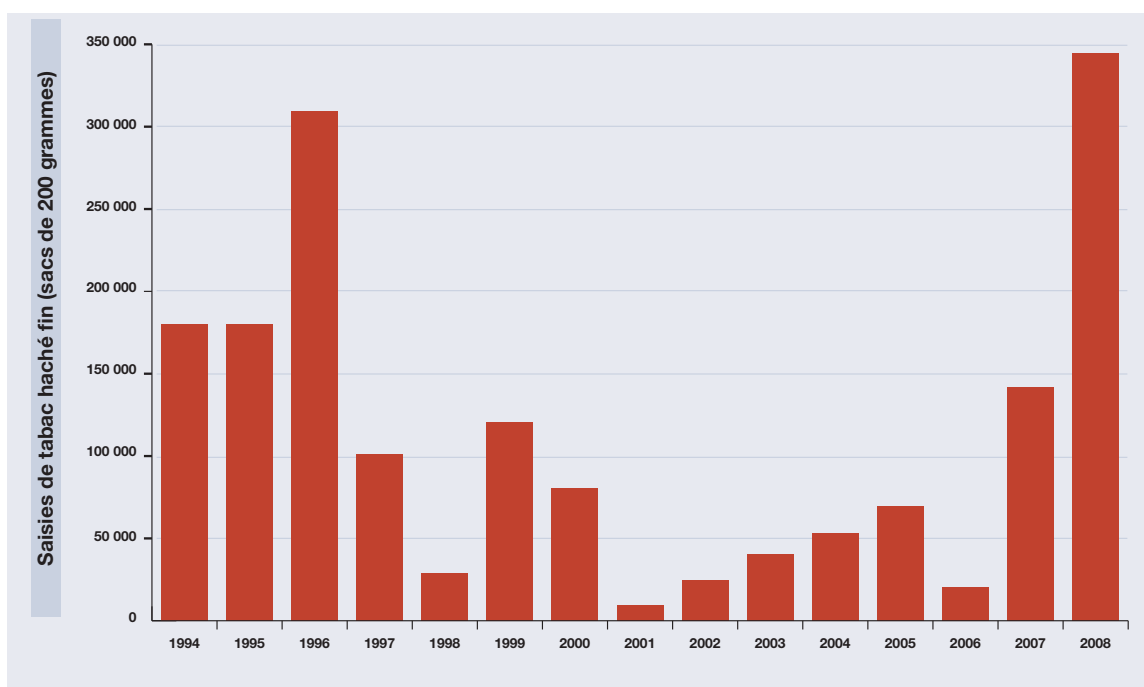
Les mesures de lutte contre la contrebande ont également été récemment soulignées par la GRC (72) et le vérificateur général de l'Ontario (76). Ces rapports reconnaissent la nature complexe du problème et les nombreux intervenants qui ont un rôle à jouer, y compris les gouvernements fédéral et provincial, les fabricants de tabac et les détaillants, des organismes non gouvernementaux, les collectivités des Premières nations et leurs dirigeants, les chercheurs et leurs homologues américains.

Contre le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Tabac de contrebande



FIGURE 4.3 : Saisies de tabac haché fin par la GRC, Canada, 1994 à 2008



| Année | Sacs |
|-------|---------|
| 1994 | 179 932 |
| 1995 | 180 098 |
| 1996 | 309 652 |
| 1997 | 101 265 |
| 1998 | 28 912 |
| 1999 | 120 550 |
| 2000 | 80 315 |
| 2001 | 9 245 |
| 2002 | 24 422 |
| 2003 | 40 341 |
| 2004 | 53 130 |
| 2005 | 69 242 |
| 2006 | 20 407 |
| 2007 | 141 680 |
| 2008 | 344 306 |

Source : Adapté des statistiques de la GRC sur le tabac illicite, 2008 (74).

Contrer le vecteur de
maladies – Domaines
d'intervention

Tabac de
contrebande

TABLEAU 4.4 : Résumé de certaines mesures de lutte contre la contrebande

| Politique | Pertinence en matière de contrebande |
|--|---|
| Attribution de permis | L'attribution d'un permis soumet explicitement son titulaire à des obligations ou des règlements. Cela constitue un facteur dissuasif et un moyen efficace de faire appliquer la loi en cas de non-respect desdites obligations, y compris la participation à une activité illicite de contrebande. |
| Indications/tampons relatifs à l'acquittement des taxes | Ces indications et ces tampons permettent de cerner facilement les produits contrefaits et l'origine des produits saisis, en plus de déterminer si les taxes appropriées ont été payées. |
| Suivi et traçabilité | Parallèlement aux indications et aux tampons relatifs à l'acquittement des taxes, les efforts de suivi et de traçabilité permettent de suivre les produits du tabac et ses intermédiaires tout au long du processus de distribution. |
| Mesures de tenue et de contrôle des dossiers | Ces mesures visent l'observation des exigences et de la réglementation au début de la chaîne d'approvisionnement. Elles peuvent s'appliquer aux cultivateurs et aux produits exempts de taxes. |
| Application accrue de la législation | Les mesures d'application de la législation comprennent des contrôles frontaliers, des inspections auprès des détaillants ou tout au long de la chaîne d'approvisionnement, des enquêtes criminelles et la collecte de données. Toutes ces mesures doivent faire l'objet de l'attribution des ressources nécessaires pour cerner les produits de contrebande et disposer des moyens pour les intercepter. |
| Taxe à l'exportation | Ce type de taxe est nécessaire lorsque le taux d'imposition d'un territoire de compétence est largement inférieur à un autre pour un produit donné. Dans le cas du tabac, l'absence de taxes sur les exportations encourage la contrebande (c.-à-d., que le tabac pourrait être exporté à un prix inférieur et retourné en contrebande vers son pays d'origine ou vendu localement). Il s'agissait de la principale source de tabac de contrebande en Ontario à la fin des années 1990 (71). |
| Harmonisation des taxes | Tout comme la taxe à l'exportation, les écarts de prix entre territoires de compétence voisins encouragent la contrebande. L'harmonisation réduit ces écarts et, par conséquent, l'incitation à la contrebande. |
| Ententes en matière de taxes avec les collectivités des Premières nations et les collectivités autochtones | Les écarts de taxes (et de prix) peuvent également exister au sein des mêmes territoires de compétence. En Ontario, il existe des produits du tabac exempts de TVP/TPS et de TVH offerts aux personnes admissibles des collectivités des Premières nations. Dans certains cas, ces produits peuvent être vendus à des personnes non admissibles, ce qui conduit au non-paiement des taxes. Des ententes en matière de taxes élimineraient l'envie de vendre des produits à des personnes non admissibles. |

Source : Adapté de Anti-contraband Policy Measures: Evidence for Better Practices, 2009 (73).

Les rapports mentionnés mettent fortement l'accent sur le travail avec les collectivités et les dirigeants des Premières nations en vue de faire face aux problèmes précis de contrebande qui touchent ces territoires de compétence (72,75,76). Dans sa réponse au rapport de 2008 du vérificateur général relatif aux taxes sur le tabac, le ministère du Revenu de l'Ontario a reconnu cette importance et a souligné les défis considérables qui se présentaient, y compris les problèmes liés aux territoires de compétence (76). Il est également nécessaire de reconnaître et de tenir compte du fardeau sanitaire, ainsi que des défis économiques et de ceux ayant trait à l'accès aux soins de santé que rencontrent de nombreuses collectivités des Premières nations lorsqu'elles tentent de mettre en œuvre une résolution (80).

Recommandations

Contrebande

[4.2] Mettre en œuvre des indications/tampons relatifs à l'acquittement des taxes et un système de suivi et de traçabilité et appliquer la loi de façon plus rigoureuse (contrôle aux frontières, enquêtes, renseignement, inspections et saisies) relativement aux produits du tabac.

[4.3] Mobiliser les dirigeants et les collectivités des Premières nations et collaborer avec eux afin de réduire le tabagisme commercial chez les peuples des Premières nations, de réduire les ventes de produits du tabac exemptes de taxes aux personnes non admissibles ainsi que de définir et de mettre en œuvre des stratégies visant à contrer la production, la distribution et la vente de tabac de contrebande.

Dénormalisation de l'industrie du tabac

Justification – Pourquoi dénormaliser l'industrie du tabac?

Il existe plusieurs définitions de la dénormalisation de l'industrie du tabac (DIT) et de l'ensemble de concepts connexes dans la documentation scientifique et parallèle (22,81-90). Par exemple, voici l'explication qui figure dans un rapport commandé en 2001 afin d'orienter la campagne médiatique relative à la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme de Santé Canada (91) :

Les campagnes de dénormalisation de l'industrie du tabac soulignent habituellement les défauts de l'industrie du tabac, comme les activités de manipulation ou illicites auxquelles elle peut s'adonner. Ce qui en dit long aux fumeurs et aux non-fumeurs sur la motivation et les tactiques de l'industrie du tabac. Les campagnes de dénormalisation de l'industrie du tabac peuvent réduire l'acceptabilité sociale du tabagisme en mettant en relief les tentatives manifestes de l'industrie du tabac d'en augmenter la généralisation.

L'Association pour les droits des non-fumeurs (ADNF) fournit la définition suivante (92) :

La dénormalisation de l'industrie du tabac ou DIT est une stratégie de lutte contre le tabagisme. La DIT révèle la vérité au public sur le rôle de l'industrie du tabac en tant que vecteur de maladies qui permet le développement et le maintien de l'épidémie de tabagisme. La dénormalisation de l'industrie du tabac consiste à renverser le processus de normalisation de celle-ci encouragé par les fabricants de cigarettes depuis des décennies. La DIT dévoile au public le caractère anormal et illégitime de l'industrie du tabac, ainsi que les raisons pour lesquelles elle ne s'inscrit pas dans un cadre d'affaires honnête. [traduction]

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Tabac de contrebande

Dénormalisation de l'industrie du tabac

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention*Dénormalisation de l'industrie du tabac*

Des études sur des campagnes de DIT ont démontré ce qui suit :

- Un soutien à la lutte contre l'industrie du tabac se révélait favorable à la lutte contre le tabagisme et à un accroissement du nombre d'adultes ayant l'intention d'arrêter de fumer (83).
- Les campagnes médiatiques de masse qui ont, entre autres, pour thème la dénormalisation de l'industrie peuvent contribuer davantage à réduire le tabagisme que celles qui s'attaquent uniquement aux normes sociales (87).
- La mise en œuvre de la campagne « Truth » (vérité) de l'American Legacy Foundation a modifié le comportement des jeunes à l'égard du tabagisme (88), les croyances et les comportements contre le tabagisme, ainsi que l'intention de ne pas fumer chez les jeunes (93,94) et a été associée à une diminution considérable de la prévalence du tabagisme chez les jeunes (95).
- Chez ces derniers, le tabagisme occasionnel et régulier était lié de façon importante à leur croyance que les fabricants de tabac étaient bénéfiques à la collectivité, manipulant les jeunes afin qu'ils se sentent « cool » en fumant, produisant de la publicité à leur intention et utilisant des athlètes ainsi que des commanditaires sportifs pour amener les jeunes à fumer (85).
- Mettre en place des campagnes médiatiques contre le tabagisme parallèlement à d'autres interventions en la matière est efficace pour réduire le tabagisme chez les jeunes (17).

L'importance de la DIT s'avère évidente compte tenu des efforts continus et calculés ainsi que des ressources mobilisées par les fabricants de tabac pour forger l'opinion du public et des médias ainsi que la politique publique. Par exemple, les documents internes

de Philip Morris (PM) soulignent une stratégie de « conformisme social » visant à « répondre aux attentes qu'a la société envers un fabricant de tabac responsable » sans modifier matériellement ses pratiques (96). Cette stratégie consistait notamment à faire des recherches sur l'opinion publique afin de cerner les attentes envers un fabricant de tabac responsable, puis à refondre certaines de ses positions et certains de ses programmes en vue de faire avancer ses objectifs commerciaux (96). PM fait également de la publicité à grande échelle sur ses activités philanthropiques et ses contributions financières afin d'influencer les politiques en matière de santé publique et d'améliorer son image auprès des principaux joueurs (97).

Se départir des titres reliés au tabac que détiennent les régimes de retraite

Les organismes et les institutions ayant pour mandat d'améliorer la santé des Ontariennes et des Ontariens ne devraient pas pouvoir en même temps tirer profit de la vente de produits du tabac (98-102).

Le gouvernement de l'Ontario, en particulier, pourrait faire face à un autre conflit d'intérêts étant donné qu'il intente actuellement un procès en vue de récupérer les coûts de santé engendrés par le tabagisme par le passé. Tout conflit d'intérêts peut être réglé en se départissant des investissements liés au tabac, ce qui contribuerait également aux objectifs de dénormalisation de l'industrie du tabac (103).

L'article 5.3 de la *Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte antitabac* se penche sur la protection des activités de lutte contre le tabagisme afin qu'elles ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac (18). Le principe 1 des *Directives pour l'application* est le suivant : « Il y a un

conflit fondamental et inconciliable entre les intérêts de l'industrie du tabac et ceux de la santé publique. » Les Directives pour l'application de l'article 5.3 incluent deux recommandations ayant trait au dessaisissement :

- 4.7 « Les institutions gouvernementales et leurs organes ne devraient pas avoir d'intérêt financier dans l'industrie du tabac, à moins qu'elles ne soient responsables de la gestion de la participation au capital d'une Partie dans une industrie publique du tabac. »
- 7.2 « Les Parties où l'industrie du tabac n'est pas une société publique ne devraient pas investir dans l'industrie du tabac et dans des secteurs apparentés. »

En tant que signataires de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte contre le tabagisme, le Canada et ses territoires de compétence sont tenus d'adhérer à ces recommandations.

Le contexte ontarien

Une DIT doit encore être mise en œuvre par le gouvernement de l'Ontario ou du Canada, bien que les activités liées à la DIT soient menées par des organismes non gouvernementaux tels que l'Association pour les droits des non-fumeurs (ADNF). En 2001, un rapport remis à Santé Canada recommandait également d'inclure la DIT dans le cadre de la campagne médiatique sociale de la stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (91), mais cela n'a pas encore été mis en pratique. La DIT a été citée comme l'intervention la plus importante en matière de LGT par les membres du groupe d'experts internationaux (104).

On ne connaît pas le montant exact et la répartition des investissements liés au tabac au sein des régimes de retraite provinciaux. Les fabricants de tabac peuvent être enregistrés sous le nom de plusieurs filiales nationales et internationales. En outre, il n'existe aucune norme en matière de production de rapports publics sur les avoirs; dans certains cas,

les meilleurs renseignements sont issus de dossiers de vote par procuration. Malgré l'absence de connaissances spécifiques quant à l'ampleur du problème en Ontario, la nécessité de procéder au dessaisissement comme nous l'avons mentionné, a été clairement établie.

Contre le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Dénormalisation de l'industrie du tabac

Emballages neutres et standard et mises en garde relatives à la santé

Recommandations

Dénormalisation de l'industrie du tabac

- [4.4] Concevoir et mettre en œuvre une campagne durable de dénormalisation de l'industrie du tabac.
- [4.5] Se départir des titres de sociétés de tabac que détiennent les régimes provinciaux de retraite et autres et modifier les lois en vue de permettre à d'autres institutions (p. ex., les universités et les hôpitaux de l'Ontario) de se défaire de ces titres.

Emballages neutres et standard et mises en garde relatives à la santé

Justification – Pourquoi tenir compte des emballages et des mises en garde relatives à la santé?

En réponse à des restrictions accrues en matière de publicité et de promotion du tabac, les emballages des produits sont de plus en plus utilisés comme supports promotionnels en vue de conserver l'intérêt des fumeurs actuels et d'attirer celui de fumeurs potentiels (105-107). L'industrie du tabac continue de faire avancer les frontières en matière de conception d'emballage, y compris l'utilisation d'encarts intérieurs et extérieurs (105,108). Parmi les exemples récents d'innovation en matière d'emballage de produits du tabac figurent (105) :

- le paquet octogonal de la marque du Maurier, lancé par Imperial Tobacco Canada, afin de distinguer sa marque et de rendre les mises en garde relatives à la santé moins visibles;

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Emballages neutres et standard et mises en garde relatives à la santé

- le paquet « porte-feuille » qui peut être facilement séparé en deux paquets de dix cigarettes afin de faciliter le partage des coûts entre plusieurs utilisateurs;
- le marketing « hors média » comme la mention d'événements sportifs et d'autres promotions;
- le ciblage des femmes à l'aide de couleurs (p. ex., rose et couleurs pastel), de symboles, d'images et de qualificatifs de marques (p. ex., mince, tendance, prestigieux);
- l'utilisation de couleurs (p. ex., bleus et tons plus clairs), de nombres et d'autres qualificatifs peut prêter un caractère plus sain à certaines marques.
- des dimensions, une forme et des matériaux standards;
- l'absence d'encarts publicitaires ou promotionnels internes ou joints à l'emballage ou à chaque cigarette (p. ex., encarts externes ou internes);
- des renseignements obligatoires tels que des mises en garde relatives à la santé;
- une taille et un type de police définis.

Mises en garde sur la santé

Les mises en garde graphiques relatives à la santé sur les produits du tabac ont été utilisées pour la première fois au Canada et sont reconnues comme une pratique exemplaire en matière de lutte contre le tabagisme (18). Elles sont désormais largement adoptées à travers le monde. Cependant, elles perdent de leur impact au fil du temps et doivent être mises à jour de façon périodique afin de rester efficaces (116). Enfin, l'article 11 de la CCLAT (mises en garde relatives à la santé) recommande d'offrir des services d'aide à l'abandon du tabac (18). Ceux-ci peuvent inclure de l'information sur les lignes d'aide à l'abandon du tabac et l'harmonisation des messages en la matière au moyen d'initiatives médiatiques de plus grande envergure.

Le contexte ontarien

L'étiquetage des produits du tabac est réglementé au Canada par le Règlement sur l'information relative aux produits du tabac (RIRTP) de la *Loi sur le tabac fédérale* (118). Ce règlement s'applique au tabac vendu au Canada et impose l'inclusion de mises en garde graphiques relatives à la santé, de renseignements sur les émissions toxiques et de messages d'information en matière de santé. Ces renseignements doivent couvrir une certaine proportion de la surface de l'emballage. Les mises en garde fédérales n'ont pas été mises à jour depuis 2000.

La manipulation intentionnelle de la configuration, de la couleur, des symboles et des images des emballages continue de nuire aux messages de santé publique et de générer des croyances erronées sur les produits du tabac (107,109-116).

La CCLAT reconnaît l'importance de l'emballage des produits du tabac en tant que moyen de publicité et de promotion, et recommande l'adoption d'emballages neutres et standards (18). Ces derniers sont censés accroître la place accordée aux mises en garde relatives à la santé et leur impact.

Les directives d'application relatives aux emballages neutres et standards sont énoncées à l'article 13 de la CCLAT (18) et dans la trousse à outils de cette dernière relative à l'étiquetage (105,117). Parmi les caractéristiques des emballages neutres et standards figurent :

- l'utilisation d'une ou deux couleurs contrastantes;
- l'absence de logos, de symboles ou de couleurs de l'entreprise;

Les emballages neutres et standard sont nécessaires afin d'empêcher l'utilisation, actuelle et future, des emballages de produits du tabac comme supports de marketing et de promotion, ainsi que de minimiser l'attrait que ces emballages exercent sur les jeunes.

Recommandations

Emballages et mises en garde relatives à la santé

[4.6] Prescrire l'utilisation obligatoire d'emballages neutres et standards (y compris les encarts extérieurs et intérieurs).

[4.7] Renouveler constamment et en temps opportun le système de mises en garde contre les produits du tabac, s'assurer qu'une ligne 1 800 d'aide à l'abandon du tabac soit intégrée au système de mises en garde et harmoniser les campagnes médiatiques de masse à ces mises en garde.

Réglementation des produits du tabac

Justification – Pourquoi s'attaquer aux nouveaux produits du tabac?

Du point de vue d'un fabricant de tabac, il est important de constamment mettre à jour et renouveler les gammes de produits existantes pour faire face à la concurrence et maintenir l'intérêt des consommateurs (p. ex., mettre au point des cigarettes plus acceptables socialement (119) et des produits provoquant supposément une exposition moindre (120-122)). Aux fins du présent rapport, on entend par nouveau produit toute modification apportée à un produit existant (extension d'une gamme de produits, y compris changements de nom ou d'emballage), un produit complètement nouveau, la mise à jour ou la modification de la

marque d'un produit existant en vue de donner l'impression qu'il est nouveau, qu'il intègre de nouvelles technologies ou qu'il a été amélioré d'une quelconque manière.

Un certain nombre de préoccupations importantes surviennent quand il s'agit d'autoriser l'approbation, la promotion et la vente de nouveaux produits. Outre celles abordées dans le présent rapport :

- il n'a jamais été démontré qu'un produit du tabac soit complètement sans danger;
- l'utilisation d'emballages, de symboles et d'autres caractéristiques innovateurs peut aller à l'encontre des messages de santé publique et engendrer des croyances erronées sur les produits (107,109-116).

Le contexte ontarien

La *Loi sur le tabac* fédérale a, par le passé, été utilisée pour contrôler le type de produits du tabac qui pouvaient être vendus au Canada. Par exemple, en octobre 2009, des modifications à la Loi ont interdit l'ajout (excepté le menthol) d'arômes fruités et d'additifs aromatisés aux bonbons dans les cigarettes, les petits cigares et les feuilles d'enveloppe afin de les rendre moins attrayants pour les enfants et les jeunes. En outre, les produits à base de nicotine comme les thérapies de remplacement de la nicotine et les cigarettes électroniques sont réglementés en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* et des règlements pris en application de cette loi. Ces produits sont tenus de fournir des preuves scientifiques substantielles quant à leur sécurité, leur efficacité et leur qualité. Par exemple en 2009, Santé Canada a émis un avis à l'intention des importateurs potentiels de cigarettes électroniques; ces dispositifs n'avaient pas encore fait l'objet d'une approbation de mise en marché en vue d'être importés, commercialisés et vendus au Canada (123).

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Emballages neutres et standard et mises en garde relatives à la santé

Réglementation des produits du tabac

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention*Réglementation des produits du tabac**Distribution et disponibilité du tabac vendu au détail*

Comme indiqué ci-dessus, les fabricants de tabac ont prouvé être en mesure de s'adapter aux changements de la réglementation relative aux produits (p. ex., en adoptant de nouveaux emballages visant à masquer les mises en garde relatives à la santé et en offrant des marques à prix réduit afin d'attirer les consommateurs soucieux des prix). Il existe également une incohérence en ce sens que les produits à base de nicotine tels que les thérapies de remplacement de la nicotine utilisées dans les traitements visant l'abandon du tabac sont réglementés en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* et des règlements pris en application de cette loi, alors que les produits du tabac sont réglementés en vertu de lois telles que la *Loi sur le tabac*, la *Loi de la taxe sur le tabac* de l'Ontario et la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*. Ces dernières sont moins strictes en ce qui a trait à la sécurité des consommateurs. Il serait très peu probable que la vente et la mise en marché d'un produit du tabac soient approuvées si celui-ci était tenu de respecter les conditions de la *Loi sur les aliments et drogues* et de ses règlements.

Distribution et disponibilité du tabac vendu au détail

Justification – Pourquoi s'attaquer à la distribution et à la disponibilité du tabac vendu au détail?

Maîtriser la distribution au détail de produits de consommation nocifs est une méthode utilisée par le gouvernement afin de limiter leur consommation ou leurs conséquences connexes dangereuses ou malsaines (p. ex., les médicaments délivrés sur ordonnances dans les pharmacies et l'alcool dans des points de vente désignés). En ce qui a trait aux produits ayant des effets délétères sur la santé publique, la relation entre la densité des points de vente et la santé est plus évidente en matière de politique liée à l'alcool (60,124). Il a été démontré que la densité des points de vente au détail de produits du tabac est associée à l'adoption du tabagisme dans les écoles et les quartiers situés à proximité (125-129).

Le système de distribution au détail de produits du tabac actuel n'est pas cohérent avec les répercussions négatives substantielles que ces produits ont sur la santé publique. Ce système permet d'accéder à des produits du tabac sans efforts et offre de nombreuses possibilités aux fumeurs de les obtenir facilement au cours de leur vie quotidienne (126). Il est approprié de restreindre l'accès aux produits qui sont susceptibles de nuire aux consommateurs lorsqu'ils sont utilisés comme prévu. Bien que le système de vente au détail actuel ait été mis en place avant que l'on ne comprenne correctement les effets du tabac sur la santé, il existe des politiques qui permettent de le corriger. Certains mécanismes incluent l'attribution de permis, des règlements de zonage afin de restreindre la densité géographique des points de vente ainsi que la vente de produits dans certains points de vente désignés uniquement (51,126).

Recommandation**Réglementation des produits**

[4.8] Interdire l'approbation, la vente et la commercialisation de tout nouveau* produit du tabac ou produit non thérapeutique à base de nicotine, à moins que des preuves scientifiques incontestables en démontrent l'effet positif évident sur la santé de la population.

* Les nouveaux produits comprennent les extensions de marques, les changements de noms ou d'emballages ainsi que les nouvelles formes de produits du tabac.

Contre le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Distribution et disponibilité du tabac vendu au détail



Ces paradigmes visant la restriction de l'accès aux produits présentent de nombreux avantages administratifs et en matière de santé publique.

- Sanction prévue en cas de violation des lois telle que la révocation du permis pour le non-respect des points de vente ou la vente à des jeunes.
- Mécanisme de surveillance et de maîtrise du nombre et de la répartition géographique des points de vente au détail.
- Génération d'un revenu généré par les frais de délivrance des permis et autres frais administratifs.

Le contexte ontarien

En Ontario, la loi interdit de vendre du tabac dans les machines distributrices ainsi que dans les pharmacies, les hôpitaux et autres établissements et centres de soins de santé (130). La vente au détail peut également être restreinte à certains endroits en raison de politiques administratives volontaires (p. ex., vente interdite sur les campus des universités et des collèges).

Comparativement à d'autres provinces et territoires, seul le Nouveau-Brunswick est moins restrictif en matière de vente au détail de produits du tabac que l'Ontario (130). Les restrictions en vigueur à l'Île du Prince-Édouard, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse et au Québec sont plus rigoureuses et comprennent de nombreux milieux destinés aux jeunes (p. ex., collèges et universités, cinémas, installations sportives et récréatives) (130). Certaines villes et municipalités comme Ottawa (130) et Hamilton ont eu recours à l'octroi de permis aux détaillants de produits du tabac.

Recommandations

Distribution au détail

- [4.9] Utiliser les stratégies d'octroi de permis et les règlements de zonage et mettre progressivement en place un système de points de vente désignés afin de réduire constamment le nombre de détaillants et d'endroits autorisés à vendre des produits du tabac.
- [4.10] Élargir l'interdiction relative à la vente au détail des produits du tabac de manière à égaler ou surpasser celle que les meilleures provinces canadiennes ont mise en place.

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Marketing et promotion

Marketing et promotion

Justification – Pourquoi s'attaquer au marketing et à la promotion?

Les restrictions en matière de marketing et de promotion sont largement reconnues comme des composantes importantes des stratégies de LGT permettant de réduire le tabagisme **(17,18,131,132)**. Cela apparaît dans l'article 13 de la CCLAT **(18)**, qui énonce des lignes directrices de mise en œuvre visant à s'assurer que les restrictions :

- soient globales et applicables à toute la publicité, la promotion et au parrainage en faveur du tabac;
- [s'appliquent] à toute forme de communication, recommandation ou mesure commerciale, ainsi qu'à toute forme de contribution à un événement, une activité ou à toute personne dont les actions ont pour but, pour conséquence ou pour conséquence probable de promouvoir un produit du tabac ou le tabagisme, directement ou indirectement;
- incluent la publicité, la promotion et les commandites transfrontières — y compris la publicité, la promotion et le parrainage d'origine externe (provenant du territoire de compétence d'une des parties) et d'origine interne (qui entre sur le territoire de compétence d'une des parties);
- tiennent compte de toute personne ou entité impliquée dans la production, la mise en place et (ou) la diffusion de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac;
- [incluent] une surveillance, une application des lois, des sanctions efficaces soutenues et facilitées par une éducation du public et des programmes de sensibilisation communautaires solides.

L'article 13 de la CCLAT met l'accent sur la nécessité d'interdire un large éventail d'activités de marketing, dont le marketing direct, les ventes promotionnelles, la vente personnelle et les méthodes interactives en ligne. Il est également reconnu que les interdictions partielles laisseront la possibilité à l'industrie du tabac de s'adapter aux nouvelles réglementations en réaffectant les dépenses aux domaines non réglementés de manière créative et indirecte, surtout à l'égard des jeunes.

Les interdictions devraient également couvrir les activités qui ont des effets promotionnels indirects comme **(18)** :

- les contrats de vente ou de distribution;
- l'association du tabac à des événements ou à d'autres produits;
- les emballages promotionnels et les caractéristiques de conception des produits;
- les marchandises qui imitent les produits du tabac comme les jouets ou les bonbons;
- l'utilisation de mots, de couleurs ou de symboles associés aux fabricants de tabac;
- les extensions ou le partage de marques;
- les articles nécessaires à l'utilisation du tabac tels que le papier, le tabac brut et les accessoires;
- les représentations du tabac dans les médias de divertissement;
- la promotion d'entreprises (y compris celle de causes relatives à la responsabilité sociale).

Le contexte ontarien

Le marketing, la promotion et les commandites de produits du tabac sont réglementés en vertu de la Loi sur le tabac fédérale. La *Loi sur le tabac* a été promulguée en 1997 et a fait l'objet d'une contestation constitutionnelle

en 2007 durant laquelle la Cour suprême a confirmé la capacité du gouvernement fédéral à restreindre la publicité, à interdire les commandites et à exiger l'utilisation d'étiquettes de mise en garde (133). En 2009, des modifications apportées à cette loi ont éliminé les échappatoires qui permettaient aux fabricants de tabac de faire de la publicité dans les quotidiens, ce qui avait été autorisé si les lecteurs comprenaient au moins 85 % d'adultes (134).

Comme l'énonce la CCLAT et le démontrent récemment les faits au Canada et en Ontario, l'industrie du tabac s'est adaptée et continue à s'adapter aux restrictions partielles et progressives relatives au marketing, à la promotion et aux commandites. Afin de tenir compte des répercussions présentes et futures d'une telle activité, il est nécessaire d'instaurer une interdiction qui vise à la fois le marketing, la promotion et les commandites (18). Pour finir, il est important de rappeler que les emballages de produits du tabac constituent les premiers outils de marketing et de promotion des produits du tabac et qu'il convient d'en tenir compte conformément à la recommandation 4.6.

Recommandation

Marketing et promotion

[4.11] Éliminer les échappatoires existants en matière de publicité et de promotion des produits du tabac.

Responsabilisation de l'industrie du tabac

Justification – Pourquoi responsabiliser l'industrie du tabac?

Comme cela a été abordé ci-dessus, l'article 5.3 de la CCLAT de l'OMS énonce sans équivoque ce qui suit : « Il y a un conflit fondamental et inconciliable entre les intérêts de l'industrie du tabac et ceux de la santé publique. »

En 2006, Gladys Kessler, la juge d'un tribunal de district fédéral américain, a déclaré les grands fabricants de tabac coupables de violation de la *Racketeer Influenced and Corrupt Organizations Act* (RICO) et de fraude vis-à-vis du public au travers d'une conspiration initiée il y a cinquante ans et qui perdure aujourd'hui (135,136). La juge Kessler a décidé que les six années de poursuites, les neuf mois de procès, les centaines de dépositions et les milliers de pièces ont fourni des preuves indiquant que les accusés avaient :

- à plusieurs reprises nié les effets délétères du tabagisme sur la santé tout en sachant depuis 50 ans ou plus que la cigarette provoquait des maladies;
- publiquement nié que le tabagisme crée une accoutumance et avaient fait de la rétention d'information quant aux recherches qui démontraient que la nicotine contenue dans le tabac crée une accoutumance au tabagisme – afin de préserver leurs profits, d'échapper à leurs responsabilités et d'empêcher la réglementation de l'industrie;
- maintenu les niveaux de nicotine des cigarettes afin de créer et de maintenir une accoutumance chez les fumeurs;
- induit les consommateurs en erreur en ce qui a trait aux cigarettes « légères » alors qu'ils savaient depuis des décennies que ces dernières ne présentaient aucun avantage défini pour la santé – et qu'ils continuaient de faire ces déclarations erronées et trompeuses;
- utilisé leurs propres recherches en vue d'élaborer des campagnes de marketing hautement sophistiquées destinées aux jeunes afin de continuer à faire des profits;

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Marketing et promotion

Responsabilisation de l'industrie du tabac

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Responsabilisation de l'industrie du tabac

- contribué à freiner les efforts de recherche indépendants, financé des recherches favorables à l'industrie ainsi que supprimé et banalisé les résultats des recherches défavorables en matière de fumée du tabac, bien qu'ils savaient que celle-ci était nuisible pour les non-fumeurs;
- supprimé et dissimulé des recherches scientifiques et détruit des documents en vue de se protéger des poursuites et de la réglementation.

Poursuites

Une grande partie du *Master Settlement Agreement* (MSA) aux États-Unis visait la publication de documents internes de l'industrie du tabac. Ces derniers offraient des renseignements sans précédents sur les motivations de l'industrie, ses stratégies et les données de recherche qui touchent des entreprises connexes en dehors des États-Unis (137). Par exemple, des documents appartenant à Imperial Tobacco et à British American Tobacco (BAT) ont démontré que ces sociétés savaient que la fumée du tabac était cancérigène et qu'elle provoquait l'accoutumance.

Les documents internes de l'industrie du tabac peuvent également fournir des renseignements importants qui ne figurent pas dans la documentation scientifique publique, surtout en ce qui a trait à la fumée du tabac et à la toxicité de la cigarette (5). Par exemple, des recherches menées par BAT ont démontré que les niveaux de goudron et de nicotine absorbés par les fumeurs étaient supérieurs à ceux mesurés au cours de protocoles d'essai standard (5). En outre, BAT a utilisé ces connaissances pour concevoir des cigarettes qui transmettaient davantage de goudron et de nicotine que les niveaux mesurés par l'essai obligatoire (5).

En plus des rapports produits directement par l'industrie du tabac et de la divulgation de documents, il conviendrait également de mettre en place une stratégie de surveillance de ses activités (17,18). Cela permettrait une compréhension exhaustive de la cause de l'épidémie, y compris de la fabrication, du marketing et de la distribution des produits.

Imputation de la responsabilité du tabagisme des jeunes aux fabricants de tabac

Une démarche novatrice visant à imputer la responsabilité du tabagisme chez les jeunes a été proposée et énoncée dans la version du 1^{er} mai 1998 du projet de loi du comité de (John) McCain (art. 1415rs, la *National Tobacco Policy and Youth Smoking Reduction Act*) (138). Ces dispositions rétrospectives imposent la responsabilité de la réduction du tabagisme aux fabricants de tabac eux-mêmes. Il serait demandé à ces derniers de réduire annuellement et graduellement les taux de tabagisme chez les jeunes. Dans le contexte des États-Unis, ces dispositions pourraient être mises en place en utilisant le cadre d'imposition existant. On utiliserait la méthodologie des sondages en vue d'évaluer la conformité et d'appliquer des pénalités équivalentes à la marge de réduction manquante et à la proportion de parts de marché. Les plus petits fabricants en seraient exemptés (138).

Le contexte ontarien

En vertu des Règlements sur les rapports relatifs au tabac de la *Loi sur le tabac* fédérale, les fabricants de tabac sont tenus de rendre compte à Santé Canada de divers aspects de leurs activités sous forme de rapports annuels (139). Les exigences en matière de rapports comprennent les ventes, la fabrication, les ingrédients, les composants et les émissions toxiques ainsi que les activités de recherche et de promotion (139). Bien

que ces données aient été utilisées dans les rapports du gouvernement et les recherches académiques, des difficultés subsistent pour accéder à ces renseignements et aux données elles-mêmes. Par exemple, aucune exigence n'impose de rendre compte du papier à cigarettes et des liants qu'elles contiennent. Les données dont dispose le public sont limitées. La surveillance des activités de l'industrie du tabac est également menée par différents groupes académiques et non gouvernementaux, tels que l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (URTO) et l'Association pour les droits des non-fumeurs (ADNF).

À l'heure actuelle, on commence à rendre compte des pratiques relatives à l'utilisation de narguils dans les grandes villes de l'Ontario et parmi les étudiants de niveau postsecondaire. Il est nécessaire, dans la province, de surveiller les jeunes, les jeunes adultes, les détaillants et les populations d'immigrants afin de suivre les tendances émergentes liées aux produits de substitution à la cigarette et d'atténuer les effets nocifs de telles pratiques. De plus amples renseignements sont disponibles au chapitre 6 – Protection.

Justification – Pourquoi tenir compte des commentaires publics dans les poursuites?

Le rôle des poursuites publiques contre les fabricants de tabac en vue de faire avancer les efforts de lutte contre le tabagisme est bien documenté par les États-Unis et d'autres pays (140-148). Les avantages potentiels comprennent notamment (149) :

- l'évaluation rétrospective des répercussions des décisions des entreprises;
- la modification des décisions de l'industrie en ce qui a trait à la conception des futurs produits afin de se dégager sa responsabilité;
- la sensibilisation du public aux effets du tabagisme et aux pratiques de l'industrie au moyen d'un discours public concernant le processus de poursuites (c.-à-d., en tant qu'élément clé d'une stratégie de DIT);
- la divulgation de documents internes.

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Responsabilisation de l'industrie du tabac

Recommandations

Responsabilisation de l'industrie

- [4.12] Adopter des mesures législatives relativement aux exigences de production de rapports par les fabricants de tabac de manière à égaler ou surpasser les exigences actuelles du gouvernement fédéral.
- [4.13] Mettre en œuvre des fonctions de surveillance de l'industrie du tabac et d'élaboration d'interventions en vue de contrer et d'atténuer les activités de cette dernière.
- [4.14] Obliger par voie législative les fabricants de tabac (y compris les importateurs qui vendent des produits du tabac en Ontario) à respecter les réductions annuelles prescrites relativement au nombre de fumeurs n'ayant pas atteint l'âge légal en Ontario. Les contrevenants devraient faire l'objet de pénalités élevées fondées sur les revenus gagnés pendant la durée de vie d'un fumeur si les objectifs énoncés ne sont pas atteints. Des fonds devraient être affectés aux activités de lutte contre le tabagisme.

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Responsabilisation de l'industrie du tabac

Ce qui suit est un bref résumé des poursuites judiciaires faisant autorité initiées par l'état et des règlements, ainsi que de leur contribution aux importantes mesures de lutte contre le tabagisme.

Résumé des procès relatifs au tabac faisant autorité

En 1996, Liggett and Myers est devenu le premier fabricant de tabac à conclure un règlement dans le cadre d'un recours collectif intenté par l'État. Dans le cadre de l'entente de règlement, l'entreprise a accepté de verser des dommages pécuniaires, de placer des étiquettes de mise en garde sur leurs emballages et de fournir des preuves qui soutiendraient les poursuites judiciaires à venir contre d'autres entreprises (147).

Entre 1997 et 1998, plusieurs fabricants de tabac américains ont conclu des règlements dans le cadre de poursuites intentées par la Floride, le Mississippi, le Texas et le Minnesota. Outre les remboursements versés aux compagnies d'assurance-maladie, ils ont également accepté de mettre en place des programmes de santé publique et de lutte contre le tabagisme, en plus de limiter leur publicité. Ils ont par ailleurs adopté la clause

de la nation la plus favorisée qui les oblige à incorporer automatiquement toute disposition plus favorable de tout règlement subséquent rendu par d'autres États (143,147). De même, en 1998, les quatre principaux fabricants de tabac américains ont conclu un règlement exhaustif appelé Master Settlement Agreement (MSA) avec 46 États et cinq territoires, et ont accepté de verser 246 milliards de dollars aux gouvernements sur une période de 25 ans.

Outre les compensations pécuniaires et l'entente visant à publier les documents de l'industrie, la MSA incluait des restrictions relatives à la publicité extérieure, aux articles promotionnels, aux commandites d'événements publics, au lobbying et au ciblage des fumeurs mineurs (146-148).

Le contexte ontarien

En 2000, le gouvernement de l'Ontario a entamé une poursuite judiciaire d'un montant de 40 milliards de dollars auprès du gouvernement fédéral des États-Unis contre des fabricants de tabac nord-américains en vertu de la *Racketeer Influence and Corrupt Organization* (RICO) Act américaine. Finalement, la poursuite d'origine et l'appel ont été rejetés (150).



En septembre 2009, le gouvernement de l'Ontario a entamé des poursuites contre des fabricants de tabac en vue d'obtenir le remboursement des coûts relatifs aux soins de santé liés au tabagisme depuis 1955 : *Sa Majestée c. Rothmans Inc., Rothmans, Benson and Hedges Inc. et coll. (2009)*. Ce procès a été possible grâce à l'adoption de la *Tobacco Damages and Health Care Costs Recovery Act* (mai 2009) qui a créé une méthode permettant de quantifier les coûts liés au tabagisme et l'imputation d'une responsabilité en se fondant sur la part de marché. Quatorze fabricants de tabac établis au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni sont cités au cours du procès.

Le gouvernement de l'Ontario doit être prêt à tirer parti de l'éventuelle possibilité d'inclure des clauses en matière de santé publique et de lutte contre le tabagisme dans tout jugement ou décision rendu(e) au cours du processus judiciaire actuel. Il est également important de tirer des leçons des erreurs passées et d'anticiper la façon dont l'industrie du tabac s'adaptera aux changements du milieu

politique et réglementaire. Les jugements et les règlements rendus au cours des 20 dernières années constituent une mine d'information et de connaissances qui permettent de préparer, de planifier et de concevoir une stratégie pour les étapes suivantes. Des études novatrices en matière de lutte contre le tabagisme, telles que *Ending the Tobacco Problem: A Blueprint for the Nation* (51) offrent un excellent point de départ pour ce type de préparation.

Contrer le vecteur de maladies – Domaines d'intervention

Responsabilisation de l'industrie du tabac

Recommandation

Litige d'industrie

[4.15] Déterminer les dispositions relatives à la santé publique qui devraient être incluses dans un jugement ou une décision résultant des poursuites contre l'industrie du tabac.

Bibliographie

Bibliographie

- (1) Callard, C., D. Thompson et N. Collishaw, « Transforming the tobacco market: why the supply of cigarettes should be transferred from for-profit corporations to non-profit enterprises with a public health mandate », *Tob Control*, vol. 14, n° 4 (août 2005), pp. 278 à 283.
- (2) Wayne, G.F. et C.M. Carpenter, « Tobacco industry manipulation of nicotine dosing », *Handb. Exp. Pharmacol.*, n° 192 (2009), pp. 457 à 485.
- (3) Hurt, R.D. et C.R. Robertson, « Prying open the door to the tobacco industry's secrets about nicotine: the Minnesota Tobacco Trial », *JAMA*, vol. 280, no 13 (7 oct. 1998), pp. 1173 à 1181.
- (4) Hammond, D., M. Chaiton, A. Lee et N. Collishaw, « Destroyed documents: uncovering the science that Imperial Tobacco Canada sought to conceal », *CMAJ*, vol. 181, n° 10 (10 nov. 2009), pp. 691 à 698.
- (5) Hammond, D., N.E. Collishaw et C. Callard, « Secret science: tobacco industry research on smoking behaviour and cigarette toxicity », *Lancet*, vol. 367, n° 9512 (4 mars 2006), pp. 781 à 787.
- (6) Shadel, W.G., C.S. Fryer et S. Tharp-Taylor, « Tobacco industry manipulation messages in anti-smoking public service announcements: the effect of explicitly versus implicitly delivering messages », *Addict Behav.*, vol. 35, n° 5 (mai 2010), pp. 526 à 529.
- (7) Neuman, M.D., A. Bitton et S.A. Glantz, « Tobacco industry influence on the definition of tobacco related disorders by the American Psychiatric Association », *Tob. Control*, vol. 14, n° 5 (oct. 2005), pp. 328 à 337.
- (8) Vagg, R. et S. Chapman, « Nicotine analogues: a review of tobacco industry research interests », *Addiction*, vol. 100, n° 5 (mai 2005), pp. 701 à 712.
- (9) Drope, J. et S. Chapman, « Tobacco industry efforts at discrediting scientific knowledge of environmental tobacco smoke: a review of internal industry documents », *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 55, n° 8 (août 2001), pp. 588 à 594.
- (10) Muggli, M.E., R.D. Hurt et L.B. Becker, « Turning free speech into corporate speech: Philip Morris' efforts to influence U.S. and European journalists regarding the U.S. EPA report on secondhand smoke », *Prev. Med.*, vol. 39, n° 3 (sept. 2004), pp. 568 à 580.
- (11) Mamudu, H.M., R. Hammond et S. Glantz, « Tobacco industry attempts to counter the World Bank report Curbing the Epidemic and obstruct the WHO Framework Convention on Tobacco Control », *Soc. Sci. Med.*, vol. 67, n° 11 (déc. 2008), pp. 1690 à 1699.
- (12) Landman, A. et S.A. Glantz, « Tobacco industry efforts to undermine policy-relevant research », *Am. J. Public Health*, vol. 99, n° 1 (jan 2009), pp. 45 à 58.
- (13) Friedman, L.C., « Tobacco industry use of corporate social responsibility tactics as a sword and a shield on secondhand smoke issues », *J. Law Med. Ethics*, vol. 37, n° 4 (déc. 2009), pp. 819 à 827.
- (14) Bornhauser, A., J. McCarthy et S.A. Glantz, « German tobacco industry's successful efforts to maintain scientific and political respectability to prevent regulation of secondhand smoke », *Tob. Control*, vol. 15, n° 2 (avr. 2006), p. e1.
- (15) Barnoya, J. et S. Glantz, « Tobacco industry success in preventing regulation of secondhand smoke in Latin America: the "Latin Project" », *Tob. Control*, vol. 11, n° 4 (2002), pp. 305 à 314.
- (16) Ong, E.K. et S.A. Glantz, « Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study », *Lancet*, vol. 355, n° 9211 (8 avr. 2000), pp. 1253 à 1259.
- (17) Centers for Disease Control and Prevention, *Best practices for comprehensive tobacco control programs—2007*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices.
- (18) Organisation mondiale de la santé, *Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac*, Genève, Suisse, WHO Press, 2005. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf.
- (19) Tobacco Education and Research Oversight Committee, *Endangered investment: Toward a tobacco-free California 2009-2011 – Master plan*, Sacramento, CA, Tobacco Education and Research Oversight Committee, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.cdph.ca.gov/services/boards/teroc/Documents/TEROCMasterPlan09-11.pdf>.
- (20) Massachusetts Department of Health, *Strategic plan: Tobacco control in Massachusetts*, Commonwealth of Massachusetts, 2006. Accessible à l'adresse : http://www.mass.gov/Eeoohs2/docs/dph/tobacco_control/strategic_plan.pdf.

Bibliographie

- (21) Zucker, D., R.S. Hopkins, D.F. Sly, J. Ulrich, J.M. Kershaw et S. Solari, « Florida's "truth" campaign: a counter-marketing, anti-tobacco media campaign », *J. Public Health Manag. Pract.*, vol. 6, n° 3 (mai 2000), pp. 1 à 6.
- (22) Hicks, J.J., « The strategy behind Florida's "truth" campaign », *Tob. Control*, vol. 10, n° 1 (mars 2001), pp. 3 à 5.
- (23) New York State Department of Health, *One Million Fewer Smokers by 2010: Shaping a tobacco-free society for all New Yorkers*, 2008-10-10, Albany, NY, New York State, 2008. Accessible à l'adresse : http://www.health.state.ny.us/prevention/tobacco_control/docs/2010_million_fewer_smokers_strategic_plan.pdf.
- (24) Heaton, C., « Who's afraid of the truth? », *Am. J. Public Health*, vol. 91, n° 4 (avril 2001), pp. 554 à 558.
- (25) Association pour les droits des non-fumeurs, Fondation pour la lutte contre le tabac, *Backgrounder on the Canadian tobacco industry and its market*, édition 2009-2010, Toronto (Ontario), Association pour les droits des non-fumeurs, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.nsra-adnf.ca/cms/file/pdf/Backgrounder2009_10.pdf.
- (26) Ministère de la Promotion de la santé et du Sport, *Loi favorisant un Ontario sans fumée*, Incidences de la Loi sur les marchands de tabac, 2010. Accessible à l'adresse : <http://www.mhps.gov.on.ca/fr/smoke-free/factsheets/tobacconist-FR.pdf>. Consulté en mars 2010.
- (27) Commission ontarienne de commercialisation du tabac jaune, *Rapport annuel 2009*, Tillsonburg (Ontario), Commission ontarienne de commercialisation du tabac jaune, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.ontarioflue-cured.com>.
- (28) Harry Cummings and Associates Inc., *Community Transition Program: Outcome evaluation*, St. Thomas (Ontario), Community Transition Program, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.communitytransition.com/pdf/CTP_Outcome_Evaluation_Report_March_2009.pdf.
- (29) Agriculture et Agroalimentaire Canada, fiche de renseignements, Programme de transition pour les producteurs de tabac, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.agr.gc.ca/cb/index_f.php?s1=n&s2=2009&page=n90105. Consulté en mars 2010.
- (30) Liang, L, F. Chaloupka, M. Nichter et R. Clayton, « Prices, policies and youth smoking », *Addiction*, vol. 98, suppl. 1 (mai 2003), pp. 105 à 122.
- (31) Reed, M.B., C.M. Anderson, J.W. Vaughn et D.M. Burns, « The effect of cigarette price increases on smoking cessation in California », *Prev. Sci.* vol. 9, n° 1 (mars 2008), pp. 47 à 54.
- (32) Armendares, P.E. et L.M. Reynales Shigematsu, « Fiscal policy and tobacco control: a unique opportunity to benefit public health and the public treasury », *Salud Publica Mex.*, vol. 48, Suppl. 1 (2006), pp. S167 à S172.
- (33) Leverett, M., M. Ashe, S. Gerard, J. Jensen et T. Woollery, « Tobacco use: the impact of prices », *J. Law Med. Ethics*, vol. 30, suppl. 3 (automne 2002), pp. 88 à 95.
- (34) Botello-Harbaum, M.T., D.L. Haynie, R.J. Iannotti, J. Wang, L. Gase et B. Simons-Morton, « Tobacco control policy and adolescent cigarette smoking status in the United States », *Nicotine Tob. Res.*, vol. 11, n° 7, (juillet 2009), pp. 875 à 885.
- (35) Ding, A., « Curbing adolescent smoking: a review of the effectiveness of various policies », *Yale J. Biol. Med.*, vol. 78, n° 1 (janv. 2005), pp. 37 à 44.
- (36) Forster, J.L., R. Widome et D.H. Bernat, « Policy interventions and surveillance as strategies to prevent tobacco use in adolescents and young adults », *Am. J. Public Health*, vol. 33, n° 6 (2007), pp. S335 à S339.
- (37) Leatherdale, S.T., R. Ahmed, A. Barisic, D. Murnaghan et S. Manske, « Cigarette brand preference as a function of price among smoking youths in Canada: are they smoking premium, discount or native brands? », *Tob. Control*, vol. 18, n° 6 (déc. 2009), pp. 466 à 473.
- (38) Leatherdale, S.T., M. Kaiserman et R. Ahmed, « The roll-your-own cigarette market in Canada: a cross-sectional exploratory study », *Tob. Induc. Dis.*, vol. 5, n° 1 (16 mars 2009), p. 5.
- (39) Paglia-Boak, A., R.E. Mann, E.M. Adlaf et J. Rehm, *Drug use among Ontario students 1977-2009: Detailed OSDUHS findings*, Toronto (Ontario), Centre de toxicomanie et de santé mentale, CAMH Research Document Series, n° 28, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/OSDUS/Highlights_DrugReport_2009OSDUHS_Final_Web.pdf.
- (40) Warren, C.W., N.R. Jones, A. Peruga, J. Chauvin, J.P. Baptiste, V. Costa de Silva et coll., « Global youth tobacco surveillance, 2000-2007 », *MMWR Surveill. Summ.*, vol. 57, n° 1 (25 janv. 2008), pp. 1 à 28.
- (41) Lee, J.M., T.C. Hwang, C.Y. Ye et S.H. Chen, « The effect of cigarette price increase on the cigarette consumption in Taiwan: evidence from the National Health Interview Surveys on cigarette consumption », *BMC Public Health*, vol. 4 (14 déc. 2004), p. 61.
- (42) Thomson, G, D. O'Dea, N. Wilson et R. Edwards, « Government paralysis? Stable tobacco prices mean preventable deaths and disease persist, along with health inequalities in New Zealand », *N.Z. Med. J.*, vol. 123, n° 1308 (23 janv. 2010), pp. 74 à 80.

Bibliographie

- (43) Santé Canada, Stratégie nationale pour la réduction du tabagisme au Canada (1999), 2007. Accessible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/ns-sn/framework-cadre-fra.php>. Consulté en mars 2010.
- (44) Campbell, R. et E.D. Balbach, « Mobilising public opinion for the tobacco industry: the Consumer Tax Alliance and excise taxes », *Tob. Control*, vol. 17, n° 5 (oct. 2008), pp. 351 à 356.
- (45) Campbell, R.B. et E.D. Balbach, « Building alliances in unlikely places: progressive allies and the Tobacco Institute's coalition strategy on cigarette excise taxes », *Am. J. Public Health*, vol. 99, n° 7 (juill. 2009), pp. 1188 à 1196.
- (46) Balbach, E.D. et R.B. Campbell, « Union women, the tobacco industry, and excise taxes: a lesson in unintended consequences », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 37, suppl. 2 (août 2009), pp. S121 à S125.
- (47) Main, C., S. Thomas, D. Ogilvie, L. Stirk, M. Petticrew, M. Whitehead et coll., « Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: placing an equity lens on existing systematic reviews », *BMC Public Health*, vol. 8, n° 1, p. 178.
- (48) Thomas S., D. Fayter, K. Misso, D. Ogilvie, M. Petticrew, A. Sowden et coll., « Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review », *Tob. Control*, vol. 17, n° 4 (août 2008), pp. 230 à 237.
- (49) Tauras, J.A., « Differential impact of state tobacco control policies among race and ethnic groups », *Addiction*, vol. 102, suppl. 2 (oct. 2007), pp. 95 à 103.
- (50) Remler, D.K., « Poor smokers, poor quitters, and cigarette tax regressivity », *Am. J. Public Health*, vol. 94, n° 2 (fév. 2004), pp. 225 à 229.
- (51) Institute of Medicine, *Ending the tobacco problem: A blueprint for the nation*, Washington, DC, National Academy Press, 2007.
- (52) Association pour les droits des non-fumeurs, Le prix des cigarettes au Canada, 2010. Accessible à l'adresse : http://www.nusra-adnf.ca/cmsf/index.cfm?group_id=1893. Consulté en février 2010.
- (53) U.S. Department of Health and Human Services, *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000. Accessible à l'adresse : http://www.surgeongeneral.gov/library/tobacco_use.
- (54) Carpenter, C. et P.J. Cook, « Cigarette taxes and youth smoking: new evidence from national, state, and local Youth Risk Behavior Surveys », *J. Health Econ.*, vol. 27, n° 2 (mars 2008), pp. 287 à 299.
- (55) Pierce-Lavin C. et A.C. Geller, « Creating statewide tobacco control programs after passage of a tobacco tax: executive summary », *Cancer*, vol. 83, suppl. Robert 12 (15 déc 1998), pp. 2659 à 2665.
- (56) Gilpin, E.A., K. Messer, M.M. White et J.P. Pierce, « What contributed to the major decline in per capita cigarette consumption during California's comprehensive tobacco control programme? », *Tob. Control*, vol. 15, n° 4 (août 2006), pp. 308 à 316.
- (57) Lightwood J.M., A. Dinno et S.A. Glantz, « Effect of the California tobacco control program on personal health care expenditures », *PLoS Med.*, vol. 5, n° 8 (26 août 2008), p. e178.
- (58) Fichtenberg, C.M. et S.A. Glantz, « Association of the California Tobacco Control Program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease », *N. Engl. J. Med.*, vol. 343, n° 24 (14 déc. 2000), pp. 1772 à 1777.
- (59) Feighery, E.C., K.M. Ribisl, N.C. Schleicher, L. Zellers et N. Wellington, « How do minimum cigarette price laws affect cigarette prices at the retail level? », *Tob. Control*, vol. 14, n° 2 (avr. 2005), pp. 80 à 85.
- (60) Anderson, P., D. Chisholm et D.C. Fuhr, « Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol », *Lancet*, vol. 373, n° 9682 (27 juin 2009), pp. 2234 à 2246.
- (61) Wagenaar, A.C., M.J. Salois et K.A. Komro, « Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies », *Addiction*, vol. 104, n° 2 (fév. 2009), pp. 179 à 190.
- (62) Makela, P., E. Osterberg, « Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004 », *Addiction*, vol. 104, n° 4 (avr. 2009), pp. 554 à 563.
- (63) Ministère du Revenu, *Taxe sur le tabac – Renseignements généraux*, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.rev.gov.on.ca/fr/bulletins/tt/tob2_2001.html. Consulté en mars 2010.
- (64) Ministère des Finances, *Plan fiscal de l'Ontario pour stimuler la création d'emplois et la croissance*, 2010. Accessible à l'adresse : <http://www.fin.gov.on.ca/fr/publications/2009/fbbb.html>. Consulté en mars 2010.
- (65) Santé Canada, *Rapport à la Conférence des parties sur la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac*, 2007. Accessible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/cop-cdp/part-section2-fra.php>. Consulté en mars 2010.

Bibliographie

- (66) Commission des alcools et des jeux de l'Ontario, CAJO : Commission des alcools et des jeux de l'Ontario en bref, 2010. Accessible à l'adresse : <http://www.agco.on.ca/en/a.about/a.about.html>. Consulté en mars 2010.
- (67) Chaloupka, F.J., « Alcoholic beverage taxes, prices and drinking », *Addiction*, vol. 104, n° 2 (fév. 2009), pp. 191 et 192.
- (68) Siahpush, M., M.A. Wakefield, M.J. Spittal, S.J. Durkin et M.M. Scollo, « Taxation reduces social disparities in adult smoking prevalence », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 36, n° 4 (avr. 2009), pp. 285 à 291.
- (69) Purshouse, R.C., P.S. Meier, A. Brennan, K.B. Taylor et R. Rafia, « Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model », *Lancet*, vol. 375, n° 9723 (17 avr. 2010), pp. 1355 à 1364, pub. en ligne : 24 mars 2010.
- (70) Hollingworth, W., B.E. Ebel, C.A. McCarty, M.M. Garrison, D.A. Christakis et F.P. Rivara, « Prevention of deaths from harmful drinking in the United States: the potential effects of tax increases and advertising bans on young drinkers », *J. Stud. Alcohol*, vol. 67, n° 2 (mars 2006), pp. 300 à 308.
- (71) Luk, R., J. Cohen et R. Ferrence, *Contraband Cigarettes in Ontario*, Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, série de rapports spéciaux, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/special/special_nov_2007.pdf.
- (72) Gendarmerie royale du Canada, Stratégie de lutte contre le tabac de contrebande, Ottawa (Ontario), Gendarmerie royale du Canada, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.rcmp-grc.gc.ca/pubs/tobac-tabac/tobacco-tabac-strat-2008-fra.pdf>.
- (73) Sweeting, J., T. Johnson et R. Shwartz, « Anti-contraband policy measures: Evidence for better practices », Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, série de rapports spéciaux, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/special/special_anti_contraband_measures_summary.pdf.
- (74) Gendarmerie royale du Canada, *Tabac illicite : Statistiques*, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.rcmp-grc.gc.ca/ce-da/tobac-tabac/stats-fra.htm>. Consulté en mars 2010.
- (75) Gendarmerie royale du Canada, *Évaluation du renseignement stratégique – Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme : Le marché du tabac illicite au Canada*, Ottawa (Ontario), Gendarmerie royale du Canada, 2006. Accessible à l'adresse : <http://www.rcmp-grc.gc.ca/pubs/tobac-tabac/ftcs-sfrit-fra.pdf>.
- (76) Vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel 2008*, chapitre 3, section 3.10., Toronto (Ontario), Bureau du vérificateur général de l'Ontario, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.auditor.on.ca>.
- (77) Kelton, M.H., fils et M.S. Givel, « Public policy implications of tobacco industry smuggling through Native American reservations into Canada », *Int. J. Health Serv.*, vol. 38, n° 3 (2008), pp. 471 à 487.
- (78) Congressional Research Service, art. 1147, Résumé : *PACT Act*, 2010. Accessible à l'adresse : www.govtrack.us/congress/bill.xpd?bill=s111-1147&tab=summary. Consulté en avril 2010.
- (79) Luk, R., J.E. Cohen, R. Ferrence, P.W. McDonald, R. Schwartz et S.J. Bondy, « Prevalence and correlates of purchasing contraband cigarettes on First Nations reserves in Ontario, Canada », *Addiction*, vol. 104, n° 3 (mars 2009), pp. 488 à 495.
- (80) Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations, *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003*, Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations (deuxième édition), Ottawa (Ontario), Assemblée des Premières nations, 2007. Accessible à l'adresse : <http://rhs-ers.ca/francais/downloads.asp>.
- (81) Thrasher, J.F., J. Niederdeppe, M.C. Farrelly, K.C. Davis, K.M. Ribisl et M.L. Haviland, « The impact of anti-tobacco industry prevention messages in tobacco producing regions: evidence from the US truth campaign », *Tob. Control*, vol. 13, n° 3 (sept. 2004), pp. 283 à 288.
- (82) Sly, D.F., R.S. Hopkins, E. Trapido et S. Ray, « Influence of a counteradvertising media campaign on initiation of smoking: the Florida "truth" campaign », *Am. J. Public Health*, vol. 91, n° 2 (fév. 2001), pp. 233 à 238.
- (83) Ling, P.M., T.B. Neilands et S.A. Glantz, « The effect of support for action against the tobacco industry on smoking among young adults », *Am. J. Public Health*, vol. 97, n° 8 (août 2007), pp. 1449 à 1456.
- (84) Ling, P.M., T.B. Neilands et S.A. Glantz, « Young adult smoking behavior: a national survey », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 36, n° 5 (mai 2009), pp. 389 à 394.e2.
- (85) Leatherdale, S.T., R. Sparks et V.A. Kirsh, « Beliefs about tobacco industry (mal)practices and youth smoking behaviour: insight for future tobacco control campaigns (Canada) », *Cancer Causes and Control*, vol. 17, n° 5 (juin 2006), pp. 705 à 711.
- (86) Hershey, J.C., J. Niederdeppe, W.D. Evans, J. Nonnemaker, S. Blahut, D. Holden et coll., « The theory of "truth": how counterindustry campaigns affect smoking behavior among teens », *Health Psychol.*, vol. 24, n° 1 (janv. 2005), pp. 22 à 31.

Bibliographie

- (87) Hammond, D., G.T Fong, M.P. Zanna, J.F. Thrasher et R. Borland, « Tobacco denormalization and industry beliefs among smokers from four countries », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 31, n° 3 (sept. 2006), pp. 225 à 232.
- (88) Farrelly M.C., J. Niederdeppe et J. Yarsevich, « Youth tobacco prevention mass media campaigns: past, present, and future directions », *Tob. Control*, vol. 12, suppl. 1 (juin 2003), pp. i35 à i47.
- (89) Eisenberg, M., C. Ringwalt, D. Driscoll, M. Vallee et G. Gullette, « Learning from truth: youth participation in field marketing techniques to counter tobacco advertising », *J. Health Commun.*, vol. 9, n° 3 (mai-juin 2004), pp. 223 à 231.
- (90) Chapman, S. et B. Freeman, « Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry », *Tob. Control*, vol. 17, n° 1 (fév. 2008), pp. 25 à 31.
- (91) Lavack, A., *Campagnes de dénormalisation de l'industrie du tabac : Examen et recommandations*, Santé Canada, 2005. Accessible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/media/tidc-cdit-fra.php>. Consulté en mars 2010.
- (92) Association pour les droits des non-fumeurs, *Tobacco industry denormalization: Telling the truth about the tobacco industry's role in the tobacco epidemic*, Toronto (Ontario), Association pour les droits des non-fumeurs, 2004. Accessible à l'adresse : http://www.nsra-adnf.ca/cms/file/pdf/Denormalization_English_Booklet.pdf.
- (93) Cowell, A.J., M.C. Farrelly, R. Chou et D.M. Vallone, « Assessing the impact of the national 'truth' antismoking campaign on beliefs, attitudes, and intent to smoke by race/ethnicity », *Ethn. Health*, vol. 14, n° 1 (fév. 2009), pp. 75 à 91.
- (94) Farrelly, M.C., K.C. Davis, J. Duke et P. Messeri, « Sustaining 'truth': changes in youth tobacco attitudes and smoking intentions after 3 years of a national antismoking campaign », *Health Educ. Res.*, vol. 24, n° 1 (fév. 2009), pp. 42 à 48.
- (95) Farrelly, M.C., K.C. Davis, M.L. Haviland, P. Messeri et C.G. Heaton, « Evidence of a dose-response relationship between "truth" antismoking ads and youth smoking prevalence », *Am. J. Public Health*, vol. 95, n° 3 (mars 2005), pp. 425 à 431.
- (96) Yang, J.S. et R.E. Malone, « Working to shape what society's expectations of us should be: Philip Morris' societal alignment strategy », *Tob. Control*, vol. 17, n° 6 (déc. 2008), p. 391 à 398.
- (97) Tesler, L.E. et R.E. Malone, « Corporate philanthropy, lobbying, and public health policy », *Am. J. Public Health*, vol. 98, n° 12 (déc. 2008), pp. 2123 à 2133.
- (98) Wander, N. et R.E. Malone, « Selling off or selling out? Medical schools and ethical leadership in tobacco stock divestment », *Acad. Med.*, vol. 79, n° 11 (nov. 2004), pp. 1017 à 1026.
- (99) Wander, N. et R.E. Malone, « Fiscal versus social responsibility: how Philip Morris shaped the public funds divestment debate », *Tob. Control*, vol. 15, n° 3 (juin 2006), pp. 231 à 241.
- (100) Cohen, J.E., « Universities and tobacco money », *BMJ*, vol. 323, n° 7303 (7 juil. 2001), pp. 1 et 2.
- (101) Kaufman, P.E., J.E. Cohen, M.J. Ashley, R. Ferrence, A.L. Halyk, F. Turcotte et coll., « Tobacco industry links to faculties of medicine in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 95, n° 3 (mai-juin 2004), pp. 205 à 208.
- (102) Cohen, J., M. Zeller, T. Eissenberg, M. Parascandola, R. O'Keefe, L. Planinac et coll., « Criteria for evaluating tobacco control research funding programs and their application to models that include financial support from the tobacco industry », *Tob. Control*, vol. 18, n° 3 (2009), pp. 228 à 234.
- (103) Hiilamo, H, U. Kahl, M. Lambe, « The Philip Morris Nordic journalist program: strategies, implementation and outcomes », *Health Policy*, vol. 89, n° 1 (janv. 2009), pp. 84 à 96.
- (104) Secrétariat du Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée, *Résumé de la réponse du groupe d'experts international aux recommandations du CCS-SOSF*, Toronto (Ontario), Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2010 (non publié).
- (105) Hammond, D., *FCTC Article 11 – Tobacco packaging and labelling: A review of evidence*, Waterloo (Ontario), Tobacco Labelling Resource Centre, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.tobaccolabels.ca/factsheet/article_.
- (106) Freeman, B., S. Chapman et M. Rimmer, « The case for the plain packaging of tobacco products », *Addiction*, vol. 103, n° 4 (avr. 2008), pp. 580 à 590.
- (107) Fong, G.T., D. Hammond et S.C. Hitchman, « The impact of pictures on the effectiveness of tobacco warnings », *Bull. World Health Organ.*, vol. 87, n° 8 (août 2009), pp. 640 à 643.
- (108) Hammond, D., G.T. Fong, P.W. McDonald, R. Cameron et K.S. Brown, « Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour », *Tob. Control*, vol. 12, n° 4 (déc. 2003), pp. 391 à 395.

- (109) Hammond, D. et R.J. O'Connor, « Constituents in tobacco and smoke emissions from Canadian cigarettes », *Tob. Control*, vol. 17, suppl. 1 (sept. 2008), pp. i24 à i31
- (110) Hammond, D. et C. Parkinson, « The impact of cigarette package design on perceptions of risk », *J. Public Health (Oxf.)*, vol. 31, n° 3 (sept. 2009), pp. 345 à 353.
- (111) Thrasher, J.F., D. Hammond, G.T. Fong et E. Arillo-Santillan, « Smokers' reactions to cigarette package warnings with graphic imagery and with only text: a comparison between Mexico and Canada », *Salud Publica Mex.*, vol. 49, suppl. 2 (2007), pp. S233 à S240.
- (112) Weiss, S.M. et S.Y. Smith-Simone, « Consumer and health literacy: The need to better design tobacco-cessation product packaging, labels, and inserts », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 38, suppl. 3 (mars 2010), pp. S403 à S413.
- (113) Hammond, D., G.T. Fong, A. McNeill, R. Borland et K.M. Cummings, « Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey », *Tob. Control*, vol. 15, suppl. 3 (juin 2006), pp. iii19 à iii25.
- (114) Fathelrahman, A.I., M. Omar, R. Awang, R. Borland, G.T. Fong, D. Hammond et coll., « Smokers' responses toward cigarette pack warning labels in predicting quit intention, stage of change, and self-efficacy », *Nicotine Tob. Res.*, vol. 11, n° 3 (mars 2009), pp. 248 à 253.
- (115) Borland, R., H.H. Yong, N. Wilson, G.T. Fong, D. Hammond, K.M. Cummings et coll., « How reactions to cigarette packet health warnings influence quitting: findings from the ITC Four-Country survey », *Addiction*, vol. 104, n° 4 (avr. 2009), pp. 669 à 675.
- (116) Borland, R., N. Wilson, G.T. Fong, D. Hammond, K.M. Cummings, H.H. Yong et coll., « Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: findings from four countries over five years », *Tob. Control*, vol. 18, n° 5 (oct. 2009), pp. 358 à 364.
- (117) Hammond, D., *Tobacco labelling and packaging toolkit: A guide to FCTC Article 11*, Waterloo (Ontario), Tobacco Labelling Resource Centre, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.tobaccolabels.ca/tobaccolab/iatultdtook>.
- (118) Santé Canada, *Étiquetage des produits du tabac*. Accessible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/legislation/label-etiquette/index-fra.php>. Consulté en mars 2010.
- (119) Ling, P.M. et S.A. Glantz, « Tobacco industry consumer research on socially acceptable cigarettes », *Tob. Control*, vol. 14, n° 5 (oct. 2005), p. e3.
- (120) Pederson, L.L. et D.E. Nelson, « Literature review and summary of perceptions, attitudes, beliefs, and marketing of potentially reduced exposure products: communication implications », *Nicotine Tob. Res.*, vol. 9, n° 5 (mai 2007), pp. 525 à 534.
- (121) Parascandola M., E. Augustson, M.E. O'Connell et S. Marcus, « Consumer awareness and attitudes related to new potential reduced-exposure tobacco product brands », *Nicotine Tob. Res.*, vol. 11, n° 7 (juil. 2009), pp. 886 à 895.
- (122) Bogen, K., L. Biener., C.A. Garrett, J. Allen, K.M. Cummings, A. Hartman et coll., « Surveillance indicators for potential reduced exposure products (PREPs): developing survey items to measure awareness », *Harm Reduct. J.*, vol. 6 (19 oct. 2009), p. 27.
- (123) Santé Canada, « Avis – À toutes les personnes qui souhaitent importer, annoncer ou vendre des cigarettes électroniques au Canada », 2009. Accessible à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/applic-demande/pol/notice_avis_e-cig-fra.php. Consulté en mars 2010.
- (124) Campbell, C.A., R.A. Hahn, R. Elder, R. Brewer, S. Chattopadhyay, J. Fielding et coll., « The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 37, n° 6 (déc. 2009), pp. 556 à 569.
- (125) Leatherdale, S.T. et J.M. Strath, « Tobacco retailer density surrounding schools and cigarette access behaviors among underage smoking students », *Ann. Behav. Med.*, vol. 33, n° 1 (fév. 2007), pp. 105 à 111.
- (126) Cohen, J.E. et L. Anglin, « Outlet density: a new frontier for tobacco control », *Addiction*, vol. 104, n° 1 (janv. 2009), pp. 2 et 3.
- (127) Henriksen, L., E.C. Feighery, N.C. Schleicher, D.W. Cowling, R.S. Kline et S.P. Fortmann, « Is adolescent smoking related to the density and proximity of tobacco outlets and retail cigarette advertising near schools? », *Prev. Med.*, vol. 47, n° 2 (août 2008), pp. 210 à 214.
- (128) Novak, S.P., S.F. Reardon, S.W. Raudenbush et S.L. Buka, « Retail tobacco outlet density and youth cigarette smoking: a propensity-modeling approach », *Am. J. Public Health*, vol. 96, n° 4 (avril 2006), pp. 670 à 676.
- (129) McCarthy, W.J., R. Mistry, Y. Lu, M. Patel, H. Zheng et B. Dietsch, « Density of tobacco retailers near schools: Effects on tobacco use among students », *Am. J. Public Health*, vol. 99, n° 11 (1^{er} nov. 2009), pp. 2006 à 2013.

Bibliographie

- (130) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Prohibition of tobacco sales in specific places: Monitoring update*, Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 2008. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/14mr/14mr_no1_4.pdf.
- (131) Slater, S.J., F.J. Chaloupka, M. Wakefield, L.D. Johnston et P.M. O'Malley, « The impact of retail cigarette marketing practices on youth smoking uptake », *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, vol. 161, n° 5 (mai 2007), pp. 440 à 445.
- (132) Gouvernement britannique, *A Smokefree Future: A Comprehensive tobacco control strategy for England*, Londres, Angleterre, Department of Health, 2010. Accessible à l'adresse : http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_111749.
- (133) Société canadienne du cancer, *Survivance de la Loi sur le tabac*, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.cancer.ca/Canada-wide/How%20you%20can%20help/Take%20action/Advocacy%20what%20were%20doing/Tobacco%20control%20advocacy/Supporting%20the%20Tobacco%20Act.aspx?sc_lang=fr-ca. Consulté en mars 2010.
- (134) Tiedemann, M. et T. Wall, *Résumé législatif : FS-648E - Projet de loi C-32 : Loi modifiant la Loi sur le tabac*, 2010. Accessible à l'adresse : http://www2.parl.gc.ca/Sites/LOP/LegislativeSummaries/Bills_Is.asp?Language=F&lang=E&ls=c32&source=library_prb&Parl=40&Ses=2. Consulté en mars 2010.
- (135) Anderson, S.J., P.M. Ling et S.A. Glantz, « Implications of the federal court order banning the terms "light" and "mild": what difference could it make? », *Tob. Control*, vol. 16, n° 4 (août 2007), pp. 275 à 279.
- (136) Tobacco Control Legal Consortium, *The verdict is in: Findings from United States v. Philip Morris, the hazards of smoking*, St. Paul, MN, Public Law Centre, 2006. Accessible à l'adresse : <http://www.publichealthlawcenter.org/sites/default/files/resources/tclc-verdict-is-in.pdf>.
- (137) Bero, L., « Implications of the tobacco industry documents for public health and policy », *Annu. Rev. Public Health*, vol. 24 (2003), pp. 267 à 288.
- (138) Daynard, R., *Constitutional analysis of the "Look-back" provisions of the McCain Committee Bill*, 2005. Accessible à l'adresse : http://www.tobacco.neu.edu/tobacco_control/publications/McCain/5-2-98%20McCain%20look-back%20analysis.htm. Consulté en mars 2010.
- (139) Santé Canada, *Règlement sur les rapports relatifs au tabac*, Règlements fédéraux, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/legislation/reg/indust/index-fra.php>. Consulté en mars 2010.
- (140) Hiilamo, H.T., « Tobacco control implications of the first European product liability suit », *Tob. Control*, vol. 14, n° 1 (fév. 2005), pp. 22 à 30.
- (141) Lytton, T.D., « Using litigation to make public health policy: theoretical and empirical challenges in assessing product liability, tobacco, and gun litigation », *J. Law Med. Ethics*, vol. 32, n° 4 (hiver 2004), pp. 556 à 564.
- (142) Parmet, W.E. et R.A. Daynard, « The new public health litigation », *Annu. Rev. Public Health*, vol. 21 (2000), pp. 437 à 454.
- (143) Hurt, R.D., J.O. Ebbert, M.E. Muggli, N.J. Lockhart et C.R. Robertson, « Open doorway to truth: legacy of the Minnesota tobacco trial », *Mayo Clin. Proc.*, vol. 84, n° 5, pp. 446 à 456.
- (144) Warner, K.E., « Dealing with tobacco – the implications of a legislative settlement with the tobacco industry », *Am. J. Public Health*, vol. 87, n° 6 (juin 1997), pp. 906 à 909.
- (145) Niemeyer, D., K.R. Miner, L.M. Carlson, K. Baer et L. Shorty, « The 1998 Master Settlement Agreement: a public health opportunity realized or lost? », *Health Promot. Pract.*, vol. 5, suppl. 3 (juil. 2004), pp. 21S à 32S.
- (146) Shah, V. et L. McCormick, « Using Master Settlement Agreement dollars to fund a statewide tobacco cessation quitline », *N. C. Med. J.*, vol. 69, n° 4, pp. 337 et 338.
- (147) Miura, M., R.A. Daynard et J.M. Samet, « The role of litigation in tobacco control », *Salud Publica. Mex.*, vol. 48, suppl. 1, pp. S121 à S136.
- (148) Sloan, F.A., C.A. Mathews et J.G. Trogon, « Impacts of the Master Settlement Agreement on the tobacco industry », *Tob. Control*, vol. 13, n° 4 (déc. 2004), pp. 356 à 361.
- (149) Daynard, R., « Why tobacco litigation? », *Tob. Control*, mars 2003, vol. 12, n° 1, pp. 1 et 2.
- (150) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *The tobacco control environment: Ontario and beyond*, Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, rapports spéciaux, Monitoring and Evaluation Series, 2003-2004, Vol. 10, n° 1, 2004. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/10mr/10mr_no1_final.pdf.

Prévention du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes



Résumé du chapitre

Méthodes

Résumé du chapitre

Tous les jeunes et les jeunes adultes peuvent être considérés à risque en ce qui concerne l'adoption du tabagisme et devraient être ciblés par les efforts d'abandon et de prévention. Des stratégies efficaces visant à prévenir l'adoption du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes minimiseront les conséquences sur la santé et le fardeau pendant toute la vie liés à la consommation de tabac. La prévention du tabagisme est plus efficace lorsqu'elle est mise en œuvre dans le cadre d'une stratégie globale. Des données probantes indiquent qu'une combinaison d'interventions – notamment les médias de masse, la lutte contre les images liées au tabagisme dans les films, la mise en œuvre et l'application de politiques et de programmes complets dans divers milieux, l'offre d'interventions appropriées visant l'abandon du tabac, l'évaluation et la surveillance ainsi qu'une meilleure conformité – seront utiles pour prévenir l'adoption et la progression du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes en Ontario. Bien qu'elles fassent partie intégrante des stratégies de prévention, les interventions, y compris l'élévation des prix du tabac et les lois contre le tabagisme visant à protéger les jeunes et les jeunes adultes de l'exposition à la fumée du tabac, sont abordées dans les chapitres 4 et 6, respectivement.

Objectif : Prévenir l'adoption du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes en Ontario à toutes les étapes, soit de l'initiation à la progression et à l'utilisation.

Méthodes

Les données probantes permettant d'orienter l'élaboration de ce chapitre ont été recueillies à partir de la documentation publiée et parallèle.

- Documentation publiée – Recherche dans Medline d'examens publiés entre 1999 et aujourd'hui
 - Parmi les termes de recherche : « prévention du tabagisme » et « adolescent »
 - D'autres recherches visaient des politiques ou des programmes en particulier (p. ex., programmes scolaires).
- Les références récentes ont été trouvées par la recherche manuelle et la surveillance régulière de Globalink – Medical Journal Update pour des données probantes pertinentes.
- Des rapports faisant autorité provenant de sources crédibles, souvent mentionnés par les membres du CCS-SOSF, notamment :
 - *Preventing Tobacco Use Among Young People – A Report of the Surgeon General, 1994*
 - Institute of Medicine – *Ending the Tobacco Problem – A Blueprint for the Nation*
 - Centers for Disease Control and Prevention – *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*

Méthodes**Pourquoi lutter contre le tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes?****Le contexte ontarien**

Tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes

- Des membres du CCS-SOSF et du groupe de travail ont fait des suggestions et fourni des citations fondées sur les connaissances véhiculées par la documentation publiée et parallèle.
- Principaux articles fournis sur demande
- Publications et évaluations de programmes (p. ex., rapports annuels – Cheminer sans fumer)
- Ressources Internet
 - Sites Web précis mentionnés par les membres du groupe de travail (p. ex., Enquête sur le tabagisme chez les jeunes – <http://www.yss.uwaterloo.ca/fr/?section=1&page=111>).

Pourquoi lutter contre le tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes?

Tous les jeunes et les jeunes adultes peuvent être considérés à risque en ce qui concerne l'adoption du tabagisme et devraient être ciblés par les efforts d'abandon et de prévention. Par le passé, les efforts de prévention ont été axés sur les jeunes, en particulier les jeunes d'âge scolaire, et ont négligé les jeunes adultes. Cependant, des données probantes récentes indiquent que les jeunes adultes demeurent susceptibles de commencer à fumer. Le cinquième des jeunes adultes fumeurs actuels au Canada a essayé de fumer pour la première fois après 18 ans et la majorité des jeunes adultes qui fument sont devenus des fumeurs réguliers après l'âge de 18 ans (1). La population cible de ce chapitre est donc les jeunes et les jeunes adultes (jusqu'à 29 ans inclusivement).

Des stratégies efficaces visant à prévenir l'adoption du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes minimiseront les conséquences sur la santé et le fardeau pendant toute la vie liés à la consommation de tabac.

Un programme de lutte globale contre le tabagisme nécessite des interventions qui permettent aux adolescents de passer plus facilement à l'âge adulte et de vieillir sans fumer. La stratégie à l'intention des jeunes et des jeunes adultes devrait porter sur la prévention primaire de l'expérimentation, l'augmentation de la consommation de produits du tabac (incluant les cigarettes et la consommation des produits du tabac sans fumée), ainsi que l'abandon le plus tôt possible chez les jeunes et les jeunes adultes.

Les étapes de l'initiation peuvent comprendre certains des éléments suivants : une étape préparatoire de changement des attitudes et des croyances à l'égard du tabagisme, l'essai du tabac, l'expérimentation et la consommation régulière (2,3).

Le contexte ontarien

Les éléments ci-après fournissent un résumé de la prévalence du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes ontariens ainsi qu'une description des activités de prévention mises en œuvre dans le cadre de la stratégie Ontario sans fumée (OSF).

Tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes

La prévalence du tabagisme chez les jeunes a diminué au cours de la dernière décennie (figure 5.1). Toutefois, les jeunes et les jeunes adultes continuent d'expérimenter, de fumer occasionnellement et de devenir des fumeurs réguliers⁹ (4). De plus, environ un tiers des adolescents non-fumeurs en Ontario âgés de 11 à 15 ans étaient prédisposés à l'adoption du tabagisme en 2005-2006. Les données de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ) indiquent que 35 % des personnes âgées de 11 à 13 ans et 31 % des personnes de 14 et 15 ans n'ayant jamais fumé étaient considérées prédisposées au tabagisme (analyse non publiée préparée par le Centre

9 Consulter l'annexe A – Glossaire et acronymes pour obtenir les définitions des catégories de tabagisme.

pour l'avancement de la santé des populations (Propel). Ces élèves n'avaient jamais essayé de fumer, mais avaient l'intention de le faire à l'avenir, de fumer une cigarette au cours de la prochaine année ou d'accepter une cigarette si un de leurs meilleurs amis leur en offrait une. Ces taux élevés de prédisposition au tabagisme chez les jeunes sont inquiétants, car les recherches indiquent que les personnes

n'ayant jamais fumé qui sont prédisposées au tabagisme présentent un risque beaucoup plus élevé de devenir fumeurs à l'avenir (5).

La prévalence du tabagisme et la quantité de cigarettes fumées augmentent avec l'âge chez les jeunes et les jeunes adultes, atteignant un sommet entre 20 et 24 ans (voir le tableau 5.1). En Ontario, 5 % des jeunes de 14 et 15 ans

Le contexte ontarien

Tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes

FIGURE 5.1 : Consommation de cigarettes au cours de la dernière année, 1977-2009 (7^e, 9^e et 11^e années seulement)



Source : Adapté de Drug Use Among Ontario Students 1977 – 2009, 2010 (6).

Le contexte ontarien

Tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes

étaient des fumeurs actuels en 2006, par rapport à 25 % des jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans et 19 % des jeunes adultes âgés de 25 à 29 ans. Une étude réalisée en 2005 a révélé que les fumeurs actuels et les ex-fumeurs ont essayé leur première cigarette en moyenne à 14,8 ans, mais que 19 % ont fumé leur première cigarette après l'âge de 18 ans (1). Les fumeurs quotidiens étaient moins susceptibles d'essayer leur première cigarette après l'âge de 18 ans par rapport aux fumeurs occasionnels, et il n'y avait pas de différence dans l'âge d'initiation selon le sexe chez les jeunes adultes fumeurs (1).

Tandis que 5 % des jeunes de 14 et 15 ans étaient des fumeurs actuels, 16 % étaient considérés être des fumeurs expérimentaux en 2006. À l'opposé, 25 % des jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans et 19 % des jeunes adultes âgés de 25 à 29 ans étaient des fumeurs actuels par rapport à 21 % des jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans et 18 % des jeunes adultes âgés de 25 à 29 ans qui étaient

catégorisés comme des fumeurs expérimentaux ou ayant pris quelques bouffées.

Dans la comparaison des taux de tabagisme dans les enquêtes, il est important de tenir compte des définitions utilisées dans la production de mesures de prévalence. L'ETJ et l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) signalent des taux fondés sur les définitions utilisées dans les enquêtes à l'intention des adultes. Par exemple, un fumeur « actuel » est une personne qui a fumé 100 cigarettes dans sa vie et qui a fumé dans les 30 derniers jours. Dans le Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario (SCDSEO), le taux par défaut est avoir « fumé au cours de la dernière année », ce qui entraînera des taux généralement plus élevés que ceux de l'ETJ ou de l'ESUTC. Le tableau 5.1 fournit les estimations de l'ETJ et de l'ESUTC. La figure 5.1 indique des données du Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario par années scolaire et civile.

TABLEAU 5.1 : Catégories de tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes, par groupe d'âge, Ontario et Canada à l'exception de l'Ontario 2006 et 2008

| | 11 à 13 ans (ETJ, 2006) | | 14 et 15 ans (ETJ, 2006) | | 15 et 16 ans (ESUTC, 2008) | | 17 à 19 ans (ESUTC, 2008) | | 20 à 24 ans (ESUTC, 2008) | | 25 à 29 ans (ESUTC, 2008) | |
|---|----------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|------------------------------|-------------|------------------------------|-------------|------------------------------|-------------|
| | Pop. estim. | % | Pop. estim. | % | Pop. estim. | % | Pop. estim. | % | Pop. estim. | % | Pop. estim. | % |
| Fumeurs actuels | N.P. | N.P. | 17 139 | 5,2 | N.P. | N.P. | 63 302 | 12,8 | 220 026 | 25,0 | 163 098 | 18,7 |
| | 61 467 | 0,9 | 32 701 | 6,5 | 34 578 | 6,5 | 134 783 | 16,9 | 344 002 | 25,0 | 333 798 | 23,4 |
| Fumeurs expérimentaux et ayant pris quelques bouffées | 33 692 | 7,1 | 52 152 | 15,8 | N.P. | N.P. | 79 702 | 16,1 | 182 740 | 20,7 | 156 677 | 18,0 |
| | 80 202 | 11,4 | 114 917 | 22,8 | 65 726 | 12,3 | 132 146 | 16,6 | 259 236 | 18,8 | 269 122 | 18,9 |
| Prédisposés | 151 363 | 35,0 | 73 664 | 30,8 | S.O. | S.O. | S.O. | S.O. | S.O. | S.O. | S.O. | S.O. |
| | 184 579 | 31,2 | 107 788 | 34,9 | S.O. | S.O. | S.O. | S.O. | S.O. | S.O. | S.O. | S.O. |

Source: ESUTC et ETJ, 2006 à 2008, analyse non publiée préparée par le Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel (Ahmed, R.) pour ce rapport, 2010

Note: Values in bold text are for Ontario, values in plain text are for Canada excluding Ontario

N.P. – Non publiable en raison de la variation d'échantillonnage

ETJ – Enquête sur le tabagisme chez les jeunes

S.O. – Sans objet, les questions relatives à la prédisposition n'ayant pas été posées.

ESUTC – Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada

Les taux de prévalence du tabagisme et de prédisposition au tabagisme en Ontario ont tendance à être plus faibles que ceux chez les jeunes et les jeunes adultes du reste du Canada (consulter le tableau 5.2).

Stratégie Ontario sans fumée (OSF)

La stratégie Ontario sans fumée (OSF) est une stratégie de lutte globale contre le tabagisme et vise en partie à empêcher les enfants et les jeunes de commencer à fumer. En plus des initiatives de protection et d'abandon qui ont une influence sur le comportement à l'égard de la consommation de tabac des jeunes, des politiques, des programmes et des interventions médiatiques ont été mis en œuvre. Les sections suivantes indiquent plusieurs des initiatives mises en œuvre par la stratégie.

Politique – Législation et mise en application

La *Loi favorisant un Ontario sans fumée* (LFOSF) (2006) inclut de nombreuses dispositions visant à protéger les jeunes de l'initiation au tabagisme. En particulier, la loi interdit la vente de tabac aux personnes de moins de 19 ans et exige que les détaillants demandent une carte d'identité à tous ceux qui achètent des produits du tabac qui semblent avoir moins de 25 ans. Une interdiction totale de promotion et d'affichage aux points de vente est entrée en vigueur en mai 2008.

Programmes et médias

Des fonds ont été alloués pour des programmes scolaires et communautaires de prévention du tabagisme, des programmes de lutte contre le tabagisme dans les universités et les collèges ainsi que des interventions médiatiques. Parmi les interventions, on retrouvait les Youth Action Alliances (YAA), le Youth Advocacy Training Institute (YATI), le programme de subvention aux écoles secondaires, Des poumons pour la vie (programme scolaire de sensibilisation à la lutte contre le tabagisme destiné aux élèves de la maternelle à la 12^e année) et Cheminer sans fumer (une initiative de lutte globale contre le tabagisme

adaptée à l'âge pour les jeunes adultes des campus postsecondaires). Stupide.ca consiste en une campagne médiatique de masse à plusieurs volets conçue par des jeunes et comprend un site Web interactif. La mise en œuvre de Stupide.ca a été accompagnée de publicités, de cadeaux promotionnels, de trousseaux à outils et de la participation des YAA.

Les mesures de réduction budgétaire ont engendré d'importantes compressions dans les initiatives de prévention axées sur les jeunes en 2009-2010. En plus du renouvellement d'une stratégie de lutte globale contre le tabagisme pour l'Ontario, le ministère de la Promotion de la santé et du Sport explore actuellement l'option de réinvestir dans des stratégies de participation des jeunes dans une variété d'initiatives de promotion de la santé.

Prévention du tabagisme – Domaines d'intervention

La prévention et la lutte contre le tabagisme sont plus efficaces lorsqu'elles sont mises en œuvre dans le cadre d'une stratégie globale (7-9) (consulter le chapitre 2). Par exemple, les prix élevés du tabac (consulter le chapitre 4) et les lois contre le tabagisme (consulter le chapitre 6) visant à protéger les jeunes et les jeunes adultes de l'exposition contribueront également à prévenir l'initiation au tabagisme (figure 2.2). Les sections ci-dessous présentent des données probantes permettant d'orienter les mesures relatives à la prévention de l'adoption et de la progression du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes.

- Marketing médiatique et social
- Tabagisme dans les films
- Application de politiques efficaces
- Programmes et politiques d'intervention harmonisés et coordonnés
- Interventions ciblées pour les populations de jeunes et de jeunes adultes à risque élevé

Le contexte ontarien

Tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes

Stratégie Ontario sans fumée (OSF)

Politique – Législation et mise en application

Programmes et médias

Prévention du tabagisme – Domaines d'intervention

Prévention du tabagisme – Domaines d'intervention

Marketing médiatique et social

- Évaluation et surveillance
- Accès à la vente au détail et conformité
- Abandon du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes

Les modèles logiques (consulter l'annexe B) décrivent les interactions et les contributions d'intervention possibles pour atteindre l'objectif de prévention et l'objectif principal de lutte globale contre le tabagisme (LTA) en Ontario.



Marketing médiatique et social

Données probantes permettant d'orienter les mesures

Des campagnes médiatiques peuvent constituer une stratégie efficace de prévention du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes (10-13). Les initiatives médiatiques de masse peuvent être plus efficaces lorsqu'elles sont combinées avec d'autres éléments

d'une stratégie globale de lutte contre le tabagisme (13) et peuvent être compromises par les campagnes de publicité et les activités de marketing du tabac (14). Par exemple, les études qui ont comparé les campagnes médiatiques combinées à une intervention scolaire aux interventions scolaires seules ou à aucune intervention ont toutes révélé des répercussions, sauf une (13).

Des données probantes des États-Unis indiquent l'ampleur de l'efficacité des campagnes médiatiques en ce qui a trait à la diminution de la prévalence du tabagisme. Pendant les deux premières années de la campagne « truth » (vérité) de la Floride, la consommation actuelle de cigarettes a diminué de 40 % (passant de 19 % à 11 %) chez les élèves des écoles intermédiaires et de 18 % (passant de 27 % à 23 %) chez les élèves des écoles secondaires (15-17). Une évaluation plus poussée a conclu que la campagne a été associée à d'importantes baisses du tabagisme chez les jeunes et a accéléré les diminutions récentes de la prévalence du tabagisme chez les jeunes (11). Après avoir examiné les efforts des médias visant à promouvoir la non-consommation des produits du tabac et les travaux de méta-analyse publiés antérieurement, Slater a estimé les répercussions des interventions des médias sur les taux de tabagisme chez les jeunes et a laissé entendre que la prévalence absolue du tabagisme chez les jeunes Américains était probablement plus faible d'environ 2 points de pourcentage qu'elle le serait en l'absence de campagnes médiatiques (p. ex., la prévalence du tabagisme est passée de 20 % à 18 %). En outre, il prévoit que si les efforts des campagnes médiatiques se terminaient et que leurs effets cumulatifs se dissipaient, on pourrait s'attendre à ce que la prévalence du tabagisme dans chaque cohorte suivante augmente (18).

Les campagnes médiatiques ne sont pas toutes efficaces pour réduire le tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes. La mise sur pied d'interventions précises nécessite une recherche rigoureuse, une mise à l'épreuve et une évaluation périodiques ainsi qu'une indépendance des pressions politiques (19). Les campagnes de marketing médiatique et social nécessitent un ciblage approprié des diverses audiences de jeunes et de jeunes adultes et devraient utiliser à la fois les canaux traditionnels et non traditionnels (20,21). Finalement, les campagnes devraient être financées de façon continue en tant que composante permanente d'une stratégie visant à réduire le tabagisme (7,18).

Le contexte ontarien

Les répercussions des stratégies médiatiques sur le comportement des jeunes et des jeunes adultes mises en œuvre en vertu de la campagne Ontario sans fumée sont mal comprises. Par exemple, les données d'évaluation de la campagne Stupide.ca ne sont pas encore accessibles au public et l'évaluation des interventions effectuées par la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario ne ciblaient ou n'étudiaient pas les répercussions sur les jeunes (22).

Recommandation

Marketing social et les médias

[5.1] Mettre en œuvre des stratégies de marketing médiatique et social par voie des médias traditionnels et non traditionnels (p. ex., les canaux médiatiques viraux et interactifs) qui dénormalisent l'industrie du tabac, mettent en lumière le caractère socialement inacceptable du tabagisme, identifient les ressources dont disposent les jeunes et les jeunes adultes qui souhaitent cesser de fumer et les encouragent à ne pas fumer.

Prévention du tabagisme – Domaines d'intervention

Marketing médiatique et social

Interventions visant à lutter contre le tabagisme dans les films et les jeux vidéo

Interventions visant à lutter contre le tabagisme dans les films et les jeux vidéo

Données probantes permettant d'orienter les mesures

Les images liées au tabagisme dans les films sont omniprésentes et les jeunes y sont beaucoup exposés. Entre 1996 et 2006, des images liées au tabagisme étaient présentées dans plus des trois quarts des films pour les jeunes et pour les adultes réalisés aux États-Unis (23). Les estimations de l'exposition — fondées sur la composition selon l'âge du public américain (par cote d'écoute), les recettes (revenus bruts de la vente de



Prévention du tabagisme – Domaines d'intervention

Interventions visant à lutter contre le tabagisme dans les films et les jeux vidéo

billets par film) et l'incidence des images liées au tabagisme (par film) pendant la même période — laissent supposer que les téléspectateurs âgés de 12 à 17 ans ont été exposés à 20 % des 45 milliards d'images relatives au tabac qui sont estimées être émises par les films dans les cinémas canadiens et américains (24). Ces quantités sont près de quatre fois supérieures par personne à celles relatives aux enfants de 6 à 11 ans et représentent 18 % de plus d'images relatives au tabac que celles auxquelles les téléspectateurs de 18 à 35 ans sont soumis (24).

Des recherches approfondies sur les effets du tabagisme et d'autres représentations du tabac dans les films font ressortir une relation entre le tabagisme dans les films et l'initiation des jeunes au tabac. Deux examens récents confirment les risques associés au tabagisme dans les films. Un examen de l'Institute of Medicine (18) a conclu que l'exposition aux images liées au tabagisme augmente le risque d'initiation au tabagisme et une étude du National Cancer Institute des États-Unis a trouvé suffisamment de preuves dans un examen d'études transversales, longitudinales et expérimentales pour conclure qu'il existe un lien de causalité entre l'exposition aux représentations du tabagisme dans les films et l'initiation des jeunes au tabagisme. Cela inclut une relation dose-effet entre l'exposition au tabagisme à l'écran et l'initiation des jeunes au tabagisme (13).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (24) et l'Institute of Medicine (18) des États-Unis recommandent l'adoption de politiques visant à réduire les images liées au tabagisme dans les films, notamment des cotes d'écoute pour adultes obligatoires pour les films qui contiennent des images liées au tabagisme. En raison de la relation dose-effet signalée par l'étude du National Cancer Institute, la réduction du niveau d'exposition des jeunes devrait être un objectif principal. Les jeunes sont principalement exposés aux images liées au tabagisme dans des films qui leur sont destinés et dans lesquels on voit des gens fumer.

Comme moins d'enfants et d'adolescents regardent des films pour adultes, les cotes d'écoute officielles destinées à indiquer l'âge auquel les films sont appropriés constitueraient un moyen efficace pour réduire l'exposition sans faire obstacle au contenu du film (24).

L'OMS (24) recommande également l'ajout de fortes publicités contre le tabagisme avant les films qui contiennent des images liées au tabagisme dans un effort visant à immuniser les jeunes adolescents et ceux plus âgés contre les répercussions de la promotion de l'exposition à des images reliées au tabagisme.

Le contexte ontarien

Des données récentes indiquent que les jeunes Ontariennes et Ontariens passent en moyenne 2,7 heures par jour à regarder la télévision ou des films, à jouer à des jeux vidéo ou à des jeux informatiques, à naviguer sur Internet, à utiliser la messagerie instantanée ou à parler au téléphone (25). Mis à part quelques exceptions, tous les films distribués ou présentés en Ontario sont classés par la Commission de contrôle cinématographique de l'Ontario (CCCO). La CCCO reçoit son mandat de la *Loi de 2005 sur le classement des films* et a pour but de « classer les films afin de donner aux membres du public suffisamment d'information pour leur permettre de faire des choix éclairés pour eux-mêmes et leurs enfants » (26). Comme susmentionné, des données probantes incontestables démontrent que l'exposition aux images liées au tabagisme dans les films est susceptible de causer un préjudice. Des modifications aux processus d'attribution des cotes d'écoute sont nécessaires pour minimiser le préjudice potentiel et permettre aux Ontariennes et aux Ontariens de faire des choix plus éclairés.

La relation entre les images liées au tabagisme dans les jeux vidéo et le comportement des jeunes vis-à-vis du tabagisme n'est pas clairement établie. Cependant, le lien important relatif aux films laisse supposer que l'exposition au tabagisme dans les jeux vidéo peut également présenter un risque pour les jeunes et les jeunes adultes. En Ontario, les jeux vidéo et les jeux informatiques sont assujettis à un système de classement volontaire. La mission de l'Entertainment Software Rating Board est de « permettre aux consommateurs, particulièrement aux parents, de prendre des décisions éclairées à propos des jeux vidéo et des jeux informatiques qu'ils choisissent pour leur famille grâce à l'attribution de cotes d'écoute liées à l'âge et au contenu, et d'obliger l'industrie des jeux vidéo et des jeux informatiques à être responsable de bonnes pratiques de marketing » [traduction] (27). Le système de cotes d'écoute adhère à la philosophie selon laquelle il doit informer et suggérer plutôt qu'interdire. À ce titre, la présentation d'images liées au tabagisme devrait servir de fondement pour l'attribution de cotes d'écoute pour adultes.

Recommandations

Films et jeux vidéo

- [5.2] Exiger l'attribution de cotes d'écoute pour adultes aux films (18 ans) et aux jeux vidéo (Adultes) faisant référence en images au tabac.
- [5.3] Exiger que des messages publicitaires visant à dénormaliser les fabricants de tabac et à modifier les normes sociales liées aux produits du tabac et à leur utilisation précèdent le visionnement de films et de jeux vidéo qui les mettent en images, et que des mises en garde soient apposées sur les emballages des films et des jeux vidéo.

Application de politiques efficaces

Données probantes permettant d'orienter les mesures

L'application de politiques efficaces est un élément essentiel d'un programme de lutte globale contre le tabagisme. Les politiques d'intervention en matière de tabagisme influencent le milieu dans le but ultime de prévenir l'initiation des jeunes au tabagisme. Comme d'autres sections de ce rapport le décrivent, les stratégies peuvent comprendre l'élévation des prix des produits du tabac, des restrictions relatives aux points de vente et à l'accès, des interdictions sur la promotion et la publicité et des lois contre le tabagisme. En particulier, les milieux scolaires et communautaires jouent un rôle important quant à l'influence qu'ils exercent sur le comportement des jeunes. Toutefois, les politiques scolaires à elles seules ne suffisent pas à prévenir l'initiation au tabagisme ou la consommation de produits du tabac (28-32).

Plusieurs études récentes ont examiné les facteurs associés aux milieux scolaires et communautaires qui influencent les comportements des élèves par rapport au tabagisme. Les élèves étaient moins enclins à fumer s'ils fréquentaient une école qui comportait une interdiction stricte relative à la politique en matière de tabagisme (29,31) et s'ils considéraient que les politiques contre le tabagisme étaient bien appliquées (29,30). La perception des élèves selon laquelle l'école comptait un nombre élevé de fumeurs était aussi un bon indicateur de prévalence du tabagisme (29,30). Ces données laissent entendre l'importance de la réduction de la visibilité du tabagisme dans les écoles par l'application de politiques contre le tabagisme et la mise en œuvre d'interventions visant l'abandon du tabac en maîtrisant la prévalence du tabagisme au niveau des comportements. D'autres données probantes soulignent l'importance d'aborder l'influence des pairs et des membres de la famille qui fument et d'associer des programmes

Prévention du tabagisme – Domaines d'intervention

Interventions visant à lutter contre le tabagisme dans les films et les jeux vidéo

Application de politiques efficaces

Prévention du tabagisme – Domaines d'intervention

Application de politiques efficaces

Programmes et politiques d'intervention harmonisés et coordonnés

complets au contexte plus vaste d'autres interventions communautaires et en matière de politiques (33).

Des données probantes indiquent également que les campus des collèges et des universités influent sur le comportement des étudiants à l'égard du tabagisme (34). Une étude a révélé que la sensibilisation des étudiants aux politiques interdisant de fumer sur le campus a été perçue comme un obstacle au tabagisme et un élément facilitant l'abandon (35). Un sondage réalisé auprès de 30 collèges et universités a révélé que la prévalence du tabagisme était plus élevée chez les étudiants qui vivaient dans des endroits sur le campus où le règlement pouvait ne pas être appliqué, comme les maisons de clubs d'étudiantes et d'étudiants et les logements situés à l'extérieur du campus (36). Les politiques contre le tabagisme et les restrictions sur les campus des collèges et des universités semblent être acceptées par les fumeurs et les non-fumeurs (37) et peuvent jouer un rôle important dans la prévention de l'initiation et de la progression du tabagisme chez les étudiants des collèges et des universités (38).

Peu de recherches ont été effectuées sur les comportements et l'influence des politiques et des programmes sur les jeunes et les jeunes adultes en milieu de travail ou dans les collectivités en dehors des milieux scolaires. Cependant, une compréhension de l'influence des politiques sur les élèves décrite ci-dessus constitue un soutien à l'importance des politiques ciblant les jeunes et les jeunes adultes dans tous les milieux.

Le contexte ontarien

En Ontario, le tabagisme est interdit dans les écoles depuis 1994. Toutefois, des conclusions de l'Enquête de 2006-2007 sur le tabagisme chez les jeunes laissent supposer que les élèves ne sont pas au courant de la politique ou que la loi peut ne pas être appliquée de façon rigoureuse à leur école. Le cinquième

des élèves répondants de l'Ontario ne connaissait pas les règles relatives au tabagisme à l'école et 8 % croyait qu'il était permis de fumer dans certaines zones. Le quart (25 %) des élèves qui connaissaient les règles sur le tabagisme à leur école avait l'impression qu'elles n'étaient pas respectées (39).

Cheminer sans fumer appuie les collèges et les universités en Ontario dans la mise en œuvre de politiques contre le tabagisme plus rigoureuses sur les campus. En 2008-2009, le programme a aidé six collèges et huit universités à améliorer les politiques contre le tabagisme sur leur campus, notamment en ce qui a trait à l'interdiction de la vente de tabac, à l'amélioration de l'application de la politique et au déplacement des cendriers extérieurs à dix mètres des bâtiments (40). Malgré la mise en œuvre de telles interventions, les données relatives à la surveillance et au suivi ne sont pas disponibles pour comprendre l'ensemble des répercussions sur la prévention de l'initiation au tabagisme et de sa progression.

Recommandation

Application des politiques

[5.4] Élaborer, mettre en œuvre et appliquer des politiques de lutte globale contre le tabagisme dans tous les milieux (p. ex., les écoles, les collèges, les universités et les collectivités).

Programmes et politiques d'intervention harmonisés et coordonnés

Données probantes permettant d'orienter les mesures

Les programmes de lutte contre le tabagisme ne sont pas indépendants, mais fonctionnent de façon synergique et se renforcent mutuellement en ce qui concerne la réduction du tabagisme chez les jeunes et les jeunes

adultes. Un effort soutenu à l'échelle de la collectivité ayant recours à divers canaux d'influence sera probablement plus efficace dans la prévention du tabagisme **(10)**.

Les données probantes présentées précédemment dans le chapitre soulignent la nécessité de coordonner les programmes d'abandon et de prévention du tabagisme à d'autres activités. Par exemple, les campagnes médiatiques de masse visant l'incitation à l'abandon du tabac sont plus efficaces lorsqu'elles sont combinées avec la mise en œuvre de programmes scolaires et communautaires **(13)**. Parallèlement, l'existence seule d'une politique scolaire n'est pas suffisante pour avoir une incidence sur le comportement lié au tabagisme **(29-31)**. Les interventions accessibles et effectuées dans le milieu scolaire ne sont pas suffisantes pour favoriser l'abandon. Les interventions mises en œuvre dans un milieu scolaire négligent les jeunes et les jeunes adultes qui sont sans emploi ou qui travaillent, et des études indiquent que les jeunes et les jeunes adultes qui fument veulent bénéficier de possibilités d'arrêter dans plusieurs milieux avec l'aide de professionnels **(41,42)**.

Il est nécessaire de mettre en place un système d'initiatives coordonnées conçu pour prévenir le tabagisme et en soutenir l'arrêt chez les jeunes et les jeunes adultes.

Le contexte ontarien

Certains programmes ont été harmonisés par les Youth Action Alliances, le Youth Advocacy Training Institute, le programme de subventions des écoles secondaires et des programmes du bureau de santé publique. Cependant, d'importantes compressions ont été effectuées en 2009-2010, ce qui a eu une incidence sur le niveau d'harmonisation et d'intégration possible.

Des exemples récents fournissent des preuves de l'harmonisation effectuée en Ontario.

■ Le projet Jeunesse sans fumée exposé est un programme de prévention contre le tabagisme à volets multiples établi dans les écoles secondaires de l'ensemble de la ville d'Ottawa. Le programme combine les médias de masse, le développement du leadership et la mobilisation des jeunes, le programme d'apprentissage, l'action communautaire et scolaire, le soutien à l'abandon du tabac pour les jeunes, la promotion et l'application des lois et l'évaluation dans un effort visant à prévenir l'initiation et l'accoutumance au tabac. Une évaluation exhaustive a démontré que le projet était associé aux changements de comportement et d'attitude envers le tabagisme. Entre 2002 et 2005, la prévalence actuelle du tabagisme chez les personnes qui avaient fumé au cours des 30 derniers jours avait diminué de façon importante, passant de 20 % à 16 % **(43)**.

■ Les coalitions régionales de la jeunesse et les réseaux régionaux pour la lutte au tabagisme (RRLT) ont appuyé la préparation du projet de loi C-32 interdisant l'utilisation d'aromatation par l'industrie du tabac et y ont contribué en mettant en place des ateliers et des campagnes de sensibilisation du public visant à susciter l'appui à ce projet de loi **(44)**. Les jeunes et les groupes de jeunes ont communiqué avec leurs députés afin de leur demander leur appui, ont défendu cette question dans les médias et se sont présentés devant le Comité permanent de la santé relativement à cette question. Le 8 octobre 2009, le projet de loi C-32, interdisant l'aromatation du tabac, a reçu la sanction royale et cette loi a été promulguée le 1^{er} juillet 2010.

Prévention du tabagisme – Domaines d'intervention

Programmes et politiques d'intervention harmonisés et coordonnés

Interventions ciblées pour les populations de jeunes et de jeunes adultes à risque élevé

Recommandation

L'harmonisation des programmes

[5.5] Harmoniser les programmes d'abandon et de prévention du tabagisme dans les écoles, les collèges, les universités et les collectivités avec les autres activités (p. ex., le marketing médiatique et social, les interventions en matière de politiques) dans le cadre de la stratégie provinciale de lutte contre le tabagisme.

Interventions ciblées pour les populations de jeunes et de jeunes adultes à risque élevé

Données probantes permettant d'orienter les mesures

Les caractéristiques environnementales, les variables scolaires et communautaires ainsi que les perceptions des élèves contribuent à la variabilité des comportements des élèves vis-à-vis du tabagisme et des risques de fumer à l'avenir (c.-à-d. la prédisposition) (29,33,45-49). Le milieu social et physique, y compris les déterminants sociaux de la santé et les comportements des autres, ont une influence sur le risque. Les écoles à risque élevé incluent celles où les taux de tabagisme sont élevés chez les élèves de niveau supérieur (50). Les données probantes démontrent que les interventions ciblant les milieux scolaires qui placent les élèves dans une position à risque élevé d'adoption et de progression du tabagisme peuvent être efficaces. Même si des recherches soutiennent que les programmes scolaires de prévention ne sont pas efficaces (51,52), des données probantes démontrent que les programmes scolaires peuvent l'être (53,54) et qu'ils le sont davantage lorsqu'ils sont mis en œuvre dans des contextes où les risques sont élevés (46,50,55). En 1999, Cameron et ses

collaborateurs ont conclu qu'il pourrait être inutile de mettre en place des interventions intensives dans les écoles présentant de faibles risques. En revanche, l'offre de programmes intensifs dans les écoles présentant des risques élevés pourrait apporter des avantages considérables (50). L'efficacité des programmes scolaires varie en fonction des caractéristiques du programme et d'autres conditions, comme la prévalence, les politiques et le milieu (55). Les programmes scolaires soigneusement ciblés peuvent avoir une valeur inestimable dans le cadre d'une démarche globale de réduction du tabagisme.

Les politiques et les programmes de prévention efficaces doivent être mis en œuvre où ils sont le plus susceptibles d'être efficaces. La mise en œuvre nécessite tout d'abord de déterminer (p. ex., évaluation des besoins) les écoles, les collèges, les universités et les milieux où les jeunes et les jeunes adultes présentent un risque plus élevé. Cela requiert des données de surveillance longitudinales des comportements des jeunes vis-à-vis du tabagisme à l'école et dans la collectivité, mais également des politiques et des programmes scolaires adaptés au milieu. La prévention appropriée et les interventions convenables visant l'abandon du tabac doivent être mises en place dans les contextes à risque élevé.

L'efficacité des programmes de prévention offerts dans les collèges et les universités et en milieu de travail n'a pas été étudiée de façon approfondie. Une évaluation est essentielle pour comprendre les mécanismes d'intervention qui fonctionnent pour les divers groupes d'élèves, d'écoles et de collectivités, et à quelles conditions.

Le contexte ontarien

L'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes fournit un échantillon représentatif de caractéristiques relatives aux élèves et aux écoles pour permettre l'élaboration de profils de risque et la détermination des écoles

présentant un risque élevé. Les données peuvent être utilisées à la fois pour relever les caractéristiques des écoles à risque élevé et les localiser dans l'échantillon. Une compréhension de ces caractéristiques permet de cibler les interventions dans l'ensemble de l'Ontario.

On ne retrouve pas de données semblables pour déterminer les milieux présentant un risque élevé pour les jeunes adultes qui fréquentent un collège ou une université ou ceux qui ne fréquentent pas d'établissement d'enseignement.

Le gouvernement de l'Ontario, au moyen des programmes d'apprentissage des écoles primaires et secondaires et des Normes de santé publique de l'Ontario, entre autres, s'est engagé à promouvoir une vie saine et un mode de vie actif. Même si la prévention et les programmes d'abandon ciblés ne sont peut-être pas essentiels dans tous les milieux, l'éducation sanitaire globale devrait inclure, au minimum, des renseignements fondamentaux sur le tabac. En plus des exigences du programme en éducation physique et santé, l'information et les questions sur la lutte contre le tabagisme peuvent être intégrées dans d'autres volets du programme, notamment l'anglais, les mathématiques, les sciences, les affaires et le commerce, les médias, l'éducation à la citoyenneté et le droit (56).

Recommandation

Adolescents et jeunes adultes à risques

[5.6] Cibler les interventions du programme sur les écoles, les collèges, les universités et les milieux de travail où les jeunes et les jeunes adultes courent le risque le plus élevé de fumer.

Évaluation et surveillance

Données probantes permettant d'orienter les mesures

Les données probantes présentées précédemment dans ce chapitre soulignent l'importance de la compréhension du contexte des écoles et des collectivités pour cibler les interventions là où elles sont le plus susceptibles d'avoir des répercussions, ainsi que pour trouver de nouvelles interventions qui réduisent efficacement l'adoption et la progression du tabagisme. Actuellement, cependant, il n'existe pas de système conçu et intégré adéquatement en Ontario qui puisse : a) déterminer les milieux présentant un risque élevé où les jeunes et les jeunes adultes sont très vulnérables au tabagisme; b) déterminer quels programmes ou politiques de lutte contre le tabagisme dans les écoles, les collèges, les universités ou les collectivités existent ou ont été mis en œuvre; c) mesurer les répercussions de ces initiatives sur le comportement des jeunes et des jeunes adultes à l'égard du tabagisme; d) permettre la planification et l'orientation de la mise en œuvre d'initiatives dans des contextes où elles sont plus susceptibles de fonctionner et e) documenter les apprentissages tirés de l'expérience de la mise en œuvre et améliorer les interventions de façon continue. La surveillance et les systèmes d'évaluation peuvent aider à mieux comprendre comment les caractéristiques des écoles ou des collectivités contribuent à la planification et à la mise en place des efforts de prévention et des programmes de soutien, en plus d'être recommandés par les CDC en tant que pratique exemplaire en matière de LGT (7).

Le concept de système d'apprentissage doté de mécanismes visant à apprendre continuellement et appliquer les notions apprises n'est pas nouveau, mais l'application réussie dans tous les systèmes est relativement nouvelle (57). Bien qu'il soit en quelque sorte

Prévention du tabagisme – Domaines d'intervention

Interventions ciblées pour les populations de jeunes et de jeunes adultes à risque élevé

Évaluation et surveillance

Prévention du tabagisme – Domaines d'intervention

Évaluation et surveillance

limité en raison de la collecte des données transversales, un modèle de système d'apprentissage de cet ordre existe actuellement et est utilisé à l'échelle nationale par Santé Canada et dans trois provinces. Le Système d'intervention, de planification et d'évaluation de la santé dans les écoles (SIPÉSÉ) est un système de collecte de données scolaire conçu pour appuyer la planification en matière de santé publique fondée sur des données probantes, soutenir l'étude sur le terrain en matière de santé publique et renforcer les efforts d'évaluation en matière de santé publique (58-60). Le SIPÉSÉ a été conçu afin de favoriser l'apprentissage à partir d'« expériences naturelles » dans le cadre de politiques et de programmes novateurs menés par les collectivités et de recueillir des données provenant d'écoles primaires ou secondaires sur des sujets tels que le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues, l'alimentation et l'activité physique. Le module du SIPÉSÉ portant sur le tabagisme est utilisé actuellement par Santé Canada pour mesurer et comprendre le comportement des jeunes

à l'égard du tabagisme dans l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes effectuée tous les deux ans. Dans la vague de 2010-2011, la collecte de données sera élargie pour recueillir de l'information sur d'autres comportements en matière de santé. Au Manitoba, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince Édouard, les écoles et les collectivités utilisent ce système pour réaliser les améliorations exigées en ce qui concerne la santé des jeunes (57). L'analyse des données du SIPÉSÉ permet d'établir les caractéristiques qui qualifient une école comme présentant un risque élevé et permet aux parties prenantes de mettre en œuvre des interventions comportant des caractéristiques similaires. La collecte de données longitudinales dans un échantillon d'écoles permet une compréhension au fil du temps.

Actuellement, peu de recherches portent sur les interventions efficaces en matière de prévention et d'abandon du tabac destinées aux jeunes adultes (34). En plus des avantages réalisés en ce qui a trait aux interventions en matière de planification, de mise en œuvre et d'évaluation pour les jeunes, un système d'apprentissage produira les renseignements nécessaires pour intervenir plus efficacement auprès des jeunes adultes (58). La mise en œuvre d'un système d'apprentissage global en Ontario pourrait servir à informer et orienter une stratégie de lutte contre le tabagisme à mesure qu'il évolue au fil du temps.

Le contexte ontarien

Les activités de surveillance en Ontario incluent les enquêtes de surveillance transversales biennales visant à recueillir des données sur les comportements des jeunes (Enquête sur le tabagisme chez les jeunes et Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario) et sur l'évaluation locale et provinciale de divers programmes. Cependant, il n'existe à l'heure actuelle aucun système comparable en place pour surveiller les comportements des étudiants des collèges



et des universités. De plus, les outils permettant de recueillir des données sur la population en ce qui concerne les jeunes adultes sur le marché du travail sont limités.¹⁰

Des systèmes d'apprentissage améliorés permettront une plus grande précision afin de déterminer les milieux présentant un risque élevé, d'habiliter les décideurs et les acteurs sociaux locaux, de permettre le partage des apprentissages sur l'évaluation des nouvelles initiatives dans l'ensemble des milieux et de contribuer à augmenter la capacité d'utiliser les conclusions de l'évaluation dans la planification, l'établissement de politiques et la gestion.

Recommandation

Évaluation et surveillance

[5.7] De plus, élaborer et mettre en œuvre un système intégré d'élaboration d'interventions, d'évaluation et de surveillance applicable à l'échelle de la province et à l'échelon local en vue :

- [a] de déterminer les milieux et les sous-groupes de population qui présentent des risques élevés;
- [b] d'orienter la mise en œuvre d'initiatives de prévention fondées sur des données probantes (programmes et politiques);
- [c] d'évaluer les répercussions des modifications des programmes et des politiques sur le comportement des jeunes et des jeunes adultes au fil du temps.

Accès à la vente au détail et conformité

Données probantes permettant d'orienter les mesures

Les répercussions des restrictions actuelles visant à restreindre l'accès des jeunes au tabac sur la prévalence du tabagisme peuvent être limitées par la facilité avec laquelle ils se procurent des cigarettes dans leur milieu social et auprès de certains détaillants (61-63). Étant donné que le taux de conformité peut être une mesure inexacte de la capacité des jeunes à acheter des cigarettes et que le seuil de conformité doit encore être déterminé pour réduire efficacement l'accès au tabac en raison des sources sociales de tabac, il est nécessaire de prendre en considération les protocoles actuels d'examen de la conformité (64).

Les indicateurs de la conformité des détaillants peuvent être plus précis en utilisant des protocoles de conformité révisés qui font appel à des jeunes fumeurs comme clients mystères. Ainsi, les clients mystères fumeurs se comportent d'une manière correspondant au comportement normal qu'ils adoptent lorsqu'ils essaient d'acheter des produits du tabac de façon illégale (65-67). Des données probantes laissent également supposer que les commis des commerces de détail peuvent modifier leur comportement (68) et avertir d'autres détaillants s'ils savent qu'un examen est en cours (69). À ce titre, il peut y avoir des avantages à effectuer tous les tests de conformité secrètement (64).

Les jeunes qui dépendent entièrement des sources sociales de produits du tabac ont tendance à fumer moins que ceux qui y ont accès auprès de détaillants (70) et l'intensité de la consommation de tabac peut être partiellement liée à un accès facile aux cigarettes (71). L'amélioration des protocoles

Prévention du tabagisme – Domaines d'intervention

Évaluation et surveillance

Accès à la vente au détail et conformité

10 Deux enquêtes nationales recueillent annuellement des données provenant d'échantillons de la population commençant à l'âge de 12 ans (ESCC) et de 15 ans (ESUTC). Bien qu'elles soient utiles, ces enquêtes présentent d'importantes limites concernant les objectifs du présent document (contenu sur le tabac limité dans l'ESCC et petite taille de l'échantillon de l'ESUTC).

Prévention du tabagisme – Domaines d'intervention

Accès à la vente au détail et conformité

Abandon du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes

limitera l'accès des jeunes au tabac par les détaillants, ce qui favorisera la réduction de l'accès à ces produits par les sources sociales.

Le contexte ontarien

Des données probantes laissent supposer que les protocoles d'examen actuels peuvent ne pas cerner la véritable proportion de fournisseurs en Ontario qui ne vendent pas de produits du tabac aux jeunes de moins de 19 ans. Des conclusions de l'évaluation indiquent que 90 % des fournisseurs en Ontario se conformaient à l'interdiction de vente aux jeunes et 78 % étaient conformes à l'exigence visant à demander une pièce d'identité (72). Cependant, parmi les jeunes fumeurs qui n'ont pas atteint l'âge légal, 41 % des fumeurs quotidiens et 36 % des fumeurs occasionnels signalent qu'ils ont accès aux cigarettes chez les détaillants (73). Les données d'évaluation des agents d'application de la législation contre le tabagisme (AALA) de l'Ontario appuient ces conclusions. Pendant les entrevues, la majorité des AALA ont convenu que le protocole de vérification de la conformité ne cernait pas efficacement la non-conformité des fournisseurs. Ils ont indiqué que le protocole n'était pas assez réaliste pour cerner la non-conformité des fournisseurs, car les clients mystères ne peuvent pas mentir à propos de leur âge, les commis ne les connaissent pas et parfois ils ne correspondent pas à l'origine culturelle de la région (74).

Abandon du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes

Données probantes permettant d'orienter les mesures

Les recherches antérieures sur les efforts d'abandon du tabagisme étaient principalement axées sur les adultes avec un accent sur les fumeurs quotidiens (75). Les interventions efficaces visant à permettre aux jeunes et aux jeunes adultes de cesser de fumer produisent des données probantes, bien que limitées. La majorité des jeunes et des jeunes adultes ont l'intention d'arrêter de fumer, mais de nombreux ne connaissent pas les outils de soutien à l'abandon du tabac ou ne s'y intéressent pas. De plus, des services et des interventions de professionnels de la santé ne sont pas souvent offerts aux jeunes et aux jeunes adultes qui fument (76,77).

Le contexte ontarien

Comme le décrit le chapitre 7 – Abandon, la proportion de jeunes fumeurs qui a essayé de cesser de fumer au cours des 12 derniers mois a diminué depuis 1999. Les raisons justifiant cette tendance ne sont pas claires. Cela pourrait être dû au fait que les jeunes ne se considèrent pas comme des fumeurs qui ont besoin d'aide ou qu'ils ont l'impression qu'il n'y a pas de services d'abandon offerts.

Un rapport de l'URTO a examiné la proportion dans laquelle le système d'abandon du tabagisme actuel de l'Ontario répond aux besoins des jeunes hommes fumeurs âgés de 19 à 29 ans (78). Les conclusions de l'évaluation laissent supposer que le système d'abandon actuel joint moins de 3 % des jeunes hommes fumeurs chaque année, et malgré leur désir de cesser de fumer, les jeunes hommes utilisent peu les services existants pour les aider à cesser de fumer ou réduire leur consommation.

Recommandation

Accès à la vente et conformité

[5.8] Mettre en œuvre des protocoles révisés et plus rigoureux (réalistes) en matière de conformité des détaillants de produits du tabac en ce qui a trait à la vente aux consommateurs qui n'ont pas atteint l'âge légal.

Un système d'abandon du tabagisme intégré et coordonné est nécessaire pour répondre aux besoins des jeunes et des jeunes adultes (consulter le chapitre 7 – *Abandon*); les systèmes d'apprentissage (recommandation 5.7 du CCS-SOSF) aideront à cerner les exigences en matière de soutien à l'abandon du tabagisme dans divers milieux scolaires et communautaires. Les services ciblés de la part des professionnels, notamment les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les travailleurs sociaux et les conseillers, sont nécessaires pour évaluer les jeunes et les jeunes adultes et les orienter vers des interventions appropriées visant l'abandon du tabac.

Recommandation

Évaluation de l'abandon du tabac et intervention

[5.9] S'assurer d'évaluer la situation en ce qui a trait au tabagisme et d'offrir des services d'abandon du tabac aux jeunes et aux jeunes adultes dans tous les milieux (p. ex., social, scolaire et soins de santé).

Prévention du tabagisme – Domaines d'intervention

Abandon du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes

Bibliographie

Bibliographie

- (1) Hammond, D., « Smoking behaviour among young adults: beyond youth prevention », *Tob. Control*, vol. 14, n° 3 (2005), p. 181.
- (2) Flay, B. « Youth tobacco use: risks, patterns, and control », dans Slade, J. et C.T. Orleans, éditeurs, *Nicotine addiction: principles and management*, New York, NY, Oxford University Press, 1993.
- (3) Mayhew, K.P., B.R. Flay et J.A. Mott, « Stages in the development of adolescent smoking », *Drug Alcohol Depend.*, n° 59, suppl. 1 (2000), pp. S61 à S81.
- (4) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Monitoring and Evaluation Series*, vol. 14/15, Toronto, Canada, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, série de rapports spéciaux de l'URTO, janv. 2010. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/15mr/15mr_no2.pdf.
- (5) Pierce, J.P., W.S. Choi, E.A. Gilpin, A.J. Farkas et R.K. Merritt, « Validation of susceptibility as a predictor of which adolescents take up smoking in the United States », *Health Psychol.*, vol. 15 (1996), pp. 355 à 361.
- (6) Paglia-Boak, A., R.E. Mann, E.M. Adlaf et J. Rehm, *Drug use among Ontario students 1977-2009: Detailed OSDUHS findings*, Toronto (Ontario), Centre de toxicomanie et de santé mentale, série de documents de recherche du Centre de toxicomanie et de santé mentale, n° 28, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/OSDUS/Highlights_DrugReport_2009OSDUHS_Final_Web.pdf.
- (7) Centers for Disease Control and Prevention, *Best practices for comprehensive tobacco control programs, 2007*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices.
- (8) U.S. Department of Health and Human Services, *Preventing tobacco use among young people – A report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 1994. Accessible à l'adresse : http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/C/F/T/_/nnbctf.pdf.
- (9) Committee on Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths, Institute of Medicine, *Growing up tobacco free: preventing nicotine addiction in children and youths*, Washington, DC, National Academy Press, 1994.
- (10) Wakefield, M. et F. Chaloupka, « Effectiveness of comprehensive tobacco control programmes in reducing teenage smoking in the USA », *Tob. Control*, vol. 9, n° 2 (2000), p. 177.
- (11) Farrelly, M.C., K.C. Davis, M.L. Haviland, P. Messeri et C.G. Heaton, « Evidence of a dose-response relationship between “truth” antismoking ads and youth smoking prevalence », *Am. J. Public Health*, vol. 95, n° 3 (mars 2005), pp. 425 à 431.
- (12) NIH State of the Science Panel, « National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Tobacco use: prevention, cessation, and control », *Ann. Intern. Med.*, vol. 145, n° 11 (2006), p. 839.
- (13) National Cancer Institute, « The role of the media in promoting and reducing tobacco use », *Health*, vol. 19 (2008), p. 684.
- (14) Wakefield, M., B. Flay, M. Nichter et G. Giovino, « Role of the media in influencing trajectories of youth smoking », *Addiction*, vol. 98, suppl. 1 (mai 2003), pp. 79 à 103.
- (15) Farrelly, M.C., J. Niederdeppe et J. Yarsevich, « Youth tobacco prevention mass media campaigns: past, present, and future directions », *Tob. Control*, vol. 12, suppl. 1 (juin 2003), pp. i35 à i47.
- (16) Farrelly, M.C., T.F. Pechacek et F.J. Chaloupka, « The impact of tobacco control program expenditures on aggregate cigarette sales: 1981-2000 », *J. Health Econ.*, vol. 22, n° 5 (sept. 2003), pp. 843 à 859.
- (17) Bauer, U.E., J.T.M. Ohnson, R.S. Hopkins et R.G. Brooks, « Changes in youth cigarette use and intentions following implementation of a tobacco control program: findings from the Florida Youth Tobacco Survey, 1998-2000 », *JAMA*, vol. 284, n° 6 (2000), pp. 723 à 728.
- (18) Institute of Medicine, *Ending the tobacco problem: A blueprint for the nation*, Washington, DC, National Academy Press, 2007.
- (19) Pechmann, C. et M. Slater, « Social marketing messages that may motivate irresponsible consumption behavior », dans *Inside Consumption: Consumer motives, goals and desires*, New York, NY, Routledge, 2005, pp. 185 à 207.
- (20) Warner, K.E., P.D. Jacobson et N.J. Kaufman, « Innovative approaches to youth tobacco control: introduction and overview », *Tob. Control*, vol. 12, suppl. 1 (juin 2003), pp. i1 à i15.

Bibliographie

- (21) National Institute for Health and Clinical Excellence, *NICE public health guidance 14: Mass-media point of sales measures to prevent the uptake of smoking by children and young people*, Londres, R.-U., National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH14fullguidance.pdf>.
- (22) Orendorff, K., *History of the Heart and Stroke Foundation of Ontario's anti-tobacco mass media campaigns*, Toronto (Ontario), Fondation des maladies du cœur de l'Ontario, 2010.
- (23) Polansky, J.R. et S.A. Glantz, *First-run smoking presentations in U.S. movies, 1999-2006*, San Francisco, CA, Center for Tobacco Control Research and Education, Université de Californie à San Francisco, 2007. Accessible à l'adresse : <http://escholarship.org/uc/item/67c514kh>.
- (24) Organisation mondiale de la santé, *Smoke-free movies: From evidence to action*, Genève, Suisse, WHO Press, Organisation mondiale de la santé, 2009. Accessible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597937_eng.pdf.
- (25) Leatherdale, S.T. et S.L. Wong, « Modifiable characteristics associated with sedentary behaviours among youth », *International Journal of Pediatric Obesity*, vol. 3, n° 2 (2008), pp. 93 À 101.
- (26) Commission de contrôle cinématographique de l'Ontario, *Page d'accueil de la Commission de contrôle cinématographique de l'Ontario*, 2010. Accessible à l'adresse : <http://www.ofrb.gov.on.ca/Francais/default.htm>. Consulté en mars 2010.
- (27) Entertainment Software Rating Board, *Entertainment Software Rating Board – homepage*, 2010. Consulté le 15 mars 2010.
- (28) Wakefield, M.A., F.J. Chaloupka, N.J. Kaufman, C.T. Orleans, D.C. Barker et E.E. Ruel, « Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study », *BMJ*, vol. 321, n° 7257 (5 août 2000), pp. 333 à 337.
- (29) Lovato, C.Y., C.M. Sabiston, V. Hadd, C.I.J. Nykiforuk et H.S. Campbell, « The impact of school smoking policies and student perceptions of enforcement on school smoking prevalence and location of smoking », *Health Educ. Res.*, vol. 22, n° 6 (déc. 2007), pp. 782 à 793.
- (30) Sabiston, C.M., C.Y. Lovato, R. Ahmed, A.W. Pullman, V. Hadd, H.S. Campbell et coll., « School smoking policy characteristics and individual perceptions of the school tobacco context: are they linked to students' smoking status? », *J. Youth Adolesc.*, vol. 38, n° 10 (nov. 2009), pp. 1374 à 1387.
- (31) Lovato, C.Y., C. Zeisser, H.S. Campbell, A.W. Watts, P. Halpin, M. Thompson et coll., « Individual, school, and community predictors of adolescent smoking behaviors », soumis à l'*American Journal of Public Health*, 2010.
- (32) Murnaghan, D.A., S.T. Leatherdale, M. Sihvonen et P. Kekki, « Programmes de lutte contre le tabagisme en milieu scolaire et usage du tabac chez les élèves », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 29, n° 4 (2009), pp. 189 à 198.
- (33) Murnaghan, D., S.T. Leatherdale, M. Sihvonen et P. Kekki, « A multilevel analysis examining the association between school-based smoking policies, prevention programs and youth smoking behavior: evaluating a provincial tobacco control strategy », *Health Educ. Res.*, vol. 23, n° 6 (2008), p. 1016.
- (34) Filsinger, S. et H. McGrath, *Literature review for young adult cessation/protection interventions*, Toronto (Ontario), Centre de formation et de consultation, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.ptcc-cfc.on.ca/french/Resources/Resource-Search/Resource/default.aspx?rid=12368>.
- (35) Thompson, B., L.A. Thompson, J. Hymer, S. Zbikowski, A. Halperin et R. Jaffe, « A qualitative study of attitudes, beliefs, and practices among 40 undergraduate smokers », *Journal of American College Health*, vol. 56, n° 1 (2007), pp. 23 à 28.
- (36) Thompson, B., G. Coronado, L. Chen, L.A. Thompson, A. Halperin, R. Jaffe et coll., « Prevalence and characteristics of smokers at 30 Pacific Northwest colleges and universities », *Nicotine Tobacco Res.*, vol. 9, n° 3 (2007), p. 429.
- (37) Murphy-Hoefer, R., R. Griffith, L.L. Pederson, L. Crosssett, S.R. Lyster et M.D. Hiller, « A review of interventions to reduce tobacco use in colleges and universities », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 28, n° 2 (2005), pp. 188 à 200.
- (38) Kenford, S.L., D.W. Wetter, S.K. Welsch, S.S. Smith, M.C. Fiore et T.B. Baker, « Progression of college-age cigarette samplers: What influences outcome », *Addict. Behav.*, vol. 30, n° 2 (2005), pp. 285 à 294.
- (39) Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel, *Les statistiques et les tendances du tabagisme de 2006-2007 en Ontario*, Waterloo (Ontario), Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel, Université de Waterloo, 2010. Accessible à l'adresse : http://www.propel.uwaterloo.ca/_global/documents/projectresults/yss06_provincial%20smoking%20profile_FR_ON.pdf.

Bibliographie

- (40) Lawrance, K.A. et S. Lawler, *Leave the Pack Behind – Final report, April 1, 2008 – March 31, 2009*, St. Catharines (Ontario), Université Brock, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.leavethepackbehind.org/pdf/LTPB%20Final%20Activity%20Report%2008-09.pdf>.
- (41) Leatherdale, S.T. et P.W. McDonald, « Youth smokers' beliefs about different cessation approaches: are we providing cessation interventions they never intend to use? », *Cancer Causes and Control*, vol. 18, n° 7 (2007), pp. 783 à 791.
- (42) Leatherdale, S.T. et M. Shields, « Renoncement au tabac : intentions, tentatives et techniques », *Rapports sur la santé*, vol. 20 (2009), p. 33.
- (43) Zimmerman, L. et K. Haines, *Final Evaluation Report – exposé Smoke-Free Youth Project*, Ottawa (Ontario), Santé publique Ottawa, 2007.
- (44) McKercher-Mortimer, A., *Bill C-32 Timeline: Area Youth Coalition Support and Activities*, Kingston (Ontario), Réseau régional antitabac de l'Est, 2009.
- (45) Murnaghan, D.A., M. Sihvonen, S.T. Leatherdale et P. Kekki, « The relationship between school-based smoking policies and prevention programs on smoking behavior among grade 12 students in Prince Edward Island: A multilevel analysis », *Prev. Med.*, vol. 44, n° 4 (2007), pp. 317 à 322.
- (46) Leatherdale, S.T., R. Cameron, K.S. Brown, M.A. Jolin et C. Kroeker, « The influence of friends, family, and older peers on smoking among elementary school students: low-risk students in high-risk schools », *Prev. Med.*, vol. 42, n° 3 (mars 2006), pp. 218 à 222.
- (47) Leatherdale, S.T. et S. Manske, « The relationship between student smoking in the school environment and smoking onset in elementary school students », *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, vol. 14, n° 7 (2005), p. 1762.
- (48) Leatherdale, S.T., K.S. Brown, R. Cameron et P.W. McDonald, « Social modeling in the school environment, student characteristics, and smoking susceptibility: a multi-level analysis », *Journal of Adolescent Health*, vol. 37, n° 4 (2005), pp. 330 à 336.
- (49) Leatherdale, S.T., P.W. McDonald, R. Cameron et K.S. Brown, « A multilevel analysis examining the relationship between social influences for smoking and smoking onset », *Am. J. Health Behav.*, vol. 29, n° 6 (2005), pp. 520 à 530.
- (50) Cameron, R., K.S. Brown, J.A. Best, C.L. Pelkman, C.L. Madill, S.R. Manske et coll., « Effectiveness of a social influences smoking prevention program as a function of provider type, training method, and school risk », *Am. J. Public Health*, vol. 89, n° 12 (déc. 1999), pp. 1827 à 1831.
- (51) Peterson, A.V. fils, K.A. Kealey, S.L. Mann, P.M. Marek et I.G. Sarason, « Hutchinson Smoking Prevention Project: long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention--results on smoking », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 92, n° 24 (2000), pp. 1979 à 1997.
- (52) Thomas, R. et R. Perera, *School-based programmes for preventing smoking, base de données Cochrane d'examen systématiques*, vol. 4, 2008.
- (53) Flay, B.R., « School-based smoking prevention programs with the promise of long-term effects », *Tob. Induc. Dis.*, vol. 5, n° 1 (2009), p. 6.
- (54) Dobbins, M., K. DeCorby, S. Manske et E. Goldblatt, « Effective practices for school-based tobacco use prevention », *Prev. Med.*, vol. 46, n° 4 (avril 2008), pp. 289 à 297.
- (55) Brown, K.S., R. Cameron, C. Madill, M.E. Payne, S. Filsinger, S.R. Manske et coll., « Outcome evaluation of a high school smoking reduction intervention based on extracurricular activities », *Prev. Med.*, vol. 35, n° 5 (nov. 2002), pp. 506 à 510.
- (56) Totten, S., K. Plummer et C. Baker-Barill, *Play, Live, Be... Tobacco-free in Ontario*, 2008. Accessible à l'adresse : <http://legacy.ophea.net/Ophea/Ophea.net/Play-Live-Tobacco-free-Ontario.cfm>. Consulté en mars 2010.
- (57) Riley, B.L., S.R. Manske et R. Cameron, « Youth Excel: Towards a pan-Canadian platform linking evidence and action for prevention », article soumis à *Cancer*, 2010.
- (58) Leatherdale, S.T., « Evaluating school-based tobacco control programs and policies: an opportunity gained and many opportunities lost », *Revue canadienne d'évaluation de programme*, sous presse.
- (59) Leatherdale, S.T., S. Manske, S.L. Wong et R. Cameron, « Integrating research, policy, and practice in school-based physical activity prevention programming: The School Health Action, Planning, and Evaluation System (SHAPES) Physical Activity Module », *Health Promotion Practice*, vol. 10, n° 2 (2009), p. 254.
- (60) Cameron, R., S. Manske, K.S. Brown, M.A. Jolin, D. Murnaghan et C. Lovato, « Integrating public health policy, practice, evaluation, surveillance, and research: the school health action planning and evaluation system », *Am. J. Public Health*, vol. 97, n° 4 (avril 2007), pp. 648 à 654.

Bibliographie

- (61) Fichtenberg, C.M. et S.A. Glantz, « Youth access interventions do not affect youth smoking », *Pediatrics*, vol. 109, n° 6 (2002), p. 1088.
- (62) Richardson, L., N. Hemsing, L. Greaves, S. Assanand, P. Allen, L. McCullough et coll., « Preventing smoking in young people: a systematic review of the impact of access interventions », *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 6, n° 4 (avril 2009), pp. 1485 à 1514.
- (63) DiFranza, J.R., J.A. Savageau et K.E. Fletcher, « Enforcement of underage sales laws as a predictor of daily smoking among adolescents – a national study », *BioMed Central Public Health*, vol. 9, n° 107 (2009).
- (64) Leatherdale, S.T., *A literature review of tobacco sales to youth: Prohibition policy interventions*, 2007.
- (65) DiFranza J.R., J.A. Savageau et J. Bouchard, « Is the standard compliance check protocol a valid measure of the accessibility of tobacco to underage smokers? », *Tob. Control*, vol. 10, n° 3 (2001), p. 227.
- (66) Landrine, H. et E.A. Klonoff, « Validity of assessments of youth access to tobacco: The familiarity effect », *Am. J. Public Health*, vol. 93, n° 11 (2003), p. 1883.
- (67) DiFranza, J., J. Savageau et B. Aisquith, « Youth access to tobacco: the effects of age, gender, vending machine locks, and "it's the law" programs », *Am. J. Public Health*, vol. 86, n° 2 (1996), p. 221.
- (68) Stead, L.F. et T. Lancaster, « A systematic review of interventions for preventing tobacco sales to minors », *Tob. Control*, vol. 9, n° 2 (2000), p. 169.
- (69) Levinson, A.H., « Tobacco sales to minors: Has familiarity bred contempt for youth access programs? », *Am. J. Public Health*, vol. 94, n° 5 (2004), p. 696.
- (70) Forster, J.L., R. Widome et D.H. Bernat, « Policy interventions and surveillance as strategies to prevent tobacco use in adolescents and young adults », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 33, n° 6 (déc. 2007), pp. S335 à S339.
- (71) Wolfson, M., J.L. Forster, A.J. Claxton et D.M. Murray, « Adolescent smokers' provision of tobacco to other adolescents », *Am. J. Public Health*, vol. 87, n° 4 (1997), p. 649.
- (72) Dubray, J., R. Schwartz, J. Garcia, S. Bondy et J.C. Victor, *Formative evaluation of the Smoke-Free Ontario Act: Comparison of baseline and post-SFOA measurements*, Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, série de rapport spéciaux, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/special/special_may_2007.pdf.
- (73) Manske, S.R., 2005-06 *Youth Smoking Survey*, analyse non publiée, 2010.
- (74) Dubray, J. et R. Schwartz, *Formative evaluation of the Smoke-Free Ontario Act comprehensive report*, manuscrit non publié.
- (75) Backinger, C.L., P. Fagan, E. Matthews et R. Grana, « Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions », *Tob. Control*, vol. 12, suppl. 4 (déc. 2003), pp. :IV46 à IV53.
- (76) Leatherdale, S.T. et M. Shields, « Renoncement au tabac : intentions, tentatives et techniques », *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 3 (sept. 2009), pp. 33 à 42.
- (77) Ismailov, R.M. et S.T. Leatherdale, « Smoking cessation aids and strategies among former smokers in Canada », *Addict. Behav.*, vol. 35, n° 3 (mars 2010), pp. 282 à 285.
- (78) Minian, N., R. Schwartz, E. Di Sante et A. Philipneri, « Impact of the smoking cessation system on young male smokers », Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, rapports spéciaux, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/special/special_ymms.pdf.

Protection contre la fumée du tabac et l'exposition sociale au tabagisme

Résumé du chapitre

Méthodes

Résumé du chapitre

Aucun niveau d'exposition à la fumée du tabac n'a été déterminé comme étant sans danger. La création de milieux sans tabac constitue la principale voie vers la protection complète contre l'exposition au tabac. Un milieu sans tabac protège les gens à la fois contre l'exposition physique et l'exposition sociale aux produits du tabac. Les interventions en matière de politiques contre le tabagisme constituent des mécanismes efficaces pour réduire l'exposition à la fumée du tabac, prévenir l'initiation au tabagisme, favoriser l'abandon, appuyer ceux qui ont récemment cessé de fumer et contribuer à la dénormalisation du tabagisme. Ce chapitre décrit les milieux où les Ontariens continuent d'être à risque en matière d'exposition à la fumée du tabac et indique les données probantes disponibles pour appuyer les interventions visant à éliminer l'exposition.

Objectif : Protéger les Ontariennes et les Ontariens contre toute exposition physique et sociale aux produits du tabac.

Méthodes

Les données probantes visant à orienter l'élaboration de ce chapitre ont été recueillies à partir de la documentation publiée et parallèle.

- Documentation publiée – Recherche dans Medline d'études publiées de 1999 à aujourd'hui
 - Les termes de recherche comprenaient, sans s'y limiter : « pollution engendrée par la fumée de tabac » et « politique publique ».
 - D'autres recherches visaient des politiques ou des questions relatives à l'exposition en particulier (p. ex., fumée tertiaire).
 - Les références récentes ont été trouvées en examinant les études documentaires et les listes de référence et en effectuant une surveillance régulière de Globalink – Medical Journal Update.
- Rapports faisant autorité de sources crédibles
 - Centre international de recherche sur le cancer, *Handbooks of Cancer Prevention – Tobacco Control – Evaluating the Effectiveness of Smoke-free Policies*
 - Institute of Medicine – *Ending the Tobacco Problem*
 - Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis – *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control*
- Des membres du CCS et du groupe de travail ont fait des suggestions et fourni des citations fondées sur les connaissances véhiculées par la documentation. Les exemples de références et les sources de références comprenaient :
 - des demandes de financement – synthèses de documentation récente;

Méthodes**Introduction****Pourquoi traiter de l'exposition à la fumée du tabac?**

L'exposition physique à la fumée du tabac cause des décès prématurés et des maladies

- des articles clés relevés par les membres du groupe de travail;
- des publications de programmes et des rapports d'évaluation (p. ex., rapports annuels – Cheminer sans fumer).
- Ressources Internet
 - La consultation du site Web de l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (URTO) (<http://www.otru.org/>) pour des rapports scientifiques pertinents (p. ex., mises à jour, rapports spéciaux, rapports de surveillance), et d'autres ressources (résumés actuels sur la lutte contre le tabagisme, listes de documents à lire, bibliothèque de l'URTO, Glossary of Tobacco Control de l'URTO)
 - Sites Web spécifiques trouvés par les membres du groupe de travail (p. ex., Association pour les droits des non-fumeurs – <http://www.nsra-adnf.ca/cms/>; Smoke-free Housing Ontario <http://www.smokefreehousingon.ca/sfho/index.html>)

Introduction

La création de milieux sans tabac constitue la principale voie vers la protection complète contre l'exposition au tabac. Un milieu sans tabac protège les gens à la fois contre l'exposition physique et l'exposition sociale aux produits du tabac. L'exposition physique comprend l'ensemble de la fumée du tabac (aussi désignée par fumée secondaire, fumée de tabac ambiante ou fumée de tabac dans l'environnement), toute la fumée et tous les autres gaz, produits chimiques et métaux lourds qui persistent après que les produits du tabac ont été éteints (« fumée tertiaire ») et toute la pollution engendrée par le tabac (p. ex., cigarettes non allumées, mégots et emballages). L'exposition physique nuit à la santé des enfants et des adultes et cause plusieurs maladies (1,2). L'exposition sociale comprend les signaux visuels et sensoriels associés à la consommation de produits du tabac. L'élimination de l'exposition sociale peut prévenir l'initiation et la rechute, réduire la consommation de tabac et motiver les fumeurs à cesser de fumer (3,4).

Pourquoi traiter de l'exposition à la fumée du tabac?**L'exposition physique à la fumée du tabac cause des décès prématurés et des maladies**

Il n'existe aucun niveau d'exposition à la fumée secondaire qui soit sans danger (1). Toute exposition à la fumée du tabac est nocive et devrait être éliminée (5). Pendant les trente dernières années, un grand nombre de recherches ont confirmé que l'exposition à la fumée du tabac chez les enfants et les adultes cause de nombreux effets nuisibles sur la santé (consulter le tableau 1.1 du chapitre 1), notamment des décès et des maladies prématurés (1,2,6).

L'exposition à la fumée secondaire chez les adultes est associée à plusieurs types de cancer ainsi que de maladies respiratoires et



cardiaques **(1-3,6)**. Le Centre international de recherche sur le cancer a évalué que l'exposition involontaire augmente le risque de souffrir d'une affection coronarienne aiguë de 25 % à 35 % **(6,7)**.

L'exposition à la fumée du tabac est la cause de nombreux cancers. Le Canadian Expert Panel on Tobacco Smoke and Breast Cancer Risk a conclu qu'une telle exposition est « conforme à la causalité » relativement au cancer du sein chez les jeunes femmes principalement préménopausées qui n'ont jamais fumé **(7)**. Des méta-analyses réalisées par l'Environmental Protection Agency de la Californie et le Surgeon General des États-Unis indiquent qu'une augmentation de 60 % à 70 % des risques de cancer du sein chez les jeunes femmes principalement préménopausées qui n'ont jamais fumé est associée à une exposition régulière à long terme à la fumée du tabac **(7)**.

Les estimations laissent supposer que pour huit fumeurs qui meurent du tabagisme, un non-fumeur meurt de l'exposition à la fumée du tabac **(8)**, ce qui représente environ 4 400 décès dans la population canadienne. Ces estimations n'incluent pas les causes de décès attribuables au tabac, telles que le cancer du sein, qui ont été confirmées plus récemment.

Par le passé, on présumait que l'exposition à la fumée secondaire était nocive seulement à l'intérieur pendant qu'une personne fumait. Des recherches récentes indiquent que les concentrations de fumée du tabac à l'extérieur à moins de un à deux mètres d'une cigarette allumée peuvent être aussi élevées qu'à l'intérieur **(9)** et que les sous-produits du tabac qui demeurent lorsqu'une personne a terminé de fumer sont aussi potentiellement nocifs. (Consulter la section portant sur la fumée tertiaire ci-dessous.)

L'exposition physique et sociale à la fumée du tabac cause des préjudices aux enfants et aux jeunes

Les enfants et les jeunes font face à des risques liés à l'exposition à la fumée du tabac qui sont plus élevés que pour les adultes, à la fois en ce qui concerne les effets de l'exposition physique sur la santé et l'influence de l'exposition sociale sur le comportement. Les enfants sont plus petits et ont un rythme respiratoire plus élevé que les adultes. De plus, leurs poumons sont encore en développement, ce qui augmente la gravité de l'exposition actuelle et la durée de l'exposition pendant toute la vie. Les enfants et les jeunes régulièrement exposés à la fumée du tabac présentent un risque plus élevé de syndrome de la mort subite du nourrisson, d'infections respiratoires aiguës, d'infections de l'oreille moyenne, d'asthme plus grave, de symptômes respiratoires et de diminution de la fonction pulmonaire **(1,2,10)**. Les enfants dont les parents fument présentent également un risque de déficience cognitive et de déficits en ce qui concerne le raisonnement mathématique et visuo-spatial, en plus de manquer davantage de jours d'école pour cause de maladie **(1)**. Les données probantes récentes indiquent que les effets de l'exposition à la fumée secondaire pendant l'enfance persistent à l'âge adulte. Les enfants régulièrement exposés à la fumée du tabac au foyer sont plus enclins à souffrir d'emphysème de façon précoce à l'âge adulte **(11)** et peuvent présenter des risques plus élevés de maladies coronariennes **(12)** (consulter le tableau 1.1 du chapitre 1).

Pourquoi traiter de l'exposition à la fumée du tabac?

L'exposition physique à la fumée du tabac cause des décès prématurés et des maladies

L'exposition physique et sociale à la fumée du tabac cause des préjudices aux enfants et aux jeunes



Pourquoi traiter de l'exposition à la fumée du tabac?

L'exposition physique et sociale à la fumée du tabac cause des préjudices aux enfants et aux jeunes

Risques émergents – Consommation de tabac à l'aide d'une pipe à eau et fumée tertiaire

L'exposition à la fumée secondaire nuit à la croissance et au développement du fœtus. Un examen systématique récent et une méta-analyse récente étudiant les effets de l'exposition de la mère à la fumée secondaire du tabac à la naissance de l'enfant ont conclu que les femmes exposées à la fumée du tabac ont des risques plus élevés que leur bébé ait un poids plus faible à la naissance, des anomalies congénitales et un plus petit périmètre crânien (13). Le California Air Resources Board a conclu qu'il y avait un lien de causalité entre l'exposition à la fumée du tabac et un faible poids à la naissance, une diminution du poids à la naissance et un accouchement prématuré. Des données probantes permettent d'affirmer qu'il existe un lien entre l'exposition à la fumée secondaire et l'avortement spontané, le retard de la croissance intra-utérine, les répercussions négatives au niveau cognitif et comportemental, la diminution de la croissance de la fonction pulmonaire et la sensibilité aux allergies (2).

La théorie sociale cognitive (14) et la théorie de l'écologie sociale (15) laissent supposer que le modelage du comportement social est un mécanisme important pour l'apprentissage social. Les amis et les membres de la famille qui fument influencent le comportement en effectuant un renforcement social et en modelant les résultats associés au comportement. Ainsi, les enfants et les jeunes exposés au tabagisme présentent non seulement des risques relativement aux répercussions négatives sur la santé, mais également en ce qui concerne le tabagisme. La théorie est confirmée par les données probantes. Les élèves entourés d'amis et de membres de la famille fumeurs sont plus susceptibles de commencer à fumer (10,16,17).

Une étude récente portant sur l'exposition à la fumée secondaire chez les enfants britanniques effectuée entre 1996 et 2006 a conclu que l'exposition à la fumée secondaire était plus élevée chez les enfants non-fumeurs lorsqu'un des parents ou les deux fument,

lorsque les personnes qui s'occupent d'eux fument et lorsque le tabagisme est permis dans le foyer (18). L'exposition des enfants et des adolescents à la fumée du tabac soulève des inquiétudes à propos de l'équité, car les enfants et les jeunes ne sont généralement pas en mesure d'éviter ces risques seuls. Comme le tabagisme est plus répandu chez les personnes dont la situation socio-économique est moins bonne, les enfants de ces groupes présentent un risque plus élevé de commencer à fumer et de contracter des maladies attribuables au tabac en raison d'une exposition physique et sociale au tabagisme.

L'exposition sociale est omniprésente dans les films qui mettent le tabac en images. De nombreuses données probantes démontrent que le nombre d'expositions à la consommation de tabac vue à l'écran est associé à la probabilité de tabagisme (19). En 2008 le National Cancer Institute des États-Unis a conclu qu'il existait une relation causale entre l'exposition aux représentations du tabagisme dans les films et l'initiation des jeunes au tabagisme (19). Le fait de voir la consommation de tabac dans les films normalise également le comportement associé au tabagisme, le rendant ainsi plus acceptable aux yeux des jeunes téléspectateurs. (D'autres données probantes et interventions pour s'attaquer aux images liées au tabagisme dans les films sont décrites au chapitre 5.)

Les données probantes présentent les points saillants de l'importance de l'élimination de l'exposition à la fumée du tabac au foyer pour protéger les enfants des répercussions négatives sur la santé de la fumée secondaire et de l'exposition sociale qui y est associée.

Risques émergents – Consommation de tabac à l'aide d'une pipe à eau et fumée tertiaire

Consommation de tabac à l'aide d'une pipe à eau (hookah, narguilé et chicha)

Chez les fumeurs qui consomment du tabac à l'aide d'une pipe à eau, il existe une croyance

répandue, mais non corroborée selon laquelle le fait de fumer avec une pipe à eau serait relativement sûr (20). Cependant, des preuves suffisantes démontrent que la pipe à eau présente les mêmes dangers que la cigarette et qu'elle devrait être incluse dans l'interdiction de fumer dans les lieux publics. La fumée de la pipe à eau contient de nombreux agents cancérigènes et d'autres produits qui causent des maladies cardiovasculaires et l'accoutumance (21). Pendant une séance typique de consommation de tabac à l'aide d'une pipe à eau de une heure, un fumeur peut produire une quantité d'agents cancérigènes et de substances toxiques dans l'air ambiant équivalant à celle produite par deux à dix fumeurs de cigarettes (22). Les médecins devraient aviser leurs patients que la consommation de tabac à l'aide d'une pipe à eau les expose, eux et les autres personnes dans leur milieu, à un grand nombre des toxines présentes dans la cigarette, et que les deux méthodes de consommation du tabac comportent vraisemblablement les mêmes risques pour la santé (23).

En Ontario, l'étiquetage actuel des produits liés à la consommation de tabac à l'aide d'une pipe à eau rend l'application de la



Loi favorisant un Ontario sans fumée (LFOSF) et d'autres lois visant la protection très difficile.

La distinction entre les produits à base d'herbes et les produits du tabac vendus et utilisés dans les pipes à eau nécessite des tests en laboratoire en l'absence d'étiquetage du produit et de règlements (communication par courriel : McDonald, C., superviseure, Programme de lutte contre le tabagisme, Santé publique Ottawa, 19 mars 2010). Cependant, les produits à base d'herbe et les autres produits « naturels » causent des dangers pour la qualité de l'air qui sont similaires.

Fumée tertiaire

La fumée tertiaire désigne les produits présents dans le tabac qui persistent dans l'environnement une fois la cigarette ou autre produit du tabac éteint. Les substances qui restent peuvent demeurer à des niveaux dangereux pendant au moins cinq heures et beaucoup plus longtemps à des niveaux plus faibles (2). Les métaux lourds comme le cadmium et le plomb adhèrent aux tapis, aux planchers, aux vêtements et aux mains. Les particules se fixent aux murs, aux rideaux, aux meubles, aux tapis et aux vêtements après la fin du tabagisme actif et forment de nouveaux agents cancérigènes (nitrosamines spécifiques du tabac) lorsque la nicotine se lie à l'acide nitreux ambiant (2,24,25).

Fumer des produits du tabac lorsque les enfants ou d'autres non-fumeurs sont absents n'est pas un moyen de protection. L'exposition à la fumée tertiaire peut augmenter au fil du temps. La réémission de composés organiques précédemment absorbés peut accroître l'exposition aux composés toxiques pour les non-fumeurs qui évitent spécifiquement les endroits où l'on fume activement, mais y vont après que le tabagisme actif a pris fin (26). L'application du principe de précaution laisse entendre qu'il serait préférable d'éviter l'exposition à long terme à de faibles niveaux de fumée tertiaire.

Pourquoi traiter de l'exposition à la fumée du tabac?

Risques émergents – Consommation de tabac à l'aide d'une pipe à eau et fumée tertiaire

Le contexte ontarien

*Principaux
indicateurs et
tendances*

Le contexte ontarien

L'Ontario a adopté des lois progressives à diverses reprises, à la fois aux paliers municipal et provincial, en ce qui concerne l'établissement de milieux sans fumée à la suite de l'action communautaire en matière de protection. Cependant, de nombreux Ontariennes et Ontariens continuent d'être exposés à la fumée du tabac et aux signaux liés au tabagisme. Les sections suivantes présentent un résumé de la situation passée et actuelle relativement aux initiatives de protection en Ontario, notamment les lois provinciales et municipales, l'application et la conformité ainsi que les attitudes du public.

Principaux indicateurs et tendances*Auto-déclaration d'exposition*

Les rapports de surveillance et de suivi de l'URTO fournissent des données probantes relatives à la diminution de l'exposition à la fumée secondaire au fil du temps dans de nombreux milieux, mais pas tous (www.otru.org). Les éléments suivants fournissent des renseignements sur l'exposition auto déclarée au tabagisme.

Entre 2005 et 2008, l'exposition à la fumée secondaire à l'intérieur et à l'extérieur combinée chez les travailleurs âgés de 15 ans et plus était stable à 31 % en 2005 et 30 % en 2008. En 2008, 8 % des travailleurs adultes ont indiqué qu'ils étaient exposés à la fumée secondaire à l'intérieur au travail. Le niveau d'exposition total des cols bleus au travail était beaucoup plus élevé que pour les autres catégories de travailleurs (46 % ont signalé une exposition comparativement à 27 % des cols blancs et 27 % des personnes travaillant dans le domaine de la vente et des services). Bien que l'exposition à l'intérieur ait diminué considérablement, les cols bleus et possiblement d'autres personnes qui travaillent à l'extérieur continuent de présenter des niveaux d'exposition plus élevés. Dans l'année qui a suivi la mise en œuvre de la LFOSF, une importante proportion de clients de restaurants (48 %) et de bars (74 %) ont continué à être exposés à la fumée du tabac sur les terrasses extérieures.

En 2008, 53 % des Ontariennes et des Ontariens ont été exposés à la fumée du tabac dans les entrées des bâtiments, une proportion qui demeure inchangée depuis les dernières années, et 56 % ont signalé une exposition à l'extérieur sur les trottoirs et dans les parcs (27).



En 2008, 6 % des non-fumeurs ontariens âgés de 12 ans et plus ont été exposés à la fumée du tabac dans leur propre foyer quotidiennement ou presque (27) et 18 % des Ontariennes et des Ontariens ont indiqué avoir remarqué de la fumée secondaire entrer dans leur foyer provenant d'une source externe (28). Les enfants continuent d'être exposés à la fumée du tabac au foyer. En 2008, 3 % de tous les enfants de moins de 12 ans étaient

régulièrement exposés à la fumée du tabac au foyer en Ontario par rapport à 6 % dans l'ensemble du Canada (29). Bien que cette proportion soit plus faible que dans les autres provinces, elle représente tout de même plusieurs milliers d'enfants exposés au danger.

Attitudes et opinions du public

L'appui du public relatif aux restrictions à l'égard du tabagisme dans de nombreux milieux est massif en Ontario. En 2009, la majorité des adultes ontariens ont appuyé les interdictions de fumer dans les véhicules ayant des enfants à bord (93 %) et dans les foyers où il y a des enfants (80 %), et 84 % croyaient que le tabagisme ne devrait pas être permis à l'intérieur des immeubles à logements multiples dont la ventilation est partagée (27). Au moins la moitié des adultes ontariens ont appuyé l'interdiction de fumer sur les trottoirs (50 %) ainsi que dans les parcs et sur les plages (59 %) (27). En plus d'être favorables aux lois, les Ontariennes et les Ontariens adoptent de plus en plus de politiques volontaires dans leur foyer. En 2008, 86 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus qui ont fait l'objet d'un sondage dans le cadre de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) ont indiqué vivre dans un foyer où le tabagisme n'était pas permis à l'intérieur. Cela se compare avantageusement aux résultats de l'ESUTC de 2005, dans laquelle seulement 82 % des répondants avaient indiqué vivre dans un foyer où le tabagisme était interdit (données préparées par le Système de surveillance par indicateurs liés au tabagisme).

Lois

La *Loi favorisant un Ontario sans fumée* (LFOSF) protège les Ontariennes et les Ontariens de l'exposition à la fumée du tabac dans de nombreux lieux et plusieurs règlements municipaux fournissent une protection supplémentaire.

Loi favorisant un Ontario sans fumée

En vigueur le 31 mai 2006, la LFOSF interdit de fumer dans les milieux de travail fermés et les endroits publics, en plus d'interdire l'affichage des produits du tabac avant que le consommateur ne les achète. La loi comprend une interdiction de fumer à moins de 9 mètres des entrées et des sorties des établissements de soins de santé, des parties communes des immeubles à logements multiples et des terrasses partiellement fermées des restaurants et des bars. Une modification de la LFOSF entrée en vigueur le 21 janvier 2009 interdit de fumer dans les véhicules motorisés lorsque des enfants de moins de 16 ans sont à bord.

Des données issues de la surveillance et du suivi indiquent un niveau de conformité élevé à la LFOSF. Un an après la mise en œuvre de cette loi, pratiquement tous les restaurants et les bars se conformaient entièrement à l'interdiction de fumer à l'intérieur (30).

Règlements et politiques municipales

De nombreuses municipalités dans l'ensemble de l'Ontario ont mis en œuvre de nouvelles politiques ou adopté des règlements qui étendent la protection au-delà de celle couverte par la LFOSF. Des exemples incluent l'interdiction de fumer sur toutes les terrasses des restaurants et des bars (la LFOSF ne s'applique pas aux terrasses ouvertes), dans toutes les entrées, près de toutes les fenêtres et les entrées d'air au-delà des hôpitaux, des aires de jeu, des parcs et d'autres endroits à l'extérieur. Par exemple, en vertu d'une nouvelle politique mise en œuvre en 2010, tous les nouveaux baux signés par Waterloo Region Housing (logements à but non lucratif) exigeaient que tous les bâtiments et les propriétés soient exempts de fumée à 100 % et interdisaient le tabagisme à l'extérieur à moins de cinq mètres d'une fenêtre, d'une entrée ou d'une sortie du bâtiment ou du logement (31). À Woodstock, le règlement sur les espaces extérieurs sans fumée, entré en vigueur le

Le contexte ontarien

Principaux indicateurs et tendances

Lois

Le contexte ontarien*Lois***Protection contre l'exposition physique et sociale – Domaines d'intervention***Interventions en matière de politiques contre le tabagisme*

1^{er} septembre 2008, restreint ou interdit le tabagisme dans sept différents espaces extérieurs, notamment les cafés-terrasses du centre-ville, les parcs et les terrains récréatifs de la ville, les entrées des bâtiments municipaux et des bâtiments privés que les propriétaires désirent inscrire sur la liste, les zones situées à proximité des arrêts de transport en commun et les événements spéciaux extérieurs comme les festivals de musique (32). Davantage de renseignements à propos des initiatives de protection locales sont consignés dans le *Compendium of Smoke-free Workplace and Public Place By-Laws* (33).

Protection contre l'exposition physique et sociale – Domaines d'intervention

Les interventions de protection (médias, politiques et programmes) interagissent de façon synergique. La protection contre l'exposition physique et sociale aux produits du tabac nécessite des stratégies de prévention, d'abandon et de protection intégrées (consulter la figure 2.1 du chapitre 2.) Les sections ci dessous présentent des données probantes permettant d'orienter les mesures visant à protéger entièrement les Ontariennes et Ontariens contre l'exposition physique et sociale au tabagisme. Les domaines d'intervention comprennent :

- les interventions en matière de politiques – lois;
- la mise en œuvre de stratégies visant les médias de masse;
- l'action sociale et l'engagement;
- l'application de la loi;
- l'évaluation et la surveillance;
- la participation des professionnels de la santé.

Des modèles logiques (consulter l'annexe B) décrivent les interactions possibles et les contributions des interventions visant à

atteindre l'objectif de protection et l'objectif général de la lutte globale contre le tabagisme (LTA) en Ontario.

Interventions en matière de politiques contre le tabagisme

Données probantes permettant d'orienter les mesures – Politiques globales contre le tabagisme

Beaucoup de recherches ont étudié les effets des interdictions et des restrictions à l'égard du tabagisme (1-3,34,35). Se fondant sur des données probantes significatives relatives à l'efficacité des interdictions et des restrictions dans la réduction de l'exposition à la fumée secondaire, le Task Force on Community Preventive Services (groupe d'étude sur les services de prévention communautaire) aux États-Unis recommande des interdictions et des restrictions à l'égard du tabagisme, soit seules ou dans le cadre d'interventions communautaires à volets multiples ou sur les lieux de travail. Les interventions en matière de politiques contre le tabagisme protègent les non-fumeurs, particulièrement les enfants, de l'exposition physique et sociale au tabac, et protègent également les fumeurs de la fumée secondaire qui s'ajoute à leur exposition à la fumée primaire.

Les politiques contre le tabagisme réduisent l'exposition :

Les lois qui restreignent le tabagisme sur les lieux de travail ont favorisé des réductions importantes de l'exposition à la fumée du tabac (3) et les interdictions complètes sont plus efficaces (36). Des études portant sur les lois interdisant de fumer dans pratiquement tous les lieux de travail intérieurs démontrent de façon constante une réduction de l'exposition à la fumée secondaire de 80 % à 90 %, même dans les milieux à risque élevé comme les hôpitaux (36). Une exposition intérieure est encore possible en raison de la fumée qui s'infiltré des terrasses extérieures par les entrées, les fenêtres et les prises d'air, ainsi que des émissions toxiques des vêtements contaminés par la fumée du tabac. Sans interdiction de fumer à l'extérieur sur les

terrasses adjacentes, les trottoirs et dans les entrées, les lois contre le tabagisme s'appliquant aux lieux de travail intérieurs réduisent les risques associés à la fumée du tabac, mais ne les éliminent pas. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne les bars, les restaurants et les établissements semblables où le personnel et les clients sont exposés à l'extérieur à des concentrations de fumée du tabac dangereuses (36).

Les lois publiques qui éliminent ou réduisent de façon importante l'exposition à la fumée du tabac dissuadent aussi de fumer dans les foyers. Cela pourrait être engendré par la sensibilisation du public qui accompagne ces lois et contribue à augmenter la sensibilisation aux effets nocifs de la fumée du tabac dans tous les milieux. Des données probantes de l'International Tobacco Control Four-Country Survey indiquent que les foyers sans fumée deviennent plus répandus et que les lieux publics sans fumée facilitent la mise en œuvre de milieux sans fumée dans les foyers où vivent des fumeurs (37). Ces données probantes laissent supposer que le soutien du public contribue probablement à l'adoption de mesures de contrôle volontaires (p. ex., des foyers sans fumée et, dans la plupart des territoires de compétence, également des véhicules sans fumée) et à la conformité des individus et des familles (37).

Une exposition réduite est également associée à des améliorations de la santé à court terme. Dans une étude sur les répercussions des lois contre le tabagisme sur la santé de la population, le Centre international de recherche sur le cancer a découvert que les interdictions de fumer à portée étendue sur les lieux de travail sont suivies de réductions de 10 % à 20 % des admissions à l'hôpital en raison d'affections coronariennes aiguës dans la première année qui suit l'interdiction et a conclu, avec une très grande certitude, qu'une réduction importante de l'exposition à la fumée du tabac réduit les taux de maladies cardiaques (3). Des données

probantes récentes démontrent également des réductions des taux d'admission dans les hôpitaux pour des problèmes respiratoires à la suite de la mise en œuvre de politiques contre le tabagisme dans les restaurants (38).

Les politiques contre le tabagisme soutiennent ceux qui ont cessé de fumer

récentement : Les politiques visant à réduire l'exposition environnementale et sociale au tabagisme appuient aussi ceux qui ont cessé de fumer récemment en réduisant les déclencheurs liés au tabagisme et en augmentant les probabilités de cesser de fumer de façon permanente (39).

Les politiques contre le tabagisme réduisent la consommation des personnes qui continuent de fumer, multiplient les tentatives d'abandon du tabagisme, augmentent le nombre de fumeurs qui réussissent à cesser de fumer et réduisent la prévalence du tabagisme chez les travailleurs (34,35,40).

Il est difficile d'isoler les effets des restrictions à l'égard du tabagisme sur le comportement vis-à-vis du tabagisme, car un grand nombre de politiques sont mises en œuvre dans le contexte des initiatives de lutte globale contre le tabagisme. Lorsque les restrictions à l'égard du tabagisme font partie de tels programmes, on observe d'importantes diminutions dans le comportement vis-à-vis du tabagisme, même si cette baisse peut ne pas être entièrement attribuable aux politiques contre le tabagisme. Cependant, dans les endroits où de multiples efforts de lutte contre le tabagisme sont mis en œuvre, incluant les restrictions sur le tabagisme, d'importantes diminutions de la prévalence et de la consommation à la fois à court terme et à long terme sont observées de façon constante à la suite de la mise en œuvre du programme (3,35). Des études corrélationnelles indiquent une association entre la force et la portée des lois qui restreignent le tabagisme dans les lieux publics et les lieux de

Protection contre l'exposition physique et sociale – Domaines d'intervention

Interventions en matière de politiques contre le tabagisme

**Protection contre
l'exposition
physique et
sociale – Domaines
d'intervention**

*Interventions
en matière de
politiques contre le
tabagisme*

travail et la réduction du tabagisme chez les jeunes. (Consulter également le chapitre 1.)

Les politiques en matière de tabagisme qui interdisent de fumer au foyer et au travail sont associées à une réduction de la probabilité que les fumeurs se trouvent à l'étape de la pré-contemplation relativement à l'abandon du tabagisme et à une probabilité plus forte de se trouver dans les dernières étapes. Les fumeurs soumis à des changements récents dans les politiques de leur foyer ou de leur milieu de travail étaient plus susceptibles de cesser de fumer dans les deux années suivantes comparativement à ceux qui n'étaient pas assujettis à des restrictions à l'égard du tabagisme au foyer ou au travail **(39,41)**.

Les politiques contre le tabagisme contribuent également à modifier les normes sociales. Par exemple, les interdictions de fumer à l'extérieur peuvent dissuader le comportement vis-à-vis du tabagisme en faisant en sorte qu'il soit plus difficile pour les fumeurs de trouver des endroits où fumer ou en empêchant que les enfants soient exposés à la fumée associée à des activités agréables à l'extérieur **(9)**.

Données probantes permettant d'orienter les mesures – Lois exhaustives

La restriction des lois contre le tabagisme aux lieux publics et aux lieux de travail intérieurs est insuffisante pour protéger les Ontariennes et les Ontariens contre l'exposition à la fumée du tabac. Le tabagisme à l'extérieur peut s'avérer une source importante d'exposition physique et dans certains cas l'exposition à l'extérieur peut être aussi élevée qu'à l'intérieur **(9)**. L'exposition attribuable au tabagisme à l'extérieur peut être assez élevée pendant un repas dans un établissement extérieur ou pendant l'attente sur un trottoir ou dans un autre endroit public en présence de tabagisme actif et où les gens sont près les uns des autres **(9)**. Les concentrations moyennes de particules de fumée à proximité des sources actives d'émissions (c.-à-d. les

fumeurs) pendant une ou plusieurs cigarettes peuvent être comparables aux concentrations moyennes de particules de fumée mélangées à l'intérieur observées dans les salons ou les chambres à coucher pendant qu'une personne fume. Ainsi, les travailleurs des restaurants et des bars extérieurs qui passent une partie importante de leur temps à moins de quelques pieds des fumeurs à l'extérieur sont prédisposés à connaître une exposition importante pendant la journée, qui excède probablement les concentrations de particules fines établies pour une période de 24 heures dans les normes de santé de l'Environmental Protection Agency des États-Unis **(9,36)**.

Les entrées et sorties des bâtiments constituent également une source importante d'exposition physique et sociale à la fumée du tabac. Des études portant sur les concentrations moyennes de fumée du tabac à l'extérieur des entrées des bâtiments indiquent des concentrations de particules de fumée élevées par rapport aux concentrations de fond. Dans une étude, les concentrations de fumée du tabac maximales à l'extérieur allaient jusqu'à 496 µg/m³ où le tabagisme était actif **(42)**. Cette mesure correspond à un indice de la qualité de l'air (IQA) de plus de 1000, ce qui est dix fois plus élevé que le niveau moyen considéré comme étant acceptable (IQA = 100) pendant 24 heures **(43)**. En outre, les non-fumeurs ainsi que les fumeurs ont mentionné que la consommation de produits du tabac aux entrées constituait un problème.

La pollution engendrée par la fumée du tabac constitue également un problème rencontré par ceux qui habitent dans des immeubles à logements multiples. Les non-fumeurs sont à risque d'exposition dans leur foyer en raison de la fumée du tabac qui s'infiltrer par les murs mitoyens, les systèmes de ventilation, les portes et les fenêtres. La fumée peut également s'infiltrer entre les logements par le balcon ou la terrasse d'un voisin, une fenêtre ou une porte ouverte, des prises électri-

ques, des orifices pour câbles, des prises téléphoniques, des luminaires au plafond, des fissures ou des vides autour des éviers, de la plomberie, des fenêtres, des portes, des planchers, des murs et des plafonds, ainsi que par le système de ventilation du bâtiment (44).

Dans le monde entier et dans les municipalités ontariennes, les restrictions à l'égard du tabagisme à l'extérieur s'appliquent à plusieurs endroits comme les parcs, les plages, les arrêts d'autobus, les rues partiellement closes, les terrains des établissements de soins de santé, les stades, les terrains de sport et les campus universitaires ainsi qu'à une zone spécifique autour des entrées des bâtiments publics (3).

Données probantes permettant d'orienter les mesures – Appui du public en faveur de politiques globales contre le tabagisme

Des données probantes du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) indiquent que la majorité des non-fumeurs et des fumeurs appuient certaines restrictions à l'égard du tabagisme, notamment celles dans les hôpitaux. De plus, aucune donnée probante n'indique une réduction de l'appui du public à la suite de l'adoption d'une loi contre le tabagisme dans un milieu donné (3).

Le contexte ontarien

Comme il a été décrit ci-dessus, les Ontariennes et les Ontariens continuent d'être exposés à la fumée du tabac à l'intérieur et à l'extérieur, y compris sur les terrasses ouvertes des restaurants et des bars, ainsi que dans les immeubles à logements multiples, les espaces extérieurs, les foyers et les véhicules. Toutefois, l'opinion du public et l'expérience sur le plan municipal offrent des données probantes et créent des précédents qui favoriseront l'adoption de lois provinciales plus strictes.

Terrasses des restaurants et des bars :

La LFOSF offre une certaine couverture en ce qui concerne les terrasses. Cependant, les dispositions réglementaires sont difficiles à interpréter et comportent certaines difficultés. Par conséquent, les travailleurs et les clients continuent d'être exposés à la fumée du tabac sur les terrasses ouvertes. En 2008, 54 % des clients des restaurants et 77 % de ceux des bars ont été exposés à la fumée du tabac (27). Des terrasses entièrement non-fumeur existent depuis longtemps dans plusieurs provinces et certaines municipalités de l'Ontario. L'Alberta, le Yukon, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador interdisent de fumer sur les terrasses (45). En Ontario, les villes de Kingston, Thunder Bay, Woodstock et Brighton ainsi que certaines petites collectivités ont mis en œuvre des règlements municipaux interdisant de fumer sur les terrasses ouvertes (33). En 2009, 80 % des adultes en Ontario convenaient que fumer devrait être interdit sur toutes les terrasses de restaurants et de bars (27).

Protection contre l'exposition physique et sociale – Domaines d'intervention

Interventions en matière de politiques contre le tabagisme



Immeubles à logements multiples : Même si la LFOSF interdit de fumer dans les parties communes des immeubles à logements multiples, elle n'interdit pas la consommation de produits du tabac dans les logements individuels. Environ 4,5 millions d'Ontariennes et d'Ontariens habitent dans des immeubles à logements multiples (46), et les données de l'Enquête sur le tabagisme en Ontario laissent

**Protection contre
l'exposition
physique et
sociale – Domaines
d'intervention**

*Interventions
en matière de
politiques contre le
tabagisme*

entendre que le quart de ces personnes pourraient être exposées à la fumée du tabac provenant d'autres logements de l'immeuble. Parmi les personnes sondées, 28 % des répondants qui habitaient dans un immeuble à logements multiples ont signalé avoir remarqué de la fumée du tabac provenant d'une source externe entrer dans leur foyer et étaient plus susceptibles à ce que cela se produise que ceux qui vivaient dans un logement unifamilial (13 %) (28).

La plupart des Ontariennes et des Ontariens (84 % en 2009) appuient les interdictions complètes sur le tabagisme dans les immeubles à logements multiples (27).

En plus de protéger la santé des résidents, de nombreuses raisons justifient la mise en œuvre de politiques contre le tabagisme dans les immeubles à logements multiples. De nombreux locataires préfèrent un milieu sans fumée (31,47), mais les propriétaires et les gestionnaires peuvent ne pas être au courant des préoccupations des locataires; peu de gens formulent des plaintes officielles, car ils croient que rien ne peut être fait pour régler ce problème. D'autres avantages d'un logement sans fumée incluent la réduction des risques d'incendies et des frais de nettoyage lorsque les locataires quittent le logement.

Les Ontariennes et les Ontariens qui habitent dans un logement social d'un immeuble à logements multiples peuvent être particulièrement à risque d'exposition, dans de nombreux cas de façon involontaire. Plus de 400 000 Ontariennes et Ontariens habitent dans un logement à but non lucratif (48). De nombreux résidents appartiennent à des groupes présentant un risque d'exposition plus élevé (p. ex., les personnes âgées, les enfants ou les personnes socialement désavantagées). Même s'il est difficile de quantifier le niveau

d'exposition à la fumée du tabac des résidents des immeubles à logements multiples, il est important de prendre en considération que toute exposition est nocive.

En réponse aux plaintes des locataires relatives à l'exposition à la fumée du tabac provenant des logements voisins, la région de Waterloo a mis en œuvre une politique contre le tabagisme au moyen du Waterloo Regional Housing, qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2010. Cette décision a reflété les considérations juridiques, la protection de la santé, les coûts financiers, les avantages ainsi que la faisabilité de la mise en œuvre et de la possibilité d'assurer la conformité. L'évaluation de la politique prévoit une meilleure compréhension du processus de mise en œuvre et des résultats (31).

Espaces extérieurs : La LFOSF restreint l'usage du tabac à moins de neuf mètres des entrées des établissements de soins de santé. Cependant, les règlements ne protègent pas les Ontariennes et les Ontariens de l'exposition lorsqu'ils se trouvent dans d'autres milieux et espaces à l'extérieur. Plusieurs municipalités en Ontario disposent de règlements interdisant la consommation de produits du tabac dans les terrains de jeux, les parcs et d'autres espaces extérieurs (N = 19), dans les entrées, près des fenêtres et des prises d'air des bâtiments publics et des abribus (N = 20), ainsi que sur les plages (N = 2) et les terrains des hôpitaux (N = 2) (33).

En outre, des données probantes d'une municipalité appuient la faisabilité et l'acceptation probable du public des restrictions à l'égard du tabagisme à l'extérieur. L'évaluation du règlement de la ville de Woodstock sur les espaces extérieurs sans fumée a indiqué que la majorité des fumeurs (73 %) et des non-fumeurs (92 %) appuyaient le règlement un an après sa mise en œuvre et un tiers (33 %) des fumeurs croyaient que le règlement les avait aidés à réduire le nombre de cigarettes

qu'ils fumaient. Le règlement n'a eu aucune incidence sur la façon dont les gens utilisaient les installations de la ville ou fréquentaient les entreprises (32).

Hôtels, motels, auberges et gîtes touristiques : La LFOSF protège les clients et le personnel des hôtels de l'exposition à la fumée du tabac dans les parties communes. Cependant, les données probantes présentées ci-dessus relativement à la fumée qui s'infiltrait dans les immeubles à logements multiples et les nouvelles recherches sur la fumée tertiaire laissent croire que les clients et le personnel ne sont pas entièrement protégés contre l'exposition à la fumée du tabac lorsqu'ils se trouvent dans leur chambre après qu'une personne a fumé.

L'industrie hôtelière commence à reconnaître l'importance des milieux sans fumée pour la satisfaction des consommateurs et pour la santé du personnel. De nombreux hôtels, notamment les chaînes Westin, Sheraton et Marriott, ont des politiques sur l'air intérieur qui doit être totalement exempt de fumée (49) et le comté de Huron a mis en œuvre en 2004 une loi interdisant de fumer dans les chambres utilisées pour le logement temporaire telles que les chambres d'hôtels et de motels, les chambres des gîtes touristiques et les installations similaires (33). En juillet 2010, le Wisconsin est devenu le premier État aux États-Unis à interdire la consommation de produits du tabac dans les établissements d'hébergement (p. ex., les hôtels, les gîtes touristiques et les maisons de chambres pour les touristes) (50).

Véhicules transportant des non-fumeurs : La législation actuelle en Ontario protège les enfants de moins de 16 ans du tabagisme actif dans les véhicules. Toutefois, la LFOSF ne protège pas les adultes et les femmes enceintes et exclut la protection contre les résidus de fumée et les dégagements gazeux pour tous les enfants et les adultes. Pendant le tabagisme actif, la fumée du tabac atteint

des concentrations dangereuses dans les véhicules, même dans des conditions de ventilation réalistes (51), et peut être dix fois plus concentrée que la concentration considérée néfaste pour la santé par l'Environmental Protection Agency des États-Unis (2).

Fumer dans un véhicule favorise l'accumulation de fumée tertiaire. Les données probantes présentées ci-dessus indiquent que la restriction à l'égard du tabagisme dans un véhicule au moment où les enfants ou d'autres non-fumeurs sont absents n'offre pas une protection contre l'exposition à la fumée tertiaire.

Protection contre l'exposition physique et sociale – Domaines d'intervention

Interventions en matière de politiques contre le tabagisme

Recommandation

Les politiques sans fumée

- [6.1] Modifier la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* et ses règlements d'application en vue d'éliminer le tabagisme et les préparations pour narguilé dans les milieux prioritaires, dont :
- [a] les terrasses ouvertes des restaurants et des bars (y compris dans un périmètre de neuf mètres autour de la terrasse);
 - [b] les immeubles sans but lucratif à logements multiples;
 - [c] certains espaces publics extérieurs tels que les entrées des bâtiments publics et commerciaux (à moins de neuf mètres), les abribus, les parcs et les aires de jeu régis par une réglementation provinciale, les installations sportives extérieures, les plages, les trottoirs et les événements publics tels que les défilés et les lieux de divertissement extérieurs;
 - [d] les hôtels, les motels, les auberges et les gîtes touristiques;
 - [e] les véhicules qui transportent des non-fumeurs en tout temps.

Protection contre
l'exposition
physique et
sociale – Domaines
d'intervention

Interventions des
médias

Interventions des médias

Données probantes permettant d'orienter les mesures

Des interventions médiatiques efficaces peuvent favoriser la protection contre l'exposition à la fumée du tabac en :

- prévenant l'initiation;
- promouvant et facilitant l'abandon;
- modifiant les normes sociales liées au tabagisme (p. ex., le tabagisme à l'extérieur plutôt que dans le foyer et les politiques volontaires);
- stimulant l'appui du public relatif aux interventions de lutte contre le tabagisme et en créant un climat d'appui en ce qui concerne les interventions en matière de politiques et de programmes dans les collectivités (1).

Les évaluations des programmes médiatiques à l'échelle de l'État mis en œuvre en Californie, au Massachusetts et en Floride ont démontré que ces programmes sont fructueux dans la protection du public contre l'exposition nocive à la fumée du tabac. (Consulter les renseignements supplémentaires aux chapitres 2,

4 et 5.) Des données probantes récentes de l'Angleterre laissent supposer que les campagnes médiatiques favorisent efficacement la réduction de l'exposition à la fumée du tabac chez les enfants (18). Les auteurs ont examiné les niveaux moyens de cotinine chez les enfants non-fumeurs entre 1996 et 2006. La plus importante diminution a été observée entre 2005 et 2006, moment où le débat public et les campagnes d'information publique sur la fumée du tabac étaient plus importants, ce qui a favorisé la mise en œuvre de lois contre le tabagisme dans les espaces publics.

Des données probantes du Kentucky indiquent comment les campagnes médiatiques ont une influence sur les normes sociales, les attitudes et les comportements visant à protéger les autres contre l'exposition au tabagisme.

Une évaluation d'une campagne médiatique du nord du Kentucky a examiné l'efficacité de la campagne visant à accroître la volonté des adultes fumeurs à protéger les enfants contre l'exposition. La campagne a sensibilisé les gens sur les conséquences de l'exposition et les chercheurs ont conclu que voir ou entendre la publicité était lié de façon importante à l'intention de fumer à l'extérieur du foyer et de demander aux visiteurs de faire de même (52).

Lorsque les lois contre le tabagisme sont accompagnées par des campagnes de sensibilisation du public, l'appui des politiques contre le tabagisme semble être plus important (3). Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recommandent la mise en œuvre de messages stratégiques percutants et culturellement appropriés dans le cadre de campagnes soutenues et adéquatement financées intégrées aux efforts de lutte globale contre le tabagisme (53).

Le contexte ontarien

Des campagnes médiatiques de masse contre le tabagisme sont mises en œuvre depuis 1999. Cependant, on retrouve peu d'information sur les répercussions des campagnes médiatiques et des campagnes de marketing



social en Ontario. Par exemple, la campagne médiatique importante auprès du public précédant la mise en œuvre de la LFOSF n'a pas été évaluée de façon indépendante; il est donc impossible d'attribuer à la campagne le haut niveau de conformité à la loi. De plus, le budget des interventions médiatiques a été réduit au fil du temps.

Recommandation

Marketing social et les médias

[6.2] Mettre en œuvre, dans le cadre d'un programme global de lutte contre le tabagisme, des stratégies de marketing médiatique et social qui accroissent la sensibilisation et les connaissances du public sur les effets sanitaires de l'exposition à la fumée secondaire et sur l'exposition sociale au tabagisme et qui influencent les normes sociales favorables à un mode de vie sans tabac.

Interventions en matière d'actions sociales contre le tabagisme

Données probantes permettant d'orienter les mesures

Les programmes des collectivités et de l'État ont été désignés comme l'une des démarches axées sur la population les plus efficaces par le rapport *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control programs* des Centers for Disease Control et par le Task Force on Community Preventive Services (53). Il existe des preuves suffisantes pour démontrer l'efficacité d'un grand nombre de démarches axées sur la population hautement recommandées par le Task Force on Community Preventive Services. Les données probantes les plus solides proviennent des études dans lesquelles des stratégies spécifiques de prévention et d'abandon du tabagisme sont combinées avec des efforts visant à mobiliser les collectivités et intégrer ces stratégies dans des efforts synergiques à volets multiples (54).

Les CDC recommandent que les programmes de lutte globale contre le tabagisme à l'échelle de l'État combinent et coordonnent des interventions communautaires axées sur l'élimination de l'exposition à la fumée du tabac. Cela est perçu comme une stratégie clé visant à changer de façon durable les normes sociales ainsi que les politiques locales et provinciales susceptibles d'engendrer des répercussions majeures sur la population. D'autres questions relatives au tabagisme (p. ex., l'élimination des déchets des produits de l'industrie du tabac) peuvent également être abordées.

Des stratégies d'action sociale à plusieurs niveaux, comme l'American Stop Smoking Intervention Study for Cancer Prevention (ASSIST), indiquent la valeur d'une démarche qui rend l'expertise scientifique accessible pour appuyer les mesures de l'État et les coalitions locales de lutte contre le tabagisme – y compris les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux – pour faire progresser les politiques de lutte contre le tabagisme et les politiques relatives à l'air pur intérieur (55,56). La nécessité de mesures contre l'exposition à la fumée du tabac demeure une priorité élevée, comme le soulignent les sections précédentes de ce chapitre.

Le contexte ontarien

Depuis longtemps, l'Ontario connaît des coalitions de lutte contre le tabagisme qui suscitent de l'action et des changements de politiques au moyen de règlements locaux et de politiques administratives volontaires.

La Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac, comme elle est modifiée par la LFOSF, permet particulièrement aux municipalités d'adopter des règlements locaux pour lutter contre la fumée secondaire.

Protection contre l'exposition physique et sociale – Domaines d'intervention

Interventions des médias

Interventions en matière d'actions sociales contre le tabagisme

Protection contre l'exposition physique et sociale – Domaines d'intervention

Interventions en matière d'actions sociales contre le tabagisme

La Campagne ontarienne d'action contre le tabac, des coalitions locales, des organismes de santé publique locaux et des organismes bénévoles de santé ont collaboré afin de faire progresser les efforts de lutte contre le tabagisme au cours des quarante dernières années. Plus récemment, le ministère de la Promotion de la santé et du Sport (MPSS) a subventionné des coordonnateurs locaux et régionaux et a facilité leur regroupement par des réseaux régionaux pour la lutte contre le tabagisme. Ces réseaux partagent de l'information entre eux; coordonnent le plan d'action annuel avec le ministère, les centres de ressources et d'autres partenaires; élaborent et mettent en œuvre des interventions et tirent des leçons de leurs expériences. De plus, le MPSS a fourni du financement au moyen du Fonds pour les communautés en santé afin de créer une communauté d'expertise qui mobilise le soutien local et transforme les installations sportives et récréatives dans l'ensemble de la province en installations sans fumée.

Des conseils de nature scientifique de l'URTO et une assistance technique du Centre de formation et de consultation appuient l'élaboration de campagnes médiatiques locales et de promotion des politiques ciblant la mise en place de politiques volontaires. L'Association pour les droits des non-fumeurs appuie activement la mise en place d'une politique volontaire locale contribuant au mouvement promouvant des immeubles à logements multiples sans fumée. Cela s'appuie sur une longue tradition d'excellence en matière de promotion de politiques aux niveaux international, national, provincial et local.

De tels réseaux de praticiens, de chercheurs, de défenseurs des droits et de décideurs permettent des mesures immédiates novatrices sur les enjeux émergents. Par exemple, les déchets des produits du tabac (notamment les emballages et les mégots jetés) sont de plus en plus reconnus comme représentant un problème prépondérant et une menace pour

l'environnement. Les mégots sont souvent jetés dans les rues et transportés par les collecteurs d'eau pluviale vers les rivières, les lacs, les océans et les plages. Les filtres de cigarette ne sont pas biodégradables. Les métaux lourds comme l'arsenic, la nicotine et les hydrocarbures aromatiques polycycliques des mégots de cigarettes sont disséminés dans l'environnement (57).

On dispose de nombreuses options pour réduire les répercussions des déchets des produits du tabac sur l'environnement, notamment la conception de filtres biodégradables, l'augmentation des amendes et des sanctions relativement à l'abandon de détritrus, la mise en place de politiques contre le tabagisme concernant les plages et les voies navigables à proximité, l'augmentation du nombre de cendriers extérieurs et l'accroissement de la sensibilisation du public (58).

La recherche et les politiques communautaires novatrices sont essentielles pour trouver la combinaison la plus efficace et déterminer les répercussions des programmes et des politiques envisageables ainsi que des mécanismes visant à éliminer la toxicité et les dangers pour l'environnement.

Il est nécessaire d'adopter une démarche pour contrer l'exposition à la fumée du tabac et des changements de normes sociales intégrant divers éléments dans une stratégie de protection cohérente, progressive et qui va continuellement de l'avant. Cela inclurait l'élaboration d'une stratégie globale en matière de santé publique (la sélection des priorités stratégiques et des lieux à cibler), l'élaboration d'une stratégie de marketing social (c.-à-d. la communication envisagée), la recherche

scientifique, le soutien technique aux coalitions et aux réseaux de lutte contre le tabagisme (et aux décideurs par les coalitions et les réseaux), la mobilisation locale et régionale, des activités médiatiques énergiques payées ou offertes, la surveillance du rendement, l'évaluation des interventions et l'amélioration continue de la stratégie par la répétition des cycles d'activités des programmes.

Recommandation

L'action sociale

[6.3] Élaborer un programme provincial permettant la mise en œuvre d'initiatives à l'échelle locale (p. ex., des partenariats, la mobilisation de la collectivité et des interventions novatrices) qui visent à modifier les normes sociales et à protéger les gens contre l'exposition à la fumée du tabac.

Conformité aux lois contre le tabagisme et application

Données probantes permettant d'orienter les mesures

La conformité aux lois contre le tabagisme et leur application minimisent l'exposition physique et sociale au tabagisme. L'application de lois contre le tabagisme est essentielle afin d'établir la crédibilité de nouvelles lois. Il faut appliquer les lois de façon active et uniforme, au moins jusqu'à ce qu'elles s'appliquent d'elles mêmes (59). Cependant, les données probantes publiées sur les meilleures pratiques d'application et de surveillance de la conformité et sur le moment auquel les lois s'appliquent d'elles mêmes sont limitées. L'expérience acquise de l'application de la loi dans d'autres domaines laisse supposer qu'une fois que la loi est respectée de façon soutenue, il peut être nécessaire d'effectuer des campagnes d'application intensives périodiques pour assurer le maintien de

la conformité à des niveaux élevés (p. ex., l'utilisation des programmes RIDE pour dissuader la conduite en état d'ébriété et les campagnes axées sur le port de la ceinture de sécurité) (60).

Le contexte ontarien

Des données de l'Ontario indiquent que les lois contre le tabagisme sont efficaces pour protéger le public, même si la protection n'est pas complète et qu'il y a matière à amélioration. L'exposition à la fumée secondaire dans les restaurants et les bars a diminué de façon importante depuis la mise en œuvre de la LFOSF en 2005. Toutefois, les données indiquent aussi une hausse de l'exposition sur les terrasses des restaurants et des bars (consulter la figure 6.1) (61). Avant la mise en œuvre de la LFOSF en 2005, 22 % des adultes ontariens qui avaient fréquenté un restaurant au cours des derniers mois avaient indiqué que des gens fumaient près d'eux. Dans l'année qui a suivi la mise en œuvre de cette loi, 9 % ont signalé une exposition à la fumée secondaire et en 2008, seulement 3 % ont indiqué y avoir été exposés. Parallèlement, l'exposition dans les bars a diminué de façon considérable, 10 % des répondants ayant signalé une exposition par rapport à 42 % avant la mise en œuvre de la LFOSF.

L'évaluation des activités indique de hauts niveaux de conformité à la LFOSF. À la suite de la mise en œuvre, une importante augmentation de la conformité à l'interdiction de fumer dans les restaurants et les bars a été observée entre le moment de référence (94 % de conformité) et le moment du suivi (99,9 %) (30). La conformité aux interdictions de fumer sur les terrasses où les installations interdisaient le tabagisme était inférieure, soit 62 %. Cependant, les faibles niveaux de conformité sur les terrasses, par rapport aux espaces intérieurs, peuvent être attribuables à la confusion à l'égard des lieux ou des endroits qui sont couverts par la loi actuelle.

Protection contre l'exposition physique et sociale – Domaines d'intervention

Interventions en matière d'actions sociales contre le tabagisme

Conformité aux lois contre le tabagisme et application

Protection contre l'exposition physique et sociale – Domaines d'intervention

Conformité aux lois contre le tabagisme et application

Système d'apprentissage de la lutte contre le tabagisme

L'application de la Loi est surveillée par les bureaux de santé publique locaux. Une base de données provinciale (Système électronique d'inspection en matière de tabac – SEIT) assure le suivi des données relatives au nombre et au type d'inspections, aux plaintes, aux mesures correctives entreprises et aux condamnations. Les données préliminaires non publiées d'une enquête récente menée sur le Web laissent supposer que les bureaux de santé publique effectuent des inspections des lieux de travail et des lieux publics en réponse aux plaintes seulement (62).

Des ressources provinciales ont été consacrées à l'application de la Loi et à la sensibilisation dans les lieux de travail et les lieux publics concernés à propos des responsabilités propres à chacun. Un nombre important d'activités a été prévu pour accompagner la promotion des politiques de lutte contre le tabagisme, notamment la

sensibilisation du public et des propriétaires à propos des lois existantes (règlements et LFOSF) et la collaboration avec les coalitions locales pour faire progresser les politiques de lutte contre le tabagisme qui limiteraient la fumée secondaire et diminueraient le tabagisme (particulièrement chez les jeunes).

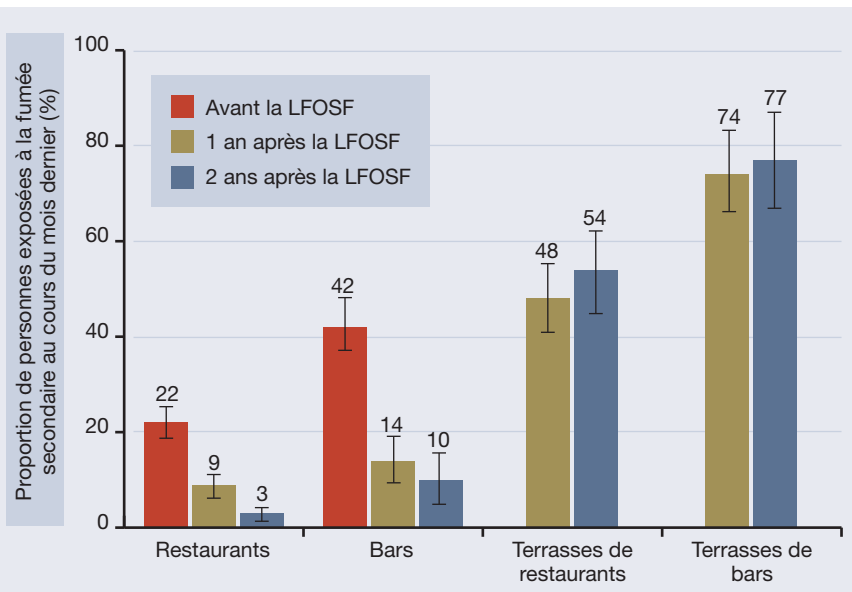
Le MPSS, avec l'appui de l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, étudie actuellement des démarches d'application axées sur les risques conçues pour maximiser la rentabilité des efforts d'application.

Recommandation

Conformité et application des politiques sans fumée

[6.4] Continuer de promouvoir et d'appliquer la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* et d'en surveiller le respect. Envisager des méthodes visant à maximiser les activités de conformité et d'application dans tous les milieux (p. ex., les écoles, les bars, etc.) et la promotion des autres politiques.

FIGURE 6.1 : Exposition à la fumée secondaire (en %) au cours du dernier mois dans les restaurants et les bars, un an avant la mise en œuvre de la LFOSF ainsi que un et deux ans après la mise en œuvre de la Loi, personnes âgées de 18 ans et plus, Ontario



Source : Adapté des rapports de l'URTO, *Monitoring and Evaluation Series*, vol. 14/15, 2010 (61). Remarque : Les lignes verticales représentent des intervalles de confiance de 95 %. La *Loi favorisant un Ontario sans fumée* (LFOSF) a été mise en œuvre le 31 mai 2006.

Système d'apprentissage de la lutte contre le tabagisme

Données probantes permettant d'orienter les mesures

La surveillance et l'évaluation constituent des éléments essentiels des meilleures pratiques en matière de lutte globale contre le tabagisme (53). Ces systèmes contribuent à la responsabilisation et fournissent des possibilités de consigner les résultats, d'orienter les améliorations des programmes et d'évaluer les progrès vers l'atteinte des objectifs et l'efficacité relative des programmes novateurs. Les conclusions des activités d'évaluation et de surveillance sont également essentielles pour maintenir la sensibilisation du public et l'appui en faveur de la lutte globale contre le tabagisme ainsi que pour déceler les efforts de

l'industrie du tabac pour nuire aux politiques de protection (59). Ainsi, les activités d'évaluation et de surveillance de la lutte contre le tabagisme font partie intégrante des stratégies de lutte contre le tabagisme et ne devraient pas être considérées de façon distincte. Santé Canada, les Centres for Disease Control and Prevention et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) conseillent d'attribuer environ 10 % de toutes les ressources à cet objectif (63).

Beaucoup de questions importantes relatives à la recherche et à l'évaluation demeurent sans réponse. Par exemple, il serait très utile pour la lutte contre le tabagisme en Ontario de connaître les facteurs qui contribuent à la réussite de la mise en œuvre de diverses politiques contre le tabagisme, incluant celles abordées ci-dessus (p. ex., la politique de logements sans fumée de la région de Waterloo, le règlement sur les espaces extérieurs sans fumée de la ville de Woodstock). En outre, nous devons comprendre les contributions de la sensibilisation du public, de la promotion des politiques, de la communication médiatique et des recherches aux processus de changement de politiques locales. Bien que des données probantes solides appuient l'efficacité des politiques contre le tabagisme en ce qui a trait à la protection des non-fumeurs contre l'exposition à la fumée du tabac et dans la réduction du tabagisme chez les travailleurs (1,3,35), il reste encore à estimer et à mieux comprendre les effets indépendants et synergiques des politiques contre le tabagisme sur de nombreux résultats d'intérêt (p. ex., l'abandon, l'exposition et les changements de normes sociales).

D'autres lacunes dans les connaissances laissent supposer que des recherches supplémentaires et des transferts des connaissances sont nécessaires en ce qui concerne :

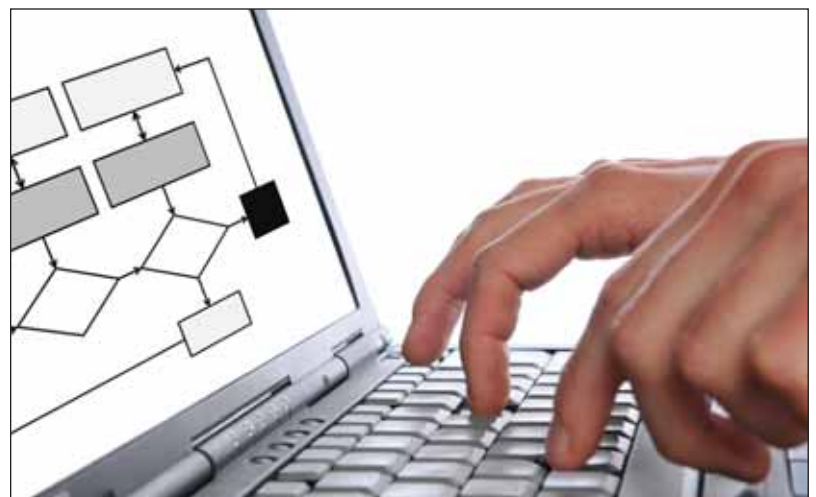
- les estimations sur la population et les sous-groupes relatives à l'exposition et aux risques qui y sont associés, notamment la fumée secondaire et tertiaire, par exemple, les personnes à faible revenu, les immeubles à logements multiples et les groupes;
- les niveaux exacts d'exposition à l'extérieur (les expositions auto-déclarées sont probablement sous-estimées);
- la connaissance et la compréhension du public en ce qui a trait aux conséquences de l'exposition à la fumée du tabac sur la santé.

Le contexte ontarien

L'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (URTO) effectue une évaluation complète de la LFOSF, y compris une évaluation formative et une évaluation des résultats des activités visant à appliquer les règlements relatifs aux espaces sans fumée, à l'accès des jeunes aux produits du tabac et aux restrictions sur la promotion aux points de vente. Une évaluation de l'interdiction d'exposer les produits est en cours et inclut une évaluation du processus pour orienter les décisions et les lignes directrices, une enquête ciblée sur les fumeurs qui essaient actuellement de cesser de fumer et des entrevues de groupe. Les données d'enquêtes démographiques (p. ex., Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne

Protection contre l'exposition physique et sociale – Domaines d'intervention

Système d'apprentissage de la lutte contre le tabagisme



Protection contre l'exposition physique et sociale – Domaines d'intervention

Système d'apprentissage de la lutte contre le tabagisme

Professionnels de la santé

[ESCC], Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada [ESUTC] et CAMH Monitor) sont utilisées pour surveiller les comportements et les attitudes des Ontariennes et des Ontariens au fil du temps. Le Système de surveillance par indicateurs de rendement (PIMS) fait le suivi de données à l'échelle locale. Les conclusions de l'évaluation et de la surveillance sont communiquées au MPSS, aux réseaux régionaux pour la lutte contre le tabagisme et aux bureaux de santé publique.

La mission de l'URTO est complétée par les activités de nombreux centres de ressources en promotion de la santé, notamment la Fondation pour la lutte contre le tabac, Youth Advocacy Training Institute (YATI), le Centre de formation et de consultation (CFC) et Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health (TEACH). De plus, de nombreux intervenants à tous les niveaux du système de lutte contre le tabagisme partagent un intérêt dans la planification stratégique, la mise en œuvre, l'évaluation et la gestion des activités.

Professionnels de la santé

Données probantes permettant d'orienter les mesures

On peut tirer des leçons des interventions des professionnels de la santé visant à promouvoir l'abandon du tabagisme qui peuvent être appliquées à la protection contre la fumée du tabac. Les interventions visant l'abandon du tabagisme sont efficaces lorsqu'elles sont effectuées par divers professionnels de la santé (p. ex., des médecins, des dentistes ainsi que des infirmiers et infirmières) dans divers milieux et situations (consulter le chapitre 7). Le *Clinical Practice Guidelines for Treating Tobacco Use and Dependence* recommande que les cliniciens et les systèmes de prestation de soins de santé officialisent l'identification, le dossier et le traitement de chaque fumeur de façon cohérente dans l'établissement de soins de santé et offrent un traitement à chaque patient (64). Cependant, ces lignes directrices ne traitent pas de la possibilité d'une intervention brève effectuée par des professionnels de la santé auprès de leurs patients visant à les inciter à protéger les autres personnes de leur entourage contre l'exposition à la fumée secondaire. De nouvelles lignes directrices en cours d'élaboration par le Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment (CAN-ADAPTT) incluront de telles recommandations (65).

La théorie de modification du comportement et les données des brèves interventions visant l'abandon du tabagisme laissent supposer qu'il existe des possibilités d'interventions en matière de santé ayant pour objectif de réduire l'exposition à la fumée du tabac, même si les données probantes sont non concluantes jusqu'à maintenant (66). Les organismes professionnels de la santé reconnaissent l'importance de telles interventions et soulignent la nécessité de mesures dans les politiques et les exposés de position. En 2009, l'American

Recommandation

Système d'étude

[6.5] Continuer de soutenir la recherche, la surveillance et l'évaluation des initiatives provinciales et locales, des programmes et des politiques expérimentales relatives à la protection contre l'exposition aux produits du tabac et à la modification des normes sociales. Renforcer la capacité d'utiliser les conclusions pour favoriser l'apprentissage et l'innovation aux niveaux provincial, régional et local.

Academy of Pediatrics a attribué un rôle aux pédiatres dans la réduction du tabagisme au sein de la famille et de l'exposition à la fumée secondaire. La déclaration de principes recommande aux pédiatres de poser des questions sur le tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac durant toutes les consultations cliniques et de consigner ces données, de prodiguer des conseils aux enfants et aux parents à propos des dangers du tabagisme et de l'exposition à la fumée du tabac, de conseiller à toutes les familles de transformer leur foyer et leur véhicule en lieux sans fumée et d'insister auprès des fumeurs pour qu'ils cessent de fumer (67).

Le contexte ontarien

Les données probantes relatives à l'abandon du tabagisme laissent supposer que les patients peuvent être incités à tenter d'arrêter de fumer et à chercher de l'aide supplémen-

taire s'ils sont orientés par des professionnels de la santé (consulter le chapitre 7). Ainsi, les professionnels de la santé pourraient motiver les patients à agir afin de protéger la santé des membres de leur famille, de leurs amis, de leurs collègues et du public. Ce domaine devrait être une priorité en matière de conception et d'évaluation.

En 2004, l'Ontario Medical Association (OMA) a recommandé la création de programmes et de possibilités de formation afin d'améliorer la capacité des professionnels de la santé à éviter que les parents exposent leurs enfants à la fumée secondaire. Ils soutenaient que des programmes de formation efficaces dans l'ensemble des disciplines de la santé permettraient aux professionnels de la santé d'effectuer de brèves interventions et favoriseraient des possibilités d'interagir avec les parents et leurs enfants (68).

Protection contre l'exposition physique et sociale – Domaines d'intervention

Professionnels de la santé

Recommandation

Développement professionnel

[6.6] Élaborer, évaluer et mettre en œuvre des lignes directrices, des programmes de formation et des mesures incitatives visant à promouvoir les brèves interventions des professionnels de la santé auprès de leurs patients en vue de protéger les non-fumeurs, et particulièrement les enfants et les femmes enceintes, contre l'exposition à la fumée secondaire.



Bibliographie

Bibliographie

- (1) U.S. Department of Health and Human Services, *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. Accessible à l'adresse : <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/index.html>.
- (2) California Environmental Protection Agency Air Resources Board, *Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant*, 2005. Accessible à l'adresse : <http://www.arb.gov/regact/ets/2006/ets2006.htm>. Consulté en mars 2010.
- (3) IARC Handbooks of Cancer Prevention, « Evaluating the effectiveness of smoke-free policies », *Tobacco Control*, vol. 13, Lyon, France, Editions de l'OMS, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook13/handbook13.pdf>.
- (4) Institute of Medicine, *Ending the tobacco problem: A blueprint for the nation*, Washington DC, National Academy Press, 2007.
- (5) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Protection from second-hand tobacco smoke in Ontario: a review of the evidence regarding best practices*, Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, mai 2001. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/special/special_ets_eng.pdf.
- (6) IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risk to humans. 83, tobacco smoke and involuntary smoking*, Lyon, France, IARC Press, 2004. Accessible à l'adresse : <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/index.php>.
- (7) Collishaw, N.E., N.F. Boyd, K.P. Cantor, S.K. Hammond, K.C. Johnson, J. Millar et coll., *Canadian expert panel on tobacco smoke and breast cancer risk*, Toronto, Canada, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, série de rapports spéciaux de l'URTO, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/special/expert_panel_tobacco_breast_cancer.pdf.
- (8) Schoenmarklin, S., Tobacco Control Legal Consortium, *Infiltration of secondhand smoke into condominiums, apartments and other multi-unit dwellings*, St. Paul, MN, Tobacco Control Legal Consortium, 2004.
- (9) Klepeis, N.E., W.R. Ott et P. Switzer, « Real-time measurement of outdoor tobacco smoke particles », *J. Air Waste Manag. Assoc.*, vol. 57, n° 5 (mai 2007), pp. 522 à 534.
- (10) Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, *Report on passive smoking and children*, Londres, R.-U., Royal College of Physicians, 2010.
- (11) Lovasi, G.S., A.V.D. Roux, E.A. Hoffman, S.M. Kawut, D.R. Jacobs, fils et R.G. Barr, « Association of environmental tobacco smoke exposure in childhood with early emphysema in adulthood among nonsmokers: The MESA-Lung Study », *Am. J. Epidemiol.*, vol. 171, n° 1 (2010), p. 54.
- (12) Kallio, K., E. Jokinen, M. Saarinen, M. Hamalainen, I. Volanen, T. Kaitosaari et coll., « Arterial intima-media thickness, endothelial function, and apolipoproteins in adolescents frequently exposed to tobacco smoke », *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes*, vol. 3, n° 2 (mars 2010), pp. 196 à 203.
- (13) Salmasi, G., R. Grady, J. Jones et S.D. McDonald, « Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses », *Acta Obstetrica et Gynecologica*, revue en ligne publiée avant la version imprimée (2010), pp. 1 à 19.
- (14) Bandura, A., *Social foundations of thought and action*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1986.
- (15) Sallis, J.F. et N. Owen, « Ecological models of health behaviour », dans Glanz, K., B.K. Rimer et F.M. Lewis (éd.), *Health behavior and health education*, San Francisco, CA, John Wiley and Sons, 2002, pp. 462 à 484.
- (16) Leatherdale, S.T., R. Cameron, K.S. Brown, M.A. Jolin et C. Kroeker, « The influence of friends, family, and older peers on smoking among elementary school students: low-risk students in high-risk schools », *Prev. Med.*, vol. 42, n° 3 (mars 2006), pp. 218 à 222.
- (17) U.S. Department of Health and Human Services, *Preventing tobacco use among young people – A report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 1994. Accessible à l'adresse : http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/C/F/T/_/nnbcft.pdf.
- (18) Sims, M., S. Tomkins, K. Judge, M.J. Jarvis et A. Gilmore, « Trends in and predictors of secondhand exposure indexed in children in England from 1996-2006 », *Addiction*, 2010, vol. 105.

Bibliographie

- (19) National Cancer Institute, *The role of the media in promoting and reducing tobacco use*, Tobacco Control Monograph N° 19, Bethesda, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub., n° 07-6242, juin 2008. Accessible à l'adresse : <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/19/index.html>.
- (20) Groupe d'étude de l'OMS sur la réglementation des produits du tabac (TobReg), *Waterpipe tobacco smoking: Health effects, research needs and recommended actions by regulators*, Genève, Suisse, Editions de l'OMS, 2005. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/Waterpipe%20recommendation_Final.pdf.
- (21) Shihadeh, A. et R. Saleh, « Polycyclic aromatic hydrocarbons, carbon monoxide », *Food and Chemical Toxicology*, vol. 43, n° 5 (2005), pp. 655 à 661.
- (22) Daher, N., R. Saleh, E. Jaroudi, H. Sheheitli, T. Badr, E. Sepetdjian et coll., « Comparison of carcinogen, carbon monoxide, and ultrafine particle emissions from narghile waterpipe and cigarette smoking: Sidestream smoke measurements and assessment of second-hand smoke emission factors », *Atmos. Environ.*, vol. 44, n° 1 (2009), p. 8.
- (23) Eissenberg, T. et A. Shihadeh, « Waterpipe tobacco and cigarette smoking: Direct comparison of toxicant exposure », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 37, n° 6 (2009), pp. 518 à 523.
- (24) Matt G.E., J.T. Bernert et M.F. Hovell, « Measuring secondhand smoke exposure in children: an ecological measurement approach », *J. Pediatr. Psychol.*, vol. 33, n° 2 (mars 2008), pp. 156 à 175.
- (25) Sleiman, M., L.A. Gundel, J.F. Pankow, P. Jacob, 3^e, B.C. Singer et H. Destailats, « Atmospheric Chemistry Special Feature: Formation of carcinogens indoors by surface-mediated reactions of nicotine with nitrous acid, leading to potential thirdhand smoke hazards », *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.*, 8 fév. 2010.
- (26) Singer, B.C., A.T. Hodgson, K.S. Guevarra, E.L. Hawley et W.W. Nazaroff, « Gas-phase organics in environmental tobacco smoke. Effects of smoking rate, ventilation, and furnishing level on emission factors », *Environ. Sci. Technol.*, vol. 36, n° 5 (2002), pp. 846 à 853.
- (27) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Monitoring and Evaluation Series, vol. 14/15, Toronto, Canada, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, série de rapports spéciaux de l'URTO, janv. 2010. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/15mr/15mr_no2.pdf.
- (28) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Reports of tobacco smoke entering Ontario homes*, Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, mars 2009. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/updates/update_mar2009.pdf.
- (29) Santé Canada, *Tobacco use statistics – Children exposed to ETS*, 2009, consulté le 5 mars 2010.
- (30) Dubray, J., R. Schwartz, J. Garcia, S. Bondy et J.C. Victor, *Formative evaluation of the Smoke-Free Ontario Act: Comparison of baseline and post-SFOA measurements*, Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, série de rapports spéciaux, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/special/special_nov2_2007.pdf.
- (31) Region de Waterloo, Public Health Environmental Health and Lifestyle Resources, Planning, Housing and Community Services Housing, *Smoke-free policy for new leases and transfers in regionally owned community housing (Waterloo Region Housing)*, 2009, PH 09-046/P-09-073. Accessible à l'adresse : http://www.smokefreehousingon.ca/cms/file/Region_of_Waterloo_recommendations.pdf.
- (32) Kennedy, R.D., G.T. Fong, M.E. Thompson, P. Kaufman, R. Ferrence et R. Schwartz, *Evaluation of a comprehensive outdoor smoking by-law: A longitudinal study of smokers and nonsmokers in the Canadian city of Woodstock*, assemblée annuelle de la Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT), Baltimore MD, 24 au 27 fév. 2010.
- (33) Association pour les droits des non-fumeurs, *Compendium of smoke-free workplace and public place bylaws*, Toronto (Ontario), Association pour les droits des non-fumeurs, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.nsra-adnf.ca/cms/file/Compendium_Fall_2009.pdf.
- (34) Hopkins, D.P. et J.E. Fielding, « The guide to community preventive services: tobacco use prevention and control: reviews recommendations, and expert commentary (Cessation – Increasing the Unit Price of Tobacco Products) », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 20, n° 2 (2001), pp. 1 à 88.
- (35) Hopkins, D.P., S. Razi, K.D. Leeks, G. Priya Kalra, S.K. Chattopadhyay et R.E. Soler, « Smokefree policies to reduce tobacco use a systematic review », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 38, n° 2 (fév. 2010), pp. S275 à S289.
- (36) Zhang, B., S. Bondy et R. Ferrence, « Do indoor smoke-free laws provide bar workers with adequate protection from secondhand smoke? », *Prev. Med.*, vol. 49, n° 2-3 (2009), pp. 245 à 247.
- (37) Borland, R., H. Yong, K.M. Cummings, A. Hyland, S. Anderson et G.T. Fong, « Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey », *Tob. Control*, vol. 15, suppl. 3 (juin 2006), pp. iii42 à iii50.

Bibliographie

- (38) Naiman, A., R.H. Glazier et R. Moineddin, « Association of anti-smoking legislation with rates of hospital admission for cardiovascular and respiratory conditions », *CMAJ*, 12 avril 2010.
- (39) Shields, M., « Smoking bans: influence on smoking prevalence », *Health Rep.*, vol. 18, n° 3 (août 2007), pp. 9 à 24.
- (40) Wakefield, M.A., F.J. Chaloupka, N.J. Kaufman, C.T. Orleans, D.C. Barker et E.E. Ruel, « Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study », *BMJ*, vol. 321, n° 7257 (5 août 2000), pp. 333 à 337.
- (41) Shields, M., « Smoking-prevalence, bans and exposure to second-hand smoke », *Health Rep.*, vol. 18, n° 3 (2006), pp. 67 à 85.
- (42) US Environmental Protection Agency, *Air quality criteria for particulate matter*, Technical report, EPA 600/P-99/002aF-bF, 2004. Accessible à l'adresse : <http://cfpub2.epa.gov/ncea/cfm/recordisplay.cfm?deid=87903>.
- (43) Kaufman, P., B. Zhang, S. Bondy, N. Klepeis et R. Ferrence, « A naturalistic study of exposure to second hand smoke at entrances to buildings », Conférence nationale sur le tabagisme ou la santé, Montréal (Québec), novembre 2009.
- (44) Howard, G., G.L. Burke, M. Szklo, G.S. Tell, J. Eckfeldt, G. Evans et G. Heiss, « Active and passive smoking are associated with increased carotid wall thickness. The Atherosclerosis Risk in Communities Study », *Arch. Intern. Med.*, vol. 154, n° 11 (13 juin 1994), pp. 1277 à 1282.
- (45) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Protection from secondhand smoke: Monitoring update*, Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/16mr/16mr_shs.pdf.
- (46) Smoke Free Housing Ontario, *Why tenants need smoke-free housing in Ontario*, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.smokefreehousingon.ca/sfho/tenants-why-smoke-free.html>. Consulté en janvier 2010.
- (47) King, B.A., M.J. Travers, K.M. Cummings, M.C. Mahoney et A.J. Hyland, « Prevalence and predictors of smoke-free policy implementation and support among owners and managers of multiunit housing », *Nicotine Tob. Res.*, vol. 12, n° 2 (fév. 2010), pp. 159 à 163.
- (48) Ontario Non-Profit Housing Association, *What is non-profit housing?*, 2010. Accessible à l'adresse : <http://www.onpha.on.ca/AM/Template.cfm?Section=About>. Consulté en mars 2010.
- (49) Americans for Nonsmokers' Rights, *Smoke-free travel*, 2010. Accessible à l'adresse : <http://www.no-smoke.org/learnmore.php?id=185>. Consulté en mars 2010.
- (50) Rose, L., *Wisconsin Legislative Council Act Memo – 2009 Wisconsin Act 12 Smoking Ban*, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.legis.state.wi.us/lc/publications/act/2009/act012_sb181.pdf. Consulté en mars 2010.
- (51) Sendzik, T., G.T. Fong, M.J. Travers et A. Hyland, « An experimental investigation of tobacco smoke pollution in cars », *Nicotine Tobacco Res.*, vol. 11, n° 6 (2009), p. 627.
- (52) King, K.A., R.A. Vidourek, S. Creighton et S. Vogel, « Smokers' willingness to protect children from secondhand smoke », *Am. J. Health Behav.*, vol. 27, n° 5 (2003), pp. 554 à 563.
- (53) Centers for Disease Control and Prevention, *Best practices for comprehensive tobacco control programs—2007*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices.
- (54) Task Force on Community Preventative Services, *The guide to community preventive services: What works to promote health?*, Oxford : Oxford University Press, États-Unis, 2005.
- (55) National Cancer Institute, *Evaluating ASSIST: A blueprint for understanding state level tobacco control*, Tobacco Control Monograph N° 17, Bethesda, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub., n° 06-6058, octobre 2006. Accessible à l'adresse : <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/17/index.html>.
- (56) National Cancer Institute, *ASSIST: Shaping the future of tobacco prevention and control*, Tobacco Control Monograph N° 16, Bethesda, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub., n° 05-5645, mai 2005. Accessible à l'adresse : <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/16/index.html>.
- (57) Moriwaki, H., S. Kitajima et K. Katahira, « Waste on the roadside, 'poi-sute'waste: Its distribution and elution potential of pollutants into environment », *Waste Manage.*, vol. 29, n° 3 (2009), pp. 1192 à 1197.

Bibliographie

- (58) Novotny, T.E., K. Lum, E. Smith, V. Wang et R. Barnes, « Cigarettes butts and the case for an environmental policy on hazardous cigarette waste », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 6, n° 5 (2009), p. 1691.
- (59) Organisation mondiale de la santé, *Rapport de L'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2009 : Créer des espaces non fumeurs*, Genève, Suisse, Editions de l'OMS, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcr_download/en/index.html.
- (60) Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée, *Summary of International Expert Panel response to SFO-SAC recommendations*, Toronto (Ontario), Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2010. (non publié)
- (61) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Tobacco control funding commitments: Monitoring update*, Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 2010. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/15mr/15mr_no1_6.pdf.
- (62) Dubray, J. et R. Schwartz, *Formative evaluation of the Smoke-Free Ontario Act comprehensive report*, manuscrit non publié.
- (63) European Working Group on Health Promotion Evaluation (EWG), *Health promotion evaluation: Recommendations to policy-makers*, Ottawa (Canada), OMS (Europe), Santé Canada, 1998.
- (64) Agency for Healthcare Research and Quality, *AHCPR supported clinical practice guidelines: 18 – Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hsahcpr&part=A28163>. Consulté en mars 2010.
- (65) Centre de toxicomanie et de santé mentale, *CAN-ADAPTT*, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.can-adaptt.net/>. Consulté en mars 2010.
- (66) Gehrman, C.A. et M.F. Hovell, « Protecting children from environmental tobacco smoke (ETS) exposure: a critical review », *Nicotine Tobacco Res.*, vol. 5, n° 3 (2003), pp. 289 à 301.
- (67) Committee on Environmental Health, Committee on Substance Abuse, Committee on Adolescence, Committee on Native American Health, « Tobacco use: A pediatric disease », *Pediatrics*, vol. 124 (2009), pp. 1474 à 1487.
- (68) Ontario Medical Association, *Exposure to second-hand smoke: Are we protecting our kids?*, Toronto (Ontario), Ontario Medical Association, 2004. Accessible à l'adresse : <https://www.oma.org/Resources/Documents/2004ExposureToSecondHandSmoke.pdf>.



Résumé du chapitre

L'abandon du tabagisme constitue une stratégie importante pour réduire la morbidité et la mortalité de façon rapide et rentable. L'abandon du tabagisme peut également être envisagé comme un résultat de la lutte globale contre le tabagisme. En tant qu'intervention, l'abandon du tabagisme est rentable tant au niveau de la population qu'au niveau clinique. Les fumeurs ontariens souhaitent arrêter de fumer. Bon nombre d'entre eux essaieront et échoueront, tandis que d'autres réussiront. Les données probantes présentées démontrent clairement que les interventions visant l'abandon du tabac améliorent leurs chances d'arrêter de fumer et de rester abstinents. Ce chapitre met en lumière les éléments d'un système global d'abandon du tabac qui, s'il était pleinement mis en œuvre, permettrait aux fumeurs ontariens – particulièrement ceux sur lesquels pèse une part disproportionnée du fardeau – d'avoir accès à des services d'abandon du tabac qu'ils pourront suivre jusqu'à ce qu'ils soient complètement abstinents.

Objectif : Réduire le fardeau sanitaire et économique résultant des produits de l'industrie du tabac, sur le plan individuel et sociétal, au moyen d'interventions visant l'abandon du tabac.

Résumé du chapitre

Méthodes

Pourquoi encourager l'abandon du tabac?

Méthodes

La recherche d'ouvrages publiés a principalement été menée à l'aide de Medline en vue de trouver des articles parus entre 1995 et aujourd'hui. Nous avons utilisé des critères tels que « cité dans » pour identifier les publications connexes. Parmi les termes recherchés figuraient ceux pertinents aux sections du chapitre, comme « abandon du tabac ». Nous avons effectué des méta-examens et des examens systématiques en ce qui a trait aux domaines courants d'intervention en matière d'abandon du tabagisme. Nous avons utilisé des moteurs de recherche courants et ceux de sites Web pour trouver des rapports publics comme ceux des CDC (Centers for Disease Control and Prevention), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des gouvernements provincial et fédéral ainsi que d'autres organismes non gouvernementaux. Les membres du Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée

(CCS-SOSF) et les participants du groupe de travail ont formulé des suggestions de recherche et fourni des citations fondées sur leur expertise et leur connaissance de la documentation publiée et parallèle. Les sites Web d'institutions tels que otru.org et camh.net ont été consultés pour obtenir des renseignements sur des questions liées à la lutte contre le tabagisme dans le contexte ontarien. Nous avons utilisé le Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment (CAN-ADAPTT) afin d'adapter les lignes directrices internationales relatives à l'abandon du tabac en milieu clinique à la réalité canadienne.

Pourquoi encourager l'abandon du tabac?

Une stratégie de lutte contre le tabagisme qui ne comprend pas d'investissements considérables en matière d'abandon du tabac n'est pas susceptible de conduire, à court

Pourquoi encourager l'abandon du tabac?

Aider les Ontariennes et les Ontariens à arrêter de fumer aura des avantages bénéfiques sur la santé aux niveaux individuel et de la population

terme, à une réduction importante du fardeau en matière de santé et des coûts des soins de santé. Même si l'adoption du tabagisme cessait immédiatement en Ontario, la province compterait encore près de 2,1 millions de fumeurs qui continueraient d'en ressentir les effets sur leur santé, ce qui causerait un accroissement des coûts des soins de santé à court terme et à long terme. Dans le cadre d'une stratégie de lutte globale contre le tabagisme (LGT) et comme le décrit ce chapitre, les interventions visant l'abandon du tabac, y compris les interventions en matière de politique, peuvent rapidement réduire le nombre de fumeurs ainsi que les conséquences en matière de santé et d'économie qui y sont reliées.

Aider les Ontariennes et les Ontariens à arrêter de fumer aura des avantages bénéfiques sur la santé aux niveaux individuel et de la population

Chaque fumeur peut tirer parti de l'abandon du tabac. En effet, cela présente des avantages immédiats et à long terme sur le plan de la santé dans divers aspects de la vie. Par exemple, l'abandon du tabac réduit les risques de maladie cardiaque (1) et constitue une intervention importante en matière de prévention secondaire à la suite d'un infarctus du myocarde (2). Les risques de faire une crise cardiaque commencent à décroître après une journée d'abstinence (3). Après un an d'abstinence, les risques supplémentaires d'avoir une crise cardiaque sont réduits de moitié, par rapport aux personnes qui continuent de fumer (4). Après 15 ans d'abstinence, les risques de maladie cardiaque sont les mêmes que pour une personne qui n'a jamais fumé (4).

L'abandon du tabac réduit également les infections respiratoires telles que la pneumonie, les maladies pulmonaires chroniques et les complications post-opératoires (3). Chez les personnes qui cessent de fumer à l'âge de 50 ans, les risques de mourir d'un cancer du poumon chutent à environ 6 %, soit moins de la moitié des risques encourus par un fumeur

(16 %); mais ces risques demeurent bien plus élevés que chez les non-fumeurs pour lesquels ils sont inférieurs à 1 % (5). Par conséquent, bien que l'abandon durable du tabac ne garantisse pas un taux de risque de cancer du poumon aussi bas que celui d'une personne n'ayant jamais fumé, le risque est substantiellement inférieur par rapport aux personnes qui continuent de fumer (5,6). Après dix ans d'abstinence, les risques de cancer du poumon sont de 30 à 50 % inférieurs pour les anciens fumeurs par rapport aux personnes qui continuent de fumer (7).

L'abandon du tabac présente également les avantages ci-dessous.

- Les anciens fumeurs sont moins susceptibles d'être hospitalisés; le cas échéant, ils présentent moins de risques de connaître des complications médicales et chirurgicales et sont, par conséquent, hospitalisés moins longtemps (8).
- L'abandon du tabac réduit l'incidence de complications post-opératoires auxquelles font généralement face les fumeurs en raison d'une incidence plus élevée de complications en ce qui a trait à la cicatrisation des tissus et des plaies ainsi qu'aux effets de l'anesthésie (9-12).
- L'abandon du tabac offre d'énormes avantages sur les plans de la santé et de l'économie à court terme aux femmes en âge d'avoir des enfants et à leurs partenaires. Un fœtus bénéficie également du fait que sa mère cesse de fumer (13).
- L'abandon du tabac profite aux non-fumeurs, surtout aux enfants, qui présentent des taux plus élevés d'asthme et d'infections respiratoires et qui sont plus souvent malades en raison de l'exposition à la fumée secondaire. L'abandon du tabac renvoie également aux efforts de prévention : lorsque des parents cessent de fumer, leurs enfants

sont deux fois moins susceptibles de commencer à fumer et, lorsqu'ils fument déjà, sont deux fois plus susceptibles d'essayer d'arrêter (14).

- La réduction du risque cumulatif de mourir d'un cancer du poumon est proportionnelle ou liée à l'âge auquel un fumeur cesse de fumer; plus il s'arrête tôt, plus les bénéfices sont importants. En outre, il a été clairement établi que les fumeurs qui cessent de fumer avant l'âge de 50 ans réduisent de moitié le risque de décès dans les 15 années suivantes (3).
- Une estimation prudente montre qu'aux États-Unis, la réduction globale du nombre de décès chez les hommes entre 1991 et 2003 à la suite d'un cancer est due pour près de 40 % à une diminution du tabagisme (15).

L'importance des politiques en ce qui a trait à l'abandon du tabac

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles réduire la consommation de tabac ou cesser complètement de fumer peut s'avérer difficile pour une personne. Des facteurs comme la réaction à la nicotine, les connaissances, les comportements et l'expérience jouent un rôle important. Cependant, les comportements et les pratiques des réseaux sociaux, les repères environnementaux, la disponibilité des produits ainsi que d'autres facteurs interpersonnels et extrapersonnels ont également une influence essentielle.

Les interventions en matière de politique peuvent compléter un traitement individuel en modifiant ces facteurs intra-personnels, interpersonnels et extrapersonnels. Par exemple, il est clairement établi que le prix des cigarettes, déterminé par les politiques en matière de taxes et de prix minimum, est un facteur majeur de réduction du tabagisme qui accroît l'intention de cesser de fumer et qui, en bout de ligne, conduit à des taux d'abandon plus élevés (16-21). Les politiques telles que les espaces sans fumée et l'accroissement

du nombre de foyers sans fumée peuvent faire reculer la norme sociale en matière de tabagisme, réduire la consommation, accroître les tentatives d'abandon et améliorer les chances de rester abstinents (22-25). Les mises en garde relatives à la santé sur les produits du tabac constituent un moyen de sensibiliser les fumeurs, de les orienter vers les ressources qui leur permettront d'arrêter de fumer, d'améliorer les tentatives d'abandon du tabac et de réduire la possibilité de rechute (26-28).

Les politiques touchent un grand nombre de personnes et sont très rentables. Par exemple, un accroissement des taxes s'applique à toutes les ventes de tabac (à quelques exceptions près) et augmente les revenus du gouvernement. Pour le grand public, l'adoption de politiques sur la qualité de l'air intérieur peut s'avérer plus rentable que la fourniture de médicaments (29).

Aider les fumeurs à cesser de fumer présente des avantages immédiats sur le plan de la santé et est rentable

Mettre en place des interventions visant l'abandon du tabac est une intervention clinique rentable éprouvée qui est largement reconnue dans la documentation scientifique et par les stratégies nationales de lutte globale contre le tabagisme (30-37). Cependant, ce que l'on sait moins est que l'abandon du tabac

Pourquoi encourager l'abandon du tabac?

Aider les Ontariennes et les Ontariens à arrêter de fumer aura des avantages bénéfiques sur la santé aux niveaux individuel et de la population

L'importance des politiques en ce qui a trait à l'abandon du tabac

Aider les fumeurs à cesser de fumer présente des avantages immédiats sur le plan de la santé et est rentable



Pourquoi encourager l'abandon du tabac?

Aider les fumeurs à cesser de fumer présente des avantages immédiats sur le plan de la santé et est rentable

peut présenter des avantages importants sur le plan de la santé et permettre de réaliser des économies au niveau de la population. Par exemple, selon certains auteurs, accroître la portée des interventions visant l'abandon du tabac peut réduire les décès qui y sont liés d'au plus 60 % au cours des 50 prochaines années, avec des réductions visibles à court terme de la morbidité et de la mortalité (38). Les recherches soulignent également la rentabilité des programmes d'abandon du tabac qui tentent de sensibiliser les fumeurs avant qu'une intervention chirurgicale ne soit nécessaire et les économies considérables à court terme pour le système de santé induites par de telles interventions (39-41).

Dans le cadre d'une évaluation systématique de la valeur des services cliniques préventifs menée par la US Preventive Services Task Force, l'abandon du tabagisme chez les adultes figurait parmi les services les mieux classés en matière de rentabilité et de potentiel de réduction du fardeau de maladies (9). Un examen plus récent des lignes directrices et de la documentation existante en matière de pratique clinique de la CAN-ADAPTT a conduit à la même conclusion (42).

La plupart des interventions visant l'abandon du tabac coûtent moins cher par année de vie sauvée que la plupart des interventions préventives de soins de santé de routine, y compris le dépistage de l'hypertension, les mammographies annuelles et le dépistage du cancer du col de l'utérus (43). De plus, les thérapies de remplacement de la nicotine (timbre et gomme) sont reconnues par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme l'un des médicaments incontournables dans le cadre d'un système de soins de santé de base (44).

De même, en raison des bas prix, les sommes investies en vue d'obtenir un bénéfice donné l'année suivante peuvent être plus rentables que le même investissement dépensé pour obtenir un bénéfice identique d'ici 30 ans (9). Par conséquent, les interventions qui permettent d'aider les fumeurs, jeunes et adultes, à cesser de fumer peuvent présenter des avantages importants et rapides pour la santé publique et le système de soins de santé, y compris une réduction de la durée des hospitalisations et des temps d'attente. Une étude récente a modélisé les répercussions de quatre interventions efficaces en matière de lutte contre le tabagisme (soit les augmentations de prix, les changements de comportements, les thérapies de remplacement de la nicotine [TRN] et les conseils d'un médecin pour cesser de fumer) et a estimé que les économies nettes réalisées s'élevaient à 33 307 jours de soins actifs à l'hôpital, soit 37 millions de dollars par an pour le système de santé canadien (45).

Il convient de souligner que certaines séries de cas et certaines études non expérimentales ont révélé une augmentation des coûts d'utilisation des services de soins de santé au cours de la première année suivant l'abandon du tabac. Cela s'explique par le fait que nombreux sont ceux qui cessent de fumer en raison d'affections préexistantes ou de craintes sérieuses en matière de santé, ce qui constitue les augmentations de l'utilisation des services (9). Toutefois, ces mêmes études démontrent que les fumeurs qui cessent de fumer ont beaucoup moins recours aux soins de santé durant les quelques années de suivi (en raison de la réduction graduelle et progressive de la morbidité et de la mortalité liées au tabagisme) par rapport aux fumeurs semblables qui continuent de fumer (9,46,47).

Avantages économiques de l'abandon du tabac dans les systèmes financés par des fonds publics

L'abandon du tabagisme peut réduire les dépenses totales en matière de santé.

Au minimum, il est très probable que la diminution du besoin de services de soins de santé liés au tabagisme libère des ressources de santé et améliore d'autres défis tels que les temps d'attente et la disponibilité des services en vue de tenir compte d'autres problèmes de santé.

Par exemple, des données provenant de la Nouvelle-Écosse indiquent que les fumeurs légers, les fumeurs modérés ou les gros fumeurs qui cessent de fumer entre 40 et 44 ans peuvent respectivement réduire leurs frais de soins de santé de 25 842, 45 118 ou 79 300 \$ (48).

Le Québec offre la couverture la plus complète en ce qui concerne les médicaments visant l'abandon du tabac. La Régie de l'assurance Maladie du Québec (RAMQ) a remboursé des traitements prescrits afin d'abandonner le tabac (timbres et gomme à base de nicotine, ainsi que le bupropion) depuis le dernier trimestre de 2000. Elle a également été la première province à rembourser la varénicline peu de temps après sa mise sur le marché canadien.

La RAMQ rembourse des pharmacothérapies visant l'abandon du tabac pendant 12 semaines consécutives par an. Selon des analyses, la RAMQ a dépensé environ 66 millions de dollars pour des thérapies visant l'abandon du tabac au cours de ces six années (49). En outre, une analyse économique récente a révélé une économie de 114,3 millions de dollars pour chaque diminution de un point de pourcentage. Cela

se traduit par des économies de 686 millions de dollars pour la société québécoise, dont 246 millions de dollars pour le seul système de santé québécois, entre 2000 et 2005 (50). Le programme était également efficace pour sensibiliser les fumeurs disposant de moins de ressources financières (51).

Réduction des disparités

Des données probantes démontrent que les disparités socio-économiques entre les groupes en matière de résultats sur le plan de la santé s'expliquent en grande partie par les différences des taux de tabagisme; cela est particulièrement vrai pour les cancers liés au tabagisme (52,53). En outre, un abandon massif du tabac pourrait, en fin de compte, réduire de moitié des différences absolues entre ces strates sociales quant au risque de décès prématuré (54). L'équité étant un objectif de la politique gouvernementale en matière de santé, la mise sur pied d'un système d'abandon du tabac contribuerait à améliorer la santé de tous.

Occasions manquées et vies perdues en raison de l'accès limité à des services fondés sur des données probantes

La plupart des fumeurs en Ontario souhaitent cesser de fumer, ont essayé par le passé et essaieront encore au cours de l'année à venir. Toutefois, parmi ceux qui tentent d'arrêter de fumer, seule une petite partie y parvient à long terme sans tentatives répétées. Des données probantes démontrent que des mesures officielles de soutien à l'abandon du tabac augmentent de façon importante les chances de réussite d'une tentative donnée. En outre, bien que les interventions récentes en matière de politique en Ontario se soient révélées essentielles en vue de créer un milieu dans lequel on encourage ou on facilite directement ou indirectement l'abandon du tabac, il reste encore beaucoup à faire.

Pourquoi encourager l'abandon du tabac?

Avantages économiques de l'abandon du tabac dans les systèmes financés par des fonds publics

Réduction des disparités

Occasions manquées et vies perdues en raison de l'accès limité à des services fondés sur des données probantes

Pourquoi encourager l'abandon du tabac?

Occasions manquées et vies perdues en raison de l'accès limité à des services fondés sur des données probantes

Le contexte ontarien

Le tabagisme en Ontario

Aider davantage de fumeurs à cesser de fumer réduira la morbidité et la mortalité précoce liées au tabagisme ainsi que les coûts des soins de santé connexes. Cependant, les programmes d'abandon du tabac actuellement en place en Ontario ne touchent qu'une infime partie du nombre de fumeurs estimé à 2,1 millions. Dans d'autres territoires de compétence, les proportions de fumeurs concernés par des mesures formelles de soutien à l'abandon du tabac mises en œuvre au sein de la population ou en milieu clinique sont bien plus importantes. Ces méthodes sont bien souvent complémentaires et conduisent à une diminution de la consommation et de la prévalence.

Nombreuses sont les stratégies de lutte contre le tabagisme qui s'appuient essentiellement sur une stratégie globale d'abandon du tabac (31,32,55). Mettre en place des interventions visant l'abandon du tabac est rentable; l'autre possibilité est que les Ontariennes et les Ontariens continuent de subir des conséquences considérables en matière de santé et de supporter d'importants coûts de soins de santé liés au tabagisme.

Le contexte ontarien**Le tabagisme en Ontario**

L'évaluation la plus récente du tabagisme en Ontario provient des rapports 2010 publiés récemment par l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (URTO) intitulés *Indicators of Smoke-Free Ontario Progress* (56) et *Evidence to Inform Smoking Cessation Policymaking in Ontario* (57). La section ci-après offre des aperçus de ces rapports. Nous encourageons les lecteurs à examiner les rapports afin de mieux comprendre la situation de l'Ontario en ce qui a trait au tabagisme (les rapports fournissent également des renseignements sur les comportements relatifs à l'abandon du tabac). (Des renseignements supplémentaires sur le tabagisme sont présentés au chapitre 8.)

La consommation de cigarettes au cours des 30 derniers jours est passée de 23 % en 2000-2001 à 19 % en 2007-2008 (chez les 12 ans et plus). Pour 2007-2008, cela représente près de 2,1 millions de fumeurs de cigarettes. La proportion de fumeurs ontariens est largement inférieure à la moyenne nationale de 20 %; les femmes fument beaucoup moins que les hommes (16 % et 22 % respectivement). Les taux de tabagisme varient également de façon importante dans toute la province. Les services de santé de la région de York ont déclaré le plus faible taux de fumeurs actuels avec 15 %, alors que le taux de fumeurs le plus élevé a été déclaré par le bureau de santé de Porcupine et les services de santé d'Oxford, avec 29 %. Le bureau de santé publique de Toronto, avec une prévalence de 19 %, compte le plus grand nombre de fumeurs actuels avec près de 413 300 personnes, soit environ un fumeur sur cinq en Ontario.

Les groupes de population ayant la prévalence la plus élevée de tabagisme actuel sont ceux qui ont des problèmes de jeu modérés et importants (45 %), les personnes se décrivant comme autochtones (40 %), les



hommes de 25 à 29 ans (37 %), les personnes dont la langue maternelle est l'anglais et le français (35 %) et les gens de métier (34 %). Les groupes de population qui comptent le plus grand nombre de fumeurs actuels de cigarettes sont les personnes qui parlent anglais à la maison (1,8 million), les blancs (1,6 million), les personnes nées au Canada (1,6 million), celles dont la langue maternelle est l'anglais (1,5 million) et celles qui consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour (1,4 million).

Lorsque l'on observe les répercussions sur la santé par sous-groupe de population, on constate que bon nombre de groupes qui affichent les taux de prévalence du tabagisme les plus élevés présentent également certains des taux de consommation quotidiens les plus élevés, qu'ils ont commencé à consommer des produits du tabac plus jeunes et qu'ils présentent également les taux de comorbidité les plus importants (p. ex., alcool et autres dépendances). Dans l'absolu, le nombre relativement faible de fumeurs de certains sous-groupes de population a tout à gagner à arrêter de fumer, par rapport à d'autres groupes de populations présentant un risque moindre. Ainsi, l'abandon

du tabac ne se limite pas seulement au calcul du nombre de consommateurs de produits du tabac des divers groupes de population; il est essentiel de déterminer ceux qui sont le plus susceptibles de bénéficier de l'abandon du tabac.

Les modèles de tabagisme chez les jeunes et les étudiants sont présentés au chapitre 5 portant sur la prévention.

Comportement lié à l'abandon du tabac en Ontario

Le tableau 7.1 présente un certain nombre d'indicateurs relatifs à l'abandon du tabac chez les consommateurs adultes de produits du tabac en Ontario. En 2007, un fumeur sur trois avait l'intention d'arrêter de fumer au cours des 30 jours suivants, une augmentation par rapport à 2005 où ils étaient un sur cinq. Cependant, cette proportion est légèrement inférieure à celle du Canada en 2008 (32 % contre 37 %) (56). De même, l'indicateur relatif aux tentatives d'arrêter de fumer au cours des 12 derniers mois de 2007 était inférieur à celui de 2003, tout comme la consommation quotidienne moyenne. Toutefois, la proportion de fumeurs souffrant d'une forte dépendance est restée stable.

Le contexte ontarien

Le tabagisme en Ontario

Comportement lié à l'abandon du tabac en Ontario

TABLEAU 7.1 : Comportements déclarés relativement à l'abandon du tabac chez les fumeurs ontariens

| Indicateurs | 2003 | 2005 | 2007 | 2008 |
|---|------|------|------|--------|
| Intention de cesser de fumer au cours des 30 jours suivants. | 22 % | 22 % | 32 % | 42 % |
| Fumeurs actuels ayant essayé sérieusement d'arrêter de fumer au moins une fois au cours des 12 derniers mois. | 50 % | 47 % | 44 % | 49 % |
| Pourcentage de fumeurs à vie qui sont d'anciens fumeurs (ratio d'abandon). | 54 % | 58 % | 55 % | 58 % |
| Pourcentage de fumeurs quotidiens fortement dépendants. | s.o. | 12 % | 12 % | 16 % |
| Nombre de cigarettes fumées quotidiennement (fumeurs quotidiens). | 16,4 | 16,3 | 15,2 | 15,7 |
| Pourcentage de femmes (de 20 à 44 ans) enceintes au cours des cinq dernières années ayant fumé au cours de leur dernière grossesse. | 12 % | 10 % | s.o. | 10,1 % |

Source : Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Monitoring and Evaluation Series, vol. 14/15, 2010 (56), *Towards a Smoke-Free Ontario: Progress and Implications for Future Developments*, 2009 (59)

Le contexte ontarien

Comportement lié à
l'abandon du tabac
en Ontario

TABLEAU 7.2 : Tentatives d'arrêter de fumer au cours de la dernière année chez les fumeurs actuels, dix principaux groupes selon leur proportion, ESCC 2007-2008

| Classé par prévalence | | |
|---------------------------------------|------------|-----------------------------|
| Groupe | Proportion | Estimation de la population |
| Femmes enceintes | 75 % | 10 800 |
| Hommes, 15 à 19 ans | 66 % | 33 100 |
| Femmes, 15 à 19 ans | 65 % | 24 800 |
| Noirs | 63 % | 21 100 |
| Immigrants (il y a moins de cinq ans) | 61 % | 35 500 |
| Hommes, 20 à 24 ans | 61 % | 74 200 |
| Femmes, 20 à 24 ans | 60 % | 55 400 |
| Direction (emploi) | 59 % | 75 100 |
| Asiatiques du sud | 55 % | 32 700 |
| Sans emploi | 55 % | 55 700 |

Source : *Evidence to Inform Smoking Cessation Policymaking in Ontario*, URTO, 2009 (57).

TABLEAU 7.3 : Tentatives d'arrêter de fumer au cours de la dernière année chez les fumeurs actuels, dix principaux groupes selon la taille de la population, ESCC 2007-2008

| Classé selon une estimation de la population | | |
|--|-----------------------------|------------|
| Groupe | Estimation de la population | Proportion |
| Parlent anglais à la maison | 858 900 | 49 % |
| Blancs | 764 500 | 47 % |
| Nés au Canada | 759 000 | 49 % |
| Langue maternelle : anglais | 737 400 | 49 % |
| Alimentation malsaine | 663 400 | 48 % |
| Consommation d'alcool à risque élevé | 601 400 | 49 % |
| Inactifs | 529 000 | 46 % |
| Ont terminé leurs études secondaires | 494 500 | 51 % |
| Présentent un surplus de poids | 451 000 | 48 % |
| Revenu du foyer > 100 000 \$ | 205 400 | 51 % |

Source : *Evidence to Inform Smoking Cessation Policymaking in Ontario*, URTO, 2009 (57).

Ces données montrent que, bien qu'il semble y avoir un accroissement de la volonté de cesser de fumer, les tentatives réelles de le faire sont en baisse, ce qui suggère que l'on doit y inciter les fumeurs ontariens et qu'il faille les informer des ressources disponibles pour augmenter leurs chances de réussite. Par ailleurs, les caractéristiques des questions de ce sondage conduisent à un taux plus élevé par rapport à d'autres sondages qui présentent des questions formulées différemment (58).

Des renseignements supplémentaires sont disponibles sur les comportements relatifs à l'abandon du tabac dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Les tableaux 7.2 et 7.3 présentent, respectivement, les groupes de populations les mieux classés selon leur proportion et une estimation de la taille de la population. L'analyse complète de la segmentation, *Evidence to Inform Smoking Cessation Policymaking in Ontario*, 2008 a été menée par l'URTO (57).

Les tableaux 7.2 et 7.3 montrent que le taux de tentatives d'arrêter de fumer au cours de la dernière année était plus élevé au sein des groupes de population composant la plus petite partie du nombre total de fumeurs; les femmes enceintes semblant très motivées à arrêter de fumer. À l'inverse, les groupes qui constituent les groupes de fumeurs les plus importants sont moins susceptibles d'arrêter de fumer.

La relation entre le comportement relatif à l'abandon du tabac et les autres facteurs de risque (p. ex., alimentation malsaine, alcoolisme et inactivité) peuvent également soutenir la nécessité de mettre sur pied des stratégies de prévention des maladies chroniques plus importantes afin de faire le pont avec le système d'abandon du tabac et d'y intégrer les interventions en matière d'abandon du tabac. Il est également possible que le système d'abandon du tabac doive déceler d'autres facteurs de risque tels que l'alcool,

la nutrition et l'activité physique, et composer avec ceux-ci, étant donné qu'ils sont liés à l'abandon du tabac.

Une analyse qui tient compte d'une seule variable offre uniquement une perspective préliminaire et limitée; les Ontariennes et les Ontariens peuvent entrer dans un certain nombre de catégories présentées dans les tableaux 7.2 et 7.3. Les prochaines études peuvent être fondées sur des analyses impliquant plusieurs variables des mêmes données afin de fournir davantage de renseignements sur la situation socio-économique des fumeurs en Ontario. En outre, les variables utilisées dans l'analyse indiquent que des facteurs sociaux sous-jacents peuvent jouer un rôle dans le développement et le maintien du tabagisme (p. ex., les réseaux sociaux) : cela demande davantage de recherches et pourrait orienter l'élaboration des interventions futures.

Globalement, en 2007-2008, la moitié des fumeurs actuels ontariens (49 %) avaient tenté d'arrêter de fumer au cours de l'année précédente et 19 % avaient tenté d'arrêter de fumer au cours de l'année précédente et pendant les 30 jours suivants. Cela représente près de 374 000 fumeurs actuels (56). Les tentatives ou les intentions d'arrêter de fumer ne varient pas selon le réseau régional pour la lutte contre le tabagisme (RRLT) ou les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) (56).

Le comportement à l'égard de l'abandon du tabac chez les jeunes et les étudiants est abordé au chapitre 5 portant sur la prévention.

Membres des Premières nations vivant dans des collectivités des Premières nations

Ce rapport présente les comportements relatifs au tabagisme et à l'abandon du tabac tirés du rapport national consécutif à l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003 (60). Les données concernant le tabagisme non traditionnel des membres des Premières nations vivant dans des collectivités des Premières

nations de l'Ontario sont plus difficiles à obtenir (seules les données nationales sont présentées).

À l'échelle nationale, en 2002-2003, les taux de tabagisme respectifs des adultes (18 ans et plus) et des jeunes (12 à 17 ans) des Premières nations étaient de 59 % et de 38 %. Ils oscillaient entre 11 % pour les jeunes de 11 ans et 61 % pour ceux de 17 ans. Plus de la moitié (54 %) des adultes ont déclaré avoir tenté de cesser de fumer au moins une fois au cours de l'année précédente. Près de un sur cinq d'entre eux (19 %) a déclaré avoir tenté de cesser de fumer au moins trois fois au cours de l'année précédente. Environ neuf anciens fumeurs adultes sur dix (89 %) ont déclaré avoir arrêté de fumer sans aucun type d'aide (60) (remarque : constat réalisé sur toute une vie). Une petite proportion a déclaré avoir reçu une aide spirituelle, familiale ou avoir eu recours à des timbres de remplacement de

Le contexte ontarien

Comportement lié à l'abandon du tabac en Ontario

Membres des Premières nations vivant dans des collectivités des Premières nations

Know the Difference!

COMMERCIAL TOBACCO IS A KILLER

- CANCER
- STROKE
- HEART DISEASE
- EMPHYSEMA
- IMPOTENCE
- INFERTILITY
- DEATH

TRADITIONAL TOBACCO IS A HEALER

- WISDOM
- LOVE
- RESPECT
- BRAVERY
- HONESTY
- HUMILITY
- TRUTH

"Traditional Tobacco" is a gift that was given to Aboriginal people by the Creator and it has a spiritual place within our communities. When Tobacco is burned the smoke rises, which provides a link to all the spirits beyond the sky. Tobacco in its original form had both honour and purpose. Traditional Tobacco did not contain all the chemicals that are now put into it. What is sold today has been tampered with for business and profit, taking away from its original purpose." — ERNIE BENEDECT, ELDER, MOQUEOS NATION

Le contexte ontarien

*Membres des
Premières nations
vivant dans des
collectivités des
Premières nations*

la nicotine. Voici les raisons avancées par les adultes pour cesser de fumer :

- opter pour un mode de vie plus sain, 64 %;
- sensibilisation et éducation accrues sur les effets délétères du tabac sur la santé, 30 %;
- problème de santé, 29 %;
- par respect pour les êtres chers, 28 %.

Au sein des jeunes des Premières nations (âgés de 12 à 17 ans), 69,8 % des fumeurs non traditionnels ont déclaré avoir tenté d'arrêter de fumer au moins une fois au cours de l'année précédente (60). Parmi ceux qui y sont parvenus, certains ont justifié leur décision par un mode de vie plus sain (50 %), le respect des êtres chers (26 %), une sensibilisation et une éducation accrues sur les effets délétères du tabac (18 %) et l'apparition d'un problème de santé (13 %) (60).

Les données nationales présentées ci-dessus ne peuvent être directement élargies à la situation de l'Ontario. Toutefois, la tendance générale de taux élevés de tabagisme non traditionnel est alarmante; des taux si élevés n'avaient plus été observés au sein du grand public depuis 1965 lorsque les taux de tabagisme étaient de 61 % pour les hommes et de 38 % pour les femmes de 15 ans et plus (61). Ces taux sont également comparables aux taux actuels de pays tels que la Grèce, Nauru et la Fédération de Russie (62). Globalement, le Canada se classe favorablement lorsqu'on le compare à d'autres pays développés. Toutefois, le contexte canadien démontre que le regroupement des statistiques à l'échelle nationale peut masquer d'importantes disparités entre des sous-groupes de population du pays.

Ce qui apparaît clairement à la lumière de ces données limitées est qu'une part importante des membres des Premières nations

souhaitent cesser de fumer et qu'ils sont nombreux à le faire sans aucun type d'intervention formelle. Les futurs travaux devraient chercher à mieux comprendre le tabagisme (non traditionnel) chez les membres des Premières nations qui habitent dans des collectivités des Premières nations et leur comportement relativement à l'abandon du tabac.

Interventions en matière d'abandon du tabac et récents changements politiques en Ontario

Un certain nombre d'interventions en matière d'abandon du tabac à l'échelle de la population sont en place en Ontario dans divers milieux; elles sont présentées dans le tableau 7.4 ci-dessous. En raison de la variabilité des montants de financement alloués à ces programmes, il est impossible de réaliser des comparaisons directes. Il est en revanche possible que les consommateurs de produits du tabac aient accès à plus d'un programme. Par ailleurs, les données proviennent de diverses sources qui utilisent différentes méthodes de classification d'adoption des programmes. Nous incitons vivement les lecteurs à parcourir les sites Web connexes (colonne de droite) pour obtenir de plus amples renseignements sur chaque intervention.

Outre ces programmes provinciaux, chaque bureau de santé publique offre ses propres programmes d'abandon du tabac. Dans certains cas, les programmes des bureaux de santé publique font appel aux ressources existantes telles que la documentation fournie par l'initiative Cheminer sans fumer. En 2009, l'URTO a passé en revue les services offerts par les bureaux de santé publique en Ontario en matière d'abandon du tabagisme et les a résumés. Elle a pu analyser les renseignements fournis par 35 bureaux de santé publique.

Les services les plus souvent offerts étaient des ressources d'entraide (35/35), ainsi que des services de counseling en groupe (27/35) et individuel (24/35) (59). Les services

Le contexte ontarien

Interventions en matière d'abandon du tabac et récents changements politiques en Ontario

les moins disponibles étaient le soutien en ligne (2/35), les trousseaux relatifs à l'abandon du tabac (3/35), les cliniques spécialisées (4/35) et les séances ou les ateliers d'information (8/35) (59). Les bureaux de santé publique offraient également des services ciblés. Parmi les 35 bureaux de santé publique interrogés, les services ciblés les plus souvent offerts s'adressaient aux femmes enceintes (12/35), aux jeunes (11/35), aux personnes atteintes de maladies mentales (7/35) et aux collectivités autochtones (5/35) (59).

Les Ontariennes et les Ontariens ont également recours à la pharmacothérapie pour arrêter de fumer. En 2008, 29 % des fumeurs actuels et anciens ont déclaré utiliser des timbres à base de nicotine et 25 % ont déclaré avoir mâché de la gomme à base de nicotine au cours de deux dernières années (66). De même en 2008, 47 % des fumeurs actuels ont déclaré avoir été interrogés sur leur tabagisme alors que 23 % ont été conseillés à cet égard (66).

Enfin, un certain nombre de modifications apportées aux politiques et aux règlements ont eu lieu au cours des cinq dernières années. Parmi elles figurent :

- des politiques visant à protéger les personnes de la fumée secondaire (p. ex., le tabagisme dans un véhicule transportant des mineurs);
- la suppression de la partie des taxes relatives à la TVP sur les médicaments prescrits dans le cadre de thérapies de remplacement de la nicotine (bien que la mesure prise en vue d'harmoniser les taxes fédérales et provinciales ira à l'encontre de cette suppression);
- une interdiction totale d'exposer les produits (avec certaines exemptions pour les marchands de tabac);

- des restrictions en matière de vente de tabac dans certaines régions;
- l'interdiction de certains arômes (excepté le menthol) au niveau fédéral.

Bien que ces modifications ne sont pas directement liées à l'abandon du tabac, elles peuvent avoir un effet en aval, qui conduira davantage de fumeurs à essayer d'arrêter de fumer. Selon l'étude ASSIST, les États

TABLEAU 7.4 : Liste des interventions en matière d'abandon du tabac en Ontario

| Intervention | Portée ou utilisation déclarée | Lien vers le site Web |
|---|---|--|
| Programmes | | |
| Téléassistance pour fumeurs | 16 833 appels signalés entre avril 2008 et mars 2009 (63) | http://ccs.centretabacstop.net/ |
| Téléassistance pour fumeurs en ligne | 5 680 utilisateurs enregistrés déclarés en 2008-2009 (63) | http://ccs.centretabacstop.net/ |
| Cheminer sans fumer | 13 573 utilisateurs des services en 2008-2009 (64) | www.leavethepackbehind.org |
| Campagnes | | |
| Mettre un frein à la cigarette | 22 139 participants enregistrés en 2008-2009 (59) | www.driventoquit.ca/french/home/ |
| Projets pilotes | | |
| Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac | 5 587 participants en 2008-2009 (59) | www.ottawamodel.ca |
| Étude STOP (Smoking Treatment for Ontario Patients) | 63 934 participants de 2005 à 2009 (65) | www.stopstudy.ca |

Source : La source de chaque intervention est indiquée dans la colonne du milieu.

Le contexte ontarien

Interventions en matière d'abandon du tabac et récents changements politiques en Ontario

Abandon du tabac – Domaines d'intervention

Campagne médiatique sur l'abandon du tabagisme

américains qui ont investi dans les modifications ci-dessus ont enregistré un nombre de fumeurs abandonnant le tabac bien plus grand que ceux qui ne l'ont pas fait (67,68).

Abandon du tabac – Domaines d'intervention

Un système global d'abandon du tabac comprend un ensemble d'interventions efficaces fondées sur des données probantes, s'adresse à une vaste proportion de consommateurs de produits du tabac et est accessible dans divers milieux. Ces interventions sont soutenues par une série de modifications apportées aux politiques telles que des augmentations des prix du tabac et la promotion des milieux sans fumée. Les consommateurs de produits du tabac sont ainsi incités à tenter d'abandonner (ou à réduire leur consommation) et ont accès à des services d'aide comportementaux ou pharmacologiques, ainsi qu'à des services de soutien social et de prévention de la rechute. Les données probantes et les recommandations présentées dans ce chapitre sont regroupées dans les sections ci-dessous.

- Campagne médiatique sur l'abandon du tabagisme
- Système de soutien aux fumeurs
- Services d'abandon du tabac offerts directement aux fumeurs
- Interventions relatives à l'abandon du tabac dans les établissements de soins primaires et dans tous les autres établissements de soins de santé
- Rôle des entreprises pharmaceutiques
- Démarches socio-écologiques visant l'abandon du tabac

Les membres du CCS-SOSF ont examiné et évalué les données probantes ayant trait aux répercussions de la politique d'imposition sur le comportement et les résultats relatifs à l'abandon du tabac. On reconnaît en général

que le niveau de l'imposition et des prix contribue à accroître l'intention de cesser de fumer et les taux d'abandon du tabac. L'imposition est abordée au chapitre 4 intitulé *Contre le vecteur de maladies en matière de lutte contre le tabagisme*. Nous encourageons les lecteurs à examiner le modèle logique relatif à l'abandon du tabac présenté à l'annexe B afin de prendre entièrement connaissance des interventions recommandées en matière d'abandon du tabac, y compris en matière de politiques, de médias et de programmes.

Campagne médiatique sur l'abandon du tabagisme

Données probantes permettant d'orienter les mesures

Les campagnes médiatiques de masse contre le tabagisme se sont révélées positives au niveau de la population sur les fumeurs. Elles permettaient, en particulier, d'accroître l'intention d'abandonner, de réduire la consommation de produits du tabac, d'accroître les taux d'abandon du tabac et de réduire la prévalence du tabagisme (69-72). Ces campagnes sont également efficaces pour informer les consommateurs de produits du tabac et les orienter vers les services d'abandon du tabac existants comme les lignes d'aide en la matière (70,73,74), ce qui en accroît la portée et l'incidence. Pour une efficacité continue, les interventions médiatiques de masse doivent être soutenues (69,75). Pour finir, il convient de prêter attention à l'élaboration de campagnes médiatiques de masse en vue d'atteindre les personnes socio-économiquement défavorisées et les autres groupes qui ont des besoins plus importants (76).

Le contexte ontarien

Comme cela a été mentionné dans l'introduction de ce chapitre, en Ontario, de nombreux consommateurs de produits du tabac souhaitent cesser de fumer et ont récemment essayé à plusieurs reprises. Il faudrait motiver et encourager ces personnes à cesser de

fumer et leur offrir des renseignements sur la façon d'accéder aux services d'abandon du tabac par une campagne médiatique de masse.

En Ontario, un certain nombre d'efforts déployés en matière d'abandon du tabac incluent des campagnes médiatiques visant à accroître la portée (p. ex., Mettre un frein à la cigarette de la Société canadienne du cancer). De plus, bon nombre des éléments de ces programmes d'abandon du tabac offerts en ligne sont interreliés. Par exemple, le site Web relatif à la campagne Mettre un frein à la cigarette (77) offre un lien direct vers le service Téléassistance pour fumeurs en ligne et d'autres ressources (77).

Recommandation

Campagne médiatique

[7.1] Mettre en œuvre une campagne médiatique de masse durable et intensive en vue d'encourager les fumeurs à arrêter, seuls ou en se faisant aider.

Système de soutien aux fumeurs

Données probantes permettant d'orienter les mesures

Il existe de nombreuses façons dont un consommateur de produits du tabac peut, en bout de ligne, réussir à abandonner; nombre d'entre eux essaieront simplement de s'arrêter brusquement le jour de leur choix (78). Des données probantes émergentes suggèrent que les consommateurs de produits du tabac tirent parti aussi bien de la réduction de la consommation de produits du tabac que du soutien qu'ils reçoivent avant d'arrêter de fumer (78,79). Un abandon brusque du tabac peut également engendrer une importante détresse clinique chez certaines personnes que l'on aiderait au moyen de soins externes y compris un soutien comportemental et phar-

macologique (80). Cependant, pour la plupart des consommateurs de produits du tabac, les symptômes liés à l'abandon du tabac sont légers, résolutifs et tolérables. Pour d'autres, ils peuvent s'avérer relativement handicapants et contribuer à une rechute précoce. Ces symptômes incluent la colère, l'anxiété, la dépression, des difficultés de concentration, l'impatience, l'insomnie et l'agitation, qui atteignent leur plus haut niveau après une semaine et peuvent durer jusqu'à quatre semaines (81). Les personnes qui cessent de fumer constatent souvent une légère prise de poids, surtout au cours de la première année bien que cela puisse durer jusqu'à huit ans. Cet aspect est important pour les fournisseurs de services d'abandon du tabac (82). Pour toutes ces raisons, l'abandon du tabac peut ne pas être un objectif immédiat pour certains fumeurs lorsqu'ils tiennent compte de leur problème de tabagisme. Un système complet d'abandon du tabac doit être en mesure de tenir compte d'un large éventail de motivations en matière d'abandon du tabac.

Les personnes qui réduisent progressivement leur consommation ou qui ne résistent pas à leur première tentative brusque d'abandon sont susceptibles de tirer parti d'un traitement prolongé (83). Pour les consommateurs de produits du tabac qui souhaitent simplement réduire leur consommation, des données probantes suggèrent que favoriser une diminution progressive serait un moyen efficace d'amener davantage de gens à utiliser les services d'abandon du tabac et, finalement, à arrêter de fumer (84).

Les consommateurs de produits du tabac qui parviennent à maintenir une certaine forme d'abstinence sont confrontés à une possibilité de rechute. Bien qu'il soit difficile de prévoir une rechute, on estime, selon une méta-analyse récente, que de 5 à 17 % des fumeurs finissent par rechuter même après être restés abstinents pendant une année complète (85). Les traitements d'aide à l'abandon du tabac ou

Abandon du tabac – Domaines d'intervention

Campagne médiatique sur l'abandon du tabagisme

Système de soutien aux fumeurs

Abandon du tabac – Domaines d'intervention

Système de soutien aux fumeurs

les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) contribuent à rester abstinent à court terme. Cependant, les études à long terme ne sont pas concluantes principalement parce que les traitements sont arrêtés entre huit et 12 semaines (86). Cela est particulier aux études ayant trait aux traitements d'abandon du tabac lorsqu'on les compare aux études relatives à d'autres affections chroniques. Quel qu'il soit, le traitement présente toujours un effet important détectable de six à 12 mois après qu'il ait été arrêté.

Enfin, les consommateurs de produits du tabac possèdent un vécu très différent qui peut occasionner des barrières en ce qui a trait à l'accès aux services ou compliquer davantage le processus d'abandon du tabac. Par exemple, les consommateurs de produits du tabac qui souffrent d'une dépendance à l'alcool peuvent obtenir de mauvais résultats quant au traitement de celle-ci s'ils entreprennent simultanément deux traitements (87). Toutefois, d'autres études ont démontré qu'il n'y avait aucun effet sur les résultats relatifs à l'alcool (88,89). Ces personnes sont également sous-représentées dans les études impliquant l'utilisation d'une pharmacothérapie approuvée en vue d'arrêter de fumer (90), mais sont plus susceptibles de mourir des suites du tabagisme (91).

En résumé, des données probantes démontrent que les cheminements vers l'abandon définitif du tabac sont variés et que cela constitue un processus complexe

qui peut durer des mois, voire des années. Certaines personnes peuvent utiliser différentes méthodes d'abandon du tabac, bénéficier d'un soutien comportemental et de médicaments favorisant l'abandon du tabac dont les TRN, en plus de faire état d'un éventail de symptômes psychologiques et physiologiques liés à l'abandon du tabac. Il existe, pour un nombre important de ceux qui parviennent à l'abstinence, une forte possibilité de rechute au cours de toute tentative d'abandon du tabac. Pour certains, se défaire de la consommation de produits du tabac ou de la dépendance à la nicotine est le combat de toute une vie.

Un système efficace d'abandon du tabac doit être en mesure d'attirer les fumeurs et de les soutenir pendant toute la durée du processus d'abandon. Plus particulièrement, un système de soutien aux consommateurs de produits du tabac qui serait fondé sur les démarches de prévention des maladies chroniques ou sur le modèle « sans fausse route » utilisé dans le domaine de la santé mentale (92), comporterait les composantes suivantes :

- l'intégration à une campagne médiatique de masse visant à faire connaître la démarche globale d'abandon du tabac et les services individuels;
- l'établissement d'un point d'entrée de prédilection, commun à tous les consommateurs de produits du tabac, aux familles, aux fournisseurs et aux chercheurs (même si les clients seront en mesure d'entrer dans le système en tout temps);
- l'orientation des consommateurs de produits du tabac vers des services appropriés, rentables et culturellement adaptés;
- la mise en place d'intervention en matière d'abandon, y compris des médicaments favorisant l'abandon et des TRN, un soutien comportemental, des ressources d'entraide et un soutien au moyen de fournisseurs de services et de groupes;



- une capacité d'engagement continu auprès des consommateurs de produits du tabac, tout au long de leur transition vers l'abandon du tabac, ainsi qu'en ce qui a trait à une abstinence continue (y compris les services d'approche des populations);
- la possibilité d'innover, d'entreprendre des recherches et des améliorations continues en ce qui a trait aux interventions relatives à l'abandon du tabac.

Les fumeurs qui ne souhaitent pas arrêter de fumer ou qui veulent simplement réduire considérablement leur consommation (et non pas cesser de fumer complètement) bénéficieront d'un soutien sous forme d'engagement continu et de mise en place d'une pharmacothérapie lorsque cela est indiqué et approprié. En 2009, Santé Canada a approuvé un protocole concernant l'utilisation d'une TRN (gomme) en vue de réduire le tabagisme sur quatre à six mois puis sa suppression. L'intégralité du processus dure un an.

L'une des démarches de renforcement de la capacité visant à faire participer les consommateurs de produits du tabac de façon continue pourrait être la création d'un registre de consommateurs de produits du tabac. Il est possible, au moyen d'ententes de partage de données, d'utiliser les données existantes pour élaborer ce registre. Un processus de recrutement serait mis sur pied pour attirer de nouveaux participants.

Le contexte ontarien

Comme nous l'avons souligné auparavant, il n'existe aucun système de soutien des consommateurs de produits du tabac en Ontario. Cependant, il existe des programmes qui pourraient servir de base à certains de ses éléments. Par exemple, la téléassistance pour fumeurs pourrait jouer un rôle dans le soutien comportemental offert aux fumeurs et servir d'interface pour les réorienter vers des

services appropriés. En outre, il serait possible d'utiliser les bases de données relatives aux utilisateurs des divers campagnes et projets de recherche en ligne pour alimenter le registre de consommateurs de produits du tabac.

Recommandation

Système de soutien aux personnes qui fument

[7.2] Créer un système de soutien aux fumeurs en vue de rendre opérationnel le concept selon lequel toute solution favorisant l'accès aux services d'abandon du tabac est louable. Le système s'adressera aux fumeurs, comprendra, soutiendra et comblera leurs besoins, tout en améliorant les interventions par l'entremise de ses diverses composantes.

Services d'abandon du tabac offerts directement aux fumeurs

Données probantes permettant d'orienter les mesures

L'un des aspects importants de la stratégie de lutte contre le tabagisme est de recruter, de faire participer et de soutenir activement les consommateurs de produits du tabac actuels et de leur offrir des services d'abandon du tabac. Cette démarche s'ajoute aux services systématiques d'abandon du tabac offerts dans le domaine des soins de santé et des soins primaires (abordés dans la section suivante). Parmi les services offerts directement aux consommateurs de produits du tabac figurent un certain nombre d'éléments comme un soutien au moyen d'une combinaison de services téléphoniques, de messagerie textuelle et en ligne auxquels s'ajoutent des médicaments gratuits visant l'abandon du tabac ou des thérapies de remplacement de la nicotine au besoin.

Abandon du tabac – Domaines d'intervention

Système de soutien aux fumeurs

Services d'abandon du tabac offerts directement aux fumeurs

Abandon du tabac – Domaines d'intervention

Services d'abandon du tabac offerts directement aux fumeurs

L'efficacité des interventions téléphoniques ci-dessus a été prouvée (93-95). Les services de messagerie textuelle ont démontré une importante augmentation des déclarations spontanées d'abandon du tabac à court terme (96). De même, le soutien à l'abandon du tabac offert sur téléphone cellulaire, bien qu'inefficace à long terme, s'est révélé positif à court terme (96). Les services d'abandon du tabac en ligne et informatiques se sont révélés efficaces chez les adultes en milieu clinique (97). Globalement, les interventions offertes en ligne sont rentables, permettent d'orienter les utilisateurs vers certaines ressources et de leur fournir une interactivité unique telle qu'un soutien virtuel (98).

Ces services de soutien seraient complétés par des médicaments visant l'abandon du tabac et de thérapies de remplacement de la nicotine gratuits de pair avec une thérapie comportementale. Cette démarche s'est révélée efficace pour accroître la sensibilisation, ainsi que le nombre de tentatives d'arrêter de fumer et d'abandons efficaces (99-102). Les thérapies de remplacement de la nicotine, quelle que soit leur forme commerciale, peuvent accroître le taux d'abandon (103). Toutefois, il est clair que l'efficacité en matière d'abandon du tabac et la capacité à rester abstinent sont grandement améliorées lorsque la TRN est accompagnée d'un soutien comportemental (103,104). Les démarches de distribution entreprises à la fois en milieu clinique et par la poste, telles que celle mise en place dans le cadre du programme STOP (Smoking Treatment for Ontario Patients), peuvent permettre de réduire les disparités liées aux coûts, à la géographie et au manque d'accès aux TRN (65).

Comme nous l'avons souligné précédemment, les campagnes médiatiques de masse jouent un rôle essentiel en ce qui a trait à l'accroissement de l'impact potentiel et de la portée des services d'abandon du tabac tels que le soutien aux consommateurs de produits

du tabac (70,73,74). De plus, un engagement continu auprès des consommateurs de produits du tabac tout au long de leurs efforts visant à abandonner le tabac améliorerait leurs chances de réussir et de rester abstinents (83).

Le contexte ontarien

Le principal service téléphonique d'aide à l'abandon du tabac offert en Ontario est la téléassistance pour fumeurs et son équivalent en ligne, la téléassistance en ligne pour fumeurs, qui offre des services et un soutien virtuel en groupe au moyen de son registre et de son forum en ligne surveillé par un modérateur. Ces services sont administrés par la Société canadienne du cancer (105).

De nombreuses interventions en matière d'abandon du tabac sont également offertes en ligne, ce qui complète les premiers services fournis. Elles se présentent sous forme de sites Web officiels ou sont intégrées de façon non formelle à des sites Web populaires de réseautage. Par exemple, la campagne Mettre un frein à la cigarette dispose d'une page sur Facebook (77). Il existe également de nombreux forums informels (non commandités) et non documentés en ligne sur les sites Web des réseaux sociaux. Enfin, les Ontariennes et les Ontariens peuvent se tourner vers d'autres programmes d'abandon du tabac que ceux offerts en ligne (ou par téléphone ou messagerie textuelle) fournis de façon physique ou administrative en Ontario.

Les médicaments visant l'abandon du tabac, dont les TRN, ne sont actuellement pas couverts par le Programme de médicaments de l'Ontario.

Toutefois, des groupes tels que l'Ontario Medical Association (OMA) ont sollicité l'inclusion de ces médicaments parce qu'ils permettraient aux personnes à faible revenu (p. ex., les

bénéficiaires de l'aide sociale) d'accéder plus facilement aux médicaments visant l'abandon du tabac (106). Il a été démontré que le remboursement des pharmacothérapies visant l'abandon du tabac conduit à une diminution de la prévalence du tabagisme de 1 à 2 % au cours des deux premières années suivant la mise en œuvre d'une telle politique (107). Il a également été démontré que le remboursement des pharmacothérapies permet d'accroître efficacement les chances de réussir à cesser de fumer (108).

L'OMA a demandé à ce que les TRN soient exemptées de la TPS fédérale (106). Des TRN gratuites, ainsi qu'un soutien comportemental, sont offerts au moyen de diverses méthodes de distribution dans le cadre d'initiatives de recherche limitées telles que l'étude STOP (Smoking Treatment for Ontario Patients) (65).

Recommandations

Soutien direct

[7.3] Améliorer les systèmes téléphoniques, de messagerie textuelle et Internet permettant d'accéder aux services de soutien à l'abandon du tabac, comprenant les éléments suivants :

- [a] intégration au système global de soutien aux fumeurs;
- [b] intégration à la campagne médiatique de masse visant l'abandon du tabac;
- [c] une capacité d'implication permanente auprès des fumeurs.

[7.4] Fournir gratuitement et directement aux fumeurs des médicaments favorisant l'abandon du tabac parallèlement, au besoin, à un soutien comportemental qui peut varier selon les cas.

Interventions relatives à l'abandon du tabac dans les établissements de soins primaires et dans tous les autres établissements de soins de santé

Données probantes permettant d'orienter les mesures

Les interventions visant l'abandon du tabac sont efficaces lorsqu'elles sont mises en œuvre dans les établissements de soins primaires, tels que les cabinets des médecins de famille, les salles d'urgence et les cliniques sans rendez-vous (109). Certaines méthodes comme les 5 A (Amorcer, Aviser, Analyser, Assister et Assurer un suivi) ou FRAMES (commentaires sur les risques personnels, responsabilité du patient, conseils en vue de changer, palette de choix, style empathique, promotion de l'efficacité personnelle) constituent des interventions efficaces en matière d'abandon du tabac pour des patients qui sont prêts à cesser de fumer (110). Des stratégies nationales de lutte contre le tabagisme telles celles des États-Unis (31), de l'Australie (35), du Royaume-Uni (111) et de la Nouvelle-Zélande (112) reconnaissent qu'il est efficace d'offrir des services visant l'abandon du tabac dans les établissements de soins primaires.

Outre les établissements de soins primaires, les interventions visant l'abandon du tabac (y compris le soutien comportemental et les médicaments ou les TRN) se sont également révélées efficaces dans un large éventail de milieux et de situations, et lorsqu'elles sont offertes par divers professionnels. Par exemple :

- pendant la grossesse (113-115);
- sur les lieux de travail (116);
- par des dentistes (117), des pharmaciens (118) et des infirmières (119);
- lorsqu'elles sont axées sur des patients hospitalisés (120-122), des patients souffrant de maladies cardiaques (123-125) ou qui vont subir une intervention chirurgicale (126-130).

Abandon du tabac – Domaines d'intervention

Services d'abandon du tabac offerts directement aux fumeurs

Interventions relatives à l'abandon du tabac dans les établissements de soins primaires et dans tous les autres établissements de soins de santé

Abandon du tabac – Domaines d'intervention

Interventions relatives à l'abandon du tabac dans les établissements de soins primaires et dans tous les autres établissements de soins de santé

Même si ces interventions sont efficaces dans ces situations particulières, il demeure difficile d'en accroître la portée (l'utilisation) et d'assurer la continuité des soins dans le système de soins de santé et dans le cadre des services visant l'abandon du tabac. L'étude de Fiore et coll. met en évidence une démarche permettant d'intégrer une intervention visant l'abandon du tabac dans les systèmes de soins primaires et de soins de santé afin qu'elle fasse partie des soins courants offerts (131). Ces stratégies ont été prises en considération et élargies dans le document de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) mis à jour et intitulé *Supported Clinical Practice Guidelines for Treating Tobacco Use and Dependence* (30). Les stratégies systémiques prometteuses tirées de ces démarches incluent :

- l'utilisation d'une structure clinique en vue d'évaluer la situation en matière de tabagisme et de fournir de l'aide;
- l'obtention de commentaires sur le rendement en utilisant des systèmes d'information clinique;
- l'offre d'interventions gratuites aux patients (c.-à-d., complètement couvertes par une assurance) en vue de l'abandon du tabac;
- l'inclusion de traitements visant l'abandon du tabac dans les normes de soins des professionnels des soins de santé par un organisme d'accréditation.

Les lignes directrices de l'AHRQ recommandent également que l'évaluation du rendement des cliniciens fasse partie de l'intervention mise en place. Cela serait soutenu par une communication suffisante en ce qui a trait à la responsabilité et à la formation (30).

En résumé, voici les éléments essentiels à prendre en compte pour améliorer l'abandon du tabagisme dans les établissements de soins primaires et de soins de santé.

- Les patients font l'objet d'un dépistage systématique en matière de tabagisme à chaque point de contact au sein du continuum des services de santé connexes auxquels ils accèdent (p. ex., auprès d'un médecin de famille, d'un dentiste, d'un pharmacien, d'une infirmière professionnelle, etc.).
- Les consommateurs de produits du tabac motivés sont en mesure d'accéder à (ou sont aiguillés vers) des services visant l'abandon du tabac rentables et personnalisés en tout temps (p. ex., auprès d'un médecin de famille, d'un dentiste, d'un pharmacien, d'une infirmière professionnelle, etc.).
- Les consommateurs de produits du tabac sont reliés au sein d'un système en vue de maintenir leur engagement par rapport aux différents éléments du système visant l'abandon du tabac, tout au long du processus d'abandon du tabac (p. ex., le système de soutien aux fumeurs abordés dans la recommandation 2 ci-dessus).

En vue de soutenir le paradigme ci-dessus, il est nécessaire de définir des chefs de file en matière d'abandon du tabac et d'accroître le nombre de professionnels de la santé en mesure d'offrir des interventions de qualité en la matière dans les établissements de soins de santé tout au long du continuum de soins (132), tels que les infirmières (110,133), les pharmaciens (134) et les dentistes (135,136).

Le contexte ontarien

En Ontario, il n'existe aucune démarche systématisée d'abandon du tabac dans les établissements de soins de santé comparable à celle présentée ci-dessus. Cependant, certains éléments individuels existent tels que le programme TEACH (Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health) qui offre une formation accréditée en matière d'interventions visant l'abandon du tabac aux professionnels des soins de santé de l'Université de Toronto (137). Par ailleurs, le

modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac a réussi à institutionnaliser une démarche systématique d'abandon du tabac dans les milieux hospitaliers où il est en place (138). Les praticiens peuvent également obtenir une formation par le Centre de formation et de consultation (qui s'inscrit dans la stratégie Ontario sans fumée).

L'abandon du tabac n'est pas encore obligatoire dans les programmes professionnels de formation de premier cycle de médecine, de soins dentaires, de soins infirmiers ou de pharmacie. Bien que la rentabilité et les avantages pour la santé aient été démontrés, il faudra encore du temps avant que l'abandon du tabac n'entre dans les normes de soins. Les médicaments visant l'abandon du tabac

ne sont pas couverts par le Programme de médicaments de l'Ontario. Ils sont par conséquent peu utilisés au sein des populations qui ne peuvent pas s'offrir ce type de traitement, même si celles-ci sont susceptibles d'en tirer les meilleurs avantages pour leur santé et leurs finances. Il existe actuellement, dans la grille tarifaire du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO), des codes d'honoraires qui rémunèrent les médecins de famille pour les services de counseling en matière d'abandon du tabac, mais il y a un vide en ce qui a trait à la couverture des médicaments prescrits à cet effet; cela serait comme rémunérer des médecins pour qu'ils conseillent des patients souffrant d'hypertension sur des modifications à apporter à leur mode de vie sans utiliser de médicaments efficaces.

Abandon du tabac – Domaines d'intervention

Interventions relatives à l'abandon du tabac dans les établissements de soins primaires et dans tous les autres établissements de soins de santé

Recommandations

Cessation dans d'autres contextes

- [7.5] Systématiser, élargir, soutenir et adapter des politiques, des services et des activités de soutien à faible coût, fondés sur des données probantes, en matière d'abandon du tabac dans les établissements de soins de santé et de santé publique tels que les établissements de soins primaires, les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée.
- [7.6] Créer des mécanismes de responsabilisation visant à faire en sorte que les fumeurs soient incités, conseillés et aidés à cesser de fumer à chaque point de contact avec le système de soins de santé (réseaux locaux d'intégration des services de santé, fournisseurs de soins primaires, soins spécialisés, soins à domicile, etc.).
- [7.7] Fournir gratuitement des médicaments favorisant l'abandon du tabac aux bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario, en déterminant la dose et la durée en fonction de la comorbidité et des dommages de la plaque terminale évalués par leur fournisseur de soins de santé.
- [7.8] Cibler les sous-groupes de population qui présentent un risque élevé de maladie liée au tabac ou qui ont un accès plus restreint aux services d'aide à l'abandon du tabac afin de leur fournir des services qui répondent à leurs besoins particuliers. Ces sous-groupes peuvent inclure les personnes se trouvant dans des établissements de traitement de l'accoutumance et des maladies mentales, y compris les personnes en proie à des problèmes de jeu compulsif.

Recommandation

Programmes d'études en cessation

- [7.9] Soutenir et améliorer la formation et le perfectionnement professionnel de tous les praticiens qui œuvrent dans le domaine de la lutte contre le tabagisme par l'entremise des ressources existantes telles que le Centre de formation et de consultation (CFC) et le Projet TEACH (Training Enhancement and Applied Cessation Counselling and Health).

Abandon du tabac – Domaines d'intervention

Rôle des entreprises pharmaceutiques

Rôle des entreprises pharmaceutiques

Données probantes permettant d'orienter les mesures

Les entreprises pharmaceutiques jouent un rôle important dans la mise au point de TRN et de médicaments favorisant l'abandon du tabac. Elles participent aussi activement aux campagnes médiatiques de sensibilisation du public en vue de susciter et de soutenir les tentatives d'arrêter de fumer, soutiennent la recherche de systèmes d'abandon du tabac pour les populations ayant des besoins élevés et commanditent la formation et d'autres activités de renforcement des capacités. Les entreprises pharmaceutiques, bien qu'elles soient motivées par le profit comme toute entreprise privée, sont des partenaires en matière de soins de santé. Bien que les fabricants de tabac évoluent dans un secteur dont les effets sont néfastes pour la santé, les entreprises pharmaceutiques ont intérêt à prévenir, traiter et prendre en charge les maladies chroniques et aiguës provoquées par les fabricants de tabac.

Il est nécessaire de définir le rôle que les entreprises pharmaceutiques peuvent jouer dans l'élaboration de mesures globales de lutte contre le tabagisme en Ontario. Ces entreprises peuvent déjà travailler avec des partenaires non gouvernementaux de diverses façons. Les chefs de file de la lutte contre le tabagisme devraient faire participer l'industrie pharmaceutique à la définition de rôles appropriés. Parmi les éventuels points à discuter figurent :

- l'élaboration de nouveaux produits pharmaceutiques visant l'abandon du tabac;
- le financement indépendant de la recherche, programmes de formation et mise sur pied d'un partenariat;
- la fourniture de produits pour divers programmes ou initiatives de recherche.

Recommandation

Compagnies pharmaceutiques

- [7.10] Amener les compagnies pharmaceutiques à mieux comprendre leur contribution potentielle au système d'abandon du tabagisme pour l'Ontario.

Démarches socio-écologiques visant l'abandon du tabac

Le présent chapitre s'est, jusqu'à présent, intéressé aux programmes et aux politiques visant l'abandon du tabac et destinés à des personnes ou des groupes de population. En réalité, les données probantes présentées démontrent qu'ils sont efficaces. Cependant, les recherches émergentes démontrent qu'examiner une démarche socio-écologique pourrait présenter des avantages considérables permettant de résoudre des problèmes de santé comme le tabagisme (139).

Une démarche socio-écologique tente de comprendre les répercussions de l'environnement et des réseaux sociaux d'un individu sur son comportement en matière de santé. Les réseaux sont dotés de propriétés qui ne sont pas évidentes et qui ne peuvent s'expliquer en observant les composantes individuelles. Pour comprendre les propriétés de ces réseaux, il convient d'élargir le champ de recherche afin d'englober des groupes entiers d'individus et leurs interconnexions (139). La démarche socio-écologique a été mise en œuvre pour expliquer la propagation de la perte de sommeil au sein de groupes de pairs adolescents (140), de la toxicomanie (141,142), de la dépression (143), de l'alcoolisme (144) et même du bonheur (145). Plus important encore, cette démarche facilite la mise sur pied d'interventions qui tiennent compte du rôle important des propriétés des réseaux sur le comportement des individus comme le rôle de la pression des pairs en matière d'alcoolisme chez les adolescents.

En ce qui a trait au comportement lié au tabagisme, il est possible d'élargir la démarche socio-écologique à des recherches antérieures sur les liens dyadiques entre l'adoption et l'arrêt du tabagisme chez les jeunes (146). Par exemple, l'étude de Christakis et coll. a documenté le rôle de la pression des pairs sur la motivation d'un individu à cesser de fumer, le rôle du niveau de scolarité atteint sur la tendance d'un individu à reproduire le comportement des pairs (comportement à l'égard de l'abandon du tabac), les répercussions des changements de comportements et l'élaboration de normes qui se renforcent elles-mêmes au sein de groupes et qui favorisent les tendances à l'abandon du tabac au niveau individuel (146). Les démarches relatives à l'abandon du tabac qui s'inscrivent dans des phénomènes de réseaux peuvent être utilisées pour favoriser les comportements positifs en matière de santé et accroître les interventions existantes auprès de la population telles que les taxes et les campagnes médiatiques (146). Pour finir, la démarche socio-écologique a été étudiée dans le milieu de travail de cols bleus, où les travailleurs partagent un contexte social (147,148) et des traits individuels communs comme le revenu et l'éducation.

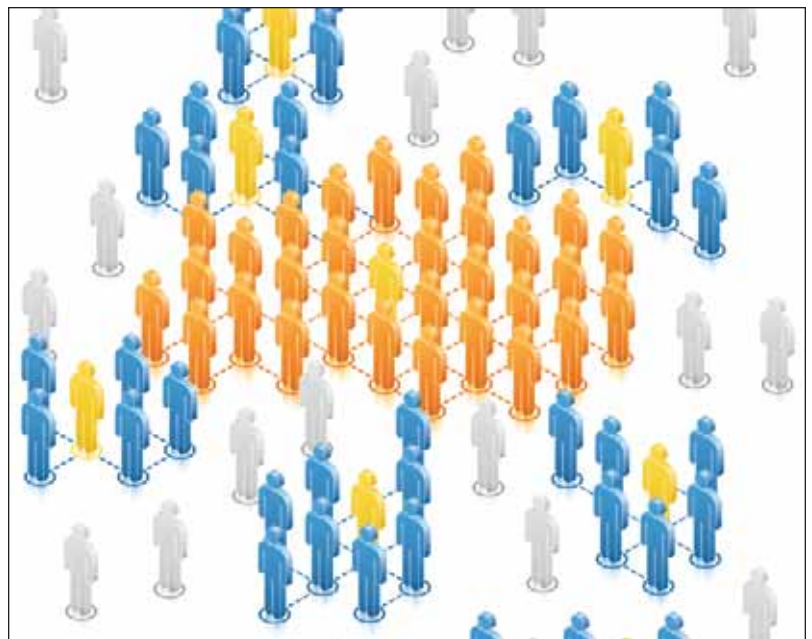
Recommandation

Approches innovatrices

[7.11] Soutenir la recherche et l'élaboration de démarches socio-écologiques novatrices en matière d'abandon du tabac dans divers milieux, y compris les lieux de travail et les organismes communautaires.

Abandon du tabac – Domaines d'intervention

Rôle des entreprises pharmaceutiques



Bibliographie

Bibliographie

- (1) Erhardt, L., « Cigarette smoking: an undertreated risk factor for cardiovascular disease », *Atherosclerosis*, vol. 205, n° 1 (juil. 2009), pp. 23 à 32.
- (2) Vacheron, A. et J.P. Bounhoure, Groupe de travail de la Commission IV (Maladies cardiovasculaires), « Secondary prevention after myocardial infarction », *Bull. Acad. Natl. Med.*, vol. 191, n° 8 (nov. 2007), pp. 1763 à 1777.
- (3) U.S. Department of Health and Human Services, *The health benefits of smoking cessation*, U.S. Department of Health and Human Services, A report of the Surgeon General, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990. Accessible à l'adresse : http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/C/V/_/nnbbcv.pdf.
- (4) U.S. Department of Health and Human Services, « Program and funding guidelines for comprehensive tobacco control programs », Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1999. Accessible à l'adresse : <http://tobaccofree.mt.gov/publications/cdcbestpractices.pdf>.
- (5) Peto, R., S. Darby, H. Deo, P. Silcocks, E. Whitley et R. Doll, « Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies », *BMJ*, vol. 321, n° 7257 (5 août 2000), pp. 323 à 329.
- (6) Zhang, B., R. Ferrence, J. Cohen, S. Bondy, M.J. Ashley, J. Rehm et coll., « Smoking cessation and lung cancer mortality in a cohort of middle-aged Canadian women », *Ann. Epidemiol.*, vol. 15, n° 4 (avr. 2005), pp. 302 à 309.
- (7) U.S. Department of Health and Human Services, *The health consequences of smoking*, A report of the Surgeon General, Atlanta, GA, U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004. Accessible à l'adresse : http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/index.htm.
- (8) Moller, A. et H. Tonnesen, « Risk reduction: perioperative smoking intervention », *Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol.*, vol. 20, n° 2 (juin 2006), pp. 237 à 248.
- (9) Warner, K.E. et B.R. Luce, *Cost-benefit and cost-effectiveness analysis in health care: Principles, practice, and potential*, Ann Arbor, MI, Health Administration Press, 1983.
- (10) Widmer, A.F. et M. Battagay, « Postoperative wound infections: essentials for the internal medicine », *Internist (Berl)*, vol. 51, n° 2 (fév. 2010), pp. 142 à 153.
- (11) Larsson, M. et G. Bergentz, « Smoking cessation as important as surgeon's handwashing », *Lakartidningen*, vol. 106, n° 48 (25 nov. au 1^{er} déc 2009), p. 3278.
- (12) Billert, H., M. Gaca et D. Adamski, « Smoking cessation as regards anesthesia and surgery », *Przegl Lek*, vol. 65, n° 10 (2008), pp. 687 à 691.
- (13) Lightwood, J.M., C.S. Phibbs et S.A. Glantz, « Short-term health and economic benefits of smoking Cessation: Low birth weight », *Pediatrics*, vol. 104, n° 6 (1999), pp. 1312 à 1320.
- (14) Henningfield, J.E., témoignage dans : *Potential reduced exposure, reduced risk tobacco products: an examination of the possible public health impact and regulatory challenges: hearing before the Committee on Government Reform*, Chambre des représentants, 108^e Congrès, première séance, 3 juin 2003, Washington, DC, U.S. Environmental Protection Agency, pp. 137 à 144, 2003. Accessible à l'adresse : http://frwebgate.access.gpo.gov/cgi-bin/getdoc.cgi?dbname=108_house_hearings&docid=f:88721.pdf.
- (15) Thun, M.J. et A. Jemal, « How much of the decrease in cancer death rates in the United States is attributable to reductions in tobacco smoking? », *Tob. Control*, vol. 15, n° 5 (oct. 2006), pp. 345 à 347.
- (16) Ali, M.K. et J.P. Koplan, « Promoting health through tobacco taxation », *JAMA*, vol. 303, n° 4 (27 janv. 2010), pp. 357 et 358.
- (17) Gilpin, E.A., K. Messer, M.M. White et J.P. Pierce, « What contributed to the major decline in per capita cigarette consumption during California's comprehensive tobacco control programme? », *Tob. Control*, vol. 15, n° 4 (août 2006), pp. 308 à 316.
- (18) Fichtenberg, C.M. et S.A. Glantz, « Association of the California Tobacco Control Program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease », *N. Engl. J. Med.*, vol. 343, n° 24 (14 déc. 2000), pp. 1772 à 1777.
- (19) Feighery, E.C., K.M. Ribisl, N.C. Schleicher, L. Zellers et N. Wellington, « How do minimum cigarette price laws affect cigarette prices at the retail level? », *Tob. Control*, vol. 14, n° 2 (avr. 2005), pp. 80 à 85.

Bibliographie

- (20) Reed, M.B., C.M. Anderson, J.W. Vaughn et D.M. Burns, « The effect of cigarette price increases on smoking cessation in California », *Prev. Sci.* vol. 9, n° 1 (mars 2008), pp. 47 à 54.
- (21) Pinilla J., « Tobacco taxes, prices and demand for tobacco products: a comparative analysis », *Gac. Sanit.*, vol. 16, n° 5 (sept.-oct. 2002), pp. 425 à 435.
- (22) Wakefield, M.A., F.J. Chaloupka, N.J. Kaufman, C.T. Orleans, D.C. Barker et E.E. Ruel, « Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study », *BMJ*, vol. 321, n° 7257 (5 août 2000), pp. 333 à 337.
- (23) Thomson, G., N. Wilson et P. Howden-Chapman, « Population level policy options for increasing the prevalence of smokefree homes », *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 60, n° 4 (avr. 2006), pp. 298 à 304.
- (24) Smoke Free Housing Ontario, *Why tenants need smoke-free housing in Ontario*, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.smokefreehousingontario.ca/sfho/tenants-why-smoke-free.html>. Consulté en janvier 2010.
- (25) Farrelly, M.C., « Monitoring the tobacco use epidemic V: The environment: factors that influence tobacco use », *Prev. Med.*, vol. 48, n° 1 (janv. 2009), pp. S35 à S43.
- (26) Borland, R., N. Wilson, G.T. Fong, D. Hammond, K.M. Cummings, H.H. Yong et coll., « Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: findings from four countries over five years », *Tob. Control*, vol. 18, n° 5 (oct. 2009), pp. 358 à 364.
- (27) Borland, R., H.H. Yong, N. Wilson, G.T. Fong, D. Hammond, K.M. Cummings et coll., « How reactions to cigarette packet health warnings influence quitting: findings from the ITC Four-Country survey », *Addiction*, vol. 104, n° 4 (avr. 2009), pp. 669 à 675.
- (28) Hammond, D., G.T. Fong, P.W. McDonald, R. Cameron et K.S. Brown, « Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour », *Tob. Control*, vol. 12, n° 4 (déc. 2003), pp. 391 à 395.
- (29) Ong, M.K. et S.A. Glantz, « Free nicotine replacement therapy programs vs implementing smoke-free workplaces: a cost-effectiveness comparison », *Am. J. Public Health*, vol. 95, n° 6 (juin 2005), pp. 969 à 975.
- (30) Agency for Healthcare Research and Quality, *AHCPR supported clinical practice guidelines: 18 – Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hsahcpr&part=A28163>. Consulté en mars 2010.
- (31) Centers for Disease Control and Prevention, *Best practices for comprehensive tobacco control programs—2007*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices.
- (32) Organisation mondiale de la santé, *Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac*, Genève, Suisse, WHO Press, 2005. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf.
- (33) Tobacco Education and Research Oversight Committee, *Endangered investment: Toward a tobacco-free California 2009-2011 – Master plan*, Sacramento, CA, Tobacco Education and Research Oversight Committee, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.cdph.ca.gov/services/boards/teroc/Documents/TEROCMasterPlan09-11.pdf>.
- (34) Mueller, N.B., D.A. Luke, S.H. Herbers et T.P. Montgomery, « The Best Practices: Use of the guidelines by ten state tobacco control programs », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 31, n° 4 (oct. 2006), pp. 300 à 306.
- (35) Scollo, M.M. et M.H. Winstanley (rédacteurs), *Tobacco in Australia: Facts and issues*, troisième édition, Melbourne, Australie, Cancer Council Victoria, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.tobaccoinaustralia.org.au>. Consulté en mars 2010.
- (36) Raw, M., S. Regan, N.A. Rigotti et A. McNeill, « A survey of tobacco dependence treatment guidelines in 31 countries », *Addiction*, vol. 104, n° 7 (juil. 2009), p. 1243 à 1250.
- (37) Menzin, J., L.M. Lines et J. Marton, « Estimating the short-term clinical and economic benefits of smoking cessation: do we have it right? », *Expert Rev. Pharmacoecon Outcomes Res.*, vol. 9, n° 3 (juin 2009), p. 257 à 264.
- (38) Henningfield, J.E., « Tobacco dependence treatment: scientific challenges; public health opportunities », *Tob. Control*, vol. 9, suppl. 1 (2000), pp. I3 à I10.
- (39) Hejblum, G., K. Atsou, B. Dautzenberg et C. Chouaid, « Cost-benefit analysis of a simulated institution-based preoperative smoking cessation intervention in patients undergoing total hip and knee arthroplasties in France », *Chest*, vol. 135, n° 2 (fév. 2009), pp. 477 à 483.
- (40) Slatore, C.G., D.H. Au et W. Hollingworth, « Cost-effectiveness of a smoking cessation program implemented at the time of surgery for lung cancer », *J. Thorac. Oncol.*, vol. 4, n° 4 (avr. 2009), pp. 499 à 504.
- (41) Lightwood, J.M. et S.A. Glantz, « Short-term health and economic benefits of smoking Cessation: Myocardial infarction and stroke », *Circulation*, vol. 96, n° 4 (19 août 1997), pp. 1089 à 1096.

Bibliographie

- (42) Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment (CAN-ADAPTT), *Dynamic guidelines for tobacco control in Canada Version 1.0.*, Toronto (Ontario), CAN-ADAPTT, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.can-adaptt.net/resources/fileList.aspx>.
- (43) Tengs, T.O., M.E. Adams, J.S. Pliskin, D.G. Safran, J.E. Siegel, M.C. Weinstein et coll., « Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness », *Risk Anal.*, vol. 15, n° 3 (juin 1995), pp. 369 à 390.
- (44) Organisation mondiale de la Santé, *Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels, 16^e liste (révisée)*, Genève, Suisse, WHO Press, 2010. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/REV_LME_16_mars2010.pdf.
- (45) Popova, S., J. Patra et J. Rehm, « Avoidable portion of tobacco-attributable acute care hospital days and its cost due to implementation of different intervention strategies in Canada », *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 6, n° 8 (août 2009), pp. 2179 à 2192.
- (46) Fishman, P.A., Z.M. Khan, E.E. Thompson et S.J. Curry, « Health care costs among smokers, former smokers, and never smokers in an HMO », *Health Serv. Res.*, vol. 38, n° 2 (avr. 2003), pp. 733 à 749.
- (47) Baumeister, S.E., A. Schumann, C. Meyer, U. John, H. Volzke et D. Alte, « Effects of smoking cessation on health care use: is elevated risk of hospitalization among former smokers attributable to smoking-related morbidity? », *Drug Alcohol Depend.*, vol. 88, n° 2-3 (11 mai 2007), pp. 197 à 203.
- (48) Colman, R., *The cost of tobacco in Nova Scotia*, Glen Haven, N.-É., GPIAtlantic, 2000. Accessible à l'adresse : <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/tobacco/costoftobacco-ns.pdf>.
- (49) Institut national de santé publique du Québec, *Programme québécois de remboursement des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique – Phase I*. 2006. Accessible à l'adresse : <http://www.inspq.qc.ca>. Consulté en mars 2007.
- (50) Ouellette, P., P.Y. Cremieux et P. Petit, *Étude d'impact des modifications proposées à la loi sur le tabac*, soumise au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005.
- (51) Tremblay, M., Y. Payette et A. Montreuil, « Use and reimbursement costs of smoking cessation medication under the Quebec public drug insurance plan », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n° 6 (nov.-déc. 2009), pp. 417 à 420.
- (52) Byers, T., « Two decades of declining cancer mortality: progress with disparity », *Annu. Rev. Public Health*, vol. 31 (21 avr. 2010), pp. 121 à 132.
- (53) Irvin Vidrine, J., L.R. Reitzel et D.W. Wetter, « The role of tobacco in cancer health disparities », *Curr. Oncol. Rep.*, vol. 11, n° 6 (nov. 2009), pp. 475 à 481.
- (54) Jha, P., R. Peto, W. Zatonski, J. Boreham, M.J. Jarvis et A.D. Lopez, « Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America », *Lancet*, vol. 368, n° 9533 (29 juil. 2006), pp. 367 à 370.
- (55) U.S. Department of Health and Human Services, *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000. Accessible à l'adresse : http://www.surgeongeneral.gov/library/tobacco_use.
- (56) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Monitoring and Evaluation Series*, vol. 14/15, Toronto, Canada, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, rapport spécial de l'URTO, janvier 2010. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/15mr/15mr_no2.pdf.
- (57) Schwartz, R., S. O'Connor, N. Minian, T. Borland, A. Babayan, R. Ferrence et coll., *Evidence to inform smoking cessation policymaking in Ontario*, Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 2009.
- (58) Cunningham, J.A. et P.L. Selby, « Intentions of smokers to use free nicotine replacement therapy », *CMAJ*, vol. 179, n° 2, (15 juil. 2008), pp. 145 et 146.
- (59) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Towards a Smoke-Free Ontario: Progress and implications for future developments*, Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/13mr/13mr_no3.pdf.
- (60) Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations, *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003*, Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations (deuxième édition), Ottawa (Ontario), Assemblée des Premières nations, 2007. Accessible à l'adresse : <http://rhs-ers.ca/francais/downloads.asp>.
- (61) Department of National Health and Welfare, Stephens, T. (éditeur), *Enquête promotion de la santé Canada, 1990 : Rapports technique*, Ottawa (Ontario), ministère des Approvisionnements et Services, 1993, [Cat. n° H39-263/2-1990].

Bibliographie

- (62) Organisation mondiale de la Santé, *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009 – Appendix VII age-standardized prevalence estimates for smoking among adults, weighted by sex, 2006*, Genève, Suisse, WHO Press, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/appendix_vii/en/index.html.
- (63) Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel, utilisation des services de téléassistance et de téléassistance aux fumeurs en ligne : avril 2008 à mars 2009, Waterloo (Ontario), Université de Waterloo, 2009.
- (64) Lawrance, K.A. et S. Lawler, *Leave the Pack Behind – Final report, April 1, 2008 – March 31, 2009*, St. Catharines (Ontario), Université Brock, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.leavethepackbehind.org/pdf/LTPB%20Final%20Activity%20Report%2008-09.pdf>.
- (65) Étude STOP (Smoking Treatment for Ontario Patients), Rapport final remis au ministère de la Promotion de la santé et du Sport, Toronto (Ontario), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2009.
- (66) Reid, J.L. et D. Hammond, *Tobacco use in Canada: Patterns and trends*, édition 2009 (v2), Waterloo (Ontario), Université de Waterloo, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.tobaccoreport.ca/Tobacco_Use_in_Canada.pdf.
- (67) National Cancer Institute, *ASSIST: Shaping the future of tobacco prevention and control*, Tobacco Control Monograph N° 16, Bethesda, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub., n° 05-5645, mai 2005. Accessible à l'adresse : <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/16/index.html>.
- (68) National Cancer Institute, *Evaluating ASSIST: A blueprint for understanding state level tobacco control*, Tobacco Control Monograph N° 17, Bethesda, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub., N° 06-6058, octobre 2006. Accessible à l'adresse : <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/17/index.html>.
- (69) Bala, M., L. Strzeszynski et K. Cahill, *Mass media interventions for smoking cessation in adults*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 1, article CD004704, 23 janv. 2008.
- (70) Biener, L., R.L. Reimer, M. Wakefield, G. Szczypka, N.A. Rigotti et G. Connolly, « Impact of smoking cessation aids and mass media among recent quitters », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 30, n° 3 (mars 2006), pp. 217 à 224.
- (71) McAlister, A, T.C. Morrison, S. Hu, A.F. Meshack, A. Ramirez, K. Gallion et coll., « Media and community campaign effects on adult tobacco use in Texas », *J. Health Commun.*, vol. 9, n° 2 (mar.-avr. 2004), pp. 95 à 109.
- (72) Sowden, A.J. et L. Arblaster, *Mass media interventions for preventing smoking in young people*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 2, article CD001006, 2000.
- (73) Abrams, D.B., A.L. Graham, D.T. Levy, P.L. Mabry et C.T. Orleans, « Boosting population quits through evidence-based cessation treatment and policy », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 38, suppl. 3 (mars 2010), pp. S351 à S363.
- (74) Sheffer, M.A., L.A. Redmond, K.H. Kobinsky, P.A. Keller, T. McAfee et M.C. Fiore, « Creating a perfect storm to increase consumer demand for Wisconsin's Tobacco Quitline », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 38, suppl. 3 (mars 2010), pp. S343 à S346.
- (75) McVey, D. et J. Stapleton, « Can anti-smoking television advertising affect smoking behaviour? Controlled trial of the Health Education Authority for England's anti-smoking TV campaign », *Tob. Control*, vol. 9, n° 3 (sept. 2000), pp. 273 à 282.
- (76) Niederdeppe, J., X. Kuang, B. Crock et A. Skelton, « Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: what do we know, what do we need to learn, and what should we do now? », *Soc. Sci. Med.*, vol. 67, n° 9 (nov. 2008), pp. 1343 à 1355.
- (77) Société canadienne du cancer, Page d'accueil – Mettre un frein à la cigarette. Accessible à l'adresse : <http://www.driventoquit.ca/french/home/>. Consulté en mars 2010.
- (78) Lindson, N., P. Aveyard et J.R. Hughes, *Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 3, article CD008033, 17 mars 2010.
- (79) Hughes, J.R., « Smokers who choose to quit gradually versus abruptly », *Addiction*, vol. 102, n° 8 (août 2007), pp. 1326 et 1327.
- (80) Hughes, J.R., « Clinical significance of tobacco withdrawal », *Nicotine Tob. Res.*, vol. 8, n° 2 (avr. 2006), pp. 153 à 156.
- (81) Hughes, J.R., « Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course », *Nicotine Tob. Res.*, vol. 9, n° 3 (mars 2007), pp. 315 à 327.
- (82) Pistelli, F, F. Aquilini, L. Carrozzini, « Weight gain after smoking cessation », *Monaldi Arch. Chest Dis.*, vol. 71, n° 2 (juin 2009), pp. 81 à 87.
- (83) Peters, E.N. et J.R. Hughes, « The day-to-day process of stopping or reducing smoking: a prospective study of self-changers », *Nicotine Tob. Res.*, vol. 11, n° 9 (sept. 2009), pp. 1083 à 1092.

Bibliographie

- (84) Fagerstrom, K.O., « Can reduced smoking be a way for smokers not interested in quitting to actually quit? », *Respiration*, vol. 72, n° 2 (mars-avril 2005), pp. 216 à 220.
- (85) Hughes, J.R., E.N. Peters et S. Naud, « Relapse to smoking after 1 year of abstinence: a meta-analysis », *Addict. Behav.*, vol. 33, n° 12 (déc. 2008), pp. 1516 à 1520.
- (86) Hajek, P., L.F. Stead, R. West, M. Jarvis et T. Lancaster, *Relapse prevention interventions for smoking cessation*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 1, article CD003999, 21 janv. 2009.
- (87) Kodl, M., S.S. Fu et A.M. Joseph, « Tobacco cessation treatment for alcohol-dependent smokers: when is the best time? », *Alcohol Res. Health*, vol. 29, n° 3 (2006), pp. 203 à 207.
- (88) Burling, T.A., A.S. Burling et D. Latini, « A controlled smoking cessation trial for substance-dependent inpatients », *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 69, n° 2 (avr. 2001), pp. 295 à 304.
- (89) Lemon, S.C., P.D. Friedmann et M.D. Stein, « The impact of smoking cessation on drug abuse treatment outcome », *Addict. Behav.*, vol. 28, n° 7 (sept. 2003), pp. 1323 à 1331.
- (90) Leeman, R.F., C.J. Huffman et S.S. O'Malley, « Alcohol history and smoking cessation in nicotine replacement therapy, bupropion sustained release and varenicline trials: a review », *Alcohol*, vol. 42, n° 3 (mai-juin 2007), pp. 196 à 206.
- (91) Hurt, R.D., K.P. Offord, T.I. Croghan, L. Gomez-Dahl, T.E. Kottke, R.M. Morse et coll., « Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort », *JAMA*, vol. 275, n° 14 (10 avr. 1996), pp. 1097 à 1103.
- (92) Commission de la santé mentale du Canada, *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, Calgary (Alberta), Commission de la santé mentale du Canada, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/default.aspx>.
- (93) Zbikowski, S.M., J. Hapgood, S. Smucker Barnwell et T. McAfee, « Phone and web-based tobacco cessation treatment: real-world utilization patterns and outcomes for 11,000 tobacco users », *J. Med. Internet Res.*, vol. 10, n° 5 (14 nov. 2008), p. e41.
- (94) Stead, L.F., R. Perera et T. Lancaster, *Telephone counselling for smoking cessation*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 3, article CD002850, 19 juil. 2006.
- (95) Stead, L.F., R. Perera et T. Lancaster, « A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines », *Tob. Control*, vol. 16, suppl. 1 (déc. 2007), pp. i3 à i8.
- (96) Whittaker, R., R. Borland, C. Bullen, R.B. Lin, H. McRobbie et A. Rodgers, *Mobile phone-based interventions for smoking cessation*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 4, article CD006611, 7 oct. 2009.
- (97) Myung, S.K., D.D. McDonnell, G. Kazinets, H.G. Seo et J.M. Moskowitz, « Effects of Web- and computer-based smoking cessation programs: meta-analysis of randomized controlled trials », *Arch. Intern. Med.*, vol. 169, n° 10 (25 mai 2009), pp. 929 à 937.
- (98) Bock, B.C., A.L. Graham, J.A. Whiteley et J.L. Stoddard, « A review of web-assisted tobacco interventions (WATIs) », *J. Med. Internet Res.*, vol. 10, n° 5 (6 nov. 2008), p. e39.
- (99) Tinkelman, D., S.M. Wilson, J. Willett et C.T. Sweeney, « Offering free NRT through a tobacco quitline: impact on utilisation and quit rates », *Tob. Control*, vol. 16, suppl. 1 (déc. 2007), pp. i42 à i46.
- (100) An, L.C., B.A. Schillo, A.M. Kavanaugh, R.B. Lachter, M.G. Luxenberg, A.H. Wendling et coll., « Increased reach and effectiveness of a statewide tobacco quitline after the addition of access to free nicotine replacement therapy », *Tob. Control*, vol. 15, n° 4 (août 2006), pp. 286 à 293.
- (101) Bauer, J.E., S.M. Carlin-Menter, P.B. Celestino, A. Hyland et K.M. Cummings, « Giving away free nicotine medications and a cigarette substitute (Better Quit) to promote calls to a quitline », *J. Public Health Manag. Pract.*, vol. 12, n° 1 (janv. fév. 2006), pp. 60 à 67.
- (102) Cummings, K.M., B. Fix, P. Celestino, S. Carlin-Menter, R. O'Connor et A. Hyland, « Reach, efficacy, and cost-effectiveness of free nicotine medication giveaway programs », *J. Public Health Manag. Pract.*, vol. 12, n° 1 (janv.-fév. 2006), pp. 37 à 43.
- (103) Stead, L.F., R. Perera, C. Bullen, D. Mant et T. Lancaster, *Nicotine replacement therapy for smoking cessation*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 1, article CD000146, 23 janv. 2008.
- (104) Moore, D., P. Aveyard, M. Connock, D. Wang, A. Fry-Smith et P. Barton, « Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis », *BMJ*, vol. 338 (2 avril 2009), p. b1024.
- (105) Société canadienne du cancer, téléassistance pour fumeurs. Accessible à l'adresse : <http://ccs.centretabacstop.net/>. Consulté en mars 2010.

Bibliographie

- (106) Ontario Medical Association, « Rethinking stop-smoking medications: treatment myths and medical realities », *Ont. Med. Rev.*, vol. 75, n° 1 (janv. 2008), pp. 22 à 34. Accessible à l'adresse : <https://www.oma.org/Resources/Documents/2008RethinkingStop-SmokingMedications.pdf>.
- (107) Levy, D.T., F. Chaloupka et J. Gitchell, « The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard », *J. Public Health Manag. Pract.*, vol. 10, n° 4 (juil.-août 2004), pp. 338 à 353.
- (108) Reda, A.A., J. Kaper, H. Fikrelter, J.L. Severens et C.P. van Schayck, *Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 2, article CD004305, 15 avr. 2009.
- (109) Stead, L.F., G. Bergson et T. Lancaster, *Physician advice for smoking cessation*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 2, article CD000165, 16 avr. 2008.
- (110) Searight, R., « Realistic approaches to counseling in the office setting », *Am. Fam. Physician*, vol. 79, n° 4 (15 fév. 2009), pp. 277 à 284.
- (111) Gouvernement britannique, *A Smokefree Future: A Comprehensive tobacco control strategy for England*, Londres, R.-U., Department of Health, 2010. Accessible à l'adresse : http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_111749.
- (112) McRobbie, H., C. Bullen, M. Glover, R. Whittaker, M. Wallace-Bell, T. Fraser et coll., « New Zealand Association of Counselors », *NZ Med. J.*, vol. 121, n° 1276 (20 juin 2008), pp. 57 à 70.
- (113) Lumley, J. C. Chamberlain, T. Dowswell, S. Oliver, L. Oakley et L. Watson, *Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 3, article CD001055, 8 juil. 2009.
- (114) Rore, C., V. Brace, P. Danielian et D. Williams, « Smoking cessation in pregnancy », *Expert Opin. Drug Saf.*, vol. 7, n° 6 (nov. 2008), pp. 727 à 737.
- (115) Crawford, J.T., J.E. Tolosa et R.L. Goldenberg, « Smoking cessation in pregnancy: why, how, and what next », *Clin. Obstet. Gynecol.*, vol. 51, n° 2 (juin 2008), pp. 419 à 435.
- (116) Cahill, K., M. Moher et T. Lancaster, *Workplace interventions for smoking cessation*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 4, article CD003440, 8 oct. 2008.
- (117) Carr, A.B. et J.O. Ebbert, « Interventions for tobacco cessation in the dental setting. A systematic review », *Community Dent. Health*, vol. 24, n° 2 (juin 2007), pp. 70 à 74.
- (118) Dent, L.A., K.J. Harris et C.W. Noonan, « Tobacco interventions delivered by pharmacists: a summary and systematic review », *Pharmacotherapy*, vol. 27, n° 7 (juil. 2007), pp. 1040 à 1051.
- (119) Rice, V.H. et L.F. Stead, *Nursing interventions for smoking cessation*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 1, article CD001188, 23 janv. 2008.
- (120) Rigotti, N.A., M.R. Munafo et L.F. Stead, « Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review », *Arch. Intern. Med.*, vol. 168, n° 18 (13 oct. 2008), pp. 1950 à 1960.
- (121) Rigotti, N.A., M.R. Munafo et L.F. Stead, *Interventions for smoking cessation in hospitalised patients*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 3, article CD001837, 18 juil. 2007.
- (122) Reid, R.D., K.A. Mullen, M.E. Slovinec D'Angelo, D.A. Aitken, S. Papadakis, P.M. Haley et coll., « Smoking cessation for hospitalized smokers: an evaluation of the «Ottawa Model» », *Nicotine Tob. Res.*, vol. 12, n° 1 (janv. 2010), pp. 11 à 18.
- (123) Barth, J., J. Critchley et J. Bengel, « Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease », base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 1, article CD006886, 23 janv. 2008.
- (124) Eisenberg, M.J., L.M. Blum, K.B. Filion, S. Rinfret, L. Pilote, G. Paradis et coll., « Efficacité des mesures antitabagiques chez les patients cardiaques : Méta-analyse d'essais randomisés et contrôlés », *Journal canadien de cardiologie*, vol. 26, n° 2, (fév. 2010), pp. 73 à 79.
- (125) Mohiuddin, S.M., A.N. Mooss, C.B. Hunter, T.L. Grollmes, D.A. Cloutier et D.E. Hilleman, « Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease », *Chest*, vol. 131, n° 2 (fév. 2007), pp. 446 à 452.
- (126) Cropley, M., A. Theadom, G. Pravettoni et G. Webb, « The effectiveness of smoking cessation interventions prior to surgery: a systematic review », *Nicotine Tob. Res.*, vol. 10, n° 3 (mars 2008), pp. 407 à 412.
- (127) Zaki, A., A. Abrishami, J. Wong et F.F. Chung, « Interventions in the preoperative clinic for long term smoking cessation: a quantitative systematic review », *Journal canadien d'anesthésie*, vol. 55, n° 1 (janv. 2008), pp. 11 à 21.
- (128) Moller, A. et N. Villebro, *Interventions for preoperative smoking cessation*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 3, article CD002294, 20 juil. 2005.

Bibliographie

- (129) Thomsen, T., H. Tonnesen et A.M. Moller, « Effect of preoperative smoking cessation interventions on postoperative complications and smoking cessation », *Br. J. Surg.*, vol. 96, n° 5 (mai 2009), pp. 451 à 461.
- (130) Theadom, A. et M. Cropley, « Effects of preoperative smoking cessation on the incidence and risk of intraoperative and postoperative complications in adult smokers: a systematic review », *Tob. Control*, vol. 15, n° 5 (oct. 2006), pp. 352 à 358.
- (131) Fiore, M.C., P.A. Keller et S.J. Curry, « Health system changes to facilitate the delivery of tobacco-dependence treatment », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 33, suppl. 6 (déc. 2007) pp. S349 à S356.
- (132) Botelho, R., K. Wassum, H. Benzian, P. Selby et S. Chan, « Address the gaps in tobacco cessation training and services: developing professional organisational alliances to create social movements », *Drug Alcohol Rev.*, vol 28, n° 5 (sept. 2009), pp. 558 à 566.
- (133) Sarna, L., S.A. Bialous, V.H. Rice et M..E. Wewers, « Promoting tobacco dependence treatment in nursing education », *Drug Alcohol Rev.*, vol 28, n° 5 (sept. 2009), pp. 507 à 516.
- (134) Williams, D.M., « Preparing pharmacy students and pharmacists to provide tobacco cessation counselling », *Drug Alcohol Rev.*, vol 28, n° 5 (sept. 2009), pp. 533 à 540.
- (135) Wickholm, S., A. McEwen, J. Fried, M. Janda, R. Knevel, E. Ladrach et coll., « Continuing education of tobacco use cessation (TUC) for dentists and dental hygienists », *Oral Health Prev. Dent.*, vol. 4, n° 1 (2006), pp. 61 à 70.
- (136) Gordon, J.S., D.A. Albert, K.M. Crews et J. Fried, « Tobacco education in dentistry and dental hygiene », *Drug Alcohol Rev.*, vol 28, n° 5 (sept. 2009), pp. 517 à 532.
- (137) Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health: About TEACH*. Accessible à l'adresse : <http://www.teachproject.ca/about.htm>. Consulté en mars 2010.
- (138) Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, *Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac*, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.ottawamodel.ca/fr_main.php. Consulté en mars 2010.
- (139) Christakis, N.A., « Social networks and collateral health effects », *BMJ*, vol. 329, n° 7459 (24 juil. 2004), pp. 184 et 185.
- (140) Mednick, S.C., N.A. Christakis et J.H. Fowler, « The spread of sleep loss influences drug use in adolescent social networks », *PLoS One*, vol. 5, n° 3 (19 mars 2010), p. e9775.
- (141) Christakis, N.A., « When networks can teach us about drug use », *BMJ*, vol. 336, n° 7641 (23 fév. 2008), p. 420.
- (142) Bauermeister, J.A., « Latino gay men's drug functionality: the role of social networks and social support », *J. Ethn. Subst. Abuse*, vol. 7, n° 1 (2008), pp. 41 à 65.
- (143) Rosenquist, J.N., J.H. Fowler et N.A. Christakis, « Social network determinants of depression », *Mol. Psychiatry*, (16 mars 2010).
- (144) Rosenquist, J.N., J. Murabito, J.H. Fowler et N.A. Christakis, « The spread of alcohol consumption behavior in a large social network », *Ann. Intern. Med.*, vol. 152, n° 7 (6 avr. 2010), pp. 426 à 433, W141.
- (145) Fowler, J.H. et N.A. Christakis, « Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study », *BMJ*, vol. 337 (4 déc. 2008), p. a2338.
- (146) Christakis, N.A. et J.H. Fowler, « The collective dynamics of smoking in a large social network », *N. Engl. J. Med.*, vol. 358, n° 21 (22 mai 2008), pp. 2249 à 2258.
- (147) Okechukwu, C.A., N. Krieger, G. Sorensen, Y. Li et E.M. Barbeau, « MassBuilt: effectiveness of an apprenticeship site-based smoking cessation intervention for unionized building trades workers », *Cancer Causes Control*, vol. 20, n° 6 (août 2009), pp. 887 à 894.
- (148) Sorensen, G., E. Barbeau, M.K. Hunt et K. Emmons, « Reducing social disparities in tobacco use: a social-contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers », *Am. J. Public Health*, vol. 94, n° 2 (fév. 2004), pp. 230 à 239.



Résumé du chapitre

Résumé du chapitre

L'équité en matière de santé est un objectif important pour la santé publique. La réduction des disparités en matière de tabagisme (le fardeau inégal ou injuste de maladies porté par certains sous groupes de population) s'inscrit dans l'objectif d'équité en matière de santé. Les interventions universelles, surtout celles qui sont liées au prix du tabac, peuvent réduire les iniquités du tabagisme sur la santé. Les interventions ciblées devraient être choisies soigneusement en examinant les politiques et les programmes existants au niveau de la population afin de s'assurer que les personnes lésées par les inégalités sociales reçoivent une part juste et équitable des avantages prévus ou ne subissent pas de préjudices involontaires en raison de ces interventions. Il est important de signaler que le tabagisme au sein de certains groupes implique divers facteurs, notamment des réalités sociales, économiques, politiques et historiques. Le tabagisme n'est pas simplement un « choix de mode de vie », mais plutôt un comportement à risque façonné par des processus physiologiques ainsi que des déterminants sociaux de la santé. Ces éléments sont reliés à l'histoire naturelle du tabagisme et à la façon dont ce dernier interagit avec les facteurs de stress de la vie, les normes sociales et culturelles, le milieu bâti, les politiques sociales et économiques, etc.

Bien que d'autres travaux puissent être nécessaires pour déterminer les répercussions des interventions sur les populations particulièrement à risque, ce rapport établit un cadre pour la lutte contre le tabagisme qui, s'il est mis en œuvre de façon complète et avec intensité, commencera à s'attaquer aux iniquités liées au tabac en Ontario. Ce cadre comprend un juste équilibre entre les démarches universelles et ciblées. Finalement, il est nécessaire d'examiner le contexte élargi dans lequel ces groupes vivent le tabagisme et l'exposition au tabac, et de relier la lutte globale contre le tabagisme à un objectif d'équité en matière de santé qui s'attaque aux facteurs déterminants du tabagisme et explore les répercussions d'une variété de politiques possibles (1). Une démarche souple en constante évolution est favorisée lorsqu'une attention particulière est portée sur l'équité pour faire progresser la qualité et l'interprétation des données disponibles ainsi que notre connaissance des façons de réduire le fardeau lié au tabac et les iniquités en matière de tabagisme pour toute la population ontarienne.

Objectif : Réduire les disparités relatives au tabagisme – aussi bien la répartition inégale des maladies que l'application et les répercussions inéquitables des interventions – tout en réduisant le fardeau global du tabac, en tant que stratégie clé visant à atteindre l'équité en matière de santé en Ontario.

Méthodes**Introduction****Pourquoi s'attaquer aux disparités et à l'équité en matière de tabagisme?****Méthodes**

Les données probantes visant à orienter l'élaboration de ce chapitre proviennent de la documentation publiée examinée par des pairs et d'autres rapports tels que des sommaires de données en matière de lutte contre le tabagisme et d'équité. La documentation publiée a été consultée à l'aide de Medline pour trouver des articles publiés de 1999 à ce jour. Les termes de recherche incluaient « disparités en matière de tabagisme », « équité » et « déterminants sociaux de la santé ». Les rapports publics de sources crédibles, notamment de l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (URTO), d'Action Cancer Ontario (ACO), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de la stratégie de lutte contre le tabagisme du UK National Health Service du Royaume-Uni, ont également été examinés. Les membres du Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée (CCS-SOSF) ont fait des suggestions et fourni des citations fondées sur leurs connaissances de la documentation publiée et non publiée. Des rapports récents d'autres territoires de compétence, notamment des États-Unis, du Royaume-Uni et de l'Australie font également partie des sources de données probantes.

Introduction

La santé publique a le double objectif d'améliorer la santé générale de la population et de réduire les iniquités en matière de santé. Lutter contre les iniquités pourrait être la meilleure façon d'améliorer la santé de la population. De plus, cela correspond aux valeurs canadiennes visant à garantir un accès équitable aux soins de santé et à s'assurer que les groupes minoritaires ne sont pas systématiquement désavantagés. Étant donné l'intérêt et l'engagement de plus en plus importants dans la lutte contre les iniquités en matière de santé, il est fortement recommandé d'intégrer l'équité et les disparités en matière de tabagisme dans la conception, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation de toutes

les activités liées à la lutte globale contre le tabagisme dans la prochaine étape de la stratégie ontarienne de réduction du tabagisme et de l'exposition au tabac. Comme les études ont indiqué que 50 % de la différence dans les taux généraux de mortalité entre les couches sociales supérieures et inférieures des sociétés développées peut être attribuée au tabagisme et à l'exposition au tabac (2), une stratégie de lutte globale contre le tabagisme (LGT) conçue et mise en œuvre de façon adéquate accompagnée d'interventions universelles et ciblées a de grandes possibilités de réduire le gradient en ce qui concerne les inégalités en matière de santé dans tous ces groupes sociaux.

Pourquoi s'attaquer aux disparités et à l'équité en matière de tabagisme?

Les inégalités en matière de santé constituent les différences, les variations et les disparités dans les résultats en matière de santé des individus et des groupes (3). Les « iniquités en matière de santé » constituent un sous-ensemble de ces inégalités relatives à la santé. Il s'agit des inégalités en matière de santé considérées comme étant injustes et inévitables (4). Dans la lutte globale contre le tabagisme, les iniquités en matière de santé sont causées par les « disparités en matière de tabagisme ». Les disparités en matière de tabagisme sont les « différences ayant trait aux schémas, à la prévention et au traitement du tabagisme, aux risques, à l'incidence, à la morbidité, à la mortalité et au fardeau des maladies liées au tabagisme qui existent au sein de certains groupes de population, et différences connexes en matière de capacité et d'infrastructure, d'accès aux ressources et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement » (5).

La promotion de l'équité en matière de santé et de ses déterminants sociaux a été désignée comme un objectif de santé publique important aux niveaux international (6), national (7) et provincial (8). Pratiquement

toutes les stratégies récentes en matière de santé de la population au Canada ont mis l'accent sur l'importance d'agir pour réduire les différences systématiques en ce qui concerne l'état de santé. Cela démontre non seulement que les populations des sociétés égalitaires ont tendance à être généralement en meilleure santé (9-11), mais également que l'existence même d'inégalités en matière de santé et de soins de santé est incompatible avec les valeurs canadiennes. En particulier, les Canadiennes et les Canadiens appuient la distribution équitable des ressources en soins de santé d'une manière qui ne désavantage pas systématiquement certains groupes (12,13).

Les disparités en matière de tabagisme comptent pour une partie importante des différences dans les résultats en matière de santé que connaissent différentes populations (14-16). Au Canada, les groupes dont les taux de tabagisme sont les plus élevés, tels que ceux qui ont un faible revenu, les peuples autochtones, les personnes souffrant de troubles mentaux et d'autres, font également régulièrement état d'une moins bonne santé et de taux de maladie et de décès prématurés plus élevés (7). La réduction du tabagisme, surtout chez les personnes dont le taux de consommation est le plus élevé et chez celles qui présentent des risques concomitants, constitue une façon importante de réduire les inégalités sociales en matière de santé. Les principales parties intéressées ont indiqué que la lutte contre les inégalités en matière de tabagisme constituait une mesure prioritaire pour la LGT en Ontario (17).

Par le passé, l'objectif énoncé de la stratégie Ontario sans fumée (OSF) était de réduire le nombre total de personnes qui consommaient des produits du tabac ou qui y étaient exposés, compte tenu des ressources disponibles. En revanche, les recommandations proposées dans ce rapport cherchent à inclure des considérations relatives à l'équité, où certains groupes pourraient être priorités en ce qui a trait aux interventions élaborées selon

des processus sociaux et fondées sur ce qui est injuste, inéquitable et évitable (13,18-21). Traiter de tels groupes dans le contexte d'une stratégie globale et universelle pourrait nous permettre d'améliorer les résultats en matière de santé de la population, surtout lorsque les comportements négatifs en matière de santé sont concentrés au sein de certaines populations.

Une autre différence entre les propositions actuelles et les stratégies précédentes est l'accent mis actuellement sur la réduction des dommages sur la santé causés par le tabagisme, alors que la stratégie OSF précédente était axée sur la réduction de la prévalence du tabagisme en Ontario. La prévalence est définie comme étant la proportion ou le nombre total de fumeurs dans une population à un moment donné (prévalence à un moment donné) ou pendant une période donnée (prévalence au cours d'une période donnée) (22). La communication d'une seule valeur de prévalence (moyenne ou nette) pour la population entière est généralement une démarche valide, mais très limitée, car elle ne dévoile pas les domaines de succès ou d'échec (23). En outre, la prévalence nette peut ne pas être une mesure valide de la prévalence dans la population si elle se fonde sur des sources de données qui excluent systématiquement et de façon persistante des cadres d'échantillonnage les personnes mêmes qui présentent les risques les plus élevés.

Malgré les limites des sources de données et de la façon de déclarer les cas des nombreuses sources sur l'ensemble de la population, des données probantes indiquent que certains sous groupes de population relativement restreints ont des taux de prévalence beaucoup plus élevés et des risques de préjudices liés au tabagisme plus importants que la population en général. Cela peut être engendré par une initiation précoce, une consommation plus élevée, une plus grande exposition à la fumée du tabac et une consommation du tabac sur une plus longue période.

Pourquoi s'attaquer aux disparités et à l'équité en matière de tabagisme?

Adoption d'une perspective équitable à l'égard de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

Situation socio-économique

De plus, certaines populations peuvent être négligées par les interventions en matière de santé de la population qui sont favorables à la majorité (23). De modestes améliorations parmi les populations restreintes présentant un risque élevé peuvent engendrer des avantages disproportionnés dans la réduction du total des préjudices cumulatifs causés par le tabac.

L'équité n'était pas précédemment un objectif explicite de la stratégie de l'Ontario visant à lutter contre le tabagisme et l'exposition au tabac. Ce rapport et les recommandations qui y sont associées présentent une occasion de se pencher sur l'équité compte tenu des meilleures données probantes disponibles. Pour cette raison, l'équité semble être un élément des résultats à long terme des modèles logiques dans les domaines de la prévention, de la protection et des objectifs d'abandon (consulter l'annexe B).

répercussions des déterminants sociaux de la santé, notamment le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social (24), l'emploi, l'éducation, les milieux sociaux et physiques et d'autres facteurs comme l'identité autochtone, puis de les compléter avec les considérations d'âge et de sexe. Les prochaines étapes de la lutte en faveur de l'équité comprennent la détermination des forces motrices sous-jacentes et des facteurs de causalité, ainsi que des possibilités d'intervenir et de s'assurer que les interventions ne laissent pas systématiquement certains groupes à l'écart. Le principal objectif est d'atteindre un « nivellement par le haut » grâce auquel tous les groupes bénéficient des avantages qui peuvent être réalisés au moyen des efforts de lutte globale contre le tabagisme (6,25).

Situation socio-économique

L'association positive entre la situation socio-économique et la santé est bien établie et appuyée par un ensemble important d'études transversales et longitudinales effectuées dans de nombreux pays, incluant le Canada (26-28). Il est important de signaler que cette solide association montre un gradient remarquablement constant allant des moins bien nantis aux mieux nantis (29).

Le tabagisme constitue un moteur important (ou médiateur) dans cette relation. D'une part, le tabagisme est clairement lié à la situation socio-économique. En effet, la prévalence du tabagisme est beaucoup plus élevée dans les groupes à faible revenu (30-34). On a certainement observé cette situation en Ontario (35) et au Canada (figure 8.1) (36), reflétant ce qui se produit aux États-Unis (37).

D'autre part, la prévalence des problèmes de santé liés au tabagisme est associée au niveau de revenu; les démunis ayant des taux plus élevés de cancer du poumon (38) et de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (39). Cependant, la MPOC ne semble pas être liée au revenu chez les non-fumeurs,

Recommandation

Disparités et équité

[8.1] Intégrer les questions d'équité au renouvellement de la stratégie ontarienne de réduction du tabagisme et de l'exposition à celui-ci ainsi qu'à toutes les phases futures de lutte globale contre le tabagisme dans la province.

Adoption d'une perspective équitable à l'égard de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

La première étape de l'intégration de mesures d'équité dans la nouvelle stratégie de LGT en Ontario consiste à chercher à identifier et à définir les groupes qui peuvent présenter des risques plus importants, qui sont systématiquement désavantagés ou qui supportent un fardeau plus important en matière de mauvaise santé résultant du tabagisme et de l'exposition à celui-ci. Pour ce faire, il est nécessaire de prendre en considération les

ce qui indique que la situation en ce qui a trait au tabagisme entraîne largement l'association entre le revenu et la MPOC (40). Le faible revenu est également associé à une plus grande exposition involontaire à la fumée du tabac (41).

Le tabagisme peut compter pour la majorité de la différence dans les résultats en matière de santé constatés entre les groupes sociaux (2,16,42). Les taux de décès liés au tabagisme sont beaucoup plus élevés dans les groupes à faible revenu que dans les groupes sociaux mieux nantis (42). Le ministère de la Santé de l'Angleterre a récemment indiqué que le tabagisme était « la cause principale d'inégalités dans les taux de décès entre les riches et les pauvres au Royaume-Uni » [traduction] (43). Il est évident que la réduction du fardeau lié au tabagisme dans les populations défavorisées par un faible revenu peut constituer une étape importante vers l'atteinte de l'équité en matière de santé pour ces groupes.

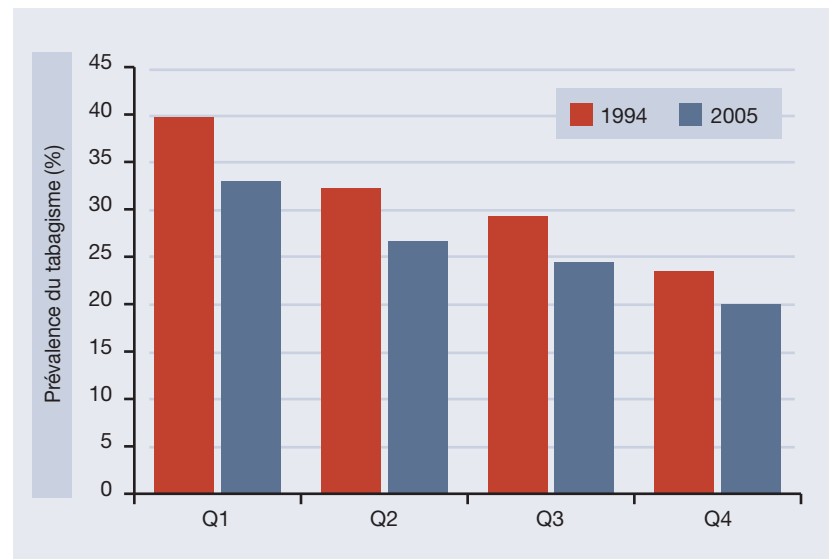
Divers mécanismes causaux sont probables étant donné les difficultés auxquelles font face les personnes à faible revenu, les membres de leur famille et leurs réseaux sociaux. Ces facteurs incluent le stress de la pauvreté, qui peut être accentué par la « pauvreté liée au tabagisme » lorsque le revenu utilisé pour le tabac signifie moins d'argent pour la nourriture, le logement et les autres besoins fondamentaux (44). L'exposition sociale au tabagisme peut jouer un rôle en perpétuant le tabagisme au sein des groupes socialement défavorisés (24). L'industrie peut également contribuer à la consommation continue du tabac : des données probantes des États Unis laissent entendre que les publicités du tabac ont tendance à être plus présentes dans les quartiers défavorisés (45) et que l'industrie du tabac cible souvent spécifiquement les collectivités à faible revenu (46).

Les interventions visant à réduire le tabagisme, en particulier les taxes sur les produits du tabac, ont des répercussions plus grandes sur les groupes à faible revenu que sur ceux ayant un revenu élevé; elles peuvent donc réduire les disparités en matière de tabagisme. Malgré certaines études précoces affirmant

Adoption d'une perspective équitable à l'égard de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

Situation socio-économique

FIGURE 8.1 : Prévalence du tabagisme, par quartile de revenu, personnes âgées de 12 ans et plus, Canada, 1994 et 2005



Source : Adapté de Lee et coll., 2009 (36).

le contraire (37), l'augmentation du prix des cigarettes au moyen de taxes a certainement des effets plus importants sur les groupes à faible revenu que sur ceux ayant un revenu plus élevé. Les fumeurs ayant un faible revenu sont plus sensibles aux augmentations de prix que les fumeurs dont le revenu est élevé. Dans un examen systématique, Thomas et coll. ont constaté que l'ensemble des données probantes appuie les augmentations de taxes en tant que moyen de réduction des disparités en matière de tabagisme (47). Cependant, ce ne sont pas tous les fumeurs pauvres qui cesseront de fumer, et les conséquences involontaires des augmentations de prix doivent être prises en considération et examinées.

En ce qui concerne les interventions au-delà des prix, des études récentes portant sur les répercussions de la publicité contre le

Adoption d'une perspective équitable à l'égard de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

Situation socio-économique

Niveau de scolarité

tabagisme ont montré des avantages à la fois pour les fumeurs à faible revenu et à revenu élevé (48,49). Les recherches indiquent qu'une campagne bien conçue et élaborée pour joindre tous les groupes, y compris les groupes de population spécifiques, peut être efficace (50).

Les schémas actuels de fardeau lié au tabagisme plus élevé dans les groupes socio-économiques inférieurs sont compatibles avec la « théorie de la diffusion de l'innovation » selon laquelle les adopteurs précoces du tabagisme faisaient partie d'une classe de professionnels nantis et éduqués provenant de zones urbaines, et les adopteurs tardifs qui ont suivi avaient généralement un faible revenu, un faible niveau de scolarité et vivaient dans des régions rurales et éloignées. Maintenant, une diffusion de l'innovation se produit relativement à l'abandon du tabac, les segments de la société les plus défavorisés « adoptant » plus tardivement l'abandon du tabagisme ainsi que les services et les ressources pour les appuyer (51,52). De plus, on a constaté que les fumeurs dont la situation

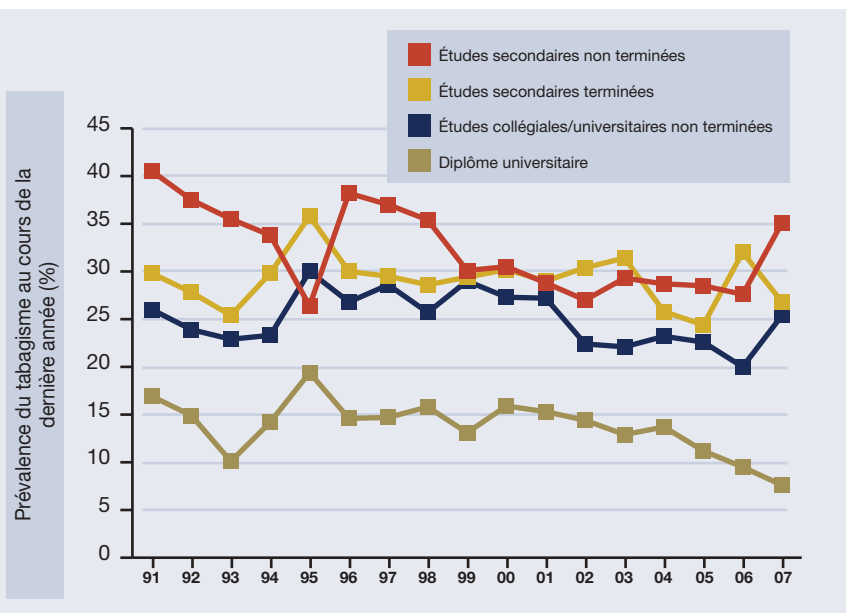
socio économique était moins bonne avaient autant de probabilités de tenter de cesser de fumer que ceux dont la situation est meilleure, mais qu'ils étaient moins susceptibles de réussir (30,53,54). Des données probantes indiquent que les fumeurs ayant un revenu élevé tirent davantage parti de la pharmacothérapie visant l'abandon du tabac (55). Il est nécessaire de prendre en considération les divers problèmes d'accès et les autres difficultés auxquels font face de nombreuses personnes à faible revenu dans la conception de services d'abandon du tabac accessibles présentant peu d'obstacles comme prévu dans le chapitre 7 – Abandon.

Niveau de scolarité

Bien que le niveau de scolarité soit lié de près au revenu, il s'agit d'un concept social distinct. On a régulièrement constaté une relation inverse forte et indépendante entre la situation en ce qui a trait au tabagisme et le nombre d'années de scolarité (56). Ce gradient a été observé aux États-Unis et ailleurs (32). Des études de la Nouvelle-Zélande laissent supposer que le tabagisme joue un rôle primordial dans les différences liées à la mortalité selon le niveau de scolarité (57), montrant la difficulté de distinguer la cause de l'effet. En Ontario, il y a un lien évident entre la situation en ce qui a trait au tabagisme et l'éducation, avec une différence marquée entre ceux qui sont titulaires d'un diplôme universitaire et les autres groupes (figure 8.2). De plus, les différences entre divers groupes peuvent être croissantes (58), conformément à la diffusion de l'innovation susmentionnée.

Il existe peu d'études sur les répercussions des interventions visant à réduire le tabagisme et l'exposition au tabac dans des groupes comportant différents niveaux de scolarité. Les fumeurs ayant un faible niveau de scolarité peuvent être moins susceptibles d'obtenir de l'information sur le tabagisme dans des livres, des brochures ou des magazines. Ils sont donc moins enclins à se souvenir des mises en garde sur les emballages de cigarettes (60).

FIGURE 8.2 : Prévalence actuelle du tabagisme selon le niveau de scolarité, 18 ans et plus, Ontario, 1991 à 2007



Source : Adapté du CAMH Monitor eReport, *Addiction and mental health indicators among Ontario adults 1977-2007, 2007* (59).

Ceux qui ont un niveau de scolarité plus élevé semblent plus susceptibles d'utiliser des médicaments favorisant l'abandon du tabac (55) comme nous l'avons souligné. Une analyse des politiques de lutte contre le tabagisme effectuée dans 18 pays européens laisse supposer que les fumeurs dont le niveau de scolarité est élevé et ceux dont il est faible ont bénéficié à part égale d'une politique de lutte globale contre le tabagisme (61).

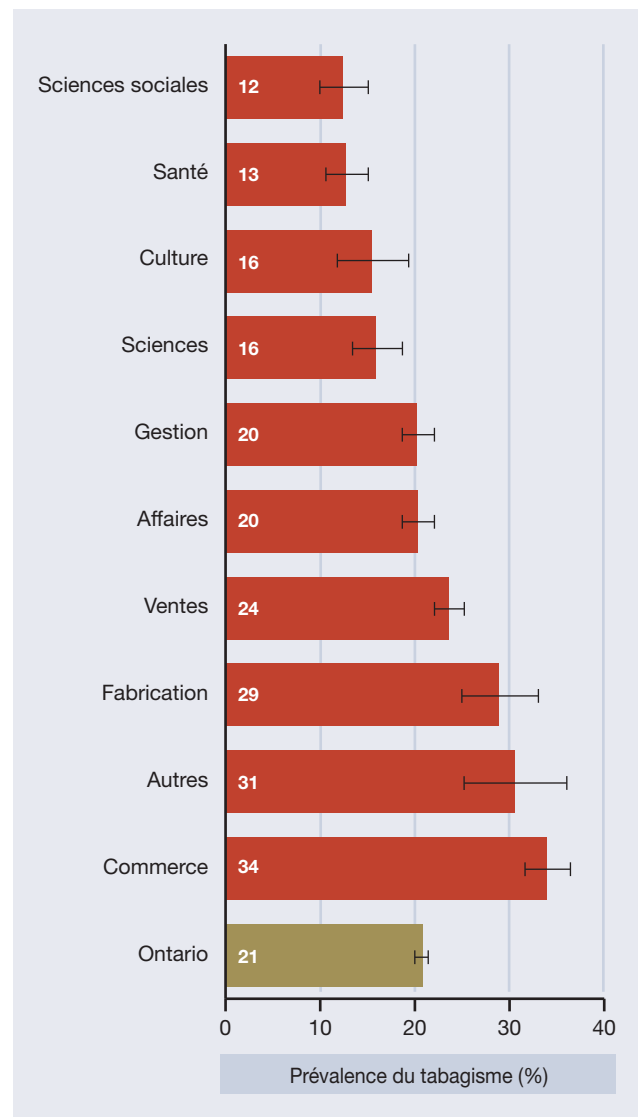
Type de travail

Au Canada, les définitions incohérentes ont rendu difficile la recherche sur la situation en ce qui a trait au tabagisme selon le type d'emploi. Cependant, une tendance claire de tabagisme élevé se dégage chez les cols bleus (figure 8.3).

Cette tendance correspond à celle d'autres territoires de compétence, où l'intensité et la prévalence du tabagisme sont plus faibles chez les cols blancs et plus élevées chez les cols bleus (30,62). Il y a eu une diminution dans la prévalence du tabagisme et de la consommation quotidienne chez la plupart des travailleurs, à l'exception des cols bleus qui travaillent à l'extérieur (63,64). Des politiques contre le tabagisme ont été adoptées plus rapidement dans les lieux de travail des cols blancs et une meilleure couverture des soins de santé complémentaire peut y avoir été fournie pour favoriser l'abandon (63,64). Cela pourrait inclure l'abandon du tabagisme et des programmes de sécurité santé au travail sur place. Les travailleurs autonomes, les personnes travaillant dans de petites entreprises et celles sans emploi ou sous-employées peuvent avoir moins accès à cette aide. De plus, les efforts actuels visant à limiter le tabagisme dans les lieux de travail n'ont pas tenu compte de tous les types de travail de façon uniforme (65). Par exemple, les lieux

de travail ouverts ne sont pas inclus dans la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*. Les lieux de travail peuvent constituer un domaine important des campagnes de prévention ainsi que des dispositions visant l'abandon (66), en particulier pour les personnes et les groupes qui obtiennent du counseling et une TRN (67).

FIGURE 8.3 : Prévalence actuelle du tabagisme selon le secteur d'emploi, personnes âgées de 15 à 75 ans, Ontario, 2007-2008



Source : Adapté de *Evidence to Inform Smoking Cessation Policymaking in Ontario*, 2009 (35). Remarque : Les lignes horizontales représentent des intervalles de confiance de 95 %.

Adoption d'une perspective équitable à l'égard de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

Niveau de scolarité

Adoption d'une perspective équitable à l'égard de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

Emplacement géographique
Âge et sexe

Emplacement géographique

On constate d'importantes différences dans la prévalence du tabagisme dans l'ensemble de l'Ontario, allant d'un sommet de 28 % dans le bureau de santé publique de Porcupine à seulement 14 % dans le bureau de santé publique de la région de York (figure 8.4). Les facteurs pouvant expliquer cet important écart comprennent le revenu moyen des résidents, la proportion d'Autochtones, l'éventail d'emplois et même la composition d'âges. Les différences entre les régions soulignent l'importance de la compréhension de la lutte contre le tabagisme dans le contexte des collectivités et de l'appui des mesures locales visant à créer et favoriser le changement.

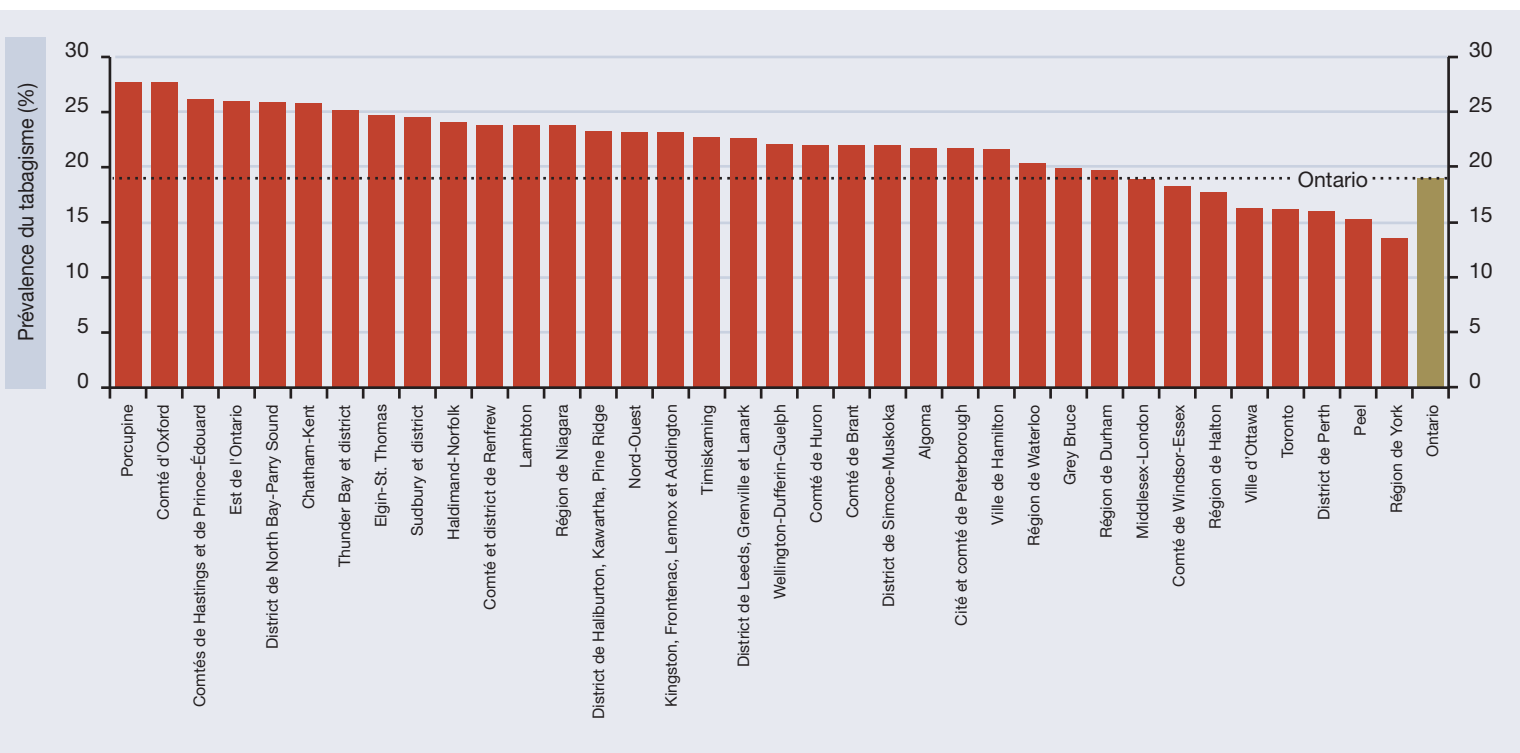
Âge et sexe

Les taux de tabagisme les plus élevés tout au long de la vie se retrouvent chez les jeunes et les jeunes adultes, en particulier

les hommes (figure 8.5). Les femmes connaissent également les taux les plus élevés de tabagisme pendant cette période de leur vie. La lutte contre le tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes revêt un intérêt particulier, car l'initiation précoce laisse présager davantage d'années de consommation, des niveaux de consommation plus élevés et une probabilité plus faible de cesser de fumer. Chez les personnes âgées de 21 à 39 ans, l'initiation pendant le début de l'adolescence était associée à une plus grande consommation quotidienne et à une plus faible probabilité d'abandon (68).

Les forces motrices de l'initiation, de l'adoption et de la consommation régulière du tabac chez les jeunes incluent la distorsion liée à l'âge relative à la perception des risques jumelée à une substance attirante qui engendre l'accoutumance et à de brillantes

FIGURE 8.4 : Prévalence actuelle du tabagisme par bureau de santé publique, personnes âgées de 12 ans et plus, Ontario, 2007-2008



Source : Adapté de Evidence to Inform Smoking Cessation Policymaking in Ontario, 2009 (35).

pratiques de marketing de l'industrie, notamment le design des emballages, malgré les interdictions concernant la promotion (69) (consulter également le chapitre 4). Le contexte familial, le quartier et les facteurs environnementaux jouent tous un rôle dans l'influence du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes (70,71). L'emploi des parents peut également jouer un rôle primordial dans l'influence des comportements des adolescents à l'égard du tabagisme (71).

Des interventions spécifiques à l'intention des jeunes et des jeunes adultes sont abordées en détail au chapitre 6. L'intervention la plus étudiée est l'utilisation d'une taxe relativement aux répercussions positives sur les jeunes et les groupes à faible revenu (en partie en raison de l'intérêt inhérent du revenu par rapport à l'élasticité-prix). On a constaté que les jeunes sont plus sensibles aux augmentations et aux diminutions du prix des produits du tabac que les fumeurs plus âgés. Les taxes constituent par conséquent une intervention universelle efficace (72). Le chapitre 4 traite des interventions liées à l'établissement des prix.

En ce qui concerne le sexe, dans pratiquement tous les groupes d'âge de tous les territoires de compétence étudiés, les hommes constituent une plus importante proportion de fumeurs actuels que les femmes, et l'Ontario ne fait pas exception (58,73) (consulter la figure 8.5).

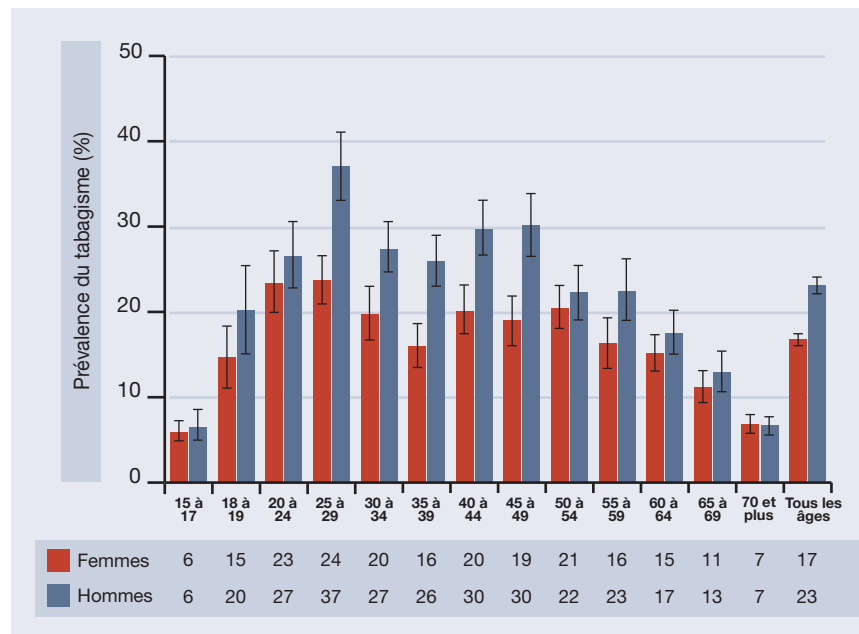
Ce chapitre ne vise pas à examiner tous les facteurs potentiels expliquant les différences liées au sexe dans le tabagisme bien qu'on pourrait supposer que les différences dans la perception des risques, les réactions qui diffèrent par rapport à l'accoutumance qu'engendre le tabac, le contexte et les normes sociales, les stratégies de marketing axées sur un sexe en particulier et d'autres facteurs expliquent ces différences. Bien que les taux de tabagisme chez les jeunes hommes et les jeunes femmes qui commencent à fumer soient similaires (74,75), la différence entre les sexes commence à s'accroître lorsque

les adolescents deviennent adultes (58). Les femmes ont tendance à cesser de fumer plus tôt que les hommes et consomment également moins de tabac qu'eux (consulter également le chapitre 7). En outre, les hommes qui ont un emploi à prédominance masculine et qui travaillent dans un domaine employant des cols bleus, comme la construction, peuvent être particulièrement vulnérables (voir ci dessus).

Adoption d'une perspective équitable à l'égard de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

Âge et sexe

FIGURE 8.5 : Prévalence actuelle du tabagisme selon l'âge et le sexe, personnes âgées de 15 ans et plus, Ontario, 2007-2008



Source : Adapté de *Evidence to Inform Smoking Cessation Policymaking in Ontario*, 2009 (35). Remarque : Les lignes horizontales représentent des intervalles de confiance de 95 %.

Même si les taux de tabagisme sont plus faibles chez les femmes que chez les hommes pratiquement tout au long de leur vie, des préoccupations ont été exprimées en ce qui concerne les femmes qui commencent à fumer entre 20 et 24 ans et leur risque accru de devenir très dépendantes (33). La prévalence du tabagisme plus élevée (à la fois chez les hommes et chez les femmes qui sont en âge de procréer) constitue une autre inquiétude importante. Des efforts visant à réduire le tabagisme pendant ces années où la consommation atteint un sommet seront bénéfiques à la fois aux mères et aux enfants

Adoption d'une perspective équitable à l'égard de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

Âge et sexe

Appartenance aux populations autochtones

de nombreuses façons, en réduisant la probabilité de faible poids à la naissance et des conséquences qui y sont associées, ainsi qu'en réduisant l'exposition des enfants à la fumée du tabac au foyer. Parmi les Ontariennes qui ont donné naissance à un enfant dans l'année précédant l'Enquête sur l'expérience de la maternité effectuée en 2006, 20 % ont fumé immédiatement avant la grossesse et environ le quart habitaient avec un fumeur (76). Ces taux sont plus élevés que la prévalence moyenne chez les femmes à tous les âges, bien qu'ils soient plus faibles que chez les femmes du même âge qui n'étaient pas enceintes.

De plus, les taux de prévalence du tabagisme liés à la grossesse ne sont pas homogènes pour tous les sous-groupes de population. Par exemple, à l'échelle nationale :

- les jeunes mères (15 à 19 ans) étaient proportionnellement les plus nombreuses à indiquer qu'elles fumaient avant la grossesse, 55 % fumant tous les jours ou à l'occasion;
- l'usage du tabac avant la grossesse variait en fonction du niveau de scolarité : 47 % des femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires ont indiqué qu'elles fumaient tous les jours ou à l'occasion, par rapport à 8 % des femmes ayant un diplôme universitaire (76).

Certaines données probantes indiquent que les femmes défavorisées peuvent être davantage stigmatisées par les interventions telles que les restrictions sur le tabagisme qui les exposent (77-80). Un système d'abandon du tabac présentant peu d'obstacles doté d'un accès facile à du soutien en ligne et offrant directement aux clients une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) tel que proposé dans le chapitre 7 aidera à accroître l'accès à ces services pour les hommes et les femmes difficiles à joindre.

Appartenance aux populations autochtones

Bien que les peuples autochtones représentent une petite portion de la population ontarienne, ils portent un lourd fardeau lié au tabagisme et à l'exposition au tabagisme (81). Au Canada, 60 % des personnes qui se considèrent comme étant Autochtones étaient des fumeurs actuels, et dans certaines collectivités, le taux de tabagisme chez les jeunes dépasse 80 % (82). Dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui n'inclut pas les populations vivant dans les réserves, le taux de prévalence du tabagisme quotidien non lié à l'âge chez les peuples autochtones était de 40 % (34). Les données comparables pour l'Ontario sont insuffisantes.

La taxe sur le tabac a été étudiée dans ce contexte et s'est révélée efficace dans la réduction du tabagisme au sein des collectivités autochtones en Nouvelle-Zélande et en Australie (83). Cependant, au Canada, les taxes sur le tabac ne s'appliquent généralement pas aux peuples autochtones qui achètent des cigarettes dans une réserve. Des études de la Nouvelle-Zélande laissent supposer que les campagnes médiatiques et le soutien à l'abandon du tabac adaptés à la culture peuvent être efficaces (83).

On a récemment mentionné des programmes d'abandon du tabac de collectivités autochtones en Ontario comme exemples de modèles. Sacred Smoke (fumée sacrée), mis en œuvre au Wabano Centre for Aboriginal Health, et le Sema Kenjigewin Aboriginal Tobacco Misuse Program (programme Sema Kenjigewin sur le mésusage du tabac pour les Autochtones) d'Anishnawbe Mushkiki, tentent tous les deux de combler les besoins émotionnels, physiques, sociaux et mentaux des fumeurs autochtones dans un sens global. Ils ont été conçus de manière à être pertinents aux plans culturel et social pour les peuples autochtones et incluent de façon explicite les valeurs autochtones dans le programme, les stratégies d'enseignement et les techniques

de counseling. Ils portent une attention particulière aux niveaux d'alphabétisation, aux facteurs liés au style de vie, au comportement des collectivités et aux niveaux de revenu des familles (84). Finalement, les stratégies axées sur les jeunes Autochtones liées aux sports peuvent être efficaces, bien que peu d'études à ce sujet aient été menées jusqu'à présent (85,86).

Au Canada, même sans promotion ciblée, les fumeurs autochtones semblent utiliser les lignes d'aide à l'abandon du tabac autant que les autres fumeurs et présentent les mêmes taux de réussite (87).

De nombreux fumeurs autochtones ont manifesté de l'intérêt dans l'abandon et les tentatives d'abandon, mais font souvent face à des obstacles relativement à l'accès à un médecin et à d'autres services qui les aideraient à avoir accès à du counseling et à une ordonnance pour des outils favorisant l'abandon du tabac (88).

De nombreuses questions nécessitent une considération particulière. Cela inclut l'usage traditionnel du tabac, l'histoire du colonialisme et son incidence sur les relations entre les collectivités autochtones et le gouvernement, la façon dont cela peut avoir des répercussions sur le tabagisme, la difficulté de réduire la contrebande de produits et la nécessité de se pencher sur d'autres déterminants sociaux de la santé. Il convient de noter que l'Ontario dispose d'une Stratégie contre le tabagisme à l'attention des Autochtones.

État de santé mentale

L'association entre un mauvais état de santé mentale et le tabagisme est bien documentée, particulièrement en ce qui concerne la dépression et la schizophrénie (89). Dans un sondage

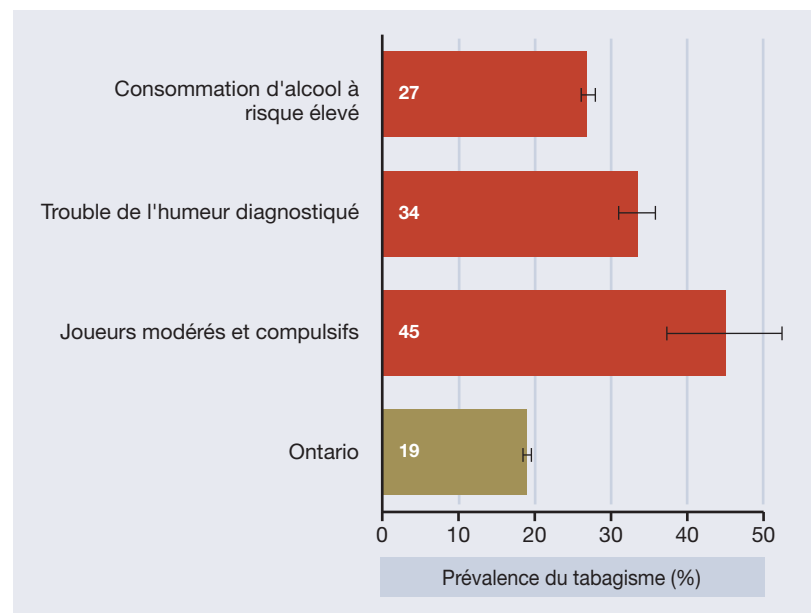
national représentatif mené aux États-Unis en 1991-1992, les personnes ayant souffert d'un trouble mental dans les mois précédant le sondage ont consommé plus de 44 % de toutes les cigarettes fumées (90). Cette association est probablement attribuable à la combinaison de facteurs génétiques, au milieu, aux réponses comportementales à l'anxiété et à la dépression ainsi qu'à la consommation de cigarettes comme récompense pour façonner le comportement dans les établissements (91). En Ontario, les taux de tabagisme chez les toxicomanes et les personnes qui présentent des troubles de l'humeur semblent être plus élevés (figure 8.6).

Adoption d'une perspective équitable à l'égard de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

Appartenance aux populations autochtones

État de santé mentale

FIGURE 8.6 : Prévalence actuelle du tabagisme par facteur de risque sélectionné, personnes âgées de 12 ans et plus, Ontario, 2007-2008



Source : Adapté de *Evidence to Inform Smoking Cessation Policymaking in Ontario, 2009* (35). Remarque : Les lignes horizontales représentent des intervalles de confiance de 95 %.

De nombreuses personnes vivant avec une maladie mentale désirent cesser de fumer (92), et peuvent en fait présenter des taux élevés de réussite en matière d'abandon (90,93). Bien que des études initiales et des exposés de cas aient soulevé des inquiétudes à l'effet que cesser de fumer pourrait faire augmenter la récurrence de la dépression (94),

Adoption d'une perspective équitable à l'égard de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario

État de santé mentale

Disparités et équité en matière de tabagisme – Interventions

Il a semblé par la suite que les antécédents de dépression étaient un meilleur indicateur de la récurrence (95). Des essais cliniques aléatoires portant sur les interventions chez des fumeurs souffrant de dépression ont révélé que les interventions pourraient être efficaces et qu'elles n'avaient pas de conséquences négatives sur le rétablissement de la santé mentale (96,97). Les programmes de santé mentale qui incluent l'abandon du tabagisme, en particulier ceux qui sont personnalisés selon chaque patient, peuvent réduire efficacement les disparités (98,99).

Disparités et équité en matière de tabagisme – Interventions

L'importante hétérogénéité dans les études susmentionnées fait en sorte qu'il est difficile d'examiner l'incidence générale des interventions sur les disparités en matière de tabagisme. Thomas et coll. ont effectué un examen systématique rigoureux de 84 études et ont conclu que les interventions universelles (au niveau de la population) de lutte contre le tabagisme peuvent être avantageuses pour des groupes défavorisés et, par conséquent, réduire l'iniquité en matière de tabagisme et les taux de tabagisme dans ces groupes dont la prévalence est élevée (100). Il existe de fortes données probantes en ce qui a trait aux interventions liées au prix, principalement les taxes (101), qui ont de plus grandes répercussions sur les sous-groupes de population à faible revenu relativement à la réduction du tabagisme (102). Il est reconnu que même si ces interventions peuvent être régressives au niveau économique, elles sont également justifiables sur le plan éthique en raison des conséquences positives sur la santé (103). Il est important de signaler que des enquêtes menées en Nouvelle-Zélande laissent supposer que l'appui des fumeurs est élevé, quel que soit le niveau de revenu, relativement aux augmentations de taxes sur le tabac si les fonds supplémentaires sont alloués à l'aide à l'abandon du tabagisme (104,105).

Les interventions relatives aux prix du tabac, notamment les taxes, l'établissement d'un prix minimal et la lutte contre l'achat de produits de contrebande sont abordées plus en détail au chapitre 4.

En ce qui concerne d'autres interventions universelles, il faut se demander si les politiques ayant une visée universelle ont joint tous les sous-groupes à risque élevé. Par exemple, certains groupes professionnels n'ont pas encore bénéficié des interdictions et d'autres interventions sur les lieux de travail (p. ex., à l'extérieur) ou en ont bénéficié seulement plus récemment et la majorité des répercussions sont possiblement encore à venir (p. ex., l'industrie de l'accueil, certains établissements de soins de santé). L'Ontario devrait être un leader en produisant et en suivant de près la documentation mondiale en évolution sur les milieux et les populations qui ont été difficiles à étudier et à joindre avec des interventions préventives liées à la santé (30,62).

Relativement au juste équilibre entre les interventions universelles et ciblées, il est de plus en plus généralement admis que ces deux types d'interventions sont nécessaires (23,106). On peut choisir les interventions ciblées en examinant qui sont les personnes laissées de côté par les interventions universelles. Cela inclut les groupes qui adoptent moins les interventions universelles en raison de la nature du groupe ou de l'intervention, comme les peuples autochtones qui peuvent être omis par les interventions en matière de taxes ou ceux présentant des troubles de santé mentale ou de toxicomanie qui ont eu de la difficulté à avoir accès aux services d'abandon du tabac. Reconnaisant que ceux qui sont laissés de côté constituent les conséquences involontaires des interventions universelles (107), les stratégies d'intervention spécifiques sont donc conçues pour restreindre l'écart concernant les stratégies à l'échelle de la population – par exemple collaborer avec les dirigeants des Premières nations

pour examiner des ententes sur les taxes ou accroître l'accès aux services d'abandon du tabac pour les personnes souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie. De plus, certains groupes peuvent être davantage défavorisés ou marginalisés en raison de changements dans leur environnement en lien avec l'intervention elle-même. Finalement, des groupes peuvent être omis en raison de la « pauvreté liée au tabagisme » lorsque l'augmentation des fonds utilisés pour le tabac signifie qu'ils disposent de moins de ressources pour la nourriture, le logement et les autres besoins fondamentaux (44). Par ailleurs, les mesures qui font la promotion de l'abandon, y compris l'augmentation de la taxe sur le tabac, aideront les gens à se sortir de cette situation (16,108).

Étant donné que le prix a une incidence bien reconnue et bénéfique sur la réduction du tabagisme au sein des groupes socialement défavorisés, il s'agit d'une intervention cruciale. Toutefois, pour atténuer la nature régressive de cette intervention du point de vue des taxes, il est essentiel de s'assurer qu'une partie des revenus générés par les augmentations des taxes sur le tabac est allouée aux interventions, telles que les interventions ciblées visant l'abandon du tabac, en faveur des groupes qui peuvent être laissés de côté.

Recommandation

Interventions visées

[8.2] Utiliser une partie des revenus supplémentaires provenant de l'augmentation des taxes sur le tabac en vue d'affecter des ressources à des interventions destinées aux sous-groupes de population qui ne bénéficient pas de façon optimale des interventions universelles.

Inclusion des groupes prioritaires dans la détermination des interventions

Le Task Force on Community Preventive Services des Centers for Disease Control recommande les programmes communautaires de prévention et de promotion de la santé (109). Des aspects importants de tels programmes comprennent l'engagement des coalitions communautaires, la mise en œuvre d'interventions à l'extérieur des établissements de soins de santé et la prise en considération de la compétence culturelle (110). L'American Legacy Foundation a utilisé cette démarche en octroyant des subventions à des organismes qui œuvrent auprès des populations prioritaires pour renforcer la capacité à lutter contre les disparités en matière de tabagisme au niveau local (111). Une étude récente de l'Ohio laisse supposer que les facteurs qui font augmenter la probabilité de réussite des programmes communautaires comprennent la formation de partenariats étroits au début de l'étape de planification, l'appui ferme du gouvernement et une structure régionalisée (112). Bien que les données probantes relatives aux répercussions de ces démarches communautaires soient limitées, il s'agit d'un prolongement logique de la démarche des programmes à plus petite échelle (66) et est très similaire à la conception de la recherche participative communautaire (113,114).

Disparités et équité en matière de tabagisme – Interventions

Inclusion des groupes prioritaires dans la détermination des interventions

Recommandation

Participation de la communauté

[8.3] Faire participer les membres des collectivités recensées comme étant prioritaires à la conceptualisation, à la conception et à la mise en œuvre d'interventions qui constitueront la nouvelle stratégie de l'Ontario en matière de lutte contre le tabagisme et contre l'exposition à celui-ci en vue de soutenir la réduction des iniquités liées au tabac.

Discussion

Discussion

Bien qu'en 2007-2008 la prévalence du tabagisme quotidien en Ontario chez les personnes de 12 ans et plus était de 19 % (35), cet indicateur de base du progrès d'Ontario sans fumée ne révèle pas les disparités qui existent dans la prévalence du tabagisme et du fardeau des maladies liées au tabagisme entre les populations.

Comme c'est le cas pour les autres comportements qui posent un risque pour la santé, le tabagisme n'est pas également réparti au sein de la population.

De plus, le préjudice causé par le tabagisme n'est pas le même pour tous, car il varie selon les affections préexistantes et d'autres comportements en matière de santé. En Ontario, on a observé que les taux de tabagisme quotidiens ou actuels sont souvent plus élevés dans certains sous-groupes de population.

Les exemples de sous-groupes de la population défavorisés mentionnés ci-dessus ne sont pas exhaustifs et ne visent pas à constituer les seuls groupes cernés par les futurs efforts de lutte contre le tabagisme. Ces exemples illustrent plutôt les disparités existantes à l'aide des données disponibles et visent à indiquer de quelle façon des liens de causalité communs mettent en évidence le fardeau lié au tabagisme relativement aux déterminants sociaux de la santé (115).

Les futurs efforts devraient viser à adapter notre démarche et à en élargir la portée de nombreuses façons. Tout d'abord, il existe de nombreuses possibilités pour rendre la définition d'iniquité en matière de santé opérationnelle afin de déterminer ceux qui sont les plus à risque. Les populations dont il a été question dans ce chapitre ont été sélectionnées selon la compréhension de la documentation internationale sur l'iniquité en matière de santé ainsi que sur ce qui est juste et équitable, et ces deux démarches ont mené vers l'orientation sur les groupes socialement

et économiquement désavantagés (6,7,21). Les données existantes laissent supposer que ces populations portent un lourd fardeau en matière de maladies liées au tabagisme en Ontario (35). Un examen des autres groupes sur lesquels les autres territoires de compétence ont choisi de se concentrer correspond à cette sélection (1,107,116,117). Il n'est pas étonnant que les sous-groupes de population relevés correspondent au concept central de santé publique en matière de déterminants sociaux de la santé et à d'autres démarches en matière de santé publique relatives aux maladies chroniques (118). À mesure que des progrès sont effectués dans les interventions ciblées à l'intention des groupes mentionnés dans ce chapitre, il sera également possible de relever des interventions destinées à d'autres sous-groupes de population qui peuvent être systématiquement désavantagés et à risque de maladies liées au tabagisme. Cela inclut les populations francophones ayant des taux de tabagisme élevés (119), ceux qui ont d'autres accoutumances, notamment des problèmes de jeu compulsif (120), les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (121, 122) et les enfants exposés à la fumée du tabac (123,124). Les principes de l'équité en matière de santé et les recommandations incluses dans ce chapitre sont applicables de façon générale et devraient être pris en considération dans la conception de stratégies et de programmes contre le tabagisme.

Un autre domaine d'adaptation que nous favorisons est de s'assurer que la portée et la qualité de nos sources de données évoluent de concert avec notre compréhension des disparités en matière de santé et des possibilités d'interventions. Notre compréhension des disparités en matière de santé liées au tabagisme et de la façon d'influer sur cette association est nécessairement limitée par l'appui sur les données, les connaissances scientifiques et les croyances existantes. Les sources de données à l'échelle de la population disponibles pour informer et évaluer les

efforts de lutte contre le tabagisme de l'Ontario ont des limites connues et récurrentes, incluant la faible couverture de groupes donnés. Des exemples de ces limites comprennent le sous-échantillonnage systématique (ou même l'exclusion) des peuples autochtones, des sans-abri ou des personnes qui habitent dans une institution, des populations éloignées et des personnes qui ne parlent aucune des langues officielles. De plus, ces groupes sont moins susceptibles d'être en mesure de plaider pour leur inclusion dans ces enquêtes. Même lorsqu'elles sont incluses, les données à l'échelle de la population présentent souvent très peu de précisions à étudier, surtout en ce qui a trait aux groupes qui représentent une petite proportion de l'ensemble. Cela révèle la nécessité d'élaborer des combinaisons novatrices de données de surveillance à la fois vastes et ciblées. Les initiatives en Ontario ainsi que les nouvelles recherches et les données d'autres territoires de compétence généreront davantage de renseignements sur la façon de rendre les interventions plus efficaces. Alors que ces nouveaux renseignements éclaireront les recommandations en matière de politiques, le modèle d'équité de base figurant dans ce chapitre demeurera, quels que soient les changements dans la prestation des interventions.

En ce qui concerne la question de la qualité des données et de l'interprétation, la majorité des données présentées dans ce chapitre sont ciblées sur la prévalence du tabagisme alors que le véritable domaine de préoccupation est le fardeau du tabac. Le fardeau, l'incidence du tabagisme sur la santé, en matière de probabilité et de gravité des résultats, repose sur plusieurs facteurs, soit le moment de l'initiation au tabagisme, le niveau de consommation et sa fluctuation au fil du temps, les produits utilisés, la façon dont ils sont utilisés et la présence de facteurs de comorbidité (125). Par conséquent, les différences dans la prévalence (particulièrement au niveau de la population nette) ne reflètent pas entièrement le fardeau du tabagisme et de l'exposition

au tabagisme. Les diminutions parallèles des taux de prévalence dans l'ensemble des sous-groupes de population ne tiennent pas compte du fait que les différences dans la proportion relative de consommateurs de produits du tabac dans les sous groupes de population pourrait en fait augmenter plutôt que diminuer. Même lorsque des changements semblables se produisent parallèlement dans divers groupes (p. ex., une diminution de deux points de pourcentage absolus dans tous les groupes), cela peut entraîner une accentuation de la différence entre les populations présentant un risque faible et celles présentant un risque élevé en ce qui a trait au risque relatif en matière de situation relativement aux maladies dues au tabagisme.

À l'inverse, des diminutions parallèles de la prévalence du tabagisme (c.-à-d. semblables pour tous les groupes) peuvent également amener une réduction des différences relativement au fardeau de maladies dans l'ensemble des groupes dont la prévalence du tabagisme est élevée et ceux dans lesquels elle est faible. Les populations dont la prévalence du tabagisme est plus élevée ont aussi tendance à afficher des niveaux de consommation plus élevés (et des risques absolus de maladies liées au tabac plus élevés), et ainsi, arriver aux mêmes réductions de la prévalence pourrait engendrer des gains beaucoup plus considérables en ce qui concerne la réduction des conséquences du tabagisme sur la santé au sein de la population. De la même façon, la réduction de la prévalence au sein des populations qui connaissent à la fois des taux élevés d'autres facteurs de risque de maladies



Discussion**Conclusions**

chroniques et des taux élevés de facteurs de comorbidité (p. ex., maladies infectieuses et circulatoires, facteurs de risque du diabète, encombrement, mauvaise alimentation) peut diminuer largement le fardeau global sur la santé en raison de l'élimination de l'interaction synergique entre le tabagisme et ces comorbidités. Si les réductions de la prévalence sont associées à l'abandon à un plus jeune âge, les véritables gains en matière de santé peuvent être encore plus importants.

Ainsi, la prévalence du tabagisme, le cumul des années de tabagisme, la forte consommation de tabac et la présence de problèmes de santé complexes et de plusieurs comorbidités constituent tous des facteurs importants qui déterminent le fardeau de maladies de la population au-delà du nombre absolu de personnes dans chaque groupe. Tous ces facteurs devraient être pris en considération au moment du choix, de la pondération et de l'évaluation des programmes et des interventions de lutte contre le tabagisme.

Finalement, et surtout, cette section a traité jusqu'à maintenant des sous-groupes de population d'intérêt définis par un facteur ou une caractéristique à un moment précis (pour une communication plus simple) où il était reconnu que ces facteurs déterminants (et d'autres) se recoupaient et interagissaient de façon complexe. Il existe d'importants chevauchements dans les facteurs, tels que l'âge, l'emploi, ainsi que le niveau de revenu et de scolarité, qui sont interreliés avec les différences dans les services de soins de santé et la portée des politiques de protection. La meilleure façon de déterminer les groupes qui présentent un risque élevé de fardeau de maladies liées au tabagisme (et l'excellente possibilité de réduire le fardeau sur la santé) prendra en considération plusieurs facteurs simultanément. Ce travail doit être facilité par l'élaboration d'ensembles de données robustes qui permettent des analyses multivariées pour déterminer les combinaisons de caractéristiques qui indiquent le mieux la probabilité de porter un fardeau élevé ou

de présenter un niveau de risque élevé, en tenant compte d'autres facteurs. Les analyses existantes des données disponibles considèrent souvent peu les questions relatives à l'équité (115) et selon plusieurs universitaires, davantage de recherches sont nécessaires dans ce domaine (126,127). L'élaboration de tels ensembles de données influencera la détermination des groupes défavorisés et de leurs caractéristiques spécifiques. Les interventions ciblées pourront alors être adaptées selon les nouvelles disparités détectées dans l'équité entre les groupes.

Recommandation

Évaluation et surveillance

[8.4] Surveiller les disparités en matière de tabagisme et s'assurer que l'évaluation des politiques et des services rend compte des répercussions différentielles sur les sous-groupes de population.

Conclusions

Étant donné que plus de cinquante pour cent de la différence en ce qui concerne la mortalité entre les groupes sociaux supérieurs et inférieurs peut être attribuée au tabagisme et à l'exposition au tabac (16), une stratégie de lutte globale contre le tabagisme qui inclut à la fois des interventions universelles et ciblées pourrait contribuer largement à combattre les inégalités en matière de santé qui existent entre ces groupes sociaux. D'autres territoires de compétence comme l'Angleterre et l'Australie mettent aussi l'accent sur la réduction des disparités en matière de tabagisme (43,128). Une démarche globale et axée sur les systèmes qui intègre des interventions universelles et ciblées contribuera à répondre aux besoins de tous les Ontariens. Pour ce faire, l'ensemble de ce rapport intègre des considérations relatives à l'équité, notamment :

- s'assurer que l'équité est incluse en tant qu'élément fondamental de la stratégie de LGT de l'Ontario;
- inclure les membres des collectivités les plus à risque relativement au fardeau des maladies liées au tabagisme et au désavantage socio-économique dans la conceptualisation, la conception et la mise en œuvre d'interventions de LGT dans leur collectivité;
- s'assurer que la démarche visant à lutter contre les iniquités en matière de tabagisme est fondée sur le « nivellement par le haut » en recommandant des objectifs qui augmentent la proportion de non-fumeurs dans les groupes systématiquement désavantagés;
- protéger ceux qui sont susceptibles d'être vulnérables et incapables de se protéger eux-mêmes, notamment les fœtus, les jeunes enfants ainsi que les jeunes et les adultes non-fumeurs, en augmentant le nombre d'espaces sans fumée;
- réduire la prévalence du tabagisme dans les groupes à faible revenu sensibles aux prix tels que les jeunes et les jeunes adultes en augmentant le prix au moyen d'accroissement des taxes et en luttant contre la contrebande;
- allouer les revenus supplémentaires générés par la taxe sur le tabac aux interventions destinées aux sous-groupes de population qui ne bénéficient pas des interventions universelles de façon optimale;
- réduire les conséquences de l'industrie sur les populations à risque comme les jeunes et les personnes à faible revenu en mettant en œuvre une campagne globale de dénormalisation de l'industrie du tabac, en instaurant des emballages neutres et normalisés et en éliminant les échappatoires qui existent en matière de publicité et de promotion des produits du tabac (et autres recommandations);
- réduire la probabilité d'initiation, d'adoption et de consommation régulière de produits du tabac chez les jeunes et les jeunes adultes qui, comme nous le savons, sont vulnérables à l'initiation au tabac et à une accoutumance pendant toute la vie;
- accroître l'accès aux services d'abandon du tabac en élaborant des démarches personnalisées présentant peu d'obstacles à l'égard des services de soutien à l'abandon du tabac dans une variété de milieux dans l'ensemble du continuum du système de santé;
- réduire les obstacles financiers qui empêchent d'avoir accès à du soutien en matière d'abandon du tabac en fournissant gratuitement et directement aux consommateurs de produits du tabac des médicaments favorisant l'abandon du tabac et une TRN sans frais aux personnes qui bénéficient du Programme de médicaments de l'Ontario, parallèlement à un soutien comportemental qui peut varier selon les cas;
- répondre aux besoins précis des populations présentant un risque élevé au moyen d'interventions ciblées visant l'abandon du tabac;
- rendre compte des répercussions différentielles du tabagisme et des interventions de lutte globale contre le tabagisme sur les populations présentant un risque plus élevé en s'assurant que les systèmes de suivi et de surveillance et que l'évaluation des politiques et des services sont mis sur pied de manière à englober ces populations;
- créer des possibilités de redresser le préjudice au moyen de poursuites contre l'industrie du tabac.

Bibliographie

Bibliographie

- (1) Fang, R., A. Kmetec, J. Millar et L. Drasic, « Disparities in chronic disease among Canada's low-income populations », *Prev. Chronic Dis.*, vol. 6, n° 4 (oct. 2009), p. A115.
- (2) Jha, P., R. Peto, W. Zatonski, J. Boreham, M.J. Jarvis et A.D. Lopez, « Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America », *Lancet*, vol. 368, n° 9533 (29 juil. 2006), pp. 367 à 370.
- (3) Whitehead, M., « The concepts and principles of equity and health », *Int. J. Health Serv.*, vol. 22, n° 3 (1992), pp. 429 à 445.
- (4) Kawachi, I., S.V. Subramanian et N. Almeida-Filho, « A glossary for health inequalities », *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 56, n° 9 (sept. 2002), pp. 647 à 652.
- (5) Centers for Disease Control and Prevention, *Best practices for comprehensive tobacco control programs – 2007*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices.
- (6) Commission des déterminants sociaux de la santé, *Comblent le fossé en une génération : Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2008. Accessible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf.
- (7) Butler-Jones, D., *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé*, Ottawa (Ontario), Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-f.pdf>.
- (8) Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Normes de santé publique de l'Ontario*, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2008. Accessible à l'adresse : http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/pubhealthf/oph_standardsf/ophsf/indexf.html.
- (9) Wilkinson, R.G. et K.E. Pickett, « The problems of relative deprivation: why some societies do better than others », *Soc. Sci. Med.*, vol. 65, n° 9 (nov. 2007), pp. 1965 à 1978.
- (10) Wilkinson, R.G. et K.E. Pickett, « Income inequality and socioeconomic gradients in mortality », *Am. J. Public Health*, vol. 98, n° 4 (avril 2008), pp. 699 à 704.
- (11) Pickett, K.E. et R.G. Wilkinson, « Greater equality and better health », *BMJ*, vol. 339 (10 nov. 2009), p. b4320.
- (12) Romanow, R.J., *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*, Saskatoon (Saskatchewan), Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002. Accessible à l'adresse : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-85-2002F.pdf>.
- (13) Glazier, R.H., M.M. Agha, R. Moineddin et L.M. Sibley, « Universal health insurance and equity in primary care and specialist office visits: a population-based study », *Ann. Fam. Med.*, vol. 7, n° 5 (2009), pp. 396 à 405.
- (14) Mills, S.L., Tobacco and health disparities, *Am. J. Public Health*, vol. 94, n° 2 (2004), p. 173.
- (15) Barnett, R., J. Pearce et G. Moon, « Community inequality and smoking cessation in New Zealand, 1981-2006 », *Soc. Sci. Med.*, vol. 68, n° 5 (mars 2009), pp. 876 à 884.
- (16) Jha, P., R. Peto, W. Zatonski, J. Boreham, M.J. Jarvis et A.D. Lopez, « Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America », *Lancet*, vol. 368, n° 9533 (29 juil. 2006), pp. 367 à 370.
- (17) Bennett, A., *Smoke-Free Ontario stakeholder consultations: Report*, Toronto (Ontario), Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2010.
- (18) Williams, A.H. et R.A. Cookson, « Equity-efficiency trade-offs in health technology assessment », *Int. J. Technol. Assess. Health Care*, vol. 22, n° 1 (hiver 2006), pp. 1 à 9.
- (19) Powers, M. et R. Faden, *Social justice: The moral foundations of public health and health policy*, New York, NY, Oxford University Press, 2006.
- (20) Ruger, J.P., Health and social justice, *Lancet*, vol. 364, n° 9439 (18 au 24 sept. 2004), pp. 1075 à 1080.
- (21) Braveman, P. et S. Gruskin, « Defining equity in health », *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 57, n° 4 (avril 2003), pp. 254 à 258.
- (22) Last, J.M., *A dictionary of public health*, Oxford, Oxford University Press, 2006.

- (23) Frohlich, K.L. et L. Potvin, Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations, *Am. J. Public Health*, vol. 98, n° 2 (fév. 2008), pp. 216 à 221.
- (24) Christakis, N.A. et J.H. Fowler, The collective dynamics of smoking in a large social network, *N. Engl. J. Med.*, vol. 358, n° 21 (2008), pp. 2249 à 2258.
- (25) Dahlgren, G. et M. Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – strategy paper for Europe*, Stockholm, Suède, Institute for Future Studies, 2007. Accessible à l'adresse : [http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109\\$110739\\$fil\\$Mz8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf](http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109$110739$fil$Mz8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf).
- (26) Lightman, E., A. Mitchell et B. Wilson, *Poverty is making us sick: A comprehensive survey of income and health in Canada*, Toronto (Ontario), Wellesley Institute, 2008. Accessible à l'adresse : <http://socialplanningtoronto.org/healthequitylightman2008.pdf>.
- (27) Bloch, G., V. Etches, C. Gardner, R. Pellizzari, M. Rachlis, F. Scott et coll., « Why poverty makes us sick », *Ont. Med. Rev.* (2008), pp. 32 à 37.
- (28) Deaton, A., « Policy implications of the gradient of health and wealth », *Health Aff. (Millwood)*, vol. 21, n° 2 (mars-avril 2002), pp. 13 à 30.
- (29) Case, A., D. Lubotsky et C. Paxson, « Electronic status and health in childhood: the origins of the gradient », *American Economic Review*, vol. 92 (2002), pp. 1308 à 1334.
- (30) Barbeau, E.M., N. Krieger et M.J. Soobader, « Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000 », *Am. J. Public Health*, vol. 94, n° 2 (fév. 2004), pp. 269 à 278.
- (31) Pearce, J., R. Hiscock, G. Moon et R. Barnett, « The neighbourhood effects of geographical access to tobacco retailers on individual smoking behaviour », *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 63, n° 1 (janv. 2009), pp. 69 à 77.
- (32) Ahrens, D., « Tobacco taxes and cigarette consumption in low income populations », *Am. J. Public Health*, vol. 99, n° 1 (janv. 2009), p. 6.
- (33) Narcisse, M.R., N. Dedobbeleer, A.P. Contandriopoulos et A. Ciampi, « Understanding the social patterning of smoking practices: a dynamic typology », *Sociol. Health Illn.*, vol. 31, n° 4 (mai 2009), pp. 583 à 601.
- (34) Lemstra, M., J. Mackenbach, C. Neudorf, U. Nannapaneni et A. Kunst, « Daily smoking in Saskatoon: the independent effect of income and cultural status », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n° 1 (janv.-fév. 2009), pp. 51 à 54.
- (35) Schwartz, R., S. O'Connor, N. Minian, T. Borland, A. Babayan, R. Ferrence et coll., *Evidence to inform smoking cessation policymaking in Ontario*, Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 2009.
- (36) Lee, D.S., M. Chiu, D.G. Manuel, K. Tu, X. Wang, P.C. Austin et coll., Trends in risk factors for cardiovascular disease in Canada: temporal, socio-demographic and geographic factors, *CMAJ*, vol. 181, n° 3-4 (4 août 2009), pp. E55 à E66.
- (37) Franks, P., A.F. Jerant, J.P. Leigh, D. Lee, A. Chiem, I. Lewis et coll., « Cigarette prices, smoking, and the poor: implications of recent trends », *Am. J. Public Health*, vol. 97, n° 10 (oct. 2007), pp. 1873 à 1877.
- (38) Sidorchuk, A., E.E. Agardh, O. Aremu, J. Hallqvist, P. Allebeck et T. Moradi, « Socioeconomic differences in lung cancer incidence: a systematic review and meta-analysis », *Cancer Causes Control*, vol. 20, n° 4 (mai 2009), pp. 459 à 471.
- (39) Institut de recherche en services de santé, *InTool Webpage*, 2007. Accessible à l'adresse : <http://intool.ices.on.ca/>. Consulté en mars 2010.
- (40) Behrendt, C.E., « Mild and moderate-to-severe COPD in nonsmokers: distinct demographic profiles », *Chest*, vol. 128, n° 3 (sept. 2005), pp. 1239 à 1244.
- (41) Vozoris, N. et M.D. Lougheed, « Second-hand smoke exposure in Canada: prevalence, risk factors, and association with respiratory and cardiovascular diseases », *Revue canadienne de pneumologie*, vol. 15, n° 5 (juillet-août 2008), pp. 263 à 269.
- (42) Jarvis, M.J. et J. Wardle, « Social patterning of individual health behaviours: The case of cigarette smoking », dans : Marmot, M. et R.G. Wilkinson (éd.), *Social determinants of health*, 2^e éd., Oxford, Oxford University Press, 2006. pp. 224 à 237.
- (43) Gouvernement britannique, *A Smokefree Future: A Comprehensive tobacco control strategy for England*, Londres, Angleterre, Department of Health, 2010. Accessible à l'adresse : http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_111749.
- (44) Thomson, G.W., N.A. Wilson, D. O'Dea, P.J. Reid et P. Howden-Chapman, « Tobacco spending and children in low income households », *Tob. Control*, vol. 11, n° 4 (déc. 2002), p. 372 à 375.

Bibliographie

- (45) Barbeau, E.M., K.Y. Wolin, E.N. Naumova et E. Balbach, « Tobacco advertising in communities: associations with race and class », *Prev. Med.*, vol. 40, n° 1 (janv. 2005), pp. 16 à 22.
- (46) Yeger, V.B., J. Przewoznik et R.E. Malone, « Racialized geography, corporate activity, and health disparities: tobacco industry targeting of inner cities », *J. Health Care Poor Underserved*, vol. 18, suppl. 4 (nov. 2007), pp. 10 à 38.
- (47) Thomas S., D. Fayter, K. Misso, D. Ogilvie, M. Petticrew, A Sowden et coll., « Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review », *Tob. Control*, vol. 17, n° 4 (août 2008), pp. 230 à 237.
- (48) Siahpush, M., M. Wakefield, M. Spittal et S. Durkin, « Antismoking television advertising and socioeconomic variations in calls to Quitline », *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 61, n° 4 (avril 2007), pp. 298 à 301.
- (49) Durkin, S.J., L. Biener et M.A. Wakefield, « Effects of different types of antismoking ads on reducing disparities in smoking cessation among socioeconomic subgroups », *Am. J. Public Health*, vol. 99, n° 12 (déc. 2009), pp. 2217 à 2223.
- (50) National Cancer Institute, *The role of the media in promoting and reducing tobacco use*, Tobacco Control Monograph N° 19, Bethesda, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub., n° 07-6242, juin 2008. Accessible à l'adresse : <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/19/index.html>.
- (51) Sharma, M. et A. Kanekar, *Diffusion of innovations theory for alcohol, tobacco, and drugs*, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.thefreelibrary.com/Diffusion+of+innovations+theory+for+alcohol,+tobacco,+and+drugs.-a0179277678>. Consulté en avril 2010.
- (52) Lopez, A.D., N.E. Collishaw et T. Piha, « A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries », *Tob. Control*, vol. 3, n° 3 (1994), pp. 242 à 247.
- (53) Kotz, D. et R. West, « Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding », *Tob. Control*, vol. 18, n° 1 (fév. 2009), pp. 43 à 46.
- (54) Hiscock, R., J. Pearce, R. Barnett, G. Moon et V. Daley, « Do smoking cessation programmes influence geographical inequalities in health? An evaluation of the impact of the PEGS programme in Christchurch, New Zealand », *Tob. Control*, vol. 18, n° 5 (oct. 2009), pp. 371 à 376.
- (55) Whelan, A.M., C.A. Cooke et I.S. Sketris, « The impact of socioeconomic and demographic factors on the utilization of smoking cessation medications in patients hospitalized with cardiovascular disease in Nova Scotia, Canada », *J. Clin. Pharm. Ther.*, vol. 30, n° 2 (avril 2005), pp. 165 à 171.
- (56) Buske, L., « Smoking: an occupational hazard », *CMAJ*, vol. 160, n° 5 (9 mars 1999), p. 630.
- (57) Blakely, T. et N. Wilson, « The contribution of smoking to inequalities in mortality by education varies over time and by sex: two national cohort studies, 1981-84 and 1996-99 », *Int. J. Epidemiol.*, vol. 34, n° 5 (oct. 2005), pp. 1054 à 1062.
- (58) Reid, J.L. et D. Hammond, *Tobacco use in Canada: Patterns and trends*, édition 2009 (v2), Waterloo (Ontario), Université de Waterloo, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.tobaccoreport.ca/Tobacco_Use_in_Canada.pdf.
- (59) Ialomiteanu, A.R., E.M. Adlaf, R.E. Mann et J. Rehm. *CAMH Monitor eReport 2007: Addiction and mental health indicators among Ontario adults 1977-2007*, Toronto (Ontario), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/CAMH_Monitor/CM2007eReport_Final.pdf.
- (60) Millar, W.J., « Comment rejoindre les fumeurs de faible niveau de scolarité », *Rapports sur la santé*, vol. 8, n° 2 (automne 1996), pp. 11 à 19 (angl.), pp. 13 à 22 (fran.).
- (61) Schaap, M.M., A.E. Kunst, M. Leinsalu, E. Regidor, O. Ekholm, D. Dzurova et coll., « Effect of nationwide tobacco control policies on smoking cessation in high and low educated groups in 18 European countries », *Tob. Control*, vol. 17, n° 4 (août 2008), p. 248 à 255.
- (62) Barbeau, E.M., D. McLellan, C. Levenstein, G.F. DeLaurier, G. Kelder et G. Sorensen, « Reducing occupation-based disparities related to tobacco: roles for occupational health and organized labor », *Am. J. Ind. Med.*, vol. 46, n° 2 (août 2004), pp. 170 à 179.
- (63) Santé Canada, *Le tabagisme au travail : tendances, enjeux et stratégies*, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/1996-work-travail/part1_smoking_prev-fra.php. Consulté en mars 2010.
- (64) Gaudette, L.A., A. Richardson et S. Huang, « Quels sont les travailleurs qui fument? », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 3 (hiver 1998), pp. 35 à 45 (angl.), pp. 35 à 47 (fran.).

- (65) Bell, K., L. McCullough, K. Devries, N. Jategaonkar, L. Greaves et L. Richardson, « Location restrictions on smoking: assessing their differential impacts and consequences in the workplace », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n° 1 (janv.-fév. 2009), pp. 46 à 50.
- (66) Sorensen, G., E. Barbeau, M.K. Hunt et K. Emmons, « Reducing social disparities in tobacco use: a social-contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers », *Am. J. Public Health*, vol. 94, n° 2 (fév. 2004), pp. 230 à 239.
- (67) Cahill, K., M. Moher et T. Lancaster, *Workplace interventions for smoking cessation*, base de données Cochrane d'examen systématiques, vol. 4, article CD003440, 8 oct. 2008.
- (68) Chen, J., Millar, W.J., « Cesser de fumer : est-ce plus difficile si l'on a commencé jeune? », *Rapports sur la santé*, vol. 9, n° 4 (printemps 1998), pp. 39 à 46 (angl.), pp. 39 à 48 (fran.).
- (69) Institute of Medicine, *Ending the tobacco problem: A blueprint for the nation*, Washington, DC, National Academy Press, 2007.
- (70) Jefferis, B.J., C. Power, H. Graham et O. Manor, « Effects of childhood socioeconomic circumstances on persistent smoking », *Am. J. Public Health*, vol. 94, n° 2 (fév. 2004), pp. 279 à 285.
- (71) Richter, M., C.A. Vereecken, W. Boyce, L. Maes, S.N. Gabhainn et C.E. Currie, « Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries », *Int. J. Public Health*, vol. 54, n° 4 (2009), pp. 203 à 212.
- (72) Zhang, B., J. Cohen, R. Ferrence et J. Rehm, « The impact of tobacco tax cuts on smoking initiation among Canadian young adults », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 30, n° 6 (juin 2006), pp. 474 à 479.
- (73) Jones, A., A. Gulbis et E.H. Baker, « Differences in tobacco use between Canada and the United States », *Int. J. Public Health* (2009).
- (74) Evers, S., J. Taylor, S. Manske et C. Midgett, « Eating and smoking behaviours of school children in southwestern Ontario and Charlottetown, PEI », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 92, n° 6 (nov.-déc. 2001), pp. 433 à 436.
- (75) Cohen, B., S. Evers, S. Manske, K. Bercovitz et H.G. Edward, « Smoking, physical activity and breakfast consumption among secondary school students in a southwestern Ontario community », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 94, n° 1 (janv.-fév. 2003), pp. 41 à 44.
- (76) Agence de la santé publique du Canada, *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Ottawa (Ontario), Santé Canada, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>.
- (77) Greaves, L. et N. Hemsing, « Women and tobacco control policies: social-structural and psychosocial contributions to vulnerability to tobacco use and exposure », *Drug Alcohol Depend.*, vol. 1, n° 104 suppl. 1 (oct. 2009), pp. S121 à S130.
- (78) Greaves, L.J. et N.J. Hemsing, « Sex, gender, and secondhand smoke policies: implications for disadvantaged women », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 37, suppl. 2 (août 2009), pp. S131 à S137.
- (79) Greaves, L. et N. Jategaonkar, « Tobacco policies and vulnerable girls and women: toward a framework for gender sensitive policy development », *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 60, suppl. 2 (sept. 2006), pp. 57 à 65.
- (80) Dedobbeleer, N., F. Beland, A.P. Contandriopoulos et M. Adrian, « Gender and the social context of smoking behaviour », *Soc. Sci. Med.*, vol. 58, n° 1 (janv. 2004), pp. 1 à 12.
- (81) Reading, J. et E. Nowgesic, « Improving the health of future generations: the Canadian Institutes of Health Research Institute of Aboriginal Peoples' Health », *Am. J. Public Health*, vol. 92, n° 9 (sept. 2002), pp. 1396 à 1400.
- (82) Retnakaran, R., A.J. Hanley, P.W. Connelly, S.B. Harris et B. Zinman, « Cigarette smoking and cardiovascular risk factors among Aboriginal Canadian youths », *CMAJ*, vol. 173, n° 8 (11 oct. 2005), pp. 885 à 889.
- (83) Wilson, N., T. Blakely et M. Tobias, « What potential has tobacco control for reducing health inequalities? The New Zealand situation », *Int. J. Equity Health*, vol. 2, n° 5 (nov. 2006), p. 14.
- (84) Action Cancer Ontario, *A case study approach: Lessons learned in Ontario – Aboriginal tobacco cessation*, Toronto (Ontario), Action Cancer Ontario, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.cancercare.on.ca/common/pages/DownloadFile.aspx?itemid=13636>.
- (85) Yakiwchuk, C.A., H. Stasiuk, W. Wiltshire et D.J. Brothwell, « Tobacco use among young North American aboriginal athletes », *Journal de l'Association dentaire canadienne*, vol. 71, n° 6 (juin 2005), p. 403.
- (86) Ritchie, A.J. et J.L. Reading, « Tobacco smoking status among Aboriginal youth », *Int. J. Circumpolar Health*, vol. 63, suppl. 2 (2004), pp. 405 à 409.
- (87) Hayward, L.M., H.S. Campbell et C. Sutherland-Brown, « Aboriginal users of Canadian quitlines: an exploratory analysis », *Tob. Control*, vol. 16, suppl. 1 (déc. 2007), pp. i60 à i64.

Bibliographie

- (88) Wardman, D., D. Quantz, J. Tootoosis et N. Khan, « Tobacco cessation drug therapy among Canada's Aboriginal people », *Nicotine Tob. Res.*, vol. 9, n° 5 (mai 2007), pp. 607 à 611.
- (89) Chuang, H.T., C. Mansell et S.B. Patten, « Lifestyle characteristics of psychiatric outpatients », *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 53, n° 4 (avril 2008), pp. 260 à 266.
- (90) Lasser, K., J.W. Boyd, S. Woolhandler, D.U. Himmelstein, D. McCormick et D.H. Bor, « Smoking and mental illness: A population-based prevalence study », *JAMA*, vol. 284, n° 20 (22 au 29 nov. 2000), pp. 2606 à 2610.
- (91) Selby, P., « Psychopharmacology of smoking cessation in patients with mental illness », *J. Psychiatry Neurosci.*, vol. 31, n° 5 (sept. 2006), p. 360.
- (92) Lembke, A., K. Johnson et C. DeBattista, « Depression and smoking cessation: Does the evidence support psychiatric practice? », *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, vol. 3, n° 4 (août 2007), pp. 487 à 493.
- (93) Goldberg, J.O. et J. Van Exan, « Longitudinal rates of smoking in a schizophrenia sample », *Tob. Control*, vol. 17, n° 4 (août 2008), pp. 271 à 275.
- (94) Glassman, A.H., L.S. Covey, F. Stetner et S. Rivelli, « Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study », *Lancet*, vol. 357, n° 9272 (16 juin 2001), pp. 1929 à 1932.
- (95) Tsoh, J.Y., G.L. Humfleet, R.F. Munoz, V.I. Reus, D.T. Hartz et S.M. Hall, « Development of major depression after treatment for smoking cessation », *Am. J. Psychiatry*, vol. 157, n° 3 (mars 2000), pp. 368 à 374.
- (96) Hall, S.M., J.Y. Tsoh, J.J. Prochaska, S. Eisendrath, J.S. Rossi, C.A. Redding et coll., « Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial », *Am. J. Public Health*, vol. 96, n° 10 (oct. 2006), pp. 1808 à 1814.
- (97) Prochaska, J.J., S.M. Hall, J.Y. Tsoh, S. Eisendrath, J.S. Rossi, C.A. Redding et coll., « Treating tobacco dependence in clinically depressed smokers: effect of smoking cessation on mental health functioning », *Am. J. Public Health*, vol. 98, n° 3 (mars 2008), pp. 446 à 448.
- (98) Lawn, S.J., R.G. Pols et J.G. Barber, « Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients », *Soc. Sci. Med.*, vol. 54, n° 1 (janv. 2002), pp. 93 à 104.
- (99) Lawn, S., « Tobacco control policies, social inequality and mental health populations: time for a comprehensive treatment response », *Aust. NZ J. Psychiatry*, vol. 42, n° 5 (mai 2008), pp. 353 à 356.
- (100) Thomas, S., D. Fayter, K. Misso, D. Ogilvie, M. Petticrew, A. Sowden et coll., « Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review », *Tob. Control*, vol. 17, n° 4 (août 2008), pp. 230 à 237.
- (101) Jha, P. et F.J. Chaloupka, « The economics of global tobacco control », *BMJ*, vol. 321, n° 7257 (5 août 2000), pp. 358 à 361.
- (102) Main, C., S. Thomas, D. Ogilvie, L. Stirk, M. Petticrew, M. Whitehead et coll., « Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: placing an equity lens on existing systematic reviews », *BMC Public Health*, vol. 8, (27 mai 2008), p. 178.
- (103) Wilson, N. et G. Thomson, « Tobacco taxation and public health: ethical problems, policy responses », *Soc. Sci. Med.*, vol. 61, n° 3 (août 2005), pp. 649 à 659.
- (104) Wilson, N., D. Weerasekera, R. Edwards, G. Thomson, M. Devlin et H. Gifford, « Characteristics of smoker support for increasing a dedicated tobacco tax: national survey data from New Zealand », *Nicotine Tob. Res.*, vol. 12, n° 2 (fév. 2010), pp. 168 à 173.
- (105) Wilson, N., D. Weerasekera, R. Edwards et T. Blakely, « Smoker support for increased (if dedicated) tobacco tax by individual deprivation level: national survey data », *Tob. Control*, vol. 18, n° 6 (déc. 2009), p. 512.
- (106) Heaton, C.G., D. Vallone et J. Cartwright, « Unintended consequences of tobacco policies: implications for public health practice », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 37, suppl. 2. (août 2009), pp. S181 et S182.
- (107) Graham, H., « Why social disparities matter for tobacco control policy », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 37, suppl. 2. (août 2009), pp. S183 et S184.
- (108) Jha, P., F.J. Chaloupka, M. Corrao et B. Jacob, « Reducing the burden of smoking world-wide: effectiveness of interventions and their coverage », *Drug Alcohol Rev.*, vol. 25, n° 6 (nov. 2006), pp. 597 à 609.
- (109) Task Force on Community Preventive Services, *The guide to community preventive services: What works to promote health?*, New York, NY, Oxford University Press, 2005.

- (110) Moolchan, E.T., P. Fagan, A.F. Fernander, W.F. Velicer, M.D. Hayward, G. King et coll., « Addressing tobacco-related health disparities », *Addiction*, vol. 102, suppl. 2 (oct. 2007), pp. 30 à 42.
- (111) Lettlow, H.A., « Engaging culturally competent, community-based programs in reducing tobacco-related health disparities », *Am. J. Public Health*, vol. 98, n° 11 (nov. 2008), pp. 1936 à 1939.
- (112) Deason, L.M., S.B. Adhikari, T.M. Clopton, B. Oches et C. Jensen, « The Ohio Cross-Cultural Tobacco Control Alliance: Understanding and eliminating tobacco-related disparities through the integration of science, practice, and policy », *Am. J. Public Health*, vol. 100, suppl. 1 (2010), pp. S240 à S245.
- (113) Cramer, M., S. Roberts et L. Xu, « Evaluating community-based programs for eliminating secondhand smoke using evidence-based research for best practices », *Fam. Community Health*, vol. 30, n° 2 (avril-juin 2007), pp. 129 à 143.
- (114) Horn, K., L. McCracken, G. Dino et M. Brayboy, « Applying community-based participatory research principles to the development of a smoking-cessation program for American Indian teens: «telling our story» », *Health Educ. Behav.*, vol. 35, n° 1 (fév. 2008), pp. 44 à 69.
- (115) Greaves, L., J. Johnson, J. Bottorff, S. Kirkland, N. Jategaonkar, M. McGowan et coll., « What are the effects of tobacco policies on vulnerable populations? A better practices review », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 97, n° 4 (juill. août 2006), pp. 310 à 315.
- (116) Fagan, P., E.T. Moolchan, D. Lawrence, A. Fernander et P.K. Ponder, « Identifying health disparities across the tobacco continuum », *Addiction*, vol. 102, suppl. 2 (oct. 2007), pp. 5 à 29.
- (117) Satcher, D. et E.J. Higginbotham, « The public health approach to eliminating disparities in health », *Am. J. Public Health*, vol. 98, suppl. 9 (sept. 2008), pp. S8 à S11.
- (118) Agence de la santé publique du Canada, 2001. Accessible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>.
- (119) DeWit, D.J. et B. Beneteau, « Predictors of the prevalence of tobacco use among Francophones and Anglophones in the province of Ontario », *Health Educ. Res.*, vol. 14, n° 2 (1er avril 1999), pp. 209 à 223.
- (120) Griffiths, M., H. Wardle, J. Orford, K. Sproston et B. Erens, « Gambling, alcohol, consumption, cigarette smoking and health: Findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey », *Addiction Research and Theory*, vol. 18, n° 2 (1er janv. 2010), pp. 208 à 223.
- (121) Tang, H., G. Greenwood, D.W. Cowling, J. Lloyd, A. Roeseler et D. Bal, « Cigarette smoking among lesbians, gays and bisexuals: How serious a problem? », (États-Unis), *Cancer Causes and Control*, vol. 15, n° 8 (2004), pp. 797 à 803.
- (122) Lampinen, T.M., S.J. Bonner, M. Rusch et R.S. Hogg, « High prevalence of smoking among urban-dwelling Canadian men who have sex with men », *J. Urban Health*, vol. 83, n° 6 (nov. 2006), pp. 1143 à 1150.
- (123) Connor, S.K. et L. McIntyre, « The sociodemographic predictors of smoking cessation among pregnant women in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 90, n° 5 (sept.-oct. 1999), pp. 352 à 355.
- (124) Salmasi, G., R. Grady, J. Jones et S.D. McDonald, « Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses », *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* (20 janv. 2010).
- (125) Schaap, M.M. et A.E. Kunst, « Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: learning from the experiences of recent scientific studies », *Public Health*, vol. 123, n° 2 (fév. 2009), pp. 103 à 109.
- (126) Fagan, P., G. King, D. Lawrence, S.A. Petrucci, R.G. Robinson, D. Banks et coll., « Eliminating tobacco-related health disparities: directions for future research », *Am. J. Public Health*, vol. 94, n° 2 (fév. 2004), pp. 211 à 217.
- (127) Ogilvie, D. et M. Petticrew, « Reducing social inequalities in smoking: can evidence inform policy? A pilot study », *Tob. Control*, vol. 13, n° 2 (juin 2004), p. 129 à 131.
- (128) Scollo, M.M. et M.H. Winstanley (rédacteurs), *Tobacco in Australia: Facts and issues, troisième édition*, Melbourne, Australie, Cancer Council Victoria, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.tobaccoaustralia.org.au>. Consulté en mars 2010.

Principaux instruments d'habilitation systémiques en matière de lutte contre le tabagisme



Résumé du chapitre

Ce chapitre décrit les fonctions interreliées essentielles à une lutte globale efficace contre le tabagisme telle qu'elle est présentée dans les autres chapitres du présent rapport. Une LGT efficace nécessite un leadership fort et soutenu, des partenariats, des politiques et des programmes durables, l'utilisation des médias de masse à des fins de marketing social ainsi qu'un financement adéquat et fiable. Tout cela doit s'appuyer sur un système d'apprentissage visant à soutenir le renouvellement et l'amélioration continus de la stratégie et de ses interventions. Le système d'apprentissage comprend une infrastructure de renforcement de la capacité, ainsi que des activités de surveillance, d'évaluation et de recherche. La fin du chapitre examine le rôle de l'Ontario dans le cadre des efforts régionaux et mondiaux de lutte contre l'épidémie de tabagisme.

Objectif : Faire de l'Ontario un chef de file reconnu en matière de conception et de mise en œuvre de stratégies et de systèmes de lutte globale contre le tabagisme fondés sur des données probantes afin de supprimer de façon rapide, équitable et rentable le fardeau lié au tabagisme.

Résumé du chapitre

Méthodes

Méthodes

La démarche adoptée par le Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée (CCS SOSF) en vue de réunir des données probantes visant à orienter les recommandations concernant les instruments d'habilitation systémiques comprenait plusieurs volets.

- Des recherches dans diverses bases de données en ligne à l'aide des termes « lutte antitabac / lutte contre le tabagisme » OU « tabac » ET « leadership » OU « partenariat » OU « financement ». Au nombre des critères de recherche figuraient les publications anglophones uniquement parues entre 2000 et 2010, ainsi que des sources scientifiques incluant les revues scientifiques approuvées par les pairs, mais excluant les comptes rendus de livres, les dissertations et les journaux. Les références ont été examinées en ordre antéchronologique

et par pertinence. On a relevé des examens et des études menés au niveau de la population, notamment des études d'observation longitudinales et transversales portant sur les campagnes américaines de lutte globale contre le tabagisme (LGT) entreprises au niveau national et dans certains états. Certaines études de cas ont également été examinées. Des critères tels que « cité dans » ont été utilisés pour cerner des publications connexes.

- Nous avons utilisé des moteurs de recherche standard et courants ainsi que ceux de sites Web pour trouver des rapports publics de sources fiables comme les CDC (Centers for Disease Control and Prevention), la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte contre le tabagisme et la stratégie anglaise intitulée *Smoke-Free Future – A comprehensive tobacco control strategy for England*. Les rapports

Méthodes

Introduction

de surveillance de l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (URTO) ont également été examinés.

- Des consultations avec des intervenants en matière de lutte globale contre le tabagisme en vue de replacer les données probantes dans le contexte de l'Ontario.
- Des membres du Groupe d'experts internationaux (GEI) (consulter les remerciements pour en obtenir une liste exhaustive) et des scientifiques du CCS SOSF ont fourni des citations supplémentaires fondées sur leur expertise et leur connaissance de la documentation publiée et parallèle.

La documentation publiée examinée par les pairs dans ce domaine se compose essentiellement d'études de cas et d'études d'observation longitudinales et autres études

quasi-expérimentales dans leur conception. Nous avons examiné, dans la mesure du possible, des méta-analyses, des examens et des études de modélisation. Des scientifiques du CCS SOSF et des membres du GEI ont fourni des avis d'experts sur l'interprétation des études publiées.

Introduction

Les instruments d'habilitation systémiques sont des fonctions ou des capacités inter-reliées qui favorisent l'efficacité de la lutte globale contre le tabagisme (1). Les descriptions de ces fonctions ont été tirées de *Primary Prevention of Chronic Diseases in Canada: A Framework for Action*¹¹⁽¹⁾. Les modèles logiques du CCS-SOSF incluent ces fonctions en tant qu'éléments importants de la stratégie globale (annexe B).

Pratiques exemplaires des CDC – Activités de gestion et d'administration

- Participer à la planification stratégique du programme en vue d'en orienter les efforts et les ressources vers l'atteinte des objectifs.
- Recruter et assurer le perfectionnement du personnel administratif et technique ainsi que du personnel de programme qualifié et diversifié.
- Octroyer et surveiller les contrats et les subventions liés aux programmes, coordonner la mise en œuvre des divers éléments et évaluer le rendement des programmes faisant l'objet d'une subvention.
- Élaborer et maintenir un système de gestion financière en temps réel qui permet de faire le suivi de l'affectation des fonds et des dépenses.
- Accroître la capacité au niveau local en offrant une formation continue et une assistance technique.
- Mettre sur pied un système de communication interne efficace entre les divers programmes relatifs aux maladies chroniques, ainsi qu'au sein des coalitions et des partenariats locaux.
- Sensibiliser le public et les décideurs aux effets du tabac sur la santé ainsi qu'aux programmes efficaces fondés sur des données probantes et aux interventions en matière de politiques.

Source : *CDC Best Practices for Tobacco Control Programs*, 2007 (2, p. 48).

11 De plus amples renseignements sur ces fonctions sont disponibles sur le site Web de l'APMCC à l'adresse <http://www.cdpc.ca/media.php?mid=451> et dans le glossaire du présent rapport (consulter l'annexe A).

Données probantes permettant d'orienter les mesures – Instruments d'habilitation systémiques

Cinq instruments d'habilitation systémiques clés ont été déterminés :

- le leadership, y compris les partenariats et les coalitions;
- le soutien de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques, de programmes et d'actions de marketing social;
- le financement;
- une infrastructure de renforcement de la capacité, des activités de surveillance, d'évaluation et de recherche – un système d'apprentissage de la lutte globale contre le tabagisme;
- le rôle de l'Ontario dans l'économie mondiale en ce qui a trait au tabac.

Éléments d'une stratégie réussie et durable

Selon les *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs 2007* des CDC, parmi les éléments d'une stratégie de LGT réussie figurent des interventions au niveau de l'État (de la province) et des collectivités (y compris en matière de politiques et de programmes), des interventions en matière de communication sur la santé (notamment la dénormalisation de l'industrie du tabac), des interventions relatives à l'abandon du tabac, ainsi que des activités de surveillance et d'évaluation. En outre, diverses activités d'administration et de gestion sont nécessaires, conformément à ce qui est énoncé dans la figure à la page 184 (2).

Leadership en matière de lutte globale contre le tabagisme

Un leadership fort et durable

Le leadership inclut la capacité d'établir une vision, de déterminer des objectifs et des résultats, de définir des cibles, de planifier et de gérer des relations avec les partenaires et d'assurer la supervision et la responsabilisation, y compris en matière de gestion du rendement (1). La *Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac* stipule « qu'un engagement politique fort est nécessaire pour élaborer et soutenir [...] des mesures multisectorielles globales et susciter des réponses coordonnées » [traduction] (3-5). Selon les CDC, « la capacité et l'infrastructure d'un État, notamment un leadership clair et des ressources dédiées, sont essentielles à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan stratégique fort qui inclut la détermination et l'élimination des disparités relatives au tabac » [traduction] (2, p.24). Les études de cas mettent l'accent sur l'importance d'un leadership fort, expérimenté et engagé en vue de mettre sur pied une stratégie et un plan, de créer des partenariats, de négocier le milieu d'application de la politique et de « faire avancer les choses » (6). Selon le GEI, le leadership est essentiel à tous les niveaux (c.-à-d., politique, fonction publique, organismes non gouvernementaux — ONG), mais il l'est probablement encore plus en matière de LGT au plus haut niveau politique (7) et inclut un leadership fort et visible.

En vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, le gouvernement de l'Ontario a la compétence législative d'obliger les conseils de santé à offrir des programmes de lutte globale contre le tabagisme dans le cadre des programmes obligatoires de prévention des maladies chroniques. Dans le cadre de l'élaboration des nouvelles normes de santé publique de l'Ontario (NSPO), le ministère de la Promotion de la santé et du

Données probantes permettant d'orienter les mesures – Instruments d'habilitation systémiques

Éléments d'une stratégie réussie et durable

Leadership en matière de lutte globale contre le tabagisme

Un leadership fort et durable

Leadership en matière de lutte globale contre le tabagisme

Un leadership fort et durable

Démarche pangouvernementale

Partenariats forts et durables

Sport (MPSS) a assumé un rôle de chef de file en établissant les objectifs et les résultats de la norme *Prévention des maladies chroniques* qui inclut le *Protocole d'application de la loi sur le tabac* (8). Les concepts de leadership, de coordination et de collaboration font partie du protocole de lutte globale contre le tabagisme et du document d'orientation connexe.

Démarche pangouvernementale

Des territoires de compétence, notamment le Royaume-Uni, ont reconnu la nécessité de mettre en place un leadership pangouvernemental en matière de lutte globale contre le tabagisme. Reconnaisant l'importance d'une telle démarche, la stratégie *UK Smoke-Free Future* souligne clairement qu'il incombe au sous-comité du Conseil des ministres en charge de la santé et du bien-être « d'orienter et de surveiller les progrès » (9). Les intervenants ontariens recommandent également la constitution d'un comité directeur interministériel afin d'assurer le leadership et de renforcer la capacité au sein des divers ministères et entre ceux-ci (10).

Partenariats forts et durables

Il est important de créer des partenariats et de partager le leadership avec la société civile, particulièrement avec les organismes non gouvernementaux (ONG) en vue de générer et d'encourager la lutte globale contre le tabagisme (11,12). Au niveau mondial, les organismes de la société civile ont contribué à mobiliser et à influencer certains pays pendant la négociation de la CCLAT et à faire face à la pression de l'industrie du tabac et de ses alliés (13), tandis qu'au niveau local, les défenseurs communautaires ont joué un rôle mobilisateur essentiel en vue de modifier les politiques (12).

Les groupes de défense des droits et les partenaires communautaires jouent un rôle important en ce qui a trait à la diffusion du message et en créant une lancée visant à soutenir une action sociale et un changement de politique local. Les données probantes issues de l'Ontario le confirment. Les membres de la Campagne ontarienne d'action contre le tabac ont entrepris un travail sur dix ans visant à soutenir l'élaboration et l'application des règlements contre le tabagisme à travers l'Ontario. Au nombre des autres partenariats constructifs de la Stratégie antitabac de l'Ontario ont figuré le Media Network et le Réseau ontarien sans tabac (14). Chacun d'eux a apporté d'importantes contributions à l'infrastructure de la stratégie de lutte contre le tabagisme de l'Ontario de 1999 à 2004, surtout en ce qui a trait à la promotion des règlements municipaux visant l'établissement d'espaces sans fumée (15). La Société canadienne du cancer a commandité la téléassistance pour fumeurs (16), la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario a joué un rôle essentiel en ce qui a trait aux efforts de sensibilisation du public au moyen de campagnes médiatiques de masse et l'Ontario Lung Association a mis de l'avant des initiatives axées sur les jeunes en matière de lutte contre le tabagisme, notamment des programmes scolaires et



une formation des jeunes à la défense de leurs droits. Plus récemment, un partenariat constructif entre des ONG et des bureaux de santé publique a permis la création des réseaux régionaux pour la lutte au tabagisme (RRLT).

De nombreux territoires de compétence encouragent activement la création de partenariats locaux avec des organismes communautaires (p. ex., en vue de créer des « alliances sans fumée » locales), reconnaissant que l'engagement, l'effort et l'innovation au niveau local sont des ingrédients essentiels à la réussite obtenue en matière de lutte contre le tabagisme au cours de la dernière décennie (9).

L'importance des partenariats a constamment été soulignée par les intervenants et étayée par des rapports provenant de la documentation.

Les partenariats étaient également primordiaux dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de l'étude ASSIST (American Stop Smoking Intervention Study) qui a été grandement déterminante. Cette expérience naturelle à grande échelle a comparé les États où l'étude ASSIST avait été mise en œuvre aux autres États en ce qui a trait à la solidité des ressources de lutte contre le tabagisme, aux efforts relatifs à la capacité et aux programmes, ainsi qu'aux résultats des politiques et à la prévalence globale du tabagisme chez les adultes. À la fin de la période de l'étude, les États où l'étude ASSIST avait été mise en œuvre affichaient une prévalence du tabagisme chez les adultes bien inférieure à ceux où elle ne l'avait pas été. Cette étude n'aurait pas

pu être menée à bien sans une coalition forte et durable ayant fait preuve de leadership. Le leadership a pu être assumé grâce à des partenariats, notamment avec le National Cancer Institute (NCI), l'American Cancer Society et tous les paliers de gouvernement. Le programme a été maintenu et transféré aux CDC, puis a mené au programme national de lutte contre le tabagisme qui est encore en vigueur aujourd'hui. Les programmes en place en Californie, au Massachusetts et en Ontario étaient tous fondés sur le modèle de l'étude ASSIST (17-19).

Dans le cadre de cette dernière, les coalitions ont également joué un rôle important en vue d'anticiper et de contrer les mesures compensatoires déployées par l'industrie du tabac telles qu'une opposition active aux efforts de lutte contre le tabagisme et d'importants investissements en matière de promotion des produits (17). L'expérience de l'étude ASSIST souligne le fait que la lutte contre le tabagisme ne se fait pas en vase clos et que les chefs de file ont besoin d'anticiper et de faire face à une réaction négative de l'industrie du tabac et de ses alliés.

En Ontario, les intervenants ont remarqué qu'un des facteurs de réussite de la stratégie précédente était que de nombreux organismes avaient, au besoin, assumé divers rôles de chefs de file (10).

Leadership en matière de lutte globale contre le tabagisme

Partenariats forts et durables

Leadership en matière de lutte globale contre le tabagisme

Partenariats forts et durables

Soutien à l'élaboration de politiques, de programmes et de campagnes de marketing social

Élaboration de politiques

Élaboration de programmes

Recommandations

Leadership et partenariats

[9.1] Favoriser et soutenir l'engagement à tous les niveaux et dans l'ensemble du gouvernement en vue de diriger, de coordonner et de surveiller la lutte globale contre le tabagisme et d'assurer la reddition de comptes en ce qui a trait aux résultats.

[9.2] Favoriser et appuyer les coalitions visant à soutenir la vision, à innover et à promouvoir les initiatives de lutte contre le tabagisme sur le plan local et provincial.

[9.3] Favoriser et soutenir les partenariats entre les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, le système de santé publique, le système de soins de santé et autres organismes afin de coordonner et d'offrir les programmes et les initiatives de marketing social nécessaires pour supprimer le fardeau lié au tabac en Ontario.

[9.4] Anticiper et gérer les efforts de compensation de l'industrie du tabac.

Soutien à l'élaboration de politiques, de programmes et de campagnes de marketing social

Élaboration de politiques

Les outils les plus puissants en matière de lutte contre le tabagisme sont les politiques, les exemples les plus marquants étant les taxes sur le tabac et les dispositions « sans fumée » (20). L'élaboration de politiques nécessite :

- d'être en mesure d'utiliser les renseignements issus de la surveillance, de l'évaluation et de la recherche afin de cerner les besoins en ce qui a trait à l'élaboration et au perfectionnement des politiques;

- d'être en mesure de déterminer et d'évaluer les coûts et les effets relatifs des politiques de rechange afin de répondre à ces besoins et de consulter un large éventail d'intervenants afin d'en déterminer la faisabilité;
- d'être capable de préparer les aperçus des politiques et les demandes à envoyer au Conseil des ministres;
- de vouloir participer à des projets de démonstration en vue d'évaluer le potentiel des interventions prometteuses et innovatrices en matière de politiques;
- de vouloir anticiper et gérer la réponse négative de l'industrie du tabac.

De plus, élaborer des politiques de façon appropriée nécessite d'être en mesure d'utiliser les données issues de la surveillance et de l'évaluation (information évaluative), notamment la surveillance des activités de l'industrie du tabac; d'évaluer, en temps opportun, le succès des politiques de rechange choisies pour répondre aux besoins en ce qui a trait aux politiques et de perfectionner et de modifier ces dernières au besoin.

Élaboration de programmes

L'élaboration de programmes nécessite d'être en mesure de planifier et de concevoir des interventions de programmes aux niveaux local, régional et provincial. En voici les étapes :

- détermination des besoins (à l'aide de divers outils de surveillance, d'examen et d'évaluation des besoins);
- examen des données probantes scientifiques et fondées sur la pratique en vue de mettre sur pied des interventions en matière de programmes;
- détermination des mécanismes de changement susceptibles de fonctionner dans des contextes pertinents;
- conception, mise en œuvre et surveillance des interventions;

- évaluation des effets;
- participation à un apprentissage continu en vue de perfectionner et d'améliorer le programme.

De plus, il est nécessaire d'affecter du personnel aux niveaux local, régional et provincial en matière de LGT afin de disposer de la capacité nécessaire à sa planification et à sa mise en œuvre avec l'appui des instruments d'habilitation systémiques tels que la surveillance, l'évaluation, la recherche, le partage de connaissances et le soutien en matière de conception de programmes. Les programmes qui ont connu du succès dans d'autres territoires de compétence au sein de l'Ontario devraient être soutenus au moyen de financement et être transférés vers d'autres territoires de compétence.

Marketing médiatique et social

Le marketing social, qui constitue l'utilisation stratégique des médias en vue d'un changement social planifié, est un aspect clé de la LGT. Une stratégie de marketing social comprend les médias payés, les médias offerts et les nouvelles formes de médias (p. ex., l'utilisation du Web 2.0). La monographie n° 19 du National Cancer Institute examine les preuves relatives à l'efficacité des médias de masse en tant que stratégie populaire visant à réduire le tabagisme. Le rapport conclut que la prépondérance des preuves suggère que les médias de masse peuvent être efficaces pour réduire le tabagisme (21).

Tous les domaines d'intervention examinés dans ce rapport (tels que le vecteur de maladies, la protection, la prévention et l'abandon du tabac) nécessitent la mise en place de stratégies de marketing social complémentaires pour accroître la sensibilisation et motiver une action volontaire avant un changement de politiques. En outre, le GEI recommande que la dénormalisation de l'industrie du tabac (DIT) fasse partie des priorités de l'Ontario (7); les techniques de marketing social permettent de s'attaquer efficacement à cette dernière.

Atteindre l'excellence dans ce domaine nécessite :

- d'assurer un financement constant afin qu'il soit adéquat et uniforme;
- de soutenir le personnel local, régional et provincial afin de cerner les besoins en matière de marketing;
- de concevoir des stratégies en ce qui a trait aux médias offerts et achetés;
- de coordonner les divers efforts intermédiatiques et intramédiatiques, ainsi que les interventions en matière de politiques et de programmes;
- d'évaluer l'efficacité de ces activités.

Soutien à l'élaboration de politiques, de programmes et de campagnes de marketing social

Élaboration de programmes

Marketing médiatique et social

Recommandation

Politiques, programmes et marketing social

[9.5] S'assurer que les personnes chargées de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques, des programmes et des interventions de marketing social liés à la lutte contre le tabagisme disposent des ressources, de la capacité et du soutien appropriés en vue de concevoir et de mettre ces activités en œuvre efficacement.



Financement

La lutte globale contre le tabagisme est efficace

Existe-t-il un effet « dose-réponse »?

Financement

La lutte globale contre le tabagisme est efficace

« Les programmes de lutte globale contre le tabagisme durables, fondés sur des données probantes, mis en œuvre à l'échelle d'un État et responsables se sont révélés utiles dans la réduction des taux de tabagisme, ainsi que des décès et des maladies qui y sont liés » [traduction] (2, p. 7).

Ils se sont également révélés efficaces pour réduire les taux de tabagisme chez les adultes et les jeunes (17,22,23). Des études incluent des évaluations d'interventions de grande envergure mises en œuvre dans plusieurs États telles que l'étude ASSIST (17-19,24), des programmes américains de lutte contre le tabagisme dont celui de la Californie (25), du Massachusetts (26) et de la Floride (23) ainsi que la campagne nationale « Truth » (vérité) (27).

Les programmes de lutte globale contre le tabagisme se sont également révélés efficaces pour réduire le fardeau de maladies attribuables au tabac. Par rapport au reste des États-Unis, la consommation de cigarettes par habitant (consulter la figure 2.2) et les taux de décès attribuables à une maladie cardiaque ajustés en fonction de l'âge en Californie ont chuté de façon importante entre 1980 et 1997 grâce au California Tobacco Control Program (CTCP) (Programme californien de lutte contre le tabagisme [PCLT]) (28). De plus, des changements ont eu lieu en ce qui a trait au taux de décès attribuables aux maladies cardiaques liées au tabagisme. Une deuxième étude qui comparait les données du registre sur le cancer du poumon, de la prostate et divers autres cancers avant le PCLT à celles enregistrées après sa mise en œuvre, a montré, après un décalage de un an, une diminution importante des taux de cancer (29). Une analyse chronologique comparant la Californie à 38 États témoins entre 1989 et 2004 a conclu que le Programme californien de lutte contre

le tabagisme était à l'origine d'une diminution importante de la consommation de cigarettes et que les dépenses de soins de santé étaient inférieures de 86 milliards de dollars (IC 95 % [28 G\$ à 151 G\$]) à ce qu'elles auraient été sans celui-ci. Cela représente un retour sur investissement de 50 contre 1 (30). D'autres études qui démontrent les effets, à grande échelle, d'interventions clés en matière de politiques telles que les dispositions « sans fumée », illustrent l'efficacité d'une lutte globale contre le tabagisme. Un examen systématique et une méta-analyse portant sur le lien entre l'adoption de règlements contre le tabagisme et les hospitalisations liées à des infarctus aigus du myocarde ont démontré que le risque d'être victime de ces derniers avait diminué globalement de 17 % à la suite de l'intervention, les effets les plus marqués étant chez les jeunes et les non-fumeurs (31). En Ontario, « les taux bruts d'hospitalisations liés à des affections cardiovasculaires ont diminué de 39 % (IC 95 % [38 % à 40 %]) et ceux associés à des affections respiratoires ont diminué de 33 % (IC 95 % [32 % à 34 %]) au cours de la période d'interdiction visant le milieu de la restauration » [traduction] (32, p. 761).

En outre, plusieurs études de modélisation fondées sur l'abandon du tabagisme ou sur les règlements contre le tabagisme prédisent, au cours de la première année, une réduction importante des hospitalisations et des coûts de soins de santé en raison d'infarctus aigus du myocarde (31,33-35), de faibles poids à la naissance (36) et d'insuffisances cardiaques congestives (ICC) (37) (consulter également le chapitre 10).

Existe-t-il un effet « dose-réponse »?

De nombreux rapports publiés démontrent l'existence d'un effet « dose-réponse » entre les niveaux de financement et les résultats des programmes.

Par exemple, une étude de conception quasi expérimentale avant-après a examiné les tendances de la prévalence du tabagisme chez les jeunes en ce qui a trait à la « dose » de la campagne « Truth ». Les résultats ont démontré que « la prévalence du tabagisme chez les étudiants, peu importe leur âge, a diminué de 25 à 18 % » [traduction] après le lancement de la campagne et « qu'il existait une relation dose-réponse statistiquement importante entre l'exposition à la campagne « Truth » et la prévalence du tabagisme actuel chez les jeunes (ratio d'incidence approché = 0,78; IC 95 % = [0,63 à 0,97], $p < 0,05$) » [traduction] (38, p. 428). Une autre étude a utilisé les données d'un sondage en vue d'examiner la relation entre les dépenses d'un État et les tentatives d'arrêter de fumer des élèves des collèges. Elle a constaté que « plus celui-ci dépensait en matière de programmes de lutte contre le tabagisme plus les probabilités statistiques d'enregistrer au moins [...] une tentative de cesser de fumer étaient importantes » [traduction] (39). En outre, Fichtenberg et Glantz, dans leur étude d'observation portant sur la diminution de la mortalité liée à des affections cardiovasculaires en Californie entre 1989 et 1997, ont démontré que cette diminution a débuté environ un an après le début du programme, ce qui correspond à la phase de décalage, puis qu'elle a ralenti après le retrait du programme en 1992 (28).

Incidence des réductions de financement

De nombreux rapports publiés décrivent l'incidence des réductions de financement sur les taux de réduction du tabagisme et des variables connexes (25,28,40-44). Comme nous l'avons souligné précédemment, bien que « les taux de réduction de la consommation de cigarettes par habitant et de mortalité en raison de maladies cardiaques se soient accrus en Californie [...] après l'introduction du Programme californien de lutte contre le tabagisme en 1989, ils ont diminué à la suite des réductions de financement du programme

en 1992 » [traduction] (28, p. 1772). En Floride, les réductions de financement de la lutte contre le tabagisme ont conduit à des diminutions des rappels de la campagne « Truth » et de l'intention de ne pas fumer chez les jeunes (44). De plus, le chapitre 2 illustre la manière dont les réductions de financement de la lutte globale contre le tabagisme dans le Massachusetts ont fait stagner ou reculé les tendances des diminutions considérables en matière de tabagisme et d'achat de cigarettes chez les jeunes pendant une période de financement complet. D'autres exemples de l'incidence des réductions de financement sur le tabagisme chez les jeunes figurent dans le « Monitoring Update » (mise à jour du rapport de surveillance) de l'URTO de janvier 2010 (45).

Surveillance des autres facteurs que la LGT

D'autres facteurs tels que les taxes et les ventes transfrontalières peuvent avoir des répercussions sur les tendances en matière de tabagisme et sur les résultats de santé connexes. Il est important d'essayer de les différencier des effets des niveaux de financement. Deux études ont analysé les répercussions des dépenses relatives à la lutte contre le tabagisme en ce qui a trait : 1) aux ventes cumulées de tabac de 1981 à 2000 et 2) à la prévalence du tabagisme chez les adultes entre 1985 et 2003 tout en surveillant ces variables potentiellement confusionnelles. Ces deux études ont démontré qu'une augmentation du financement des programmes de lutte contre le tabagisme d'un État réduisait les ventes de tabac et la prévalence du tabagisme chez les adultes lorsque l'on surveillait les taxes d'accise sur les cigarettes, les ventes transfrontalières de cigarettes, « les facteurs variant au fil du temps pour un État (comme le chômage, le revenu disponible et les taux d'abandon) » [traduction], les variables-indicateurs propres à un État et les tendances temporelles (46,47). De plus, les répercussions du financement de la lutte contre le tabagisme sur les ventes de tabac semblaient cumulatives

Financement

Existe-t-il un effet « dose-réponse »?

Incidence des réductions de financement

Surveillance des autres facteurs que la LGT

Financement

Surveillance des autres facteurs que la LGT

Délai et nature cumulative de l'investissement

Système ontarien d'apprentissage en matière de lutte globale contre le tabagisme

Soutien technique visant à renforcer la capacité en matière de lutte contre le tabagisme

au point que les investissements des années précédentes ont contribué aux réductions continues des taux de tabagisme (46). Ces études ont également évalué les répercussions du taux de financement minimal et optimal par habitant recommandé par les CDC sur le nombre de fumeurs. On prévoit, dans ces deux cas de financement, des réductions importantes.

Délai et nature cumulative de l'investissement

Plusieurs études ont montré que les répercussions du financement des programmes de lutte contre le tabagisme sont cumulatives et, même si les avantages en matière de faibles poids à la naissance et de réduction des hospitalisations en raison d'infarctus aigus du myocarde et d'AVC peuvent se ressentir au cours de la première année, il peut y avoir des décalages entre les investissements et l'atteinte des pleins avantages pour tous les résultats. Alors que l'ensemble des répercussions des initiatives financées apparaissent sur plusieurs années, des programmes bien mis en œuvre (comme le programme précurseur californien) conduisent, en un an, à des réductions du tabagisme, ainsi que des maladies et des coûts de santé connexes.

Recommandation

Financement

[9.6] Financer de façon cohérente le programme de lutte globale contre le tabagisme aux niveaux requis pour éliminer de façon rapide, équitable et rentable le fardeau lié au tabagisme.

Système ontarien d'apprentissage en matière de lutte globale contre le tabagisme

Soutien technique visant à renforcer la capacité en matière de lutte contre le tabagisme

« L'établissement de la capacité nécessaire à la mise en œuvre d'interventions efficaces étant coûteux en temps et en ressources, il est essentiel de soutenir une infrastructure établie » [traduction] (pratiques exemplaires des CDC, 2007, p. 48).

Les activités axées sur l'accroissement de la capacité au niveau local au moyen d'un apprentissage continu ainsi que d'un soutien et d'une coordination techniques sont nécessaires (2). « Un soutien technique consiste généralement à évaluer les besoins d'un organisme, puis à fournir une expertise personnalisée visant à l'aider à accroître la capacité identifiée » (48, p.548). Ces capacités peuvent comprendre, soit à l'échelle individuelle ou d'un organisme ou d'un système, l'accroissement des connaissances et des compétences liées aux questions ayant trait au tabagisme, l'encouragement du leadership au sein des travailleurs, l'accroissement du soutien organisationnel et le renforcement des partenariats entre les organismes contre le tabagisme (48).

L'Ontario dispose d'une infrastructure de lutte contre le tabagisme relativement bien développée composée, entre autres, de centres de ressources en matière de lutte contre le tabagisme et de l'URTO. Ce système fournit aux intermédiaires de la lutte contre le tabagisme des données probantes scientifiques et fondées sur la pratique, des données issues de la surveillance, des évaluations et un soutien en matière d'évaluation, des échanges de connaissances, de la formation, des outils et un soutien technique. La stratégie Ontario sans fumée dispose actuellement de quatre centres de ressources situés au sein d'agences et d'organismes provinciaux.

- Le Centre de formation et de consultation (CFC) / Media Network au sein d'Action Cancer Ontario (ACO)
- Le Youth Advocacy Training Institute (YATI) au sein de l'Ontario Lung Association
- La Fondation pour la lutte contre le tabac (FLT) au sein de l'Association pour les droits des non fumeurs (ADNF)
- Le Projet TEACH pour les francophones (TEACH) au sein du Centre de toxicomanie et de santé mentale

Ce groupe de programmes de soutien provinciaux aide les intermédiaires ontariens de la santé à accroître leur capacité en matière de lutte contre le tabagisme en offrant une vaste formation, une aide technique et un soutien en matière de ressources. Le groupe de travail en matière de formation et de soutien technique de la stratégie Ontario sans fumée (composé des centres de ressources mentionnés ci-dessus) élabore collectivement des plans annuels, se réunit chaque trimestre pour aborder des questions opérationnelles et travaille de concert avec les coordonnateurs des réseaux régionaux de lutte au tabagisme ainsi qu'avec des dirigeants locaux de la lutte contre le tabagisme afin de répondre à leurs besoins en matière de soutien technique. L'URTO est représentée dans ce groupe de travail. Les membres de ce groupe participent également au groupe actuel de planification provinciale : le Groupe consultatif de la Stratégie antitabac (GCSA).

Pour accroître la capacité à lancer la nouvelle stratégie, l'Ontario a besoin d'un plan de mise en œuvre qui :

- délimite les rôles, les responsabilités et les obligations en matière de reddition de comptes;
- examine les aspects nouveaux et existants de la stratégie;

- détermine les exigences en matière d'accroissement de la capacité et d'échéance relativement à la mise en œuvre de ces changements et à la mise à jour des éléments existants.

Ce plan préciserait également les mécanismes appropriés en ce qui a trait à la participation, aux publics et aux tactiques, en plus d'énoncer les exigences relatives au perfectionnement et au partage des connaissances.

Système ontarien d'apprentissage en matière de lutte globale contre le tabagisme

Soutien technique visant à renforcer la capacité en matière de lutte contre le tabagisme

Surveillance, évaluation et recherche



Surveillance, évaluation et recherche

Surveillance

Selon les CDC, « un programme de lutte globale contre le tabagisme doit disposer d'un système de surveillance et d'évaluation capable de surveiller et de documenter les résultats des interventions à court, moyen et long terme au sein de la population en vue d'orienter les programmes et les politiques, ainsi que pour assurer une reddition de comptes aux personnes chargées de la supervision fiscale » [traduction] (2, p.44).

En outre, la « surveillance est le processus qui consiste à surveiller les attitudes et les comportements relatifs au tabac ainsi que leurs résultats sur le plan de la santé, à intervalles réguliers » [traduction] (2, p.44). Cet aspect de la LGT est important et peut entraîner des changements (49). L'URTO offre un accès aux

Système ontarien d'apprentissage en matière de lutte globale contre le tabagisme

Surveillance, évaluation et recherche

données issues de la surveillance actuelle de la LGT en Ontario au moyen de ses séries de rapports de surveillance. Les données analysées sont à la disposition des décideurs, des praticiens et des chercheurs à l'aide du Tobacco Informatics Monitoring System (TIMS), le système informatique de surveillance du tabagisme de l'URTO. Les rapports de surveillance et le « TIMS » utilisent des données issues de plusieurs enquêtes sur la population et de sources de données administratives. Cela comprend l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ), le CAMH Monitor (enquête du Centre de toxicomanie et de santé mentale), Ontario Smoking, le Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario (SCDSEO) et l'Enquête longitudinale sur le tabagisme en Ontario (OTS).

Évaluation

Une évaluation adéquate aide à orienter le renouvellement continu et la rentabilité de la stratégie et de ces sous-éléments. Les



intervenants ontariens ont bien compris le rôle vital de l'évaluation, de la recherche et de la surveillance en vue de fournir des données probantes appuyant la LGT (10).

L'URTO offre des services et des produits d'évaluation dont la surveillance et l'évaluation de la stratégie Ontario sans fumée, une évaluation formative et du résultat des programmes ainsi que des activités menées dans le cadre de celle-ci, une aide en matière d'assurance de la qualité comprenant une auto-évaluation de ces programmes, l'élaboration du système de surveillance du rendement (Performance Indicators Monitoring System [PIMS]), la documentation des programmes relatifs à la stratégie Ontario sans fumée, l'évaluation de l'utilisation des données probantes et de l'accroissement de la capacité de l'Ontario à effectuer des recherches, une surveillance et une évaluation, en plus de la planification et de l'élaboration de programmes fondés sur des preuves scientifiques (www.otru.org/evaluation.html).

« La planification des évaluations devrait être intégrée à celle des programmes.

Le programme de lutte globale contre le tabagisme d'un État doit disposer de systèmes appropriés de données issues de la surveillance et des évaluations » [traduction] (2, p.44). Selon les lignes directrices sur les pratiques exemplaires des CDC, « les systèmes de surveillance et d'évaluation doivent être la principale priorité du processus de planification » [traduction] (2, p.44).

En outre, il doit être possible d'utiliser des renseignements évaluatifs qui favorisent l'établissement des objectifs et des indicateurs à court terme et à long terme, la reddition de compte en ce qui a trait aux interventions et à la stratégie ainsi qu'un rapport annuel relatif à la stratégie de LGT en Ontario. Il conviendrait de procéder à une évaluation économique supplémentaire de l'efficacité de la stratégie et d'apporter les ajustements adéquats. Parmi les exemples de programmes d'évaluation bien

élaborés et bien mis en œuvre dans certains États figurent le programme de lutte contre le tabagisme californien et celui de l'État de New York. Par exemple, la Californie surveille le tabagisme au moyen de quatre sondages différents. Ces instruments sont également adaptés à des populations précises comme les indo-asiatiques, les lesbiennes, les homosexuels, les bisexuels et les transgenres et les personnes en service actif (50). La Californie produit également des rapports bi-annuels sur ses programmes de sensibilisation à la prévention du tabagisme en milieu scolaire (in-school Tobacco Use Prevention Education [TUPE] programs) (50). De même, l'État de New York commande une évaluation indépendante, bi-annuelle de son programme de lutte contre le tabagisme ainsi que des rapports annuels sur son programme d'application des lois contre le tabagisme (51).

Recherche et innovation

Les chercheurs ontariens ont contribué substantiellement aux connaissances mondiales en la matière. Des chercheurs universitaires (Ottawa, Waterloo, Toronto, McMaster, Brock et Lakehead) ont participé à des domaines aussi variés que les suivants : politique en matière de lutte contre le tabagisme, exposition à la fumée secondaire, emballages et marketing, programmes hospitaliers et communautaires d'abandon du tabagisme, utilisation d'Internet en vue de soutenir l'abandon du tabagisme, compréhension accrue de l'adoption du tabagisme chez les jeunes dans les milieux scolaires et universitaires, lutte contre le tabagisme dans les écoles et sur les campus, génétique et neurobiologie de la dépendance au tabac, corrélations neurobiologiques entre la dépression comorbide et la dépendance au tabac, comportements liés au tabagisme chez les patients suivant un traitement d'entretien à la méthadone, projet *International Tobacco Control*, données économiques relatives au tabagisme, lutte contre le tabagisme dans les pays en voie de développement ainsi que surveillance

des activités de marketing, des activités de relations publiques et des activités politiques de l'industrie du tabac.

L'Ontario est reconnu et bien placé pour jouer un rôle au niveau international. La province dispose des compétences nécessaires pour contribuer à la compréhension mondiale de ce qui permettrait d'éliminer l'épidémie de tabagisme et à la façon de le faire.

Résumé – Système ontarien d'apprentissage en matière de lutte contre le tabagisme

L'objectif d'un système d'apprentissage est de réunir les éléments d'une infrastructure de lutte globale contre le tabagisme — scientifiques, praticiens, décideurs et personnes chargées du soutien technique, de l'accroissement de la capacité, de la surveillance, de la surveillance des programmes et de l'évaluation — afin d'encourager et de favoriser l'apprentissage continu, l'innovation, l'expérimentation et l'excellence. Le concept de système d'apprentissage s'appuie sur la notion de lutte globale contre le tabagisme en tant que système adaptatif complexe (52).

« La pensée systémique est capable de transformer la recherche, la pratique et les politiques en matière de lutte contre le tabagisme en améliorant la collaboration et en offrant un socle de données probantes plus dynamiques et plus adaptatives dans la pratique, ainsi que des connaissances plus pointues en ce qui a trait aux répercussions des activités de prévention et de lutte contre le tabagisme. L'organisation systémique encourage la progression vers une culture systémique en tenant compte des questions fondamentales : la vision et le paradigme, les barrières, le leadership, ainsi que la nécessité de mettre en place un milieu d'apprentissage continu propice à la pensée systémique. Les réseaux

Système ontarien d'apprentissage en matière de lutte globale contre le tabagisme

Surveillance, évaluation et recherche

**Système ontarien
d'apprentissage
en matière de lutte
globale contre le
tabagisme**

*Surveillance,
évaluation et
recherche*

**Responsabilisation
et gestion
du rendement**

système d'intervenants en matière de lutte contre le tabagisme constituent les fondements d'un milieu systémique en matière de lutte contre le tabagisme; ils substituent aux cloisonnements des liens entre les gens et les ressources qui transcendent la géographie et la discipline. La gestion et le transfert des connaissances systémiques constituent un élément clé des démarches systémiques de lutte contre le tabagisme qui examinent l'objectif, les personnes, le processus et les produits dans le cadre d'une infrastructure de connaissances plus vaste » [traduction] (52, p.5).

De nombreux éléments du système d'apprentissage sont déjà en place. Ils comprennent la recherche, l'évaluation, la surveillance, le renforcement de la capacité, l'apprentissage et le soutien technique. Des scientifiques, des décideurs et des praticiens collaborent déjà au sein de divers réseaux, y compris les quatre centres de ressources, l'URTO, le Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment (CAN-ADAPTT) et les communautés de praticiens visant la planification de l'action régionale. En renforçant et en coordonnant ces éléments, l'Ontario est en mesure de soutenir et de favoriser une innovation, une expérimentation et une rétroaction rapides afin d'orienter continuellement le renouvellement des politiques et des pratiques en matière de lutte contre le tabagisme.

Responsabilisation et gestion du rendement

Des recommandations ayant trait à la responsabilisation sont présentées tout au long du présent rapport. Un cadre exhaustif de responsabilisation requiert la mise en place de systèmes permettant de s'assurer que les résultats en matière de rendement, d'évaluation et de surveillance sont pris en compte dans les structures de gestion et d'établissement des politiques afin qu'ils soient pris en considération de façon systématique en ce qui a trait à la gestion et aux décisions en matière de politiques. Le système d'apprentissage proposé dans le présent rapport (ci-dessus) est au cœur d'un système de responsabilisation exhaustif qui utilise des flux d'information évaluative afin d'améliorer constamment la gestion des programmes et d'orienter les prises de décisions.

La recommandation 7.6 du chapitre 7, *Abandon*, renvoie expressément à la nécessité de mettre en place un mécanisme de responsabilisation valide dans l'ensemble du système de soins de santé afin de s'assurer que l'on demande, que l'on conseille et que l'on aide les fumeurs à cesser de fumer à tous les points de contact (réseaux locaux d'intégration des services de santé [RLISS], hôpitaux, fournisseurs de soins primaires, soins spécialisés, soins à domicile, etc.). Conclure des ententes en matière de responsabilisation avec les RLISS, les hôpitaux et d'autres organismes de services de soins de santé est un mécanisme qui permet d'atteindre cet objectif. La recommandation 9.7 (ci-dessus) aborde la nécessité d'entreprendre des recherches, une évaluation, ainsi que de surveiller le rendement et les résultats afin d'assurer une amélioration continue de la qualité et de refléter la nécessité de mettre en place un système de gestion du rendement pleinement développé qui comprend une planification de l'évaluation.

Recommandation

Système d'étude

[9.7] Optimiser et soutenir l'infrastructure du système d'apprentissage en matière de lutte globale contre le tabagisme qui fait de l'Ontario un chef de file sur les plans de la recherche, de l'élaboration et de la diffusion des interventions, ainsi que l'amélioration constante de la lutte globale contre le tabagisme au moyen de la recherche, de l'évaluation, de la surveillance du rendement et des résultats et de l'amélioration continue de la qualité.

Avant tout, les normes de santé publique de l'Ontario (NSPO), dont le Protocole d'évaluation de la santé de la population, la norme Prévention des maladies chroniques et le Protocole d'application de la loi sur le tabac (2008), imposent des exigences particulières aux conseils de santé, notamment :

- procéder à des activités d'évaluation et de surveillance;
- promouvoir la santé et élaborer des politiques de concert avec divers partenaires et dans différents milieux scolaires et de travail;
- collaborer avec les dépôts d'aliments locaux afin de fournir des renseignements et de soutenir la modification du milieu grâce à l'élaboration de politiques liées à une saine alimentation et à la protection contre la fumée secondaire;
- collaborer avec les municipalités afin de soutenir les politiques de santé publique et la création ou l'amélioration de milieux favorables dans des installations de loisir et le milieu bâti sur des questions telles que la lutte globale contre le tabagisme; accroître la capacité des partenaires communautaires à coordonner et à élaborer des programmes et des services régionaux et locaux en matière de lutte globale contre le tabagisme;
- offrir des programmes et des services en matière d'abandon du tabac aux populations prioritaires;
- accroître la sensibilisation du public à la lutte globale contre le tabagisme;
- prodiguer des conseils et fournir de l'information en vue d'offrir des programmes et des services communautaires aux gens;

- mettre en œuvre et appliquer la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* conformément aux protocoles provinciaux, qui incluent sans toutefois s'y limiter, le Protocole d'application de la loi sur le tabac 2008 (ou la version en vigueur).

On prévoit que des documents d'orientation relatifs à la lutte globale contre le tabagisme seront disponibles prochainement auprès des conseils locaux.

Le renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme en Ontario offre une occasion d'élaborer un cadre de responsabilisation et de gestion du rendement à l'échelle pangouvernementale. Les modèles logiques des programmes ainsi que les objectifs, les cibles et les indicateurs suggérés, constituent un point de départ à l'élaboration d'un tel cadre.

Responsabilisation
et gestion
du rendement

Rôle de l'Ontario
dans un cadre
régional et mondial
de lutte contre le
tabagisme

Rôle de l'Ontario dans un cadre régional et mondial de lutte contre le tabagisme

Le Canada a ratifié la CCLAT de l'OMS. En tant que province vaste et peuplée du Canada, l'Ontario a un rôle important à jouer en vue de contribuer à satisfaire aux obligations du Canada dans le cadre de la CCLAT (3,5).

En outre, compte tenu des quantités de tabac qui traversent les frontières situées entre l'Ontario, le Québec et l'État de New York, ainsi que des mesures actuelles prises par ces territoires de compétence en matière de contrebande (53), les Ontariennes et les Ontariens tireraient parti d'une collaboration plus étroite entre le Québec et l'État de New York, plus particulièrement axée sur la résolution du problème de la contrebande.

Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac (3, p. v)

Dispositions fondamentales concernant la réduction de la demande

- Mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac.
- Mesures autres que financières visant à réduire la demande de tabac, à savoir :
 - la protection contre l'exposition à la fumée du tabac;
 - la réglementation de la composition des produits du tabac;
 - la réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer;
 - l'emballage et l'étiquetage des produits du tabac;
 - l'éducation, la communication, la formation et la sensibilisation du public (y compris des efforts en matière de prévention primaire);
 - la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage;
 - les mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique.

Dispositions fondamentales visant à réduire l'offre

- Commerce illicite des produits du tabac
- Vente aux mineurs et par les mineurs
- Fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables

Recommandations

Le leadership mondial

- [9.8] Faire preuve de leadership au Canada en ce qui a trait au respect et au surpassement des dispositions de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac en Ontario.
- [9.9] Collaborer avec le Québec et l'État de New York en vue de régler le problème de contrebande.

Bibliographie

- (1) Garcia, J. et B. Riley, *Primary prevention of chronic diseases in Canada: A framework for action*, Ottawa (Ontario), Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, 2008. Accessible à l'adresse : <http://www.cdpc.ca/media.php?mid=451>.
- (2) Centers for Disease Control and Prevention, *Best practices for comprehensive tobacco control programs – 2007*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007. Accessible à l'adresse : http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices.
- (3) Organisation mondiale de la Santé, *Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac*, Genève, Suisse, WHO Press, 2005. Accessible à l'adresse : http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf.
- (4) Organisation mondiale de la Santé, *Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac, Directives pour l'application des articles 5.3, 8, 11 et 13*, Genève, Suisse, WHO Press, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.who.int/fctc/guidelines/fr/index.html>.
- (5) Organisation mondiale de la Santé, *Rapport récapitulatif 2009 sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, Genève, Suisse, WHO Press, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.who.int/fctc/FCTC-2009-1-fr.pdf>.
- (6) Nelson, D., J. Reynolds, D. Luke, N. Mueller, M. Eischen, J. Jordan et coll., « Successfully maintaining program funding during trying times: Lessons from tobacco control programs in five states », *J. Public Health Management and Practice*, vol. 13, n° 6 (2007), pp. 612 à 620.
- (7) Secrétariat du Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée, *Résumé de la réponse du groupe d'experts internationaux aux recommandations du CCS-SOSF*, Toronto, Canada, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2010. (non publié)
- (8) Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Normes de santé publique de l'Ontario*, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2008. Accessible à l'adresse : http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/pubhealthf/oph_standardsf/ophsf/indexf.html.
- (9) Gouvernement britannique, *A Smokefree Future: A Comprehensive tobacco control strategy for England*, Londres, Angleterre, Department of Health, 2010. Accessible à l'adresse : http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_111749.
- (10) Bennett, A., *Smoke-Free Ontario stakeholder consultations: Report*, Toronto (Ontario), Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2010.
- (11) Balbach, E.D., M.P. Traynor et S.A. Glantz, « The implementation of California's tobacco tax initiative: The critical role of outsider strategies in protecting Proposition 99 », *J. Health Polit. Policy Law*, vol. 25, n° 4 (août 2000), pp. 689 à 715.
- (12) Andersen, B.S., M.E. Begay et C.B. Lawson, « Breaking the alliance: Defeating the tobacco industry's allies and enacting youth access restrictions in Massachusetts », *Am. J. Public Health*, vol. 93, n° 11 (nov. 2003), p. 1922.
- (13) Mamudu, H.M. et S.A. Glantz, « Civil society and the negotiation of the Framework Convention on Tobacco Control », *Glob. Public Health*, vol. 4, n° 2 (2009), pp. 150 à 168.
- (14) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *OTS project evaluations: A Coordinated review*, Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 2003. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/9mr/9mr_eng_part2.pdf.
- (15) Council for a Tobacco-Free Waterloo Region, *Campagne promotionnelle à l'appui de l'instauration d'un règlement antitabac dans la région de Waterloo*, Toronto (Ontario), Centre de formation et de consultation, 2009. Accessible à l'adresse : <http://www.ptcc-cfc.on.ca/Upload/019r.pdf>.
- (16) Société canadienne du cancer, téléassistance pour fumeurs. Accessible à l'adresse : <http://ccs.centretabacstop.net/>. Consulté en mars 2010.
- (17) Stillman, F.A., A.M. Hartman, B.I. Graubard, E.A. Gilpin, D.M. Murray et J.T. Gibson, « Evaluation of the American Stop Smoking Intervention Study (ASSIST): a report of outcomes », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 95, n° 22 (2003), p. 1681.
- (18) National Cancer Institute, *Evaluating ASSIST: A blueprint for understanding state level tobacco control*, Tobacco Control Monograph N° 17, Baltimore, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub., n° 06-6058, octobre 2006. Accessible à l'adresse : <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/17/index.html>.

Bibliographie

- (19) National Cancer Institute, *ASSIST: Shaping the future of tobacco prevention and control*, Tobacco Control Monograph N° 16, Baltimore, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub., n° 05-5645, mai 2005. Accessible à l'adresse : <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/16/index.html>.
- (20) U.S. Department of Health and Human Services, *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000. Accessible à l'adresse : http://www.surgeongeneral.gov/library/tobacco_use.
- (21) National Cancer Institute, *The role of the media in promoting and reducing tobacco use*, Tobacco Control Monograph N° 19, Baltimore, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub., n° 07-6242, juin 2008, Accessible à l'adresse : <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/19/index.html>.
- (22) Wakefield, M.A., F.J. Chaloupka, N.J. Kaufman, C.T. Orleans, D.C. Barker et E.E. Ruel, « Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study », *BMJ*, vol. 321, n° 7257 (5 août 2000), pp. 333 à 337.
- (23) Bauer, U.E., T.M. Johnson, R.S. Hopkins et R.G. Brooks, « Changes in youth cigarette use and intentions following implementation of a tobacco control program: Findings from the Florida Youth Tobacco Survey, 1998-2000 », *JAMA*, vol. 284, n° 6 (9 août 2000), pp. 723 à 728.
- (24) Manley, M.W., J.P. Pierce, E.A. Gilpin, B. Rosbrook, C. Berry et L.M. Wun, « Impact of the American Stop Smoking Intervention Study on cigarette consumption », *Tobacco Control*, vol. 6, suppl 2 (1er janv. 1997), pp. S12 à S16.
- (25) Pierce, J.P., E.A. Gilpin, S.L. Emery, M.M. White, B. Rosbrook et C.C. Berry, « Has the California tobacco control program reduced smoking? », *JAMA*, vol. 280, n° 10 (1998), pp. 893 à 899.
- (26) Koh, H.K., C.M. Judge, H. Robbins, C.C. Celebucki, D.K. Walker et G.N. Connolly, « The first decade of the Massachusetts tobacco control program », *Public Health Rep.*, vol. 120, n° 5 (sept.-oct. 2005), pp. 482 à 495.
- (27) Farrelly, M.C., J. Nonnemaker, K.C. Davis et A. Hussin, « The influence of the national truth campaign on smoking initiation », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 36, n° 5 (mai 2009), pp. 379 à 384.
- (28) Fichtenberg, C.M. et S.A. Glantz, « Association of the California Tobacco Control Program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease », *N. Engl. J. Med.*, vol. 343, n° 24 (14 déc. 2000), pp. 1772 à 1777.
- (29) Barnoya, J. et S.A. Glantz, « Association of the California Tobacco Control Program with declines in lung cancer incidence », *Cancer Causes & Control*, vol. 15, n° 7 (2004), pp. 689 à 695.
- (30) Lightwood, J.M. et S.A. Glantz, « Short-term economic and health benefits of smoking cessation: Myocardial infarction and stroke », *Circulation*, vol. 96, n° 4 (19 août 1997), pp. 1089 à 1096.
- (31) Meyers, D.G., J.S. Neuberger et J. He, « Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: A systematic review and meta-analysis », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 54, n° 14 (2009), pp. 1256 et 1257.
- (32) Naiman, A., R.H. Glazier et R. Moineddin, « Association of anti-smoking legislation with rates of hospital admission for cardiovascular and respiratory conditions », *CMAJ*, 2010.
- (33) Lightwood, J.M. et S.A. Glantz, « Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke », *Circulation*, vol. 120, n° 14 (2009), p. 1373.
- (34) Lightwood, J.M. et S.A. Glantz, « Short-term economic and health benefits of smoking cessation: myocardial infarction and stroke », *Circulation*, vol. 96, n° 4 (1997), pp. 1089 à 1096.
- (35) Lightwood, J.M., C.S. Phibbs et S.A. Glantz, « Short-term health and economic benefits of smoking Cessation: Low birth weight », *Pediatrics*, vol. 104, n° 6 (1999), pp. 1312 à 1320.
- (36) Lightwood, J.M., K.E. Fleischmann et S.A. Glantz, « Smoking cessation in heart failure: it is never too late », *J. Am. Coll. Cardiol.*, vol. 37, n° 6 (1er mai 2001), pp. 1683 et 1684.
- (37) Lightwood, J.M., A. Dinno et S.A. Glantz, « Effect of the California Tobacco Control Program on personal health care expenditures », *PLoS Med.*, vol. 5, n° 8 (août 2008).
- (38) Farrelly, M.C., K.C. Davis, M.L. Haviland, P. Messeri et C.G. Heaton, « Evidence of a dose-response relationship between "truth" antismoking ads and youth smoking prevalence », *Am. J. Public Health*, vol. 95, n° 3 (1er mars. 2005), pp. 425 à 431.
- (39) Ciecierski, C, Pinka Chatterji, Henry Wechsler et Frank J. Chaloupka., « Do state expenditures on tobacco control programs decrease use of tobacco products among college students? », *Health Economics*, 2010.
- (40) Tauras, J.A., F.J. Chaloupka, M.C. Farrelly, G.A. Giovino, M. Wakefield, L.D. Johnston et coll., « State tobacco control spending and youth smoking », *Am. J. Public Health*, vol. 95, n° 2 (2005), p. 338.

Bibliographie

- (41) Sly, D.F., E. Trapido et S. Ray, « Evidence of the dose effects of an antitobacco counteradvertising campaign », *Prev. Med.*, vol. 35, n° 5 (nov. 2002), pp. 511 à 518.
- (42) Pizacani, B., K. Rohde, C. Dent, J. Thompson, A. Biglan, J. Maher et M. Stark, « Increases in youth smoking after defunding of a state tobacco prevention program », résumé présenté à la Conférence nationale sur le tabagisme ou la santé, 2007. Accessible à l'adresse : <http://ncth.confex.com/ncth/2007/techprogram/P14308.HTM>.
- (43) Sly, D.F., K. Arheart, N. Dietz, E. Trapido, D. Nelson, R. Rodriguez et coll., « The outcome consequences of defunding the Minnesota youth tobacco-use prevention program », *Preventive Medicine*, vol. 41 (2005) pp. 503 à 510.
- (44) Niederdeppe, J., M. Farrelly, J. Hersey et K. Davis, « Consequences of dramatic reductions in state tobacco control funds: Florida, 1998-2000 », *Tob. Control*, vol. 17, n° 3 (2008), pp. 205 à 210.
- (45) Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, *Tobacco control funding commitments: Monitoring update*, Toronto (Ontario), Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 2010. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/15mr/15mr_no1_6.pdf.
- (46) Farrelly, M.C., T.F. Pechacek et F.J. Chaloupka, « The impact of tobacco control program expenditures on aggregate cigarette sales: 1981-2000 », *J. Health Econ.*, vol. 22, n° 5 (sept. 2003), pp. 843 à 859.
- (47) Farrelly, M.C., T.F. Pechacek, K.Y. Thomas et D. Nelson, « The impact of tobacco control programs on adult smoking », *Am. J. Public Health*, vol. 98, n° 2 (2008), p. 304.
- (48) Crozier Kegler, M., et P. Buffington Redmon, « Using technical assistance to strengthen tobacco control capacity: Evaluation findings from the tobacco technical assistance consortium », *Public Health Rep.*, vol. 121, n° 5 (sept.-oct. 2006), pp. 547 à 556.
- (49) Hartman, A.M., M.J. Thun et R. Ballard-Barbash, « Linking tobacco control policies and practices to early cancer endpoints: Surveillance as an agent for change », *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, vol. 17, n° 9 (sept. 2008), pp. 2215 à 2219.
- (50) California Department of Public Health, *California Tobacco Control Program: Evaluation resources*, 2010. Accessible à l'adresse : <http://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/Pages/CTCPEvaluationResources.aspx>. Consulté en avril 2010.
- (51) New York City Department of Health, *New York State, Department of Health, Tobacco: Brochures, fact sheets and reports*, 2010. Accessible à l'adresse : http://www.health.state.ny.us/prevention/tobacco_control/brochures_fact-sheets_reports.htm. Consulté en avril 2010.
- (52) National Cancer Institute, *Greater than the sum: Systems thinking in tobacco control*, Tobacco Control Monograph N° 18, Baltimore, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub., n° 06-6085, 2007. Accessible à l'adresse : <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/18/index.html>.
- (53) Congressional Research Service, art. 1147, Résumé : PACT Act, 2010. Accessible à l'adresse : www.govtrack.us/congress/bill.xpd?bill=s111-1147&tab=summary. Consulté en avril 2010.



Résumé du chapitre

Le tabagisme occasionne de nombreuses maladies et d'énormes pertes économiques en Ontario (près de 7,7 milliards de dollars par an, consulter le chapitre 1). Les données probantes démontrent qu'un renouvellement de la stratégie de lutte globale contre le tabagisme (LGT) aura des avantages immédiats et à long terme, en plus de constituer un impératif moral, légal et économique pour le gouvernement. L'Ontario dispose déjà de nombreuses fondations solides en matière de lutte contre le tabagisme. La LGT doit être menée sur tous les fronts pour être efficace. Un résumé des objectifs et des recommandations est présenté.

Résumé du chapitre

Le renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme (LGT) offrira d'importants avantages en matière de santé et d'économie aux Ontariennes et aux Ontariens

Le renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme (LGT) offrira d'importants avantages en matière de santé et d'économie aux Ontariennes et aux Ontariens

Il ne fait aucun doute que le tabagisme est l'une des principales causes de maladies et de décès qui a des répercussions dramatiques en Ontario. Parmi les affections attribuables au tabac figurent 19 cancers différents, 12 affections respiratoires, trois maladies cardiovasculaires et six affections préjudiciables aux grossesses et à l'origine de décès de nourrissons (consulter le chapitre 1, tableau 1.1). Ces chiffres ne sont donnés qu'à titre indicatif, car ils se limitent aux conclusions des comités scientifiques faisant autorité après examen d'un grand nombre de données probantes. De nouvelles affections, notamment le cancer du sein, viennent continuellement s'ajouter à cette liste. Bon nombre d'entre elles, dont le cancer du poumon, le cancer du col de l'utérus, la coronaropathie et l'AVC, découlent du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire.

On a estimé que cette longue liste de maladies et d'affections attribuées au tabac coûtait 7,7 milliards de dollars par an à l'économie

ontarienne (figure 1.1). Les deux principales composantes de cette somme considérable sont les suivantes :

- des coûts de soins de santé de 1,9 milliard de dollars;
- une perte de productivité liée aux arrêts de maladie et aux décès de travailleurs de 5,8 milliards de dollars.

La réduction du tabagisme améliorera la santé, ce qui, à son tour, réduira la demande de services de soins de santé liés au tabac. En 2002, par exemple, 10,3 % des hospitalisations étaient attribuables au tabac (1).



Le renouvellement de la lutte globale contre le tabagisme (LGT) offrira d'importants avantages en matière de santé et d'économie aux Ontariennes et aux Ontariens

Le renouvellement de la LGT offrira rapidement des avantages

Le renouvellement de la LGT est un impératif moral, légal et économique

Le coût de ces dernières, ainsi que celui des visites médicales, des médicaments, des autres formes de soins et du temps passé à soigner des maladies causées par le tabac peut être réaffecté au soin d'autres affections, moins évitables. Cela conduirait à des temps d'attente plus courts pour divers problèmes hospitaliers et médicaux.

Il existe de nombreux exemples qui illustrent la façon dont la réduction du tabagisme peut être profitable en ce qui a trait aux soins de santé. En voici deux :

- un rétablissement plus rapide des non-fumeurs par rapport aux fumeurs après une intervention chirurgicale;
- moins de visites aux urgences d'enfants souffrant d'asthme à la suite d'une exposition à la fumée secondaire.

Parallèlement à la réduction des coûts des soins de santé grâce à une diminution du tabagisme, on constatera un accroissement de la productivité; les travailleurs quittant moins souvent leur emploi pour cause de maladie ou de décès précoce.

La démarche en matière de LGT en Ontario

- Les coûts monétaires et humains annuels liés au tabac en Ontario sont énormes.
- Il existe des méthodes efficaces pour réduire le tabagisme.
- Mise en œuvre selon les recommandations, la lutte contre le tabagisme s'avérera très rentable.
- Elle permettra de réduire les maladies et de sauver des vies.
- Le système de soins de santé tirera parti de coûts et de temps d'attente réduits.

Le renouvellement de la LGT offrira rapidement des avantages

Il a été démontré qu'une réduction du tabagisme améliorera la santé de la population qui aura moins recours aux services de soins de santé. De nombreux Ontariennes et Ontariens pourraient supposer qu'il faudra du temps avant de réaliser des économies, mais ce n'est pas le cas. On constate, en un an, une réduction des hospitalisations en raison d'AVC et de crises cardiaques (2), ainsi que de l'incidence de cancer du poumon (3). Plus impressionnant encore, on constate une réduction du nombre de nouveau nés présentant un faible poids à la naissance si la mère arrête de fumer au cours du premier trimestre de grossesse (4).

On peut s'attendre à des gains similaires en matière de productivité en cas de réduction du tabagisme. Ce sont les fumeurs qui bénéficieront le plus de la réduction du tabagisme – surtout par l'abandon du tabagisme (consulter le chapitre 7). Toutefois, des gains précoces peuvent également découler de mesures visant à protéger les non-fumeurs (consulter le chapitre 6). La protection profite à toute la population, de façon presque immédiate : elle assure un air plus sain à 11 millions d'Ontariennes et d'Ontariens non-fumeurs tout en soutenant et en encourageant deux millions de fumeurs à cesser de fumer (5).

Le renouvellement de la LGT est un impératif moral, légal et économique

Les avantages en matière de santé et d'économie de la réduction du tabagisme sont visibles immédiatement et incitent fortement le gouvernement à agir. Au-delà de ces arguments, les représentants de la santé publique ont le devoir moral et légal de protéger le public des risques connus lorsque des remèdes sont disponibles. Le fait que la santé soit une valeur fondamentale pour les Canadiennes et les Canadiens renforce ce devoir.

Le renouvellement de la LGT est un impératif moral, légal et économique

Rappels

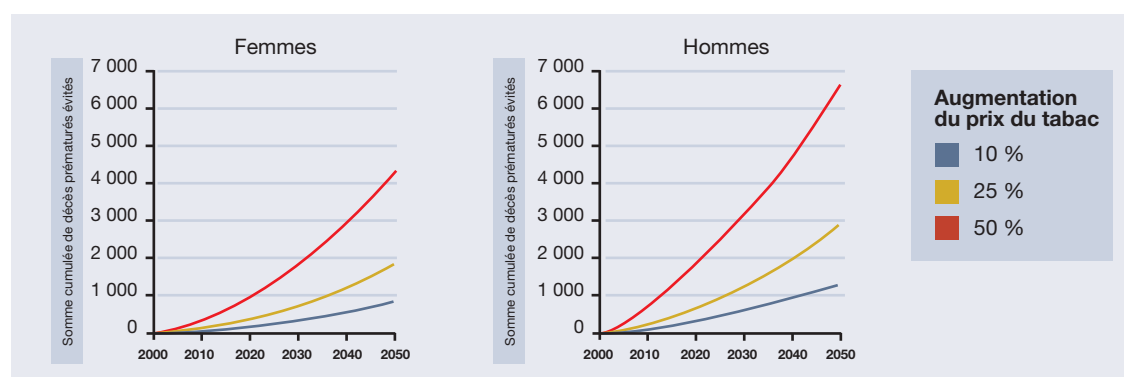
- Les dangers du tabagisme sont substantiels, bien documentés et bien connus (consulter le chapitre 1, tableau 1.1).
- Il n'existe aucun niveau de tabagisme sans danger, même pour les fumeurs expérimentaux (consulter le chapitre 5).
- Il n'existe aucun niveau d'exposition à la fumée secondaire qui soit sans danger (consulter le chapitre 6). La fumée tertiaire peut être considérée comme une forme plus durable de fumée secondaire.
- Il existe des interventions abordables et efficaces pour contrer l'épidémie de tabagisme (consulter les recommandations ci-après).

Les modèles proposés par Action Cancer Ontario en 2002 ont démontré les

répercussions potentielles d'un seul type d'intervention – l'accroissement du prix des cigarettes par les taxes (figure 10.1). Le prix réel du tabac (après prise en compte de l'inflation) en Ontario a augmenté de 48 % entre 2002 et 2006 (tableau 10.1), ce qui suggère qu'une réduction de la mortalité devrait s'ensuivre. Cependant, elle sera inférieure à celle indiquée dans la figure 10.1 étant donné que a) l'augmentation a été répartie sur quatre ans alors que le modèle était fondé sur une année et, plus important encore, b) le prix des cigarettes est passé sous le niveau indiqué dans le tableau 10.1 en raison des cigarettes à prix réduit et de la contrebande (consulter le chapitre 4).

Alors que les répercussions de l'augmentation des taxes de juin 2002 ont peut-être été inférieures à ce qu'elles auraient pu être, l'augmentation substantielle des taxes a démontré que le gouvernement a, en 2002, respecté son

FIGURE 10.1 : Réduction cumulée de la mortalité chez les adultes ontariens de moins de 65 ans après trois augmentations de prix du tabac, selon le sexe, 2002 à 2050



Source : Adapté d'Action Cancer Ontario, *Tobacco or Health in Ontario*, 2002 (6).

TABLEAU 10.1 : Coût de 200 cigarettes en Ontario, 2002, 2006 et 2010

| Année | Prix de 200 cigarettes* | Indice des prix à la consommation, Ontario** | Prix des cigarettes en dollars de 2002 | Augmentation réelle par rapport à la période précédente |
|-------|-------------------------|--|--|---|
| 2002 | 42,26 \$ | 100 | 42,26 \$ | -- |
| 2006 | 67,97 \$ | 108,8 | 62,47 \$ | 47,8 % |
| 2010 | 74,49 \$ | 114,8 | 64,89 \$ | 3,8 % |

Source : Analyses réalisées aux fins du présent rapport : *Prix des cigarettes au Canada, 2010 (7); **Indice des prix à la consommation par province, 2010 (8).

Le renouvellement de la LGT est un impératif moral, légal et économique

Le renouvellement de la LGT sera efficace étant donné qu'il se fonde sur des points forts existants

devoir de protection. En revanche, le prix réel des cigarettes n'a augmenté que de 4 % entre 2006 et 2010 (tableau 10.1).

Le renouvellement de la LGT sera efficace étant donné qu'il se fonde sur des points forts existants

Les chapitres précédents du présent rapport décrivent les gains réalisés dans le cadre de la Stratégie antitabac de l'Ontario (SAO) et de la stratégie Ontario sans fumée. Ces derniers signifient non seulement que le fardeau global du tabac a été substantiellement réduit, mais également que les fondations du renouvellement de la LGT sont solides. Ces fondations incluent la dynamique, le capital humain, l'infrastructure et une nouvelle compréhension :

- Il est nécessaire de réagir au fléchissement de la LGT en Ontario, comme l'indique le ralentissement de la baisse du tabagisme chez les adultes (consulter le chapitre 7) et chez les jeunes (consulter le chapitre 5). Cependant, les tendances positives enregistrées depuis quelques années (consulter la figure 2.3) n'ont faibli que récemment. Agir rapidement permettra de poursuivre sur cette lancée.

« Des mesures urgentes sont nécessaires pour enrayer la catastrophe en matière de santé occasionnée par les produits du tabac en Ontario. Le présent rapport présente ces mesures sous forme de recommandations. Si elles sont mises en œuvre, elles porteront leurs fruits. Les Ontariennes et les Ontariens seront en meilleure santé et plus productifs. Nous épargnerons des coûts de santé superflus à l'économie, libérant ainsi des ressources afin d'offrir d'autres bénéfices aux résidents de la province.

Une démarche au cas par cas ne fonctionnera pas. Seule une démarche globale intégrant tous les éléments énoncés dans le présent rapport démontrera que le gouvernement de l'Ontario prend la lutte contre le tabagisme au sérieux »

Source : Comité d'experts sur la relance de la Stratégie contre le tabagisme de l'Ontario, *Les actes sont plus éloquentes que les mots*, 1999, p. 33.

- La *Loi favorisant un Ontario sans fumée* s'est révélée efficace afin de soutenir la prévention et d'assurer la protection dans plusieurs milieux. La Loi a été bien soutenue par le public, qui est également favorable à davantage de restrictions concernant la fumée secondaire (chapitre 6). De plus, nous savons désormais qu'une telle législation encourage l'abandon du tabac et assure des milieux plus sains (5). On peut s'attendre à ce qu'une *Loi favorisant un Ontario sans fumée* plus complète permette des gains similaires, de façon rentable et rapide.
- Une infrastructure et du capital humain sont en place pour relancer la LGT. Le développement de l'infrastructure et l'accroissement de la capacité ont été très présents dans les premières années de la LGT en Ontario et ont souvent été soulignés par l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (URTO) dans ses rapports de surveillance annuels (p. ex., Rapport de surveillance de l'URTO, vol. 9, n° 4 [mars 2004] et vol. 13, n° 3 [fév. 2009]). Ces ressources incluent : des organismes non gouvernementaux (ONG) expérimentés, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), les réseaux régionaux pour la lutte au tabagisme (RRLT), l'URTO, les centres de ressources y compris le CFC et le Media Network, ainsi que le Groupe consultatif de la Stratégie antitabac (GCSA). Le présent rapport inclut une analyse des instruments d'habilitation systémiques, y compris l'infrastructure et le capital humain (consulter le chapitre 9).
- Depuis le rapport de 1999 du groupe d'experts recommandant la prise de mesures urgentes en matière de LGT (9), une somme incroyable de connaissances a été amassée en la matière en Ontario et ailleurs. Le présent rapport résume les principales leçons tirées en matière

de prévention (consulter le chapitre 5), de protection (consulter le chapitre 6) et d'abandon du tabac (consulter le chapitre 7). Il offre des recommandations (voir ci dessous et dans chaque chapitre) et présente une démarche en matière de LGT dans des modèles logiques (consulter l'annexe B). Ces connaissances ont été acquises à la suite de vastes recherches dans la documentation et de la consultation de cette dernière, et ont été examinées et orientées par le groupe d'experts internationaux (consulter le chapitre 3).

- Les leçons issues de la LGT en Ontario et ailleurs ont conduit à apprécier différemment la nécessité de tenir compte directement du vecteur de maladies et de l'équité. Ces deux facteurs ont souvent été ignorés au cours des interventions menées précédemment en Ontario. L'importance de l'aspect « offre » de l'épidémie de tabagisme est désormais reconnue, d'où le nom de vecteur de maladies qui lui est attribué, qui, comme le virus H1N1, est de nature changeante et imprévisible.¹² De nouvelles démarches sont proposées pour contrer directement le vecteur de maladies (chapitre 4 et tous les modèles logiques, annexe B). Elles comprennent une reconnaissance du fait que la lutte contre le tabagisme ne peut s'axer uniquement sur la consommation de cigarettes. De même, on reconnaît désormais l'importance de l'équité, ainsi que la nécessité de tenir compte et de réduire les iniquités en matière de santé par la LGT en Ontario (chapitre 8 et tous les modèles logiques, annexe B). Enfin, il existe de nouvelles possibilités de mettre sur pied une infrastructure en Ontario au moyen d'un cadre commun de prévention des maladies chroniques, ce qui contribue ainsi à renforcer mutuellement l'activité quant à plusieurs facteurs de risques.

Le renouvellement de la LGT fonctionnera s'il est mené sur tous les fronts

Le caractère « global » de la LGT renvoie à un large éventail d'interventions mises en œuvre par divers acteurs à de nombreux niveaux et qui se renforcent mutuellement. Il s'agit d'une combinaison de programmes, de politiques et d'interventions médiatiques de masse dans des milieux locaux tels que des collectivités, des écoles, des lieux de travail et des établissements de soins de santé, qui visent aussi bien le grand public que des groupes précis. Il sous-entend, parmi ces interventions, des efforts intensifs, à grande échelle et coordonnés (illustrés par les modèles logiques de LGT dans l'annexe B).

L'essence du caractère global est que les recommandations formulées (ci-dessous) par le CCS-SOSF devraient être considérées comme liées et interdépendantes. Choisir uniquement certaines d'entre elles aura des résultats moins avantageux, par manque de synergie.

Le système d'apprentissage proposé aux présentes (chapitres 5 à 7) permettra de s'assurer que la démarche ontarienne de LGT est continue, ciblée, tournée vers l'avenir, adaptable au problème changeant que pose le tabac et en constante amélioration (chapitre 9).

La conclusion du groupe d'experts, formulée il y a dix ans, demeure valide aujourd'hui (encadré).

Le renouvellement de la LGT sera efficace étant donné qu'il se fonde sur des points forts existants

Le renouvellement de la LGT fonctionnera s'il est mené sur tous les fronts

12 L'État de New York a adopté une position similaire à l'égard de son programme de lutte contre le tabagisme (10).

Renouvellement de la LGT : Objectifs et recommandations du CCS-SOSF

Chapitre 2 : Lutte globale contre le tabagisme : Mesures fondées sur des données probantes

RECOMMANDATION

La lutte contre le tabagisme

[2.1] Renforcer et accroître la lutte globale contre le tabagisme en Ontario en tant que stratégie pleinement intégrée, multiveaux, globale, coordonnée et intensive.

Chapitre 4 : Contrer le vecteur de maladies en matière de lutte contre le tabagisme

Objectif : Minimiser la capacité de l'industrie du tabac de mettre sur le marché, de promouvoir et de vendre des produits du tabac.

RECOMMANDATIONS

Les taxes et le prix

- [4.1] Augmenter substantiellement les taxes provinciales sur le tabac.
- [a] S'engager à augmenter régulièrement les taxes sur les cigarettes en tenant compte de l'inflation et des hausses de taxes dans les autres provinces.
 - [b] Affecter et investir une proportion des taxes provinciales sur les cigarettes dans les efforts de lutte globale contre le tabagisme.
 - [c] Fixer un prix minimal de vente au détail pour les produits du tabac.
 - [d] Mettre parallèlement en œuvre les recommandations 4.1, 4.2 et 4.3.

Contrebande

- [4.2] Mettre en œuvre des indications/tampons relatifs à l'acquittement des taxes et un système de suivi et de traçabilité et appliquer la loi de façon plus rigoureuse (contrôle aux frontières, enquêtes, renseignement, inspections et saisies) relativement aux produits du tabac.
- [4.3] Mobiliser les dirigeants et les collectivités des Premières nations et collaborer avec eux afin de réduire le tabagisme commercial chez les peuples des Premières nations, de réduire les ventes de produits du tabac exempts de taxes aux personnes non admissibles ainsi que de définir et de mettre en œuvre des stratégies visant à contrer la production, la distribution et la vente de tabac de contrebande.

Dénormalisation de l'industrie du tabac

- [4.4] Concevoir et mettre en œuvre une campagne durable de dénormalisation de l'industrie du tabac.
- [4.5] Se départir des titres de sociétés de tabac que détiennent les régimes provinciaux de retraite et autres et modifier les lois en vue de permettre à d'autres institutions (p. ex., les universités et les hôpitaux de l'Ontario) à se défaire de ces titres.

Emballages et mises en garde relatives à la santé

- [4.6] Prescrire l'utilisation obligatoire d'emballages neutres et normalisés (y compris les encarts extérieurs et intérieurs).
- [4.7] Renouveler constamment et en temps opportun le système de mises en garde contre les produits du tabac, s'assurer qu'une ligne 1 800 d'aide à l'abandon du tabac soit intégrée au système de mises en garde et harmoniser les campagnes médiatiques de masse à ces mises en garde.

Réglementation des produits

[4.8] Interdire l'approbation, la vente et la commercialisation de tout nouveau* produit du tabac ou produit non thérapeutique à base de nicotine à moins que des preuves scientifiques incontestables en démontrent l'effet positif évident sur la santé de la population.

* Les nouveaux produits comprennent les extensions de marques, les changements de noms ou d'emballages ainsi que les nouvelles formes de produits du tabac.

Distribution au détail

[4.9] Utiliser les stratégies d'octroi de permis et les règlements de zonage et mettre progressivement en place un système de points de vente désignés afin de réduire constamment le nombre de détaillants et d'endroits autorisés à vendre des produits du tabac.

[4.10] Élargir l'interdiction relative à la vente au détail des produits du tabac de manière à égaler ou surpasser celle que les meilleures provinces canadiennes ont mise en place.

Marketing et promotion

[4.11] Éliminer les échappatoires existantes en matière de publicité et de promotion des produits du tabac.

Responsabilisation de l'industrie

[4.12] Adopter des mesures législatives relativement aux exigences de production de rapports par les fabricants de tabac de manière à égaler ou surpasser les exigences actuelles du gouvernement fédéral.

[4.13] Mettre en œuvre des fonctions de surveillance de l'industrie du tabac et d'élaboration d'interventions en vue de contrer et d'atténuer les activités de cette dernière.

[4.14] Obliger, par voie législative, les fabricants de tabac (y compris les importateurs qui vendent des produits du tabac en Ontario) à respecter les réductions annuelles prescrites relativement au nombre de fumeurs n'ayant pas atteint l'âge légal en Ontario. Les contrevenants devraient faire l'objet de pénalités élevées fondées sur les revenus gagnés pendant la durée de vie d'un fumeur si les objectifs énoncés ne sont pas atteints. Des fonds devraient être affectés aux activités de lutte contre le tabagisme.

Litige d'industrie

[4.15] Déterminer les dispositions relatives à la santé publique qui devraient être incluses dans un jugement ou une décision résultant des poursuites contre l'industrie du tabac.

Chapitre 5 : Prévention du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes

Objectif : Prévenir l'adoption du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes en Ontario à toutes les étapes, soit de l'initiation à la progression et à l'utilisation.

RECOMMANDATIONS**Marketing social et les médias**

[5.1] Mettre en œuvre des stratégies de marketing médiatique et social par voie des médias traditionnels et non traditionnels (p. ex., les canaux médiatiques viraux et interactifs) qui dénormalisent l'industrie du tabac, mettent en lumière le caractère socialement inacceptable du tabagisme, identifient les ressources dont disposent les jeunes et les jeunes adultes qui souhaitent cesser de fumer et les encouragent à ne pas fumer.

Films et jeux vidéo

[5.2] Exiger l'attribution de cotes d'écoute pour adultes aux films (18 ans) et aux jeux vidéo (Adultes) faisant référence en images au tabac.

Renouvellement de la LGT : Objectifs et recommandations du CCS-SOSF

[5.3] Exiger que des messages publicitaires visant à dénormaliser les fabricants de tabac et à modifier les normes sociales liées aux produits du tabac et à leur utilisation précèdent le visionnement de films et de jeux vidéo qui les mettent en images, et que des mises en garde soient apposées sur les emballages des films et des jeux vidéo.

Application des politiques

[5.4] Élaborer, mettre en œuvre et appliquer des politiques de lutte globale contre le tabagisme dans tous les milieux (p. ex., les écoles, les collèges, les universités et les collectivités).

L'harmonisation des programmes

[5.5] Harmoniser les programmes d'abandon et de prévention du tabagisme dans les écoles, les collèges, les universités et les collectivités avec les autres activités (p. ex., le marketing médiatique et social, les interventions en matière de politiques) dans le cadre de la stratégie provinciale de lutte contre le tabagisme.

Adolescents et jeunes adultes à risques

[5.6] Cibler les interventions du programme sur les écoles, les collèges, les universités et les milieux de travail où les jeunes et les jeunes adultes courent le risque le plus élevé de fumer.

Évaluation et surveillance

[5.7] De plus, élaborer et mettre en œuvre un système intégré d'élaboration d'interventions, d'évaluation et de surveillance applicable à l'échelle de la province et à l'échelon local en vue :

- [a] de déterminer les milieux et les sous-groupes de population qui présentent des risques élevés;
- [b] d'orienter la mise en œuvre d'initiatives de prévention fondées sur des données probantes (programmes et politiques);

[c] d'évaluer les répercussions des modifications des programmes et des politiques sur le comportement des jeunes et des jeunes adultes au fil du temps.

Accès à la vente et conformité

[5.8] Mettre en œuvre des protocoles révisés et plus rigoureux (réalistes) en matière de conformité des détaillants de produits du tabac en ce qui a trait à la vente aux consommateurs qui n'ont pas atteint l'âge légal.

Évaluation de l'abandon du tabac et intervention

[5.9] S'assurer d'évaluer la situation en ce qui a trait au tabagisme et d'offrir des services d'abandon du tabac aux jeunes et aux jeunes adultes dans tous les milieux (p. ex., social, scolaire et soins de santé).

Chapitre 6 : Protection contre la fumée du tabac et l'exposition sociale au tabagisme

Objectif : Protéger les Ontariennes et les Ontariens contre toute exposition physique et sociale aux produits du tabac.

RECOMMANDATIONS

Les politiques sans fumée

[6.1] Modifier la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* et ses règlements d'application en vue d'éliminer le tabagisme et les préparations pour narguilé dans les milieux prioritaires, dont :

- [a] les terrasses ouvertes des restaurants et des bars (y compris dans un périmètre de neuf mètres autour de la terrasse);
- [b] les immeubles sans but lucratif à logements multiples;

[c] certains espaces publics extérieurs tels que les entrées des bâtiments publics et commerciaux (à moins de neuf mètres), les abribus, les parcs et les aires de jeu régis par une réglementation provinciale, les installations sportives extérieures, les plages, les trottoirs et les événements publics tels que les défilés et les lieux de divertissement extérieurs;

[d] les hôtels, les motels, les auberges et les gîtes touristiques;

[e] les véhicules qui transportent des non-fumeurs en tout temps.

Marketing social et les médias

[6.2] Mettre en œuvre, dans le cadre d'un programme global de lutte contre le tabagisme, des stratégies de marketing médiatique et social qui accroissent la sensibilisation et les connaissances du public sur les effets sanitaires de l'exposition à la fumée secondaire et sur l'exposition sociale au tabagisme et qui influencent les normes sociales favorables à un mode de vie sans tabac.

L'action sociale

[6.3] Élaborer un programme provincial permettant la mise en œuvre d'initiatives à l'échelle locale (p. ex., des partenariats, la mobilisation de la collectivité et des interventions novatrices) qui visent à modifier les normes sociales et à protéger les gens contre l'exposition à la fumée du tabac.

Conformité et application des politiques sans fumée

[6.4] Continuer de promouvoir et d'appliquer la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* et d'en surveiller le respect. Envisager des méthodes visant à maximiser les activités de conformité et d'application dans tous les milieux (p. ex., les écoles, les bars, etc.) et la promotion des autres politiques.

Système d'étude

[6.5] Continuer de soutenir la recherche, la surveillance et l'évaluation des initiatives provinciales et locales, des programmes et des politiques expérimentales relatives à la protection contre l'exposition aux produits du tabac et à la modification des normes sociales. Renforcer la capacité d'utiliser les conclusions pour favoriser l'apprentissage et l'innovation aux niveaux provincial, régional et local.

Développement professionnel

[6.6] Élaborer, évaluer et mettre en œuvre des lignes directrices, des programmes de formation et des mesures incitatives visant à promouvoir les brèves interventions des professionnels de la santé auprès de leurs patients en vue de protéger les non-fumeurs, et particulièrement les enfants et les femmes enceintes, contre l'exposition à la fumée secondaire.

Chapitre 7 : Abandon

Objectif : Réduire le fardeau sanitaire et économique résultant des produits de l'industrie du tabac, sur le plan individuel et sociétal, au moyen d'interventions visant l'abandon du tabac.

RECOMMANDATIONS

Campagne médiatique

[7.1] Mettre en œuvre une campagne médiatique de masse durable et intensive en vue d'encourager les fumeurs à arrêter, seuls ou en se faisant aider.

Système de soutien aux personnes qui fument

[7.2] Créer un système de soutien aux fumeurs en vue de rendre opérationnel le concept selon lequel toute solution favorisant l'accès aux services d'abandon du tabac est louable. Le système s'adressera aux fumeurs, comprendra, soutiendra et comblera leurs besoins, tout en améliorant les interventions par l'entremise de ses diverses composantes.

Renouvellement de la LGT : Objectifs et recommandations du CCS-SOSF

Soutien direct

[7.3] Améliorer les systèmes téléphoniques, de messagerie textuelle et Internet permettant d'accéder aux services de soutien à l'abandon du tabac, comprenant les éléments suivants :

- [a] intégration au système global de soutien aux fumeurs;
- [b] intégration à la campagne médiatique de masse visant l'abandon du tabac;
- [c] une capacité d'implication permanente auprès des fumeurs.

[7.4] Fournir gratuitement et directement aux fumeurs des médicaments favorisant l'abandon du tabac parallèlement, au besoin, à un soutien comportemental qui peut varier selon les cas.

Cessation dans d'autres contextes

[7.5] Systématiser, élargir, soutenir et adapter des politiques, des services et des activités de soutien à faible coût, fondés sur des données probantes, en matière d'abandon du tabac dans les établissements de soins de santé et de santé publique tels que les établissements de soins primaires, les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée.

[7.6] Créer des mécanismes de responsabilisation visant à faire en sorte que les fumeurs soient incités, conseillés et aidés à cesser de fumer à chaque point de contact avec le système de soins de santé (réseaux locaux d'intégration des services de santé, fournisseurs de soins primaires, soins spécialisés, soins à domicile, etc.).

[7.7] Fournir gratuitement des médicaments favorisant l'abandon du tabac aux bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario, en déterminant la dose et la durée en fonction de la comorbidité et des dommages de la plaque terminale évalués par leur fournisseur de soins de santé.

[7.8] Cibler les sous-groupes de population qui présentent un risque élevé de maladie liée au tabac ou qui ont un accès plus restreint aux services d'aide à l'abandon du tabac afin de leur fournir des services qui répondent à leurs besoins particuliers. Ces sous-groupes peuvent inclure les personnes se trouvant dans des établissements de traitement de l'accoutumance et des maladies mentales, y compris les personnes en proie à des problèmes de jeu compulsif.

Programmes d'études en cessation

[7.9] Soutenir et améliorer la formation et le perfectionnement professionnel de tous les praticiens qui œuvrent dans le domaine de la lutte contre le tabagisme au moyen de ressources existantes telles que le Centre de formation et de consultation (CFC) et le Projet TEACH (Training Enhancement and Applied Cessation Counselling and Health).

Compagnies pharmaceutiques

[7.10] Amener les compagnies pharmaceutiques à mieux comprendre leur contribution potentielle au système d'abandon du tabagisme pour l'Ontario.

Approches innovatrices

[7.11] Soutenir la recherche et l'élaboration de démarches socio-écologiques novatrices en matière d'abandon du tabac dans divers milieux, y compris les lieux de travail et les organismes communautaires.

Chapitre 8 : Disparités et équité en matière de tabagisme

Objectif : Réduire les disparités relatives au tabagisme – aussi bien la répartition inégale des maladies que l’application et les répercussions inéquitables des interventions – tout en réduisant le fardeau global du tabac, en tant que stratégie clé visant à atteindre l’équité en matière de santé en Ontario.

RECOMMANDATIONS

Disparités et équité

[8.1] Intégrer les questions d’équité au renouvellement de la stratégie ontarienne de réduction du tabagisme et de l’exposition à celui-ci ainsi qu’à toutes les phases futures de lutte globale contre le tabagisme dans la province.

Interventions visées

[8.2] Utiliser une partie des revenus supplémentaires provenant de l’augmentation des taxes sur le tabac en vue d’affecter des ressources à des interventions destinées aux sous-groupes de population qui ne bénéficient pas de façon optimale des interventions universelles.

Participation de la communauté

[8.3] Faire participer les membres des collectivités recensées comme étant prioritaires à la conceptualisation, à la conception et à la mise en œuvre d’interventions qui constitueront la nouvelle stratégie de l’Ontario en matière de lutte contre le tabagisme et contre l’exposition à celui-ci en vue de soutenir la réduction des iniquités liées au tabac.

Évaluation et surveillance

[8.4] Surveiller les disparités en matière de tabagisme et s’assurer que l’évaluation des politiques et des services rend compte des répercussions différentielles sur les sous-groupes de population.

Chapitre 9 : Principaux instruments d’habilitation systémiques en matière de lutte contre le tabagisme

Objectif : Faire de l’Ontario un chef de file reconnu en matière de conception et de mise en œuvre de stratégies et de systèmes de lutte globale contre le tabagisme fondés sur des données probantes afin de supprimer de façon rapide, équitable et rentable le fardeau lié au tabagisme.

RECOMMANDATIONS

Leadership et partenariats

[9.1] Favoriser et soutenir l’engagement à tous les niveaux et dans l’ensemble du gouvernement en vue de diriger, de coordonner et de surveiller la lutte globale contre le tabagisme et d’assurer la reddition de comptes en ce qui a trait aux résultats.

[9.2] Favoriser et appuyer les coalitions visant à soutenir la vision, à innover et à promouvoir les initiatives de lutte contre le tabagisme sur le plan local et provincial.

[9.3] Favoriser et soutenir les partenariats entre les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, le système de santé publique, le système de soins de santé et autres organismes afin de coordonner et d’offrir les programmes et les initiatives de marketing social nécessaires pour supprimer le fardeau lié au tabac en Ontario.

[9.4] Anticiper et gérer les efforts de compensation de l’industrie du tabac.

Politiques, programmes et marketing social

[9.5] S’assurer que les personnes chargées de l’élaboration et de la mise en œuvre des politiques, des programmes et des interventions de marketing social liés à la lutte contre le tabagisme disposent des ressources, de la capacité et du soutien appropriés en vue de concevoir et de mettre ces activités en œuvre efficacement.

Renouvellement de la LGT : Objectifs et recommandations du CCS-SOSF

Financement

[9.6] Financer de façon cohérente le programme de lutte globale contre le tabagisme aux niveaux requis pour éliminer de façon rapide, équitable et rentable le fardeau lié au tabagisme.

Système d'étude

[9.7] Optimiser et soutenir l'infrastructure du système d'apprentissage en matière de lutte globale contre le tabagisme qui fait de l'Ontario un chef de file sur les plans de la recherche, de l'élaboration et de la diffusion des interventions, ainsi que l'amélioration constante de la lutte globale contre le tabagisme au moyen de la recherche, de l'évaluation, de la surveillance du rendement et des résultats et de l'amélioration continue de la qualité.

Le leadership mondial

[9.8] Faire preuve de leadership au Canada en ce qui a trait au respect et au dépassement des dispositions de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac en Ontario.

[9.9] Collaborer avec le Québec et l'État de New York en vue de régler le problème de contrebande.

Bibliographie

- (1) Rehm, J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra et coll., *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : Faits saillants*, Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006. Accessible à l'adresse : <http://www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011333-2006.pdf>.
- (2) Lightwood, J.M. et S.A. Glantz, « Short-term economic and health benefits of smoking cessation: myocardial infarction and stroke », *Circulation*, vol. 96, n° 4 (19 août 1997), pp. 1089 à 1096.
- (3) Barnoya, J. et S.A. Glantz, « Association of the California Tobacco Control Program with declines in lung cancer incidence », *Cancer Causes & Control*, vol. 15, n° 7 (2004), pp. 689 à 695.
- (4) Lightwood, J.M., C.S. Phibbs et S.A. Glantz, « Short-term health and economic benefits of smoking Cessation: Low birth weight », *Pediatrics*, vol. 104, n° 6 (1999), pp. 1312 à 1320.
- (5) Shields, M., « Cheminement vers l'abandon du tabac », Ottawa, Canada, Statistique Canada, *Rapports sur la santé* (2005), vol. 16, pp. 19 et 20 à 35. Accessible à l'adresse : <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?lang=fr&catno=82-003-X20040037839>. Consulté en mars 2010.
- (6) Holowaty, E, S.C. Cheong, S. Di Cori, J. Garcia, R. Luk, C. Lyons et M.E. Theriault, *Tobacco or health in Ontario: Tobacco-attributed cancers and deaths over the past 50 years... and the next 50*, Toronto (Ontario), Action Cancer Ontario, 2002. Accessible à l'adresse : <http://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=14456>.
- (7) Association pour les droits des non-fumeurs, *Le prix des cigarettes au Canada*, 2010. Accessible à l'adresse : http://www.nusra-adv.ca/cmsf/index.cfm?group_id=1893. Consulté en mars 2010.
- (8) Statistique Canada, *Indice des prix à la consommation, par province*, 2010. Accessible à l'adresse : <http://www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/econ09a-fra.htm>. Consulté en mars 2010.
- (9) Comité d'experts sur la relance de la Stratégie antitabac de l'Ontario, *Les actes sont plus éloquents que les mots : un plan d'attaque au tabagisme en Ontario*, 1999. Accessible à l'adresse : http://www.otru.org/pdf/special/special_actions_fr.pdf.
- (10) New York City Department of Health, *One million fewer smokers by 2010: Shaping a tobacco-free society for all New Yorkers, 2008-2010*, Albany, NY, New York State Department of Health, 2008. Accessible à l'adresse : http://www.health.state.ny.us/prevention/tobacco_control/docs/2010_million_fewer_smokers_strategic_plan.pdf.

Annexe A : Glossaire et acronymes

Voici une liste de termes et d'acronymes utilisés dans le rapport intitulé *Données probantes permettant d'orienter les mesures de lutte globale contre le tabagisme en Ontario*. Parmi les sources figurent notamment le glossaire de l'URTO (<http://glossary.otru.org/>) et l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (<http://www.cdpac.ca/media.php?mid=386>).

AALA : agent d'application de la législation antitabac

Accoutumance à la nicotine : usage continu de produits du tabac ou à base de nicotine en dépit des effets néfastes connus sur la santé, le bien-être ou les relations interpersonnelles. L'accoutumance n'est pas synonyme de dépendance physique.

ADNF : Association pour les droits des non-fumeurs

AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality

Air sans fumée : air totalement libre de fumée de tabac. Cette définition inclut, sans toutefois s'y limiter, l'air dans lequel aucune fumée de tabac ne peut être vue, sentie, ressentie ou mesurée. Il est précisé par convention que des éléments de la fumée de tabac peuvent être présents dans l'air en quantités trop faibles pour être mesurées. Il convient de souligner que l'industrie du tabac et le secteur de l'accueil pourraient tenter de tirer avantage des limites de cette définition.

Alliance : partenariat entre au moins deux parties qui visent un ensemble d'objectifs établis d'un commun accord. La mise en place d'une alliance nécessite souvent une négociation entre les différents partenaires relativement à la définition des objectifs, des règles éthiques de base et des domaines d'action commune ainsi qu'une entente sur la forme de coopération découlant de l'alliance.

AOPPS : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

Assurance-santé : Régime d'assurance-santé de l'Ontario

BAT : British American Tobacco

BSP : Bureaux de santé publique

CAMH : Centre de toxicomanie et de santé mentale

CAN-ADAPTT : Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment

CCCO : Commission de contrôle cinématographique de l'Ontario

CCLAT : Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

CCS-SOSF : Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

CIAA : Clean Indoor Air Act

Collaboration : processus au cours duquel des parties qui abordent un problème sous des angles différents peuvent examiner ces différences de façon constructive et chercher des solutions qui vont au-delà de leurs propres points de vue relativement à ce qu'il est possible de faire. La collaboration amène les principaux intervenants à résoudre les problèmes et à prendre des décisions conjointement. Quatre critères sont essentiels à la collaboration :

- les intervenants sont interdépendants;
- les solutions « émergent » d'une résolution constructive des différences;
- les décisions sont prises conjointement;
- les intervenants assument la responsabilité collective de la future orientation du domaine.

Il est normal, dans le cadre d'une collaboration, que les intervenants ne soient pas clairement définis, qu'il y ait des disparités en matière de pouvoirs et (ou) de ressources entre ces derniers, que des problèmes complexes soient mal définis, qu'une incertitude scientifique règne, que des perspectives divergentes engendrent des relations conflictuelles et que l'on constate une insatisfaction à l'égard des démarches et des processus passés et actuels. La collaboration est un processus nettement différent de la coordination et de la coopération. La collaboration est un processus émergent et évolutif qui vise à établir un accord quant au fond. La coordination nécessite la mise en place de relations officielles et définies entre les organismes.

Consensus : entente fondamentale mesurée selon le degré d'unanimité atteint lorsque l'on demande aux participants s'ils sont d'accord avec un concept et s'ils acceptent de le soutenir à l'interne et à l'externe.

Coopération : ententes et compromis officieux établis en l'absence de règles officielles. La coordination (processus officiel) et la coopération (processus officieux) s'inscrivent souvent dans le cadre d'un processus de collaboration. Une fois lancée, la collaboration offre une tribune temporaire qui donne aux participants la possibilité d'établir un consensus au sujet d'un problème, d'imaginer des solutions mutuellement acceptables et de définir des mesures collectives de mise en œuvre.

Coronaropathie : insuffisance coronaire

Cotinine : sous-produit du métabolisme de la nicotine que l'on peut détecter dans le sang, l'urine ou la salive pendant plusieurs jours après la consommation de tabac ou l'exposition à celui-ci. La cotinine est utilisée comme indicateur d'exposition à la fumée primaire ou secondaire. Elle peut également être détectée chez les utilisateurs de traitements de remplacement de la nicotine.

CTCP (PCLT) : California Tobacco Control Program (Programme californien de lutte contre le tabagisme)

Défense des droits : action de soutenir ou de prendre parti pour une cause, une politique ou une idée. Elle vise à influencer l'opinion publique et les attitudes sociétales ou à apporter des changements aux politiques gouvernementales, communautaires ou institutionnelles.

Démarche axée sur la santé de la population : selon cette démarche, la santé est une capacité ou une ressource plutôt qu'un état, définition qui correspond davantage à la notion d'être en mesure d'atteindre ses objectifs, d'acquérir des compétences et une formation et de s'épanouir. Cette notion élargie de la santé tient compte de l'éventail des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui contribuent à la santé. La meilleure définition de ce concept de santé est « la capacité des gens à s'adapter aux difficultés et aux changements de la vie, à y réagir ou à les maîtriser ».

Dépendance à la nicotine : dépendance physique à un produit du tabac ou à base de nicotine qui se manifeste soit sous forme de syndrome de sevrage au moment de l'abandon brusque du tabagisme, soit par une tolérance aux effets produits par une dose donnée. La dépendance physique n'est pas synonyme d'accoutumance.

Déterminants de la santé : éventail de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des particuliers ou des populations. Les facteurs qui influent sur la santé sont nombreux et interactifs. La promotion de la santé passe fondamentalement par l'action et la sensibilisation afin de s'attaquer à l'ensemble des déterminants de la santé potentiellement modifiables – non seulement à ceux qui sont liés aux actions de chacun, tels que les modes de vie et les comportements en matière de santé, mais aussi à des facteurs tels que le revenu et le statut social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, l'accès à des services de santé appropriés et l'environnement physique. La combinaison de ces facteurs crée des conditions de vie différentes qui ont une incidence sur la santé. On considère que la modification des modes et des conditions de

vie, qui déterminent l'état de santé, constitue une étape préliminaire à l'obtention de bons résultats en matière de santé.

Disparités en matière de tabagisme : différences ayant trait aux schémas, à la prévention et au traitement du tabagisme, aux risques, à l'incidence, à la morbidité, à la mortalité et au fardeau des maladies liées au tabagisme qui existent au sein de certains groupes de population, et différences connexes en matière de capacité et d'infrastructure, d'accès aux ressources et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.

DIT : dénormalisation de l'industrie du tabac

Efficience : maximisation des résultats par rapport aux ressources utilisées.

Équité en matière de santé : l'absence de différences systématiques et potentiellement remédiables en ce qui concerne au moins un des aspects de la santé au sein de populations ou de groupes de population définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement.

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

ESUTC : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada

ETJ : Enquête sur le tabagisme chez les jeunes

Étude STOP : Smoking Treatment for Ontario Patients

Fumée secondaire : fumée de tabac inhalée par des personnes qui ne fument pas de façon active, contenant de nombreux produits chimiques nocifs qui causent de graves problèmes de santé, tels que le syndrome de la mort subite chez les nourrissons, l'asthme et les infections des voies respiratoires chez les enfants et le cancer du poumon chez les adultes, et pour lesquels il n'existe pas de niveau sécuritaire d'exposition. *Synonymes : fumée de tabac ambiante (FTA), fumée de tabac, pollution engendrée par la fumée de tabac*

Fumée tertiaire : concept relativement nouveau en matière de lutte contre le tabagisme qui désigne la fumée de tabac résiduelle laissée à la surface d'objets, p. ex., les vêtements, les meubles et les murs, après que le produit de tabac fumé a été éteint, qui contient de nombreux produits chimiques toxiques présents dans la fumée secondaire et qui, lorsqu'on y est exposé, laisse des biomarqueurs, comme la cotinine, dans l'urine, y compris celle des nourrissons et des enfants (voir aussi dégagements gazeux).

Fumeur actuel (ESUTC/ETJ) : personne qui a fumé au cours des 30 derniers jours et qui a fumé au moins 100 cigarettes dans sa vie (chapitre 5).

Fumeur ayant pris quelques bouffées (ETJ) : personne ayant essayé de fumer, mais n'ayant jamais fumé une cigarette entière.

Fumeur expérimental (ESUTC) : il n'est pas question de prendre quelques bouffées dans l'ESUTC; la définition n'est donc pas tout à fait identique. Les fumeurs expérimentaux sont ceux qui ont fumé moins de 100 cigarettes au cours de leur vie et qui ont soit fumé une cigarette entière au cours des 30 derniers jours ou fumé au cours de la même période (chapitre 5).

Fumeur expérimental (ETJ) : personne qui a fumé au cours des 30 derniers jours et qui a déjà fumé une cigarette entière, mais qui a fumé moins de 100 cigarettes (chapitre 5).

Fumeur expérimental ou ayant pris quelques bouffées (ETJ) : un fumeur peut être un fumeur expérimental ou une personne ayant pris quelques bouffées (chapitre 5).

GCSA : Groupe consultatif de la Stratégie antitabac

GEI : groupe d'experts internationaux

Habiliter : en matière de promotion de la santé, il s'agit de prendre des mesures en partenariat avec des personnes ou des groupes afin de leur donner les moyens, en mobilisant des ressources humaines et matérielles, de promouvoir et de protéger leur santé. Cette définition, qui met l'accent sur la responsabilisation dans le cadre d'un partenariat et sur la mobilisation des ressources, souligne l'importance du rôle des travailleurs de la santé et autres intervenants du domaine qui agissent comme catalyseurs sur le plan de la promotion de la santé en offrant, par exemple, un accès à l'information sur la santé, en facilitant le perfectionnement des compétences et en soutenant l'accès aux processus politiques qui définissent les politiques publiques ayant une incidence sur la santé.

Immeuble à logements multiples : lieu de résidence, p. ex., immeuble d'habitation ou appartements en copropriété, où des personnes vivent dans des logements séparés soumis à un flux d'air commun. Remarque supplémentaire : le terme « flux d'air commun » comprend les espaces des bâtiments et pas nécessairement les systèmes de ventilation partagés. Ainsi, les immeubles à logements multiples peuvent comprendre les immeubles d'habitation, les appartements en copropriété, les maisons jumelées ou les maisons en rangée.

Inégalités en matière de santé : différences ayant trait à l'état de santé ou à la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de population. Par exemple, différences entre les personnes âgées et les populations plus jeunes sur le plan de la mobilité ou différences entre des personnes de classes sociales distinctes en ce qui a trait aux taux de mortalité.

Iniquités en matière de santé : inégalités en matière de santé considérées comme étant injustes et inéquitables.

Jeunes adultes : personnes âgées de 18 à 29 ans inclusivement.

Jeunes : terme collectif désignant les jeunes personnes, parfois définies comme ayant de 12 à 17 ans, groupe à risque en ce qui a trait à l'initiation au tabagisme.

LA / LT : lutte antitabac, aussi appelée lutte contre le tabagisme

LFOSF : *Loi favorisant un Ontario sans fumée*

LGT / LGA : lutte globale contre le tabagisme aussi appelée lutte globale antitabac

Logement social : logement abordable géré par des organismes sans but lucratif ou coopératifs et financé par un programme gouvernemental prévu par la loi. Étant donné qu'il ne change pas de propriétaire, ce type de logement reste abordable au fil du temps.

LRUT : *Loi de 1994 sur la réglementation de l'usage du tabac*

Modèle logique de programme : modèle souvent utilisé en tant que guide afin de planifier et d'évaluer les programmes. Un modèle logique de programme décrit le flux des intrants des systèmes, les interventions, les extrants, les répercussions et les résultats à court terme et à long terme, ainsi que les autres facteurs qui auront une incidence sur les résultats des programmes.

Modification des systèmes : dans le contexte de l'Alliance, la modification des systèmes renvoie au fait de mettre en place des systèmes de recherche, de surveillance, de politiques et de programmes complets, durables, intégrés et disposant de ressources suffisantes, dans le but de préserver la santé et de prévenir les maladies chroniques. Le système fera le pont entre les initiatives existantes et s'appuiera sur celles-ci de façon coordonnée et synergique. Le système dépassera le cadre du seul secteur de la santé et inclura d'autres secteurs pertinents tels que les transports, l'éducation, les services sociaux, les loisirs et autres. La mise en place des systèmes se poursuivra au sein d'une société canadienne qui considère la

santé comme étant un objectif et un droit fondamentaux. Un cadre de mise en œuvre contenant un modèle logique et un aperçu des fonctions et des sous-systèmes qui doivent être mieux définis, financés, mis en œuvre et surveillés est en cours d'élaboration; il orientera la stratégie et les mesures de l'APMCC.

MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique

MPSS : ministère de la Promotion de la santé et du Sport

MSA : Master Settlement Agreement

MTCP : Massachusetts Tobacco Control Program

NYSTCP : New York State Tobacco Control Program

OMA : Ontario Medical Association

OMS : Organisation mondiale de la santé

OTS : Enquête sur le tabagisme en Ontario (chapitre 2)

Peuples autochtones : nom collectif donné aux premiers habitants de l'Amérique du Nord et à leurs descendants. La constitution canadienne reconnaît trois groupes de peuples autochtones : les Indiens (couramment appelés Premières nations), les Métis et les Inuits. Ce sont trois groupes de peuples distincts ayant chacun une histoire, des langues, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles qui leur sont propres. Au Canada, selon le recensement de 2006, plus d'un million de personnes se considèrent comme autochtones.

Pipe à eau : dispositif composé d'un bol relié à un réservoir d'eau, auquel est fixé un long tube, et disposé de telle sorte que la fumée passe dans l'eau, qui la refroidit, et dans le tube pour arriver jusqu'à la bouche; il en existe différents types : bong, hookah, hubble bubble, narguilé, chicha.

PM : Philip Morris

PMO : Programme de médicaments de l'Ontario

Politique publique saine : politique caractérisée par une préoccupation explicite en matière de santé et d'équité dans tous les domaines de la politique ainsi que par l'obligation de rendre des comptes en ce qui a trait aux répercussions sur la santé. Une politique publique saine vise principalement à créer un milieu favorable afin de permettre aux gens de mener une vie saine. Une telle politique offre aux citoyens la possibilité de faire des choix sains ou facilite ces choix. Elle fait en sorte que les environnements social et physique contribuent à l'amélioration de la santé. La Charte d'Ottawa a souligné le fait que les mesures de promotion de la santé vont au-delà du secteur des soins de santé, soulignant que la santé devrait figurer au programme dans tous les secteurs et à tous les paliers de gouvernement. L'un des éléments clés de l'établissement d'une politique publique saine est la notion de reddition de comptes en matière de santé. Les gouvernements sont, en bout de ligne, responsables devant les citoyens des conséquences de leurs politiques sur la santé ou de l'absence de politiques en ce domaine. Lorsqu'ils s'engagent à adopter des politiques publiques saines, les gouvernements doivent mesurer leurs investissements dans le domaine de la santé et les résultats qui en découlent, en faire rapport et présenter le bilan de leurs investissements et de leurs politiques dans un langage que tous les groupes de la société peuvent comprendre facilement. La stratégie d'investissement en santé est étroitement liée au concept de politique publique saine en matière de promotion de la santé. Les investissements dans le domaine de la santé constituent une stratégie d'optimisation des répercussions des politiques publiques sur la promotion de la santé.

Pratique fondée sur des données probantes : intégration des meilleures données probantes disponibles et de l'expertise professionnelle au processus décisionnel.

Prédisposé au tabagisme : personne présentant un risque élevé de commencer à fumer; définit uniquement les personnes qui n'ont jamais essayé de fumer; Non prédisposé au tabagisme = ont répondu « Pas du tout » aux trois questions sur la prédisposition (sinon, la personne est considérée comme prédisposée) :

- « Penses-tu que, dans l'avenir, tu pourrais essayer de fumer? »
- « Si un de tes meilleurs amis t'offrait une cigarette, la fumerais-tu? »
- « Penses-tu qu'au cours de la prochaine année tu fumeras une cigarette? »

Prévalence du tabagisme : nombre total de fumeurs que compte une population à un moment donné (prévalence à un moment donné) ou au cours d'une période (prévalence au cours d'une période donnée).

Prévention : englobe les mesures qui visent non seulement à prévenir la maladie, telles que la réduction des facteurs de risque, mais également à en arrêter la progression et à en diminuer les conséquences lorsqu'elle survient. La prévention primaire a pour but de prévenir la première occurrence d'un trouble. La prévention secondaire et tertiaire cherche à arrêter ou à freiner une maladie existante et ses effets au moyen d'un dépistage précoce et d'un traitement approprié ou à réduire les rechutes et l'apparition des affections chroniques au moyen, par exemple, d'une réadaptation efficace. Les termes « prévention de la maladie » et « promotion de la santé » sont parfois utilisés de façon complémentaire. Bien que le contenu et les stratégies se chevauchent fréquemment, il existe une définition distincte de la prévention de la maladie. Celle-ci s'entend, dans ce contexte, d'une mesure, émanant généralement du secteur de la santé, qui vise des individus et des populations présentant des facteurs de risque identifiables et souvent associés à des comportements à risque différents.

Prévention intégrée des maladies chroniques : bien que l'accroissement marqué d'un facteur de risque particulier soit un signe avant-coureur significatif de la mauvaise santé d'une personne, le fardeau sociétal des maladies non transmissibles résulte de la prévalence élevée de multiples facteurs de risque liés aux modes de vie courants. Il est nécessaire d'entreprendre, dans le cadre d'une démarche intégrée de santé publique, des activités communautaires qui visent la population en plus des personnes à risque. « Il n'est plus possible d'examiner chaque maladie chronique de manière isolée. On se rend compte de plus en plus qu'elles présentent des facteurs de risque communs généralement liés et que des stratégies intégrées peuvent s'avérer efficaces pour de nombreuses affections différentes. »

- Dans le contexte de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles, le terme intégration revêt plusieurs sens. Selon la définition classique, il s'agit de la détermination et de la confrontation des facteurs de risque communs, plutôt que d'un processus ciblant individuellement de nombreuses maladies.
- Le programme de prévention intégrée des maladies non transmissibles vise à faire en sorte que le système de santé et les autres structures communautaires existantes s'attaquent aux facteurs de risque communs plutôt que de le faire au moyen d'un programme de prévention externe.
- Le terme intégration désigne également, dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles, une démarche globale qui combine diverses stratégies de mise en œuvre. Il s'agit notamment de l'élaboration de politiques, du renforcement de la capacité, de l'établissement de partenariats et un soutien informationnel à tous les niveaux.
- Les mesures intersectorielles de mise en œuvre des politiques de santé sont un autre aspect de l'intégration qui s'avère nécessaire pour cibler les principaux déterminants de la santé qui ne relèvent pas du système de santé.

- L'intégration désigne également les efforts qui visent à combiner les démarches ciblant la population et les personnes à risque en conjuguant les mesures de prévention de diverses composantes du système de santé, y compris la promotion de la santé, les services de santé publique, les soins primaires et les soins hospitaliers.
- L'intégration n'empêche pas de répondre aux besoins particuliers de certaines populations. Toutefois, lorsque des programmes de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles ont été établis en tenant compte de différentes maladies, ils doivent, en bout de ligne, s'équilibrer.

Processus décisionnel fondé sur des données probantes : le processus décisionnel fondé sur des données probantes vise à faire en sorte que les décisions relatives à la santé et aux soins de santé reposent sur les meilleures connaissances dont on dispose. Pour utiliser un tel processus, il convient de commencer par évaluer ce que sont ces données probantes en ce qui a trait tant aux interventions visant l'amélioration de la santé qu'aux processus décisionnels au niveau organisationnel ou politique. Il convient en outre d'examiner la disponibilité et l'accessibilité de connaissances et de renseignements fiables qui abordent l'incidence des interventions, des pratiques et des programmes sur les résultats en matière de santé. L'autre utilité d'un processus décisionnel fondé sur des données probantes est d'étudier ce qui empêche le système de santé de changer (sur les plans pratique et politique) lorsqu'il apparaît clairement que des changements sont nécessaires et souhaitables. Le cadre d'un tel processus examine également le temps que met le système de santé pour tenir compte des renseignements existants sur les interventions fructueuses et leur degré de réussite.

Produit non thérapeutique à base de nicotine : tout produit contenant de la nicotine ne visant pas l'abandon du tabac ou ayant un autre usage thérapeutique, p. ex., gel pour les mains à base de nicotine, eau à base de nicotine, cigarettes électroniques.

Produits du tabac : tout produit contenant du tabac qui produit de la fumée ou non et qui est conçu pour être consommé, p. ex., petit cigare, tabac à chiquer, cigare, cigarette, cigarillo, tabac à cigarettes, chique, déchet de tabac, tabac à priser, snus, tabac à mâcher, bâtonnet de tabac, rôle

Voir aussi : **Accessoires pour produits du tabac** : articles de promotion liés aux produits du tabac, p. ex., cendriers, briquets et allumettes, qui portent parfois un nom de marque, un logo ou les couleurs associés à un produit du tabac.

Promotion de la santé : le processus qui a pour but de donner aux gens davantage de maîtrise de leur santé et davantage de moyens de l'améliorer (Promotion de la santé, Charte d'Ottawa, OMS, Genève, 1986). La promotion de la santé constitue un processus social et politique global; elle comprend non seulement les mesures visant à renforcer les compétences et les capacités individuelles, mais également celles qui ont pour but de modifier les conditions sociales, environnementales et économiques de façon à atténuer leurs répercussions sur la santé publique et celle des individus. La promotion de la santé est le processus qui vise à permettre aux gens de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer, par conséquent, leur santé. La participation est essentielle au soutien des mesures de promotion de la santé. La Charte d'Ottawa définit trois stratégies de base en matière de promotion de la santé. Il s'agit d'adopter un plaidoyer pour la santé visant à créer les conditions essentielles à la santé citées ci-dessus, d'offrir les moyens à tous les individus d'atteindre leur plein potentiel en matière de santé et de procéder à une médiation entre les différents intérêts de la société pour améliorer la santé. La Charte d'Ottawa pour la

promotion de la santé étaye ces stratégies à l'aide de cinq priorités :

- établir une politique publique saine;
- créer des milieux favorables à la santé;
- renforcer l'action communautaire en matière de santé;
- développer les aptitudes personnelles;
- réorienter les services de santé.

La déclaration de Djakarta (juillet 1997) a cerné cinq priorités en matière de santé au XXI^e siècle :

- promouvoir la responsabilité sociale en faveur de la santé;
- accroître les investissements pour développer la santé;
- renforcer et élargir les partenariats pour la santé;
- accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir;
- mettre en place une infrastructure pour la promotion de la santé.

PTC : Programme de transition pour les collectivités

PTPT : Programme de transition pour les producteurs de tabac

Qualité de l'air : salubrité relative de l'air que l'on respire déterminée par la présence ou l'absence de polluants nocifs, tels que la fumée secondaire.

Renforcement de la capacité : le renforcement de la capacité désigne le développement, la promotion et le soutien des ressources et des relations dans le but de prévenir les maladies chroniques sur les plans individuel, organisationnel, interorganisationnel et systémique. « La vision contemporaine du renforcement de la capacité va au-delà de la perception traditionnelle de la formation. Les aspects fondamentaux de la gestion – gérer le changement, résoudre les conflits, gérer le pluralisme institutionnel, améliorer la coordination,

favoriser la communication et assurer le partage des données et de l'information – nécessitent une perspective holistique du renforcement de la capacité. Cette définition englobe à la fois le renforcement de la capacité institutionnelle et communautaire. À cet égard, il importe avant tout de reconnaître le fait que la société dans son ensemble ne se limite pas à la somme de chacune de ses composantes. »

Réseau : personnes, groupes et organismes travaillant de concert en vue de soutenir des objectifs, des principes et des avantages établis d'un commun accord. Dans un réseau efficace :

- les choses fonctionnent selon un cadre défini;
- tous les intervenants sont interreliés;
- les organismes, les groupes et les personnes participent activement;
- les gens travaillent en collaboration;
- ce qui se passe au sein du réseau est fondé sur des objectifs, des principes et des avantages établis d'un commun accord.

RICO : Racketeer Influenced and Corrupt Organizations Act

RIRPT : Règlement sur l'information relative aux produits du tabac

RRLT : réseau régional pour la lutte au tabagisme

Sans fumée : conditions favorables à un milieu plus sain par l'interdiction de fumer dans certains endroits ou à proximité de ceux-ci, comme les aéroports, les bars, les lieux de travail. *Synonyme* : sans tabac

Santé de la population : démarche sanitaire visant à améliorer la santé de l'ensemble de la population et à réduire les iniquités entre les groupes de population en matière de santé. Pour atteindre ces objectifs, elle examine le large éventail de facteurs et de conditions qui influent sur notre santé et intervient en fonction de ces derniers.

Santé publique : la science et l'art de promouvoir la santé, de prévenir les maladies et de prolonger la vie en organisant les efforts de la société. La santé publique est un concept social et politique qui vise à améliorer la santé, à prolonger la vie et à améliorer la qualité de vie de populations entières par la promotion de la santé, la prévention de la maladie et d'autres types d'interventions sanitaires. La documentation relative à la promotion de la santé établit une distinction entre la santé publique et une nouvelle santé publique afin de mettre l'accent sur des méthodes nettement différentes de description et d'analyse des déterminants de la santé et de résolution des problèmes de santé. Cette nouvelle santé publique se distingue par le fait qu'elle repose sur une compréhension globale des façons dont les modes et les conditions de vie déterminent notre état de santé et reconnaît la nécessité de mobiliser des ressources et d'investir de façon sensée dans les politiques, les programmes et les services qui favorisent, conservent et protègent la santé en soutenant des modes de vie sains et en créant des milieux propices à la santé. Il ne sera peut-être plus nécessaire de faire une telle distinction entre l'« ancienne » et la « nouvelle » santé publique à partir du moment où ce concept central se développera et se répandra.

SAO : Stratégie antitabac de l'Ontario

SCDSEO : Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario

SCDSO : Sondage sur la consommation de drogues et la santé de l'Ontario

SIPÉSÉ : Système d'intervention, de planification et d'évaluation de la santé dans les écoles

SSF : système de soutien aux fumeurs

Tabagisme : tout usage de produits du tabac, quel que soit le mode d'administration

TEACH : Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health

TF : téléassistance pour fumeurs

TFEL : téléassistance pour fumeurs en ligne

TRDRP : Tobacco Related Disease Research Program

TRN : thérapie de remplacement de la nicotine

TVH : taxe de vente harmonisée

URTO : Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario

YAA : Youth Action Alliances

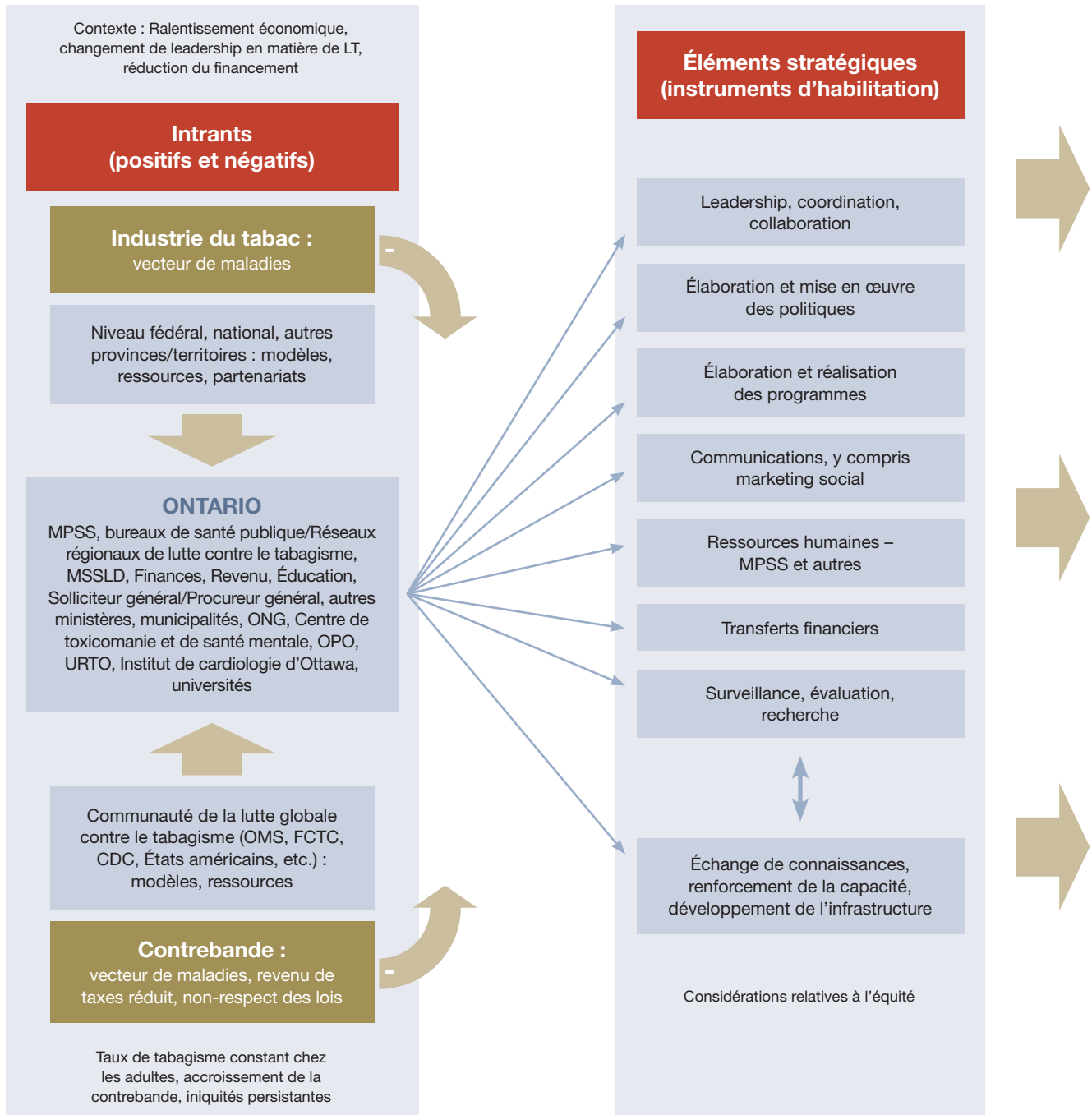
Annexe B : Modèles logiques de lutte contre le tabagisme recommandés par le CCS-SOSF

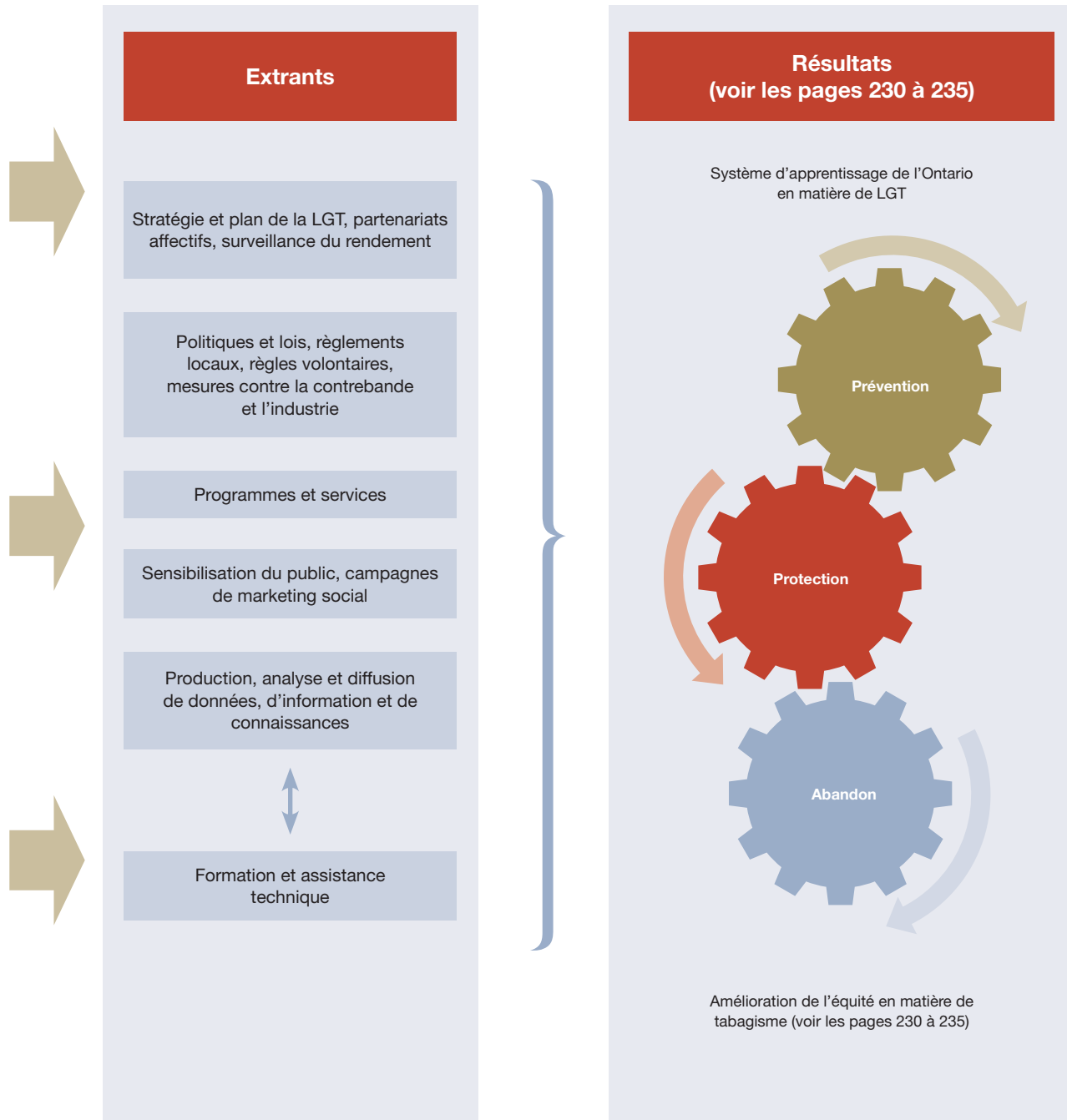
Remarques relatives aux modèles logiques :

1. Ce sont des modèles de planification conceptuelle qui illustrent les éléments de haut niveau d'une stratégie efficace de lutte globale contre le tabagisme (LGT), ainsi que les principales interactions entre ces éléments. Il n'est pas possible d'inclure toutes les éléments de façon entièrement détaillée ni d'illustrer toutes les relations pertinentes. Ces détails peuvent être ajoutés au moment de la conception de modèles axés sur une politique, un programme ou un service particulier – ce qui constitue une autre utilisation importante des modèles.
2. Une démarche systémique a été adoptée; elle illustre les intrants, les éléments stratégiques (instruments d'habilitation) et les extrants, qui permettent d'atteindre les résultats essentiels de la LGT. Ces éléments sont présentés à la page suivante. Les résultats – concentration sur les jeunes (prévention), protection et cessation –, qui ont des intrants, des instruments d'habilitation et des extrants communs, sont respectivement présentés en détail aux pages 230 à 235.
3. L'une des principales implications de ces modèles est que la prévention, la protection et la cessation, en tant que résultats, se renforcent mutuellement (voir le graphique à droite de la première figure). Le fait de ne pas atteindre l'un de ces résultats aura des répercussions négatives sur l'atteinte de tous les autres. Par extension, le fait de ne pas atteindre un résultat clé mettra en danger l'ensemble des efforts de la LGT. Les extrants et les résultats sont intimement liés et ne peuvent être considérés séparément.
4. Comme dans tout système de travail, les boucles de rétroaction sont essentielles pour maintenir la stabilité et orienter l'innovation. Pour favoriser la simplicité, seules certaines d'entre elles sont présentées dans ces modèles. Les boucles de rétroaction essentielles débutent par la surveillance, l'évaluation, la recherche ainsi que l'analyse et la diffusion de l'information.

Stratégie de lutte globale contre le tabagisme en Ontario recommandée par le CCS-SOSF

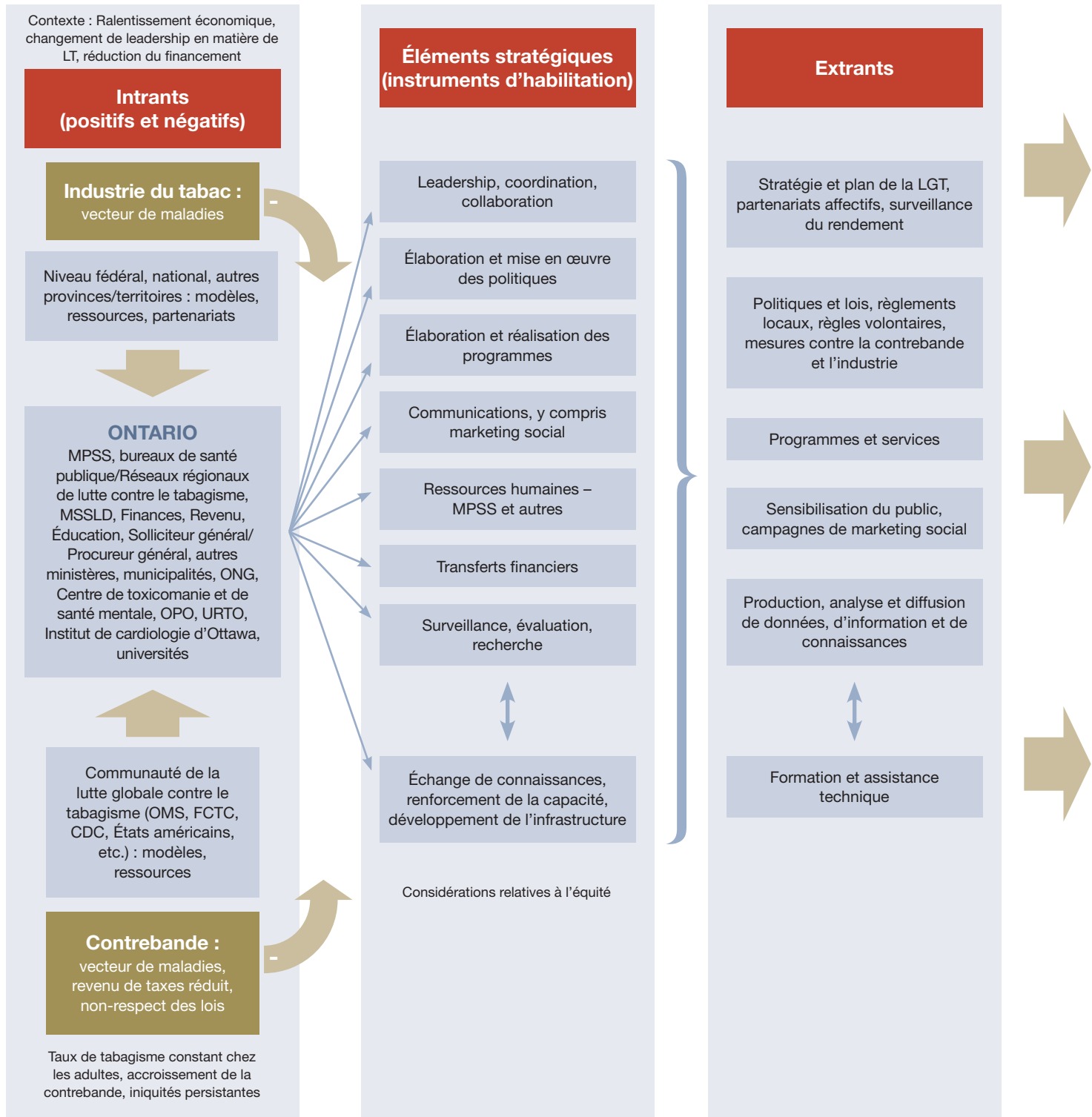
Objectif : Éliminer les maladies et les décès liés au tabac de façon rapide, équitable et rentable

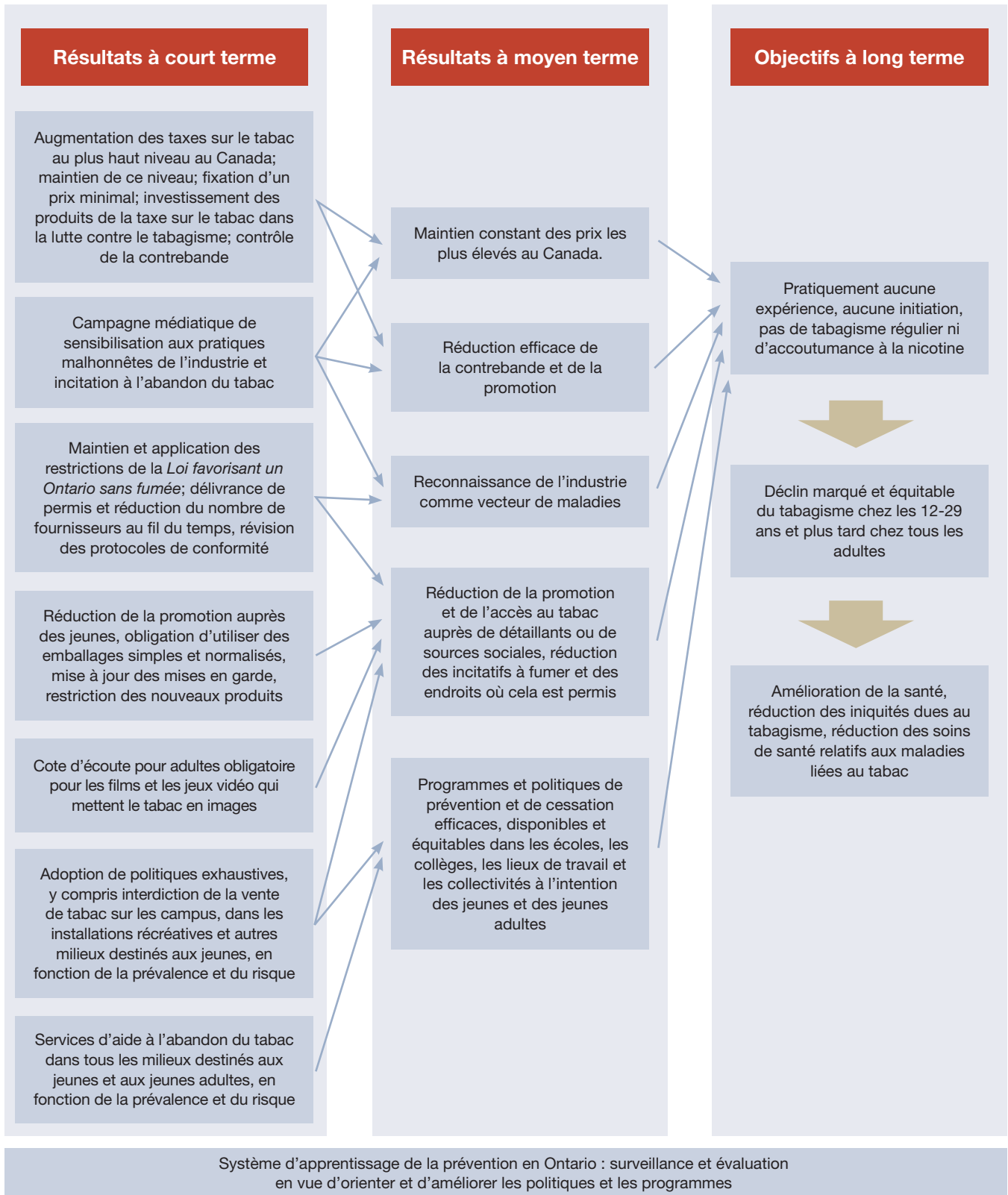




Stratégie de prévention recommandée par le CCS-SOSF

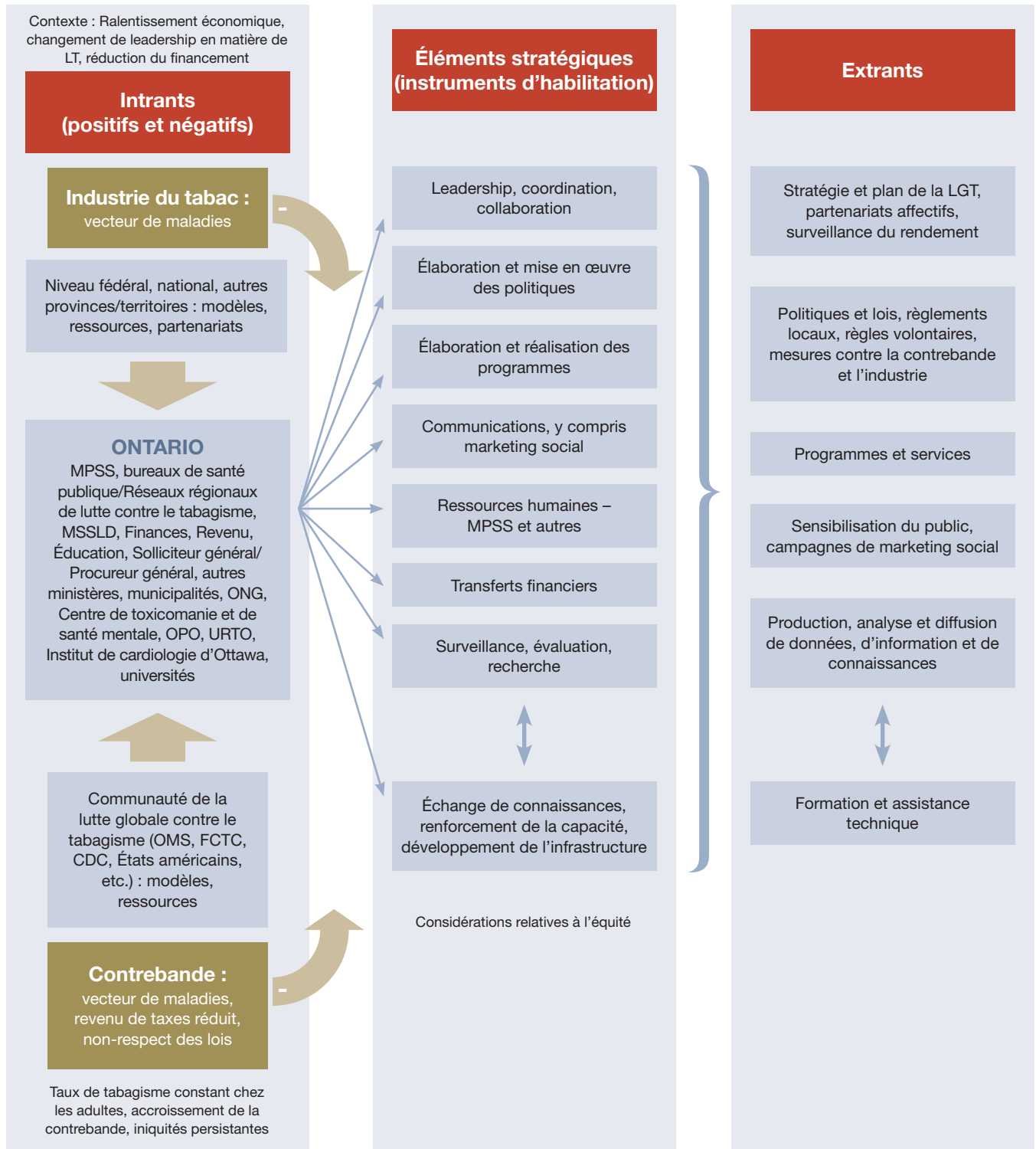
Objectif : Prévenir l'adoption du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes

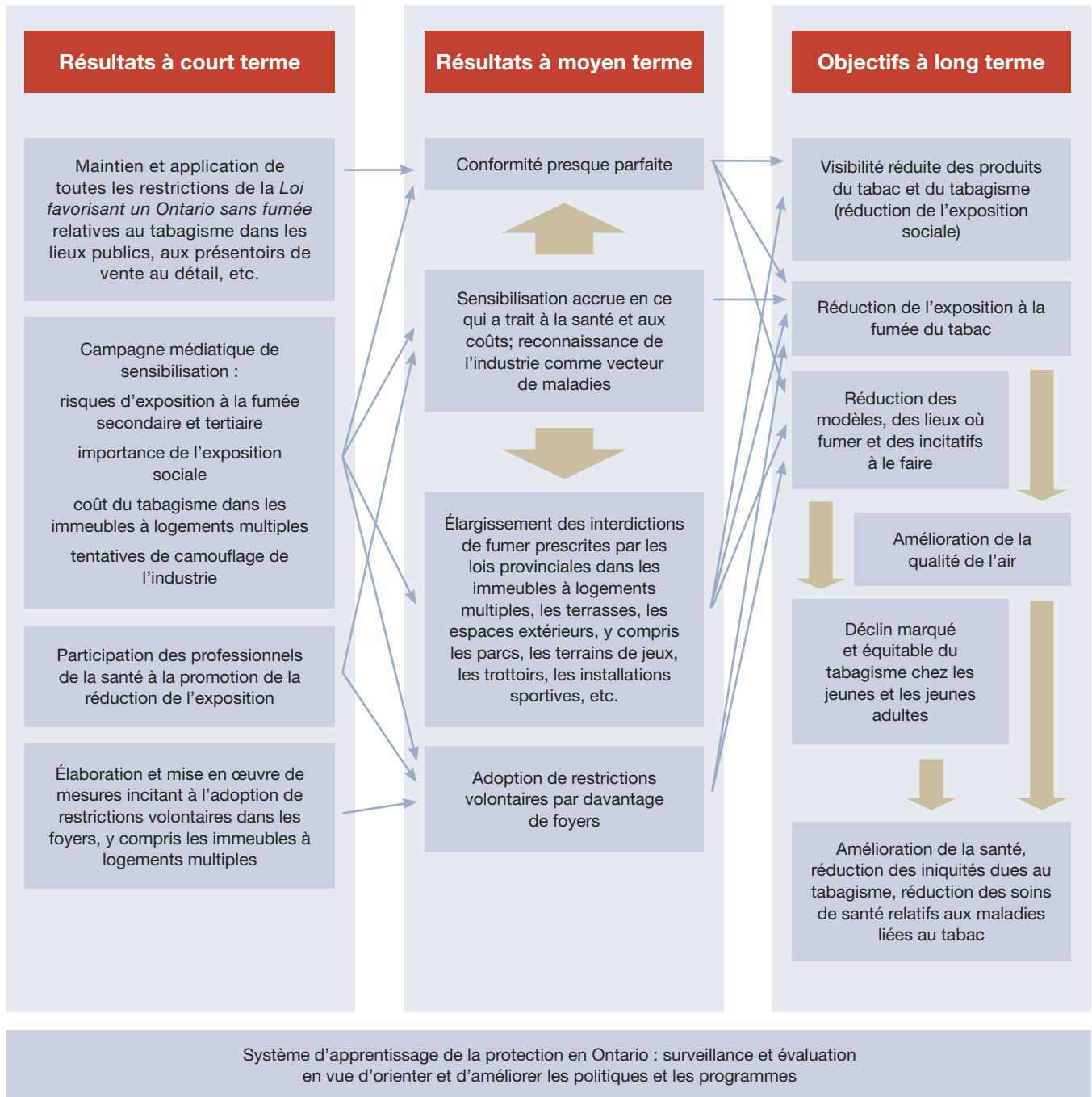




Stratégie de protection recommandée par le CCS-SOSF

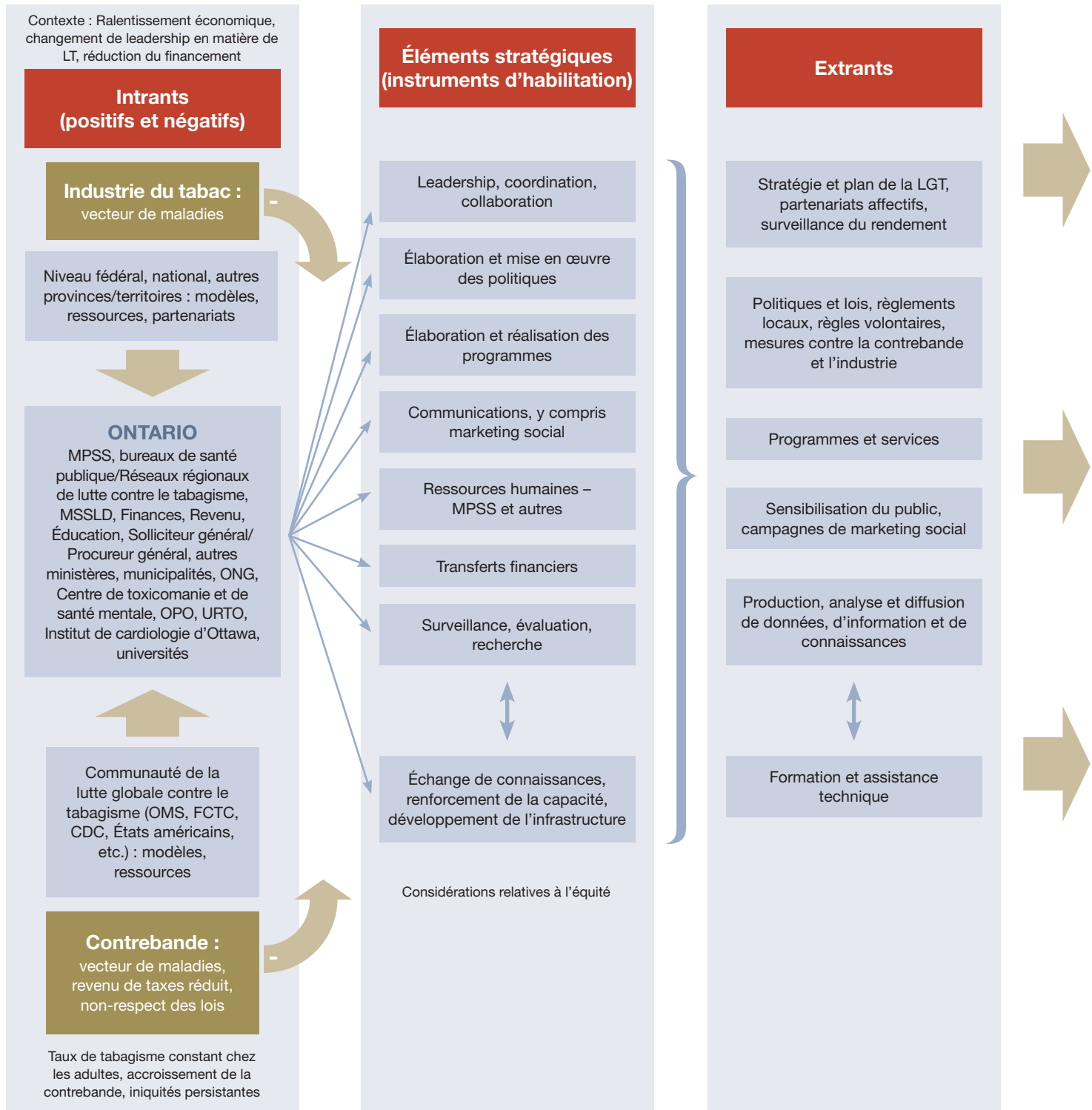
Objectif : Protéger les Ontariens et les Ontariennes contre toute exposition physique et sociale aux produits du tabac.

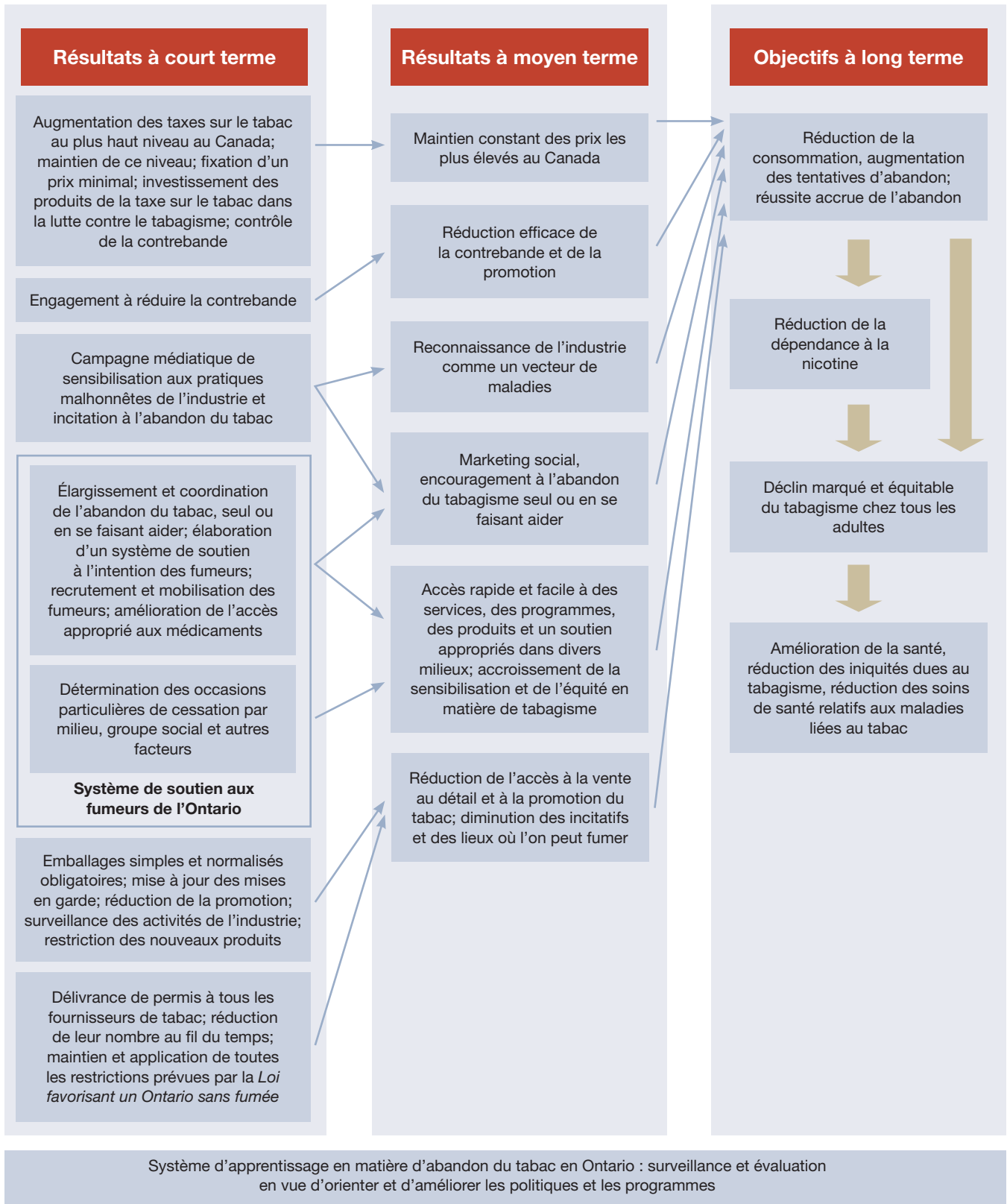




Stratégie de cessation recommandée par le CCS-SOSF

Objectif : Réduire le fardeau lié aux produits du tabac au moyen d'interventions visant l'abandon du tabac.







480 University Avenue, Suite 300
Toronto, Ontario M5G 1V2

Telephone: 647-260-7100
Facsimile: 647-260-7600

480, avenue University, 3^e étage
Toronto (Ontario) M5G 1V2

Téléphone : 647-260-7100
Télécopieur : 647-260-7600