

Document d'orientation sur la  
lutte globale antitabac

Direction des normes, des programmes et du développement communautaire  
Ministère de la Promotion de la santé  
mai 2010

Coprésidents du groupe  
de travail :

Vito Chiefari  
Michèle Harding

Membres du groupe de travail :

Carol Bossenberry  
Anne Marie Cyr  
Carol McDonald  
Kevin McDonald  
Steven Savvaïdis

Rédactrice du groupe de travail :

Harriet Robbins

Correctrice-révisure :

Diane Finkle Perazzo

**ISBN: 978-1-4435-2911-2**  
**2010 Imprimeur de la Reine pour l'Ontario**

**Publié pour le ministère de la Promotion de la santé**

## Table des matières

Remerciements.....	6
<b>1) Section 1. Introduction .....</b>	<b>7</b>
a) Élaboration des documents d'orientation du MPS .....	7
b) Grandes lignes du document .....	8
c) Public visé et raison d'être .....	9
<b>2) Section 2. Contexte .....</b>	<b>10</b>
a) Mobiliser les partenaires .....	12
b) Composantes de la stratégie Ontario sans fumée.....	14
c) Évolution de la stratégie Ontario sans fumée.....	19
<b>3) Section 3. Exigences des NSPO en matière de lutte globale contre le tabagisme .....</b>	<b>20</b>
<i>Exigence n° 1 : Surveillance et évaluation des besoins .....</i>	<i>20</i>
<i>Exigence n° 3 : Établissements d'enseignement (29–31) .....</i>	<i>22</i>
i) Évaluation de la situation .....	23
ii) Politiques.....	23
iii) Programmes et marketing social.....	23
iv) Évaluation et surveillance .....	23
v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental .....	24
<i>Exigence n° 4 : Lieux de travail (22–32) .....</i>	<i>25</i>
i) Évaluation de la situation .....	25
ii) Politiques.....	25
iii) Programmes et marketing social.....	26
iv) Évaluation et surveillance .....	26
v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental .....	26
<i>Exigence n° 5 : Établissements alimentaires (32).....</i>	<i>26</i>
i) Évaluation de la situation .....	27
ii) Politiques.....	27
iii) Programmes et marketing social.....	27
iv) Évaluation et surveillance .....	27
v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental .....	27
<i>Exigence n° 6 : Politiques publiques en faveur de la santé (32–35) .....</i>	<i>28</i>
i) Évaluation de la situation .....	28
ii) Politiques.....	28
iii) Programmes et marketing social.....	29
iv) Évaluation et surveillance .....	29
v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental .....	29

<i>Exigence n° 7 : Partenaires communautaires (36)</i> .....	31
i) Évaluation de la situation .....	31
ii) Politiques .....	31
iii) Programmes et marketing social .....	32
iv) Évaluation et surveillance .....	32
v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental .....	32
<i>Exigence n° 9 : Services d'abandon du tabagisme à l'intention des groupes prioritaires (37-39)</i> ..	33
i) Évaluation de la situation .....	33
ii) Politiques .....	33
iii) Programmes et marketing social .....	34
iv) Évaluation et surveillance .....	34
v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental .....	34
<i>Exigence n° 11 : Sensibilisation du public et marketing social</i> .....	36
i) Évaluation de la situation .....	36
ii) Politiques .....	36
iii) Programmes et marketing social .....	37
iv) Évaluation et surveillance .....	37
v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental .....	37
<i>Exigence n° 12 : Renseignements et conseils</i> .....	38
i) Évaluation de la situation .....	38
ii) Programmes et marketing social .....	38
iii) Évaluation et surveillance .....	38
iv) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental .....	38
<i>Exigence n° 13 : Conformité au programme de lutte antitabac</i> .....	39
i) Évaluation de la situation .....	39
ii) Politiques .....	39
iii) Programmes et marketing social .....	39
iv) Évaluation et surveillance .....	39
v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental .....	39
<b>4) Section 4. Intégration</b> .....	40
<i>Exigence n° 1 : Surveillance et évaluation des besoins</i> .....	40
<i>Exigence n° 3 : Établissements d'enseignement</i> .....	40
<i>Exigence n° 4 : Lieux de travail</i> .....	40
<i>Exigence n° 5 : Établissements alimentaires</i> .....	40
<i>Exigence n° 6 : Politiques publiques en faveur de la santé</i> .....	40
<i>Exigence n° 7 : Partenaires communautaires</i> .....	40
<i>Exigence n° 9 : Services d'abandon du tabagisme à l'intention des groupes prioritaires</i> .....	41
<i>Exigence n° 11 : Sensibilisation du public et marketing social</i> .....	41
<i>Exigence n° 12 : Renseignements et conseils</i> .....	41
<i>Exigence n° 13 : Conformité au programme de lutte antitabac</i> .....	41
<b>5) Section 5. Ressource</b> .....	42
<i>Exigence n° 1 : Surveillance et évaluation des besoins</i> .....	42
<i>Exigence n° 3 : Établissements d'enseignement</i> .....	42
<i>Exigence n° 4 : Lieux de travail</i> .....	42
<i>Exigence n° 5 : Établissements alimentaires</i> .....	42
<i>Exigence n° 6 : Politiques publiques en faveur de la santé</i> .....	42
<i>Exigence n° 7 : Partenaires communautaires</i> .....	43
<i>Exigence n° 9 : Services d'abandon du tabagisme à l'intention des groupes prioritaires</i> .....	43
<i>Exigence n° 11 : Sensibilisation du public et marketing social</i> .....	43
<i>Exigence n° 12 : Renseignements et conseils</i> .....	43
<i>Exigence n° 13 : Conformité au programme de lutte antitabac</i> .....	43

<b>6) Section 6. Conclusion</b> .....	44
<b>Références</b> .....	45
<b>Liste des tableaux</b>	
<i>Tableau 1.</i> Modèle logique du système Ontario sans fumée.....	15
<i>Tableau 2.</i> Modèle logique de prévention Ontario sans fumée .....	16
<i>Tableau 3.</i> Modèle logique d'abandon Ontario sans fumée .....	17
<i>Tableau 4.</i> Modèle logique de protection Ontario sans fumée.....	18

## Remerciements

Le Groupe de travail sur la lutte globale antitabac aimerait remercier les personnes et les organismes suivants qui ont participé à l'élaboration de ce document d'orientation.

Harriet Robbins, notre rédactrice et principale recherchiste, et John Garcia, d'Action Cancer Ontario, qui ont généreusement partagé leur expérience et leurs connaissances approfondies en matière de lutte antitabac et qui nous ont permis de déterminer rapidement les options pour adopter les nouvelles Normes de santé publique de l'Ontario (NSPO) et d'élaborer le document d'orientation;

Diane Finkle Perazzo qui a contribué à rendre ce document lisible;

Les médecins hygiénistes et leurs collègues des bureaux de santé qui ont accordé du temps aux membres de notre Groupe de travail et mis des locaux à leur disposition pour la rédaction de ce document;

L'équipe de l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario qui a accepté de vérifier l'information dans un très court délai.

Nous remercions également les membres du Comité directeur du projet ainsi qu'Action Cancer Ontario et le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario : leur orientation stratégique et leur soutien à la rédaction ont été d'une aide inestimable.

À titre que coprésidents, nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux membres du Groupe de travail qui ont partagé avec enthousiasme les conclusions de leur analyse, leur expérience professionnelle, leur humour et leur temps pour réaliser cette tâche.

### **Vito Chiefari et Michèle Harding, coprésidents**

au nom du Groupe de travail sur la lutte globale antitabac

## Section 1. Introduction

Les *Normes de santé publique de l'Ontario* (NSPO) sont publiées par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, conformément à l'article 7 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS) Elles établissent les exigences applicables aux conseils de santé qui fournissent les différents programmes et services de santé publique. En vertu d'un décret en conseil, le ministère de la Promotion de la santé (MPS) a la responsabilité de plusieurs de ces normes : a) Santé génésique, b) Santé de l'enfant, c) Prévention des blessures et du mésusage de substances, et d) Prévention des maladies chroniques, ce qui inclut la lutte globale contre le tabagisme. Les NSPO relatives à la promotion de la santé établissent les exigences à l'égard des responsabilités complexes et à facettes multiples des conseils de santé locaux à ce chapitre. Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ) est quant à lui responsable, par décret également, de la surveillance des volets des normes Santé génésique et Santé de l'enfant qui ont trait au programme « *Bébés en santé, enfants en santé* ».

Les NSPO reposent sur quatre principes : le besoin, l'effet, la capacité ainsi que le partenariat et la collaboration. Une norme fondamentale couvre quatre aspects précis : a) l'évaluation de la santé de la population, b) la surveillance, c) la recherche et l'échange de connaissances et d) l'évaluation des programmes.

### a) Élaboration des documents d'orientation du MPS

Le MPS a travaillé en collaboration avec des spécialistes locaux en santé publique afin d'élaborer une série de documents d'orientation ayant pour but d'aider le personnel des conseils de santé à définir les questions et les approches nécessitant un examen local et à appliquer les normes. Bien que les NSOP et les protocoles connexes publiés par le ministère conformément à l'article 7 de la LPPS aient force obligatoire, la loi ne prévoit pas la mise en œuvre obligatoire des documents d'orientation qui ne sont pas incorporés par renvoi aux NSPO. Ils constituent des ressources visant à aider les professionnels au service des conseils de santé locaux à planifier et à accomplir les tâches dont ils sont responsables aux termes de la LPPS et des NSOP.

Les employés des ministères de la Santé et des Soins de longue durée, des Services à l'enfance et à la jeunesse, des Transports et de l'Éducation ont été consultés dans le cadre de l'élaboration des documents d'orientation. Le ministère de la Promotion de la santé a publié plusieurs documents à l'appui des programmes dont il est responsable, soit :

- la santé de l'enfant;
- le programme de santé de l'enfant – document d'orientation sur la santé bucco-dentaire
- la lutte globale contre le tabagisme;
- l'alimentation saine/l'activité physique/le poids santé;
- le panier de provisions nutritif;
- la prévention des blessures;
- la prévention du mésusage de substances;
- la santé génésique;
- la santé en milieu scolaire.

Le présent document d'orientation contient des indications précises sur les exigences des NSPO en lien avec la LUTTE GLOBALE CONTRE LE TABAGISME.

## b) Grandes lignes du document

La **section 2** de ce document d'orientation contient de l'information générale sur la lutte globale antitabac. Elle traite notamment de l'importance de cette question et du fardeau que représente le tabagisme. Elle comprend également un bref énoncé de l'orientation des politiques provinciales et des stratégies qui peuvent aider à alléger le fardeau du tabagisme, ainsi que des arguments et des raisonnements à l'appui de cette orientation. On s'y penche également sur l'importance du bien-être mental et les déterminants sociaux de la santé dont il faut tenir compte lorsqu'on aborde cette question.

La **section 3** explique chaque exigence des NSPO de 2008 qui s'appliquent à la lutte globale contre le tabagisme, dont elle inclut le libellé. Elle explique plus en détail l'exigence, en tenant compte des données probantes, des nouveautés et des priorités suggérées. Elle renferme les mesures recommandées (présentées selon différentes approches : évaluation de la situation, politiques, programmes et marketing social, évaluation et surveillance). Elle et donne des exemples de ce qui a été fait en Ontario et ailleurs et fournit des détails et des conseils pour adopter ou adapter ces approches et les incorporer dans les programmes locaux de promotion de la santé.

Pour la surveillance et l'évaluation des activités, les bureaux de santé devraient envisager de travailler avec les partenaires provinciaux en recherche et en évaluation (par exemple, l'Unité de recherche sur le tabac de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé) pour déterminer et utiliser les ressources, les services consultatifs ou les données démographiques et statistiques existants.

La **section 4** précise et étudie les sphères d'intégration avec d'autres exigences en matière de promotion de la santé. Cette section dresse la liste des composantes et des possibilités de partenariat à différents échelons avec des suggestions de rôles à chaque échelon de gouvernance en matière de santé publique (c.-à-d., conseils de santé, organismes communautaires et autres aux échelons provincial et municipal). De plus, elle signale les sphères d'intégration avec d'autres stratégies et programmes, notamment la stratégie Ontario sans fumée et le programme « Bébés en santé, enfants en santé ».

Enfin, la **section 5** dresse la liste des principaux outils, ressources et organisations qui peuvent aider les organismes locaux de santé publique dans la planification, l'application et l'évaluation des interventions de lutte contre le tabagisme. Quant à la **Section 6**, elle renferme la conclusion.

### c) Public visé et raison d'être

Ce document d'orientation vise à servir d'outil définissant les principaux concepts et ressources pratiques pouvant être utilisés par les employés du secteur de la santé publique aux fins de planification de la promotion de la santé. Il offre aux directeurs et au personnel de première ligne des conseils et des directives concernant une approche globale de promotion de la santé afin de répondre aux exigences des *Normes de santé publique de l'Ontario, 2008* relatives aux programmes Santé des enfants, Prévention des maladies chroniques, Prévention des blessures et du mésusage des substances et Santé génésique.

**Nota :** En cas de contradiction entre ce document d'orientation et les *Normes de santé publique de l'Ontario, 2008*, ces dernières auront préséance.

## Section 2. Contexte

Malgré les progrès récents réalisés en matière de réduction du tabagisme, le tabac reste le principal problème de santé publique en Ontario. Les maladies causées par le tabac sont bien loin d'être éradiquées. Plus de 1,6 million d'Ontariens (17 %) fument toujours (1) et l'on estime qu'environ 13 000 décès prématurés attribuables au cancer, aux maladies cardiovasculaires et aux maladies pulmonaires obstructives chroniques pourraient être évités chaque année dans la province. En 2002, on estimait que 22 % des décès prématurés (avant l'âge de 70 ans) étaient attribuables au tabagisme. Au cours de la même année, les coûts directs et indirects des problèmes liés au tabagisme étaient de 6,1 milliards de dollars, soit environ 502 \$ par personne (incluant les non-fumeurs) et 1,4 % du produit intérieur de la province (2). Il s'agit là de données prudentes qui sont vraisemblablement sous-estimées, car elles n'incluent pas les coûts des soins de santé privés et ne tiennent pas compte du coût de la souffrance humaine. Les complications postchirurgicales (comme la guérison des plaies, les effets sur le métabolisme des médicaments et l'incidence directe de l'usage du tabac sur la santé, les poumons et le système circulatoire) constituent également un défi de taille en matière de prestation de soins de santé de qualité et de rétablissement à la suite d'une maladie.

Les conséquences du tabagisme sont documentées depuis plus d'un demi-siècle (3). En plus d'être à l'origine de maladies cardiovasculaires et de 80 à 90 % des décès attribuables au cancer du poumon, le tabagisme peut générer différents types de cancer et de maladies respiratoires, compromettre la guérison des plaies, causer la cataracte et l'infertilité (4, 5). De plus, le taux de naissances prématurées, de syndromes de mort subite du nourrisson et de problèmes respiratoires, comme l'asthme et une capacité fonctionnelle respiratoire réduite, sont plus élevés chez les bébés des mères qui ont fumé pendant leur grossesse (5). Le nombre de maladies associées au tabagisme continue d'augmenter. Par exemple, les chercheurs ont récemment démontré que le tabagisme peut être associé au cancer du sein chez les femmes en pré-ménopause ou ménopausées et que la fumée secondaire peut être liée au cancer du sein chez les femmes en pré-ménopause (6). Des études commencent également à faire le lien entre le tabagisme et le diabète de type 2 (7).

La fumée secondaire est également à l'origine de maladies du cœur, de cancers des poumons, de cancers des sinus paranasaux, d'infections de l'oreille moyenne, de l'asthme et de maladies respiratoires (8, 9). On estime qu'en 2002, la fumée secondaire était à l'origine de 315 décès d'adultes et de 17 104 séjours à l'hôpital en soins actifs (2, 10).

Le tabagisme donne également lieu à des disparités sur le plan de la santé et de la mortalité (11). En Ontario, le nombre de fumeurs diminue au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente (4, 12). Par conséquent, le tabagisme peut vraisemblablement avoir une incidence plus élevée au sein des groupes socioéconomiques défavorisés et peut perpétuer les disproportions en matière de santé. Les disparités sociales liées au tabagisme ont de fortes chances de perdurer et même de s'aggraver, malgré un recul marqué de la prévalence du tabagisme (13). Alors que le tabagisme chez les adultes ontariens ayant un diplôme universitaire a considérablement diminué entre 2000 et 2007 (de 16 % à 8 %), des déclinés analogues n'ont pas été enregistrés chez les adultes ayant un diplôme d'études secondaires (de 30 % à 27 %) ou chez les cols bleus (32 % à 30 %) durant la même période (12, 14).

L'usage du tabac au sein de la population ontarienne varie considérablement. Par exemple, le taux de tabagisme est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes (20 % par rapport à 14 % en 2007) (14).

Le tabagisme est également plus élevé chez les jeunes adultes et, plus particulièrement, chez les jeunes hommes de 25 à 29 ans (37 %) (15). Le tabagisme au sein de la population autochtone en Ontario est au moins deux fois plus élevé que la moyenne provinciale. On constate également des taux plus élevés de tabagisme chez les Ontariens qui vivent dans les régions nordiques et rurales.

L'usage du tabac est associé avec plusieurs autres pathologies et facteurs de risque pour la santé (16). Par exemple :

- En Ontario, les joueurs modérés ou à problèmes enregistrent le taux de tabagisme le plus élevé (45 %).
- Les résidents ontariens qui déclarent être inactifs ou manger moins de cinq fruits ou légumes par jour ont enregistré un taux de tabagisme beaucoup plus élevé (22 % et 23 %) par rapport à la moyenne provinciale (19 %).
- Le taux de tabagisme des Ontariens qui déclarent que leur consommation d'alcool dépasse les recommandations en matière de consommation modérée ou qui souffrent de troubles de l'humeur est considérablement plus élevé (27 % et 34 % respectivement) que la moyenne provinciale (19 %).

En 2003, le gouvernement ontarien s'est engagé à réduire le fardeau des maladies causées par le tabac et des décès qui pourraient être évités dans la province. Cet engagement prévoyait la mise en œuvre d'un programme de sensibilisation dans les médias visant à réduire l'usage du tabac chez les enfants, les jeunes et les jeunes adultes, l'interdiction de fumer dans les lieux de travail et les lieux publics, l'augmentation des taxes provinciales sur les produits du tabac conformément à ce qui se fait dans les autres provinces canadiennes et l'accès à des services de consultation et des traitements de remplacement de la nicotine à toutes les personnes qui veulent arrêter de fumer.

Dans le cadre de cet engagement, le gouvernement de l'Ontario a adopté une loi et des règlements pour interdire l'usage du tabac dans les lieux publics et les lieux de travail et apporter des modifications à la commercialisation et à la vente au détail du tabac, plus particulièrement en matière d'accès aux produits du tabac par les mineurs. Les premières dispositions de la Loi favorisant un Ontario sans fumée sont entrées en vigueur le 31 mai 2006, la Journée mondiale sans tabac. Au début de la même année, le gouvernement avait également commencé à appliquer une série d'augmentations graduelles du taux de taxe provinciale sur le tabac. Le financement de la stratégie Ontario sans fumée se chiffre entre 40 et 60 millions de dollars par année et vise à soutenir et améliorer les programmes de lutte globale antitabac. Ces fonds ont permis de financer un large éventail de programmes pour améliorer le programme de lutte globale antitabac.

Au Canada et en Ontario en particulier, les organismes non gouvernementaux (ONG) comme la Société canadienne du cancer, la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario et l'Ontario Lung Association ont joué un rôle de premier plan pour faire avancer les programmes et les politiques de lutte contre le tabagisme. Depuis les années 1970, les ONG ont organisé plusieurs campagnes et événements à différents échelons. Plus important encore, en Ontario, au début des années 1990, les ONG ont mis sur pied la Campagne ontarienne d'action contre le tabac. Cette dernière a été l'élément moteur de la création d'un mouvement populaire à large assise menant à la prolifération de règlements partout en Ontario qui ont donné lieu à l'adoption d'une série de lois de lutte contre le tabagisme et ont ouvert la voie à de nombreuses autres initiatives. Les ONG ont participé au comité d'experts Tabac ou santé en 1999 et ont également mis en place les composantes clés de la stratégie provinciale de lutte contre le tabagisme, comme les campagnes de sensibilisation dans les médias, les programmes pour arrêter de fumer à l'intention de la population (le programme Téléassistance pour fumeurs) et autres composantes essentielles, comme les programmes à l'intention des jeunes et des écoles.

Les conseils de santé locaux de la province ont également joué un rôle important pour réduire la consommation du tabac, protéger la population contre la fumée secondaire et dissuader les jeunes d'utiliser les produits du tabac. En vertu du pouvoir conféré au ministre de la Santé et des Soins de longue durée par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, le gouvernement de l'Ontario adopte des règlements et finance les conseils de santé locaux, afin qu'ils puissent s'acquitter de leurs obligations. Depuis les années 1980, la prévention et la lutte contre le tabagisme sont une composante essentielle des programmes obligatoires pour les conseils de santé locaux, et bon nombre d'entre eux ont fait de la lutte contre le tabagisme une priorité. Les conseils de santé locaux ont joué et continuent de jouer un rôle charnière pour l'adoption et l'application de règlements ou de politiques en matière de lutte contre le tabagisme, et leurs efforts dépassent souvent leur mandat. Depuis 2005, les conseils de santé locaux ont reçu des fonds dans le cadre de la stratégie Ontario sans fumée et ces fonds doivent, par contrat, servir spécifiquement à la prestation de services communautaires de prévention, de protection et d'abandon du tabagisme, ce qui a permis d'accroître considérablement leurs efforts et leur portée en matière la lutte contre le tabagisme.

De toute évidence, même si le gouvernement de l'Ontario et ses partenaires ont réalisé des progrès importants, il reste beaucoup de choses à faire. Actuellement, plus de 1,6 million d'Ontariens fument et le tabagisme reste beaucoup trop élevé au sein des peuples autochtones, de certains groupes culturels, de groupes socioéconomiques défavorisés, d'utilisateurs de médicaments pour le traitement des troubles mentaux, de polytoxicomanes et d'autres groupes.

Certaines données (principalement anecdotiques) laissent entendre que l'usage du tabac sans fumée est en hausse, plus particulièrement au sein de certains sous-groupes et dans les régions nordiques de la province; toutefois, pour l'instant, les produits du tabac sans fumée constituent une faible composante du marché du tabac en Ontario. On s'inquiète également du fait que l'accessibilité accrue au tabac de contrebande ou de contrefaçon, et que des ventes illégales, pourraient saper les mesures d'imposition et de prévention (17, 18). Plusieurs groupes ont également intenté des poursuites pour récupérer les coûts des soins de santé liés à l'usage du tabac et, en 2009, le gouvernement de l'Ontario s'est joint à d'autres provinces pour poursuivre les compagnies de tabac, afin de recouvrer les coûts des soins de santé passés et courants.

Les défenseurs de la lutte contre le tabagisme continuent de rappeler aux gouvernements que des efforts additionnels doivent être déployés pour protéger le public et les individus (particulièrement les enfants) contre la fumée secondaire et, qu'ensemble, nous devons continuer de réduire l'accès aux produits du tabac et dénormaliser le tabagisme. Les intervenants et les défenseurs chevronnés en matière de lutte contre le tabagisme savent qu'il faut rester vigilant et continuer d'exercer des pressions sur l'industrie du tabac, ce qui comprend sa « dénormalisation ».

#### **a) Mobiliser les partenaires**

Depuis sa mise en œuvre, la stratégie de lutte contre le tabagisme de l'Ontario a été un projet de collaboration regroupant le gouvernement, des ONG, des coalitions communautaires locales (comme les réseaux régionaux antitabac) ainsi que plusieurs services de santé publique locaux et leurs partenaires communautaires, comme les hôpitaux, les centres de santé communautaire et les associations de professionnels pour la santé.

En 2005, la gestion du programme Ontario sans fumée et d'autres programmes de promotion de la santé a été transférée du ministère de la Santé et des Soins de longue durée au ministère de la Promotion de la santé (MPS) nouvellement créé. Le principal mandat du MPS consiste à coordonner et à offrir des programmes conçus pour améliorer la santé des collectivités. Le programme Ontario sans fumée s'inscrit dans un cadre de santé plus vaste

qui prend en compte les facteurs de risque pour la santé associés au tabagisme et les besoins des sous-groupes à risque élevé afin de favoriser des changements durables et efficaces sur le plan de la santé.

Le ministère de la Promotion de la santé finance un certain nombre de programmes conçus pour favoriser les partenariats. Le Programme de coordination de la lutte antitabac (Programme CLA) offre les services d'un coordonnateur – ou d'un gestionnaire – qui pilote le programme, et assure la coordination et la collaboration au sein des bureaux et services de santé publique et des collectivités en ce qui a trait à la lutte contre le tabagisme et aux autres facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Le programme organise des activités et des projets communautaires qui profiteront à la population et à sa santé, en contribuant à réduire l'usage du tabac et d'autres facteurs de risque étroitement liés.

Le MPS finance également sept réseaux régionaux antitabac (RRA) qui comptent chacun entre un et neuf services de santé publique. Les RRA facilitent la coordination à l'échelle locale et régionale, veillent à répondre aux besoins des services de santé publique et à optimiser l'utilisation efficace des ressources limitées.

Les RRA jouent également un rôle de premier plan en déterminant et en favorisant les occasions de collaboration entre les différents programmes des bureaux de santé publique, plus particulièrement pour l'élaboration des plans, des programmes et des projets régionaux. De plus, les RRA aident à évaluer les besoins de formation et d'assistance technique des services de santé publique, et à diffuser les politiques et activités du ministère. L'un des rôles les plus importants joués par les RRA consiste à planifier et à mettre en œuvre de grands projets régionaux, à coordonner les activités avec les médias régionaux et les relations publiques.

Chaque RRA compte un coordonnateur régional et un spécialiste de la formation des jeunes qui travaille avec les services de santé publique locaux, les ONG et les autres réseaux et groupes d'action de la région. Des rencontres ont lieu une fois par mois avec tous les services de santé publique et les ONG partenaires locales pour partager l'information, résoudre les problèmes et poursuivre la formation. Chaque semaine, les coordonnateurs régionaux et les spécialistes de la formation des jeunes participent à une téléconférence avec le ministère pour assurer la coordination à l'échelle de la province.

Chaque réseau régional antitabac compte également un comité directeur composé de sept à dix membres. Tous les comités directeurs fournissent des conseils et participent à la planification et à la prise de décisions. Les comités directeurs permettent de reconnaître et de perfectionner les compétences en leadership sur le plan local. Le comité directeur et ses sous-comités (c.-à-d., abandon du tabagisme, mise en application, formation et relations avec les médias et relations publiques) s'occupent également des tâches suivantes :

- Élaborer un plan annuel d'action régional qui dresse la liste des activités conjointes en matière d'abandon du tabagisme, de prévention du tabagisme chez les jeunes, de mise en application, de formation, de relations avec les médias et de relations publiques.
- Déterminer les besoins de formation de base dans la région.
- Déterminer les activités conjointes dans les domaines de l'abandon, de la prévention chez les jeunes et de la mise en application.
- Déterminer et coordonner les activités de relations publiques à l'échelle locale.
- Déterminer et gérer le financement d'initiatives de relations avec les médias et de relations publiques, en fonction du budget.
- Faciliter le dialogue entre le ministère et les programmes locaux.

- Planifier et participer à l'animation des rencontres régionales du réseau.
- Faciliter l'intégration et la collaboration avec d'autres programmes et réseaux de prévention des maladies chroniques.

Les 36 services de santé publique de l'Ontario reçoivent des fonds pour organiser différentes activités de lutte contre le tabagisme qui correspondent aux meilleures pratiques reconnues internationalement dans la lutte globale antitabac (19). Ces activités incluent la sensibilisation de la population aux initiatives publiques, ainsi qu'aux lois et règlements en matière de lutte contre le tabagisme, l'application des lois et règlements et l'organisation d'activités pour les jeunes dans leur région. Chaque programme de lutte globale antitabac comprend une série de résultats attendus décrits dans une entente de financement. Chaque année, les services de santé publique locaux présentent un plan de travail qui précise les activités prévues dans le cadre des modèles logiques du programme de lutte contre le tabagisme, et des plans provinciaux et régionaux. Les plans de travail tiennent compte à la fois des priorités du ministère, comme les interventions auprès des groupes à risque élevé, par exemple les Autochtones, les francophones, les cols bleus et les autres groupes prioritaires, ainsi que les priorités locales déterminées dans le cadre du processus de planification du conseil de santé. Chaque service de santé publique emploie un coordonnateur à temps plein chargé d'organiser les activités de lutte contre le tabagisme au sein du service et d'intégrer la lutte antitabac dans d'autres domaines de prévention des maladies chroniques.

### b) Composantes de la stratégie Ontario sans fumée

La stratégie Ontario sans fumée est une stratégie de lutte globale antitabac à plusieurs paliers. Elle vise à éliminer les maladies et les décès liés au tabac en :

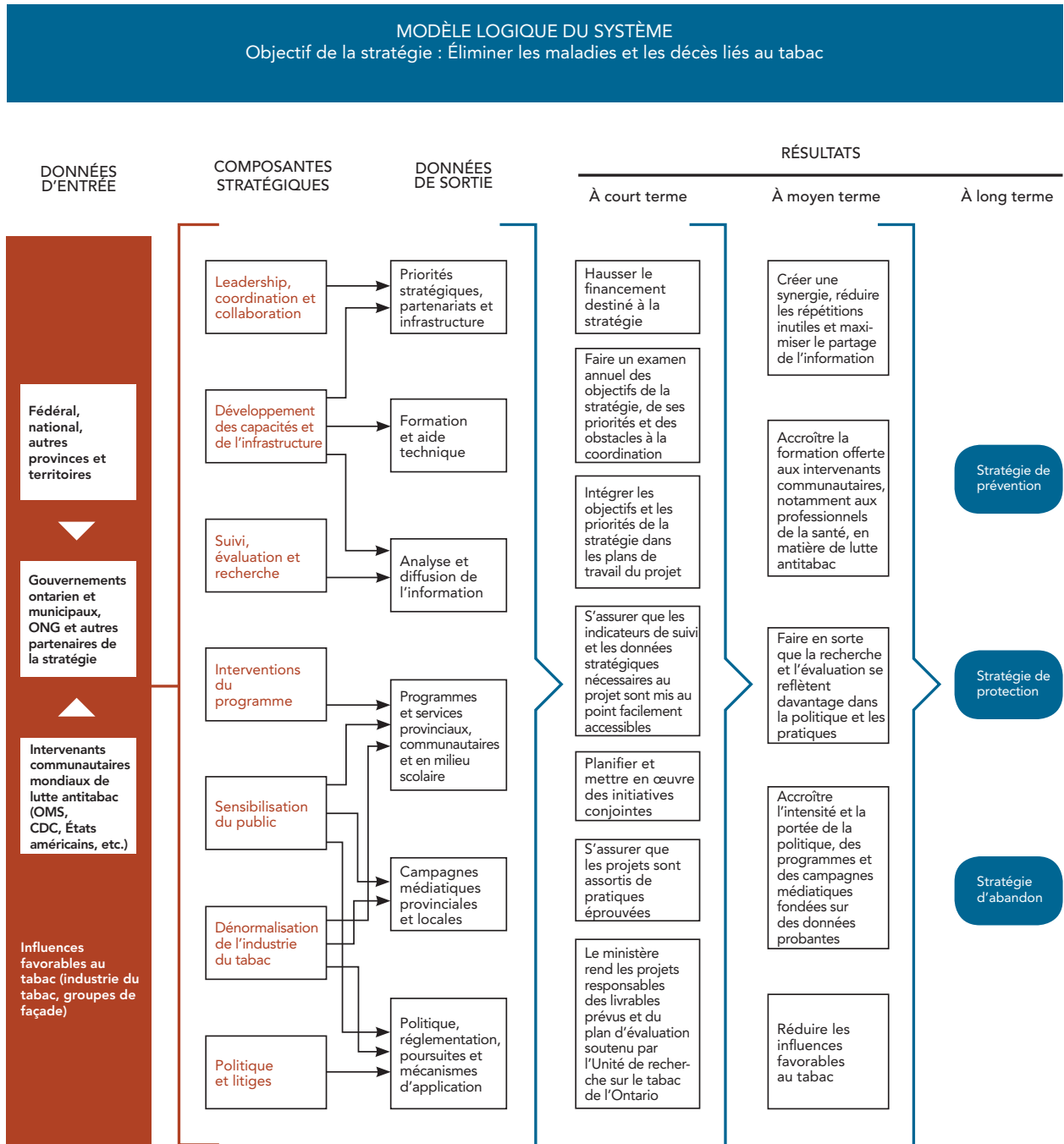
- Prévenant l'initiation au tabagisme et la généralisation de l'usage du tabac chez les enfants, les jeunes et les jeunes adultes.
- Protégeant la santé des Ontariens en éliminant l'exposition involontaire à la fumée secondaire.
- Encourageant l'abandon du tabagisme en motivant et en aidant les gens à arrêter de fumer.

Ces objectifs et les stratégies associées étaient appuyés par les stratégies correspondantes suivantes : sensibilisation du public/marketing social, développement des ressources et suivi et évaluation systémiques.

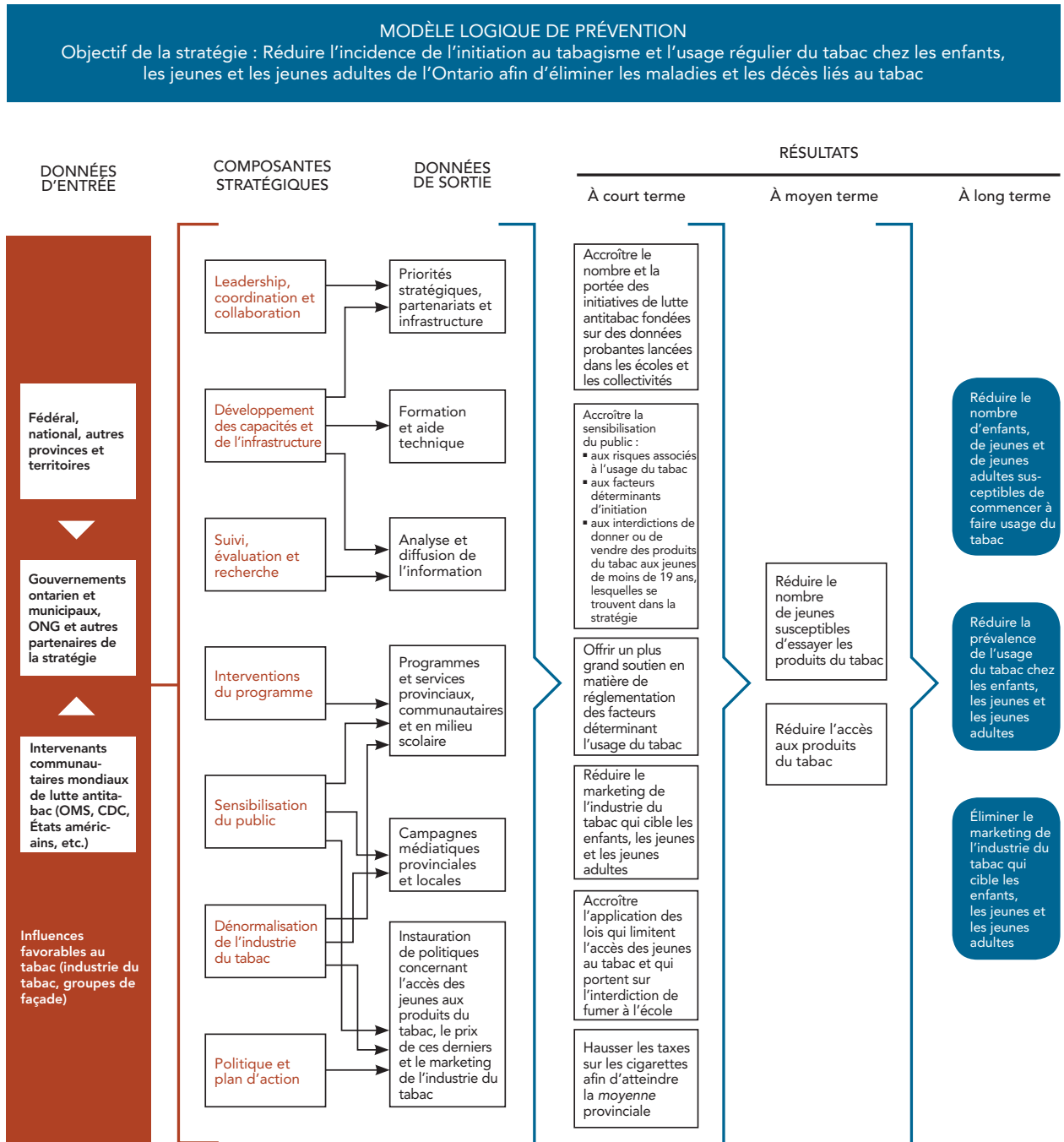
Lors de la planification de sa stratégie Ontario sans fumée, le gouvernement ontarien a utilisé les meilleures pratiques de lutte contre le tabagisme. Il s'est inspiré dans une large mesure du document *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs* publié par les Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis. L'approche exhaustive préconisée par ces derniers a été modifiée pour tirer parti des expériences et des leçons apprises par certaines régions l'ayant adoptée, des caractéristiques propres à l'Ontario, y compris les antécédents en matière de lutte antitabac, la structure et l'organisation du système de santé publique et les directives du gouvernement (20–28).

En 2003, l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, à la demande du comité directeur de la Stratégie antitabac de l'Ontario (précurseur de la stratégie Ontario sans fumée), a élaboré une série de modèles logiques scientifiques pour orienter le déploiement des activités de lutte contre le tabagisme, ce qui a mené à l'élaboration de la stratégie Ontario sans fumée. Ces modèles logiques ont repris les trois objectifs ou piliers de la stratégie Ontario sans fumée pour définir des stratégies et des activités fondées sur des données probantes qui entraînent les résultats souhaités. Ils fournissent une image visuelle afin que tous les intervenants comprennent la raison d'être et les ressources qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs de cette stratégie complexe à facettes multiples. Comme il est précisé dans les modèles logiques, la stratégie Ontario sans fumée est une stratégie intégrée, dynamique et axée sur les résultats.

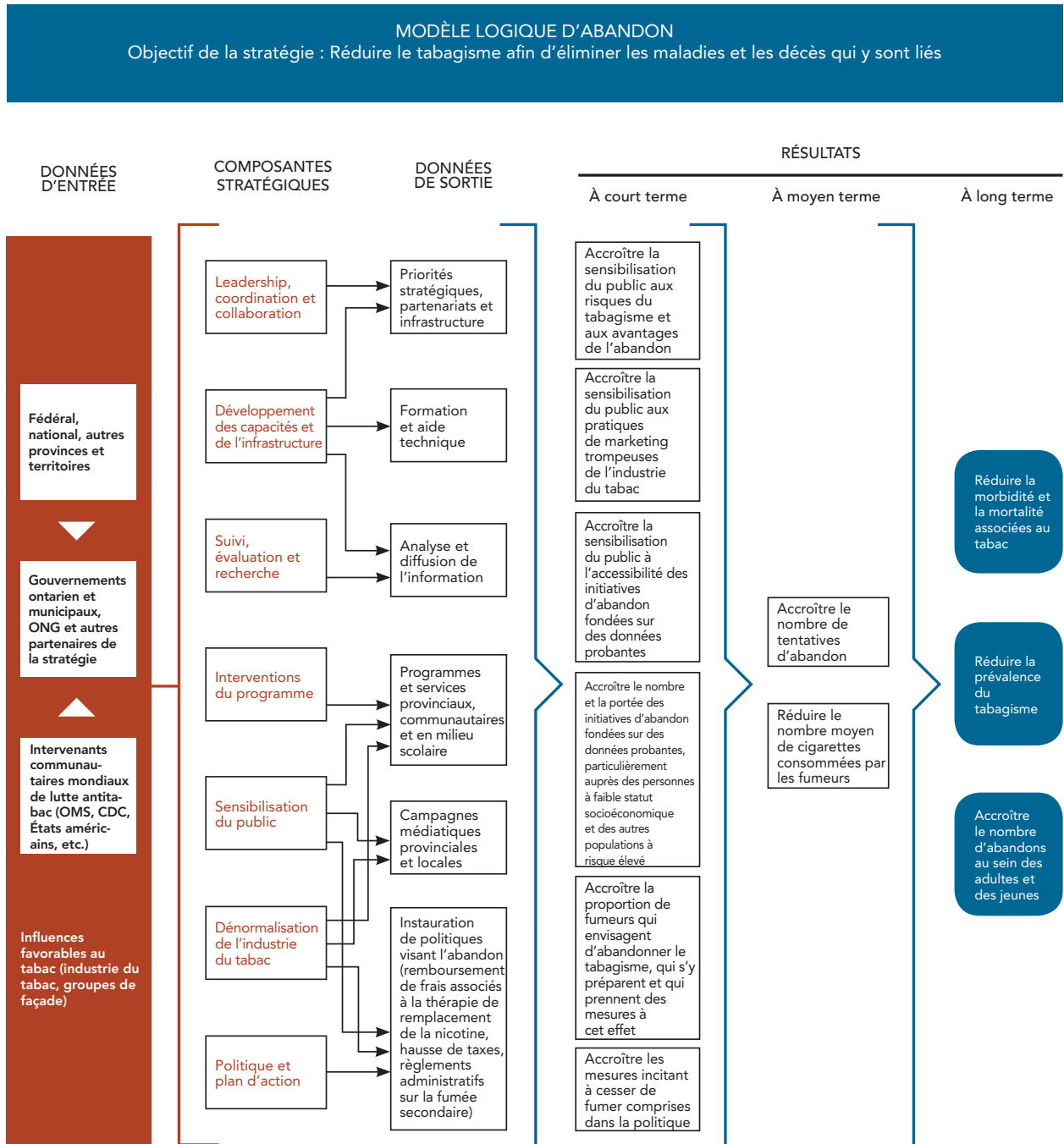
**Tableau 1. Modèle logique du système Ontario sans fumée**



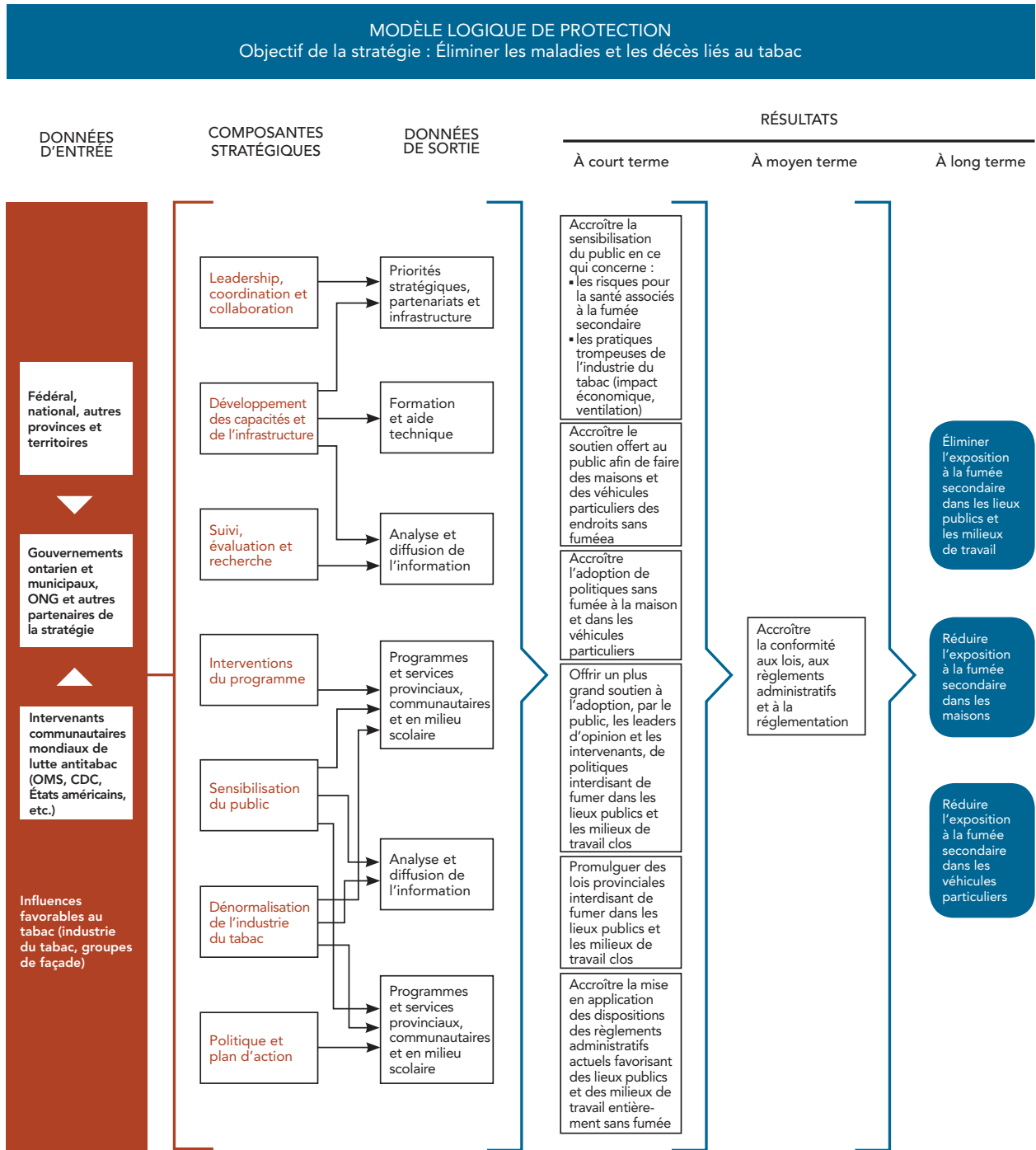
**Tableau 2. Modèle logique de prévention Ontario sans fumée**



**Tableau 3. Modèle logique d'abandon Ontario sans fumée**



**Tableau 4. Modèle logique de protection Ontario sans fumée**



Les modèles logiques comptent sept composantes stratégiques importantes.

1. *Leadership, coordination et collaboration* – incluant la collaboration pour articuler une vision et un plan réalisable dans toutes les régions.
2. *Développement des capacités et de l'infrastructure* – incluant l'évaluation des compétences, ainsi que les changements organisationnels et les changements de système nécessaires pour déployer des stratégies exhaustives, intégrées et durables.
3. *Suivi, évaluation et recherche* – incluant le suivi des progrès, les leçons tirées de l'expérience et l'établissement d'un calendrier de recherche qui déterminera les actions futures.
4. *Interventions du programme* – incluant la conception et la mise en œuvre des programmes, l'élaboration et la distribution de matériel didactique, les interventions comportementales et environnementales (par exemple, politiques) et les interventions du système pour faciliter le changement.
5. *Sensibilisation du public* – incluant la conception de campagnes médiatiques communiquant des messages intégrés aux programmes et services dans des milieux précis, notamment l'éducation, les soins de santé et les lieux de travail pour insuffler le changement au sein de groupes prioritaires et des publics visés.
6. *Dénormalisation de l'industrie du tabac* – incluant l'information du public sur le rôle de l'industrie du tabac dans le développement et le maintien de l'épidémie, et du fait que ces pratiques ne sont pas des pratiques d'affaires normales et légitimes. (Cela suppose également une responsabilité sociale et organisationnelle, et non seulement une responsabilité individuelle, pour orienter l'élaboration et la mise en place des politiques et des programmes.)
7. *Politique et plan d'action* – incluant l'accent sur les réformes législatives et réglementaires, dont la taxation pour influencer le prix, mais également des politiques et des mesures plus larges pour inclure des politiques privées et facultatives afin de restreindre et d'éliminer le tabagisme dans différents endroits (par exemple, politiques individuelles pour bannir l'usage du tabac à la maison).

### c) Évolution de la stratégie Ontario sans fumée

En 2009, le ministère de la Promotion de la santé (MPS) a adopté une série de processus pour reformuler/restructurer et étendre la stratégie de l'Ontario en matière de *lutte contre le tabagisme*, y compris la stratégie Ontario sans fumée. Ces processus devraient mettre à jour les objectifs et les modèles logiques de la stratégie. À cette fin, le ministère a sollicité l'aide de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé pour mettre sur pied un Comité consultatif scientifique en vue d'étudier les données probantes à l'appui des actions futures, ainsi que les points suivants :

- Le Groupe consultatif de la Stratégie antitabac, composé de représentants des principaux intervenants et du gouvernement, a pour mission de faire des recommandations sur le nouveau plan quinquennal de lutte contre le tabagisme.
- Une équipe d'examen responsable de l'élaboration d'un Plan d'action pour l'abandon du tabagisme en vue de faciliter la mise au point de systèmes intégrés d'abandon du tabagisme.

De plus, en misant sur l'expérience accumulée dans le cadre de programmes antitabac s'adressant aux jeunes, le MPS étudie d'autres modèles plus durables pour mobiliser les jeunes qui permettront la mise en place de programmes axés à la fois sur la lutte antitabac et les facteurs de risque associés.

## Section 3. Exigences des NSPO en matière de lutte globale contre le tabagisme

**NOTA :** Les exigences n° 2 (suivi du prix des aliments composant un panier de provisions nutritif), n° 8 (amélioration des compétences en manipulation des aliments et promotion de bonnes habitudes alimentaires), et n° 10 (promotion de programmes de dépistage) ne s'appliquent pas directement à lutte globale contre le tabagisme et ne sont pas traitées dans le présent document.

### Exigence n° 1 : Surveillance et évaluation des besoins

Le conseil de santé doit effectuer une analyse épidémiologique des données de surveillance et examiner l'évolution des tendances au fil du temps, les nouvelles tendances et les groupes prioritaires, conformément au **Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population, 2008** (ou à la version en vigueur), concernant ce qui suit :

- une saine alimentation;
- le poids santé;
- **la lutte globale contre le tabagisme;**
- l'activité physique;
- la consommation d'alcool;
- l'exposition au rayonnement ultraviolet.

Le conseil de santé doit :

- Obtenir, collecter et gérer des données quantitatives et qualitatives, analyser et interpréter l'information, en utilisant plusieurs sources d'information pour la planification et la prise de décision concernant l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de lutte globale antitabac. L'information doit inclure des sources de données utiles aux programmes pour 1) effectuer des évaluations des besoins et des évaluations de situation, 2) déterminer et faire le suivi de la mise en place de la politique, 3) instaurer des programmes et activités de marketing social et 4) évaluer et faire le suivi des programmes.

Exemples de sources de données :

- Rapports et publications fédéraux et provinciaux;
  - Systèmes de collecte des données d'inspection sur les produits du tabac;
  - Systèmes de suivi et d'évaluation du rendement;
  - Rapports du ministère de la Santé et des Soins de longue durée – profils de santé publique;
  - Sondages (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Système rapide de surveillance des facteurs de risque, sondages de l'opinion publique, Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario, Système d'intervention, de planification et d'évaluation de la santé dans les écoles);
  - Systèmes d'information géospatiale (SIG);
  - Évaluations de situation effectuées par la municipalité, les bureaux de santé ou le conseil de planification sociale;
  - Documentation (jugée par les pairs ou documentation parallèle, incluant notamment les publications des centres de ressources de l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario et d'Ontario sans fumée, comme les documents du Centre de formation et de consultation [CFC]);
  - Documents des politiques et des programmes;
  - Suivi des appels téléphoniques aux bureaux de santé pour réunir les renseignements sur les collectivités.
- Faire le suivi de la prévalence du tabagisme, de la consommation et des tendances de l'industrie en matière de publicité en déterminant les groupes cibles pour les programmes et services.

- Évaluer la portée et l'incidence du programme en utilisant une approche qui tient compte du programme et de son contexte.
- Évaluer l'usage du tabac par rapport aux autres comportements connexes présentant un risque pour la santé pour déterminer les possibilités d'harmonisation et de collaboration.
- Préparer des rapports et des présentations pour informer le conseil de santé et ses partenaires communautaires des tendances émergentes en matière de lutte contre le tabagisme.

### **EXEMPLE I : Évaluation des lacunes dans les services d'abandon du tabagisme**

L'évaluation des lacunes en matière de services est une première étape essentielle pour planifier des services d'abandon du tabagisme. Une méthode d'évaluation a été mise à l'essai par le Bureau de santé du district de Simcoe-Muskoka en 2007-2008 avec l'aide de l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. Une attention particulière a été apportée pour comprendre les besoins en matière de services d'abandon du tabagisme des groupes à haut risque. Les méthodes d'évaluation incluaient notamment ce qui suit :

- une analyse de l'environnement;
- des entrevues informatives clés;
- un sondage téléphonique auprès des fumeurs et des nouveaux non-fumeurs;
- des interrogations au passage de fumeurs des sous-groupes prioritaires (par exemple, jeunes adultes et cols bleus);
- des entrevues semi-structurées de fumeurs et de gestionnaires d'organismes communautaires et de lieux de travail appropriés.

Les résultats de l'évaluation des besoins ont permis Bureau de santé du district de Simcoe-Muskoka de comprendre la portée des services d'abandon du tabagisme actuellement offerts et les possibilités de conclure des partenariats avec des fournisseurs de services d'abandon du tabagisme. Cette évaluation a également souligné et documenté le besoin d'étendre les services d'abandon du tabagisme dans le district de Simcoe-Muskoka. L'évaluation fournit des renseignements importants qui aideront le bureau de santé à mieux cibler les services aux jeunes adultes et autres groupes non desservis.

### Exigence n° 3 : Établissements d'enseignement (29–31)

Le conseil de santé doit collaborer avec les conseils scolaires et le personnel des établissements d'enseignement élémentaire, secondaire ou postsecondaire en utilisant une approche globale de la promotion de la santé afin d'influencer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques favorisant la santé ainsi que la création de milieux favorables en rapport avec ce qui suit :

- une saine alimentation;
- le poids santé;
- **la lutte globale contre le tabagisme**
- l'activité physique;
- la consommation d'alcool;
- l'exposition au rayonnement ultraviolet.

Le conseil de santé doit notamment :

- a. évaluer les besoins des établissements d'enseignement;
- b. participer à l'élaboration ou à l'examen d'outils visant à appuyer le programme scolaire.

*Clarification* : Les établissements d'enseignements incluent les écoles élémentaires et secondaires, les établissements d'enseignement postsecondaires, comme les écoles de métiers, les programmes d'apprentissage, les collèges et universités, et les programmes de formation des adultes. Le terme *établissement d'enseignement* est utilisé de façon interchangeable avec le terme *école*.

Le recoupement avec le *Document d'orientation sur la santé en milieu scolaire* et la coordination des activités avec les collègues de la santé en milieu scolaire et les autres collègues, notamment ceux fournissant des services de santé bucco-dentaire, sont encouragés pour déterminer les possibilités de mise en commun des programmes. De plus, dans les milieux appropriés, faire le lien entre les programmes sur le tabagisme et ceux sur le mésusage de l'alcool (cross-reference to *Document d'orientation sur la prévention du mésusage de substances*).

### ***i) Évaluation de la situation***

- Évaluer les besoins des établissements d'enseignement en matière de changement de politique et de programme (par exemple, Système d'intervention, de planification et d'évaluation de la santé dans les écoles, Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario et sondages informels auprès des étudiants) en collaboration avec les autorités scolaires et les étudiants.

### ***ii) Politiques***

- Élaborer et promouvoir des règlements et des politiques concernant l'exposition à la fumée secondaire, la vente de produits du tabac à proximité des établissements d'enseignement (par exemple, établir des zones sans produits du tabac à proximité des écoles), la fourniture de produits du tabac et l'usage du tabac (par exemple, tabac à mâcher et cigarettes) sur la propriété de l'école (politiques publiques).
- Veiller au respect des lois et des règlements provinciaux qui interdisent de fumer sur la propriété de l'école (politiques publiques).
- Établir un consensus avec le service de santé publique de la région et le conseil scolaire (en fournissant des données probantes sur le fardeau financier et social des maladies liées à l'usage du tabac) sur l'importance de fournir de l'aide aux jeunes, aux jeunes adultes et à leurs parents pour arrêter de fumer (politiques organisationnelles).

### ***iii) Programmes et marketing social***

- Collaborer avec les conseils scolaires et mobiliser les autorités scolaires sur le besoin de régler le problème du tabagisme à l'aide d'approches fondées sur des données probantes.
- Élaborer et instaurer des activités de prévention axées sur les jeunes, encourager activement les jeunes à mettre en œuvre des politiques et des programmes scolaires et communautaires.
- Lier l'usage du tabac à ses effets négatifs sur d'autres centres d'intérêt des jeunes, comme le sport et les loisirs.
- Recommander des services d'abandon du tabagisme et aider les familles ayant des enfants d'âge scolaire et de jeunes adultes à utiliser ces services, si la chose est possible.
- Faire appel aux organismes et programmes provinciaux pour fournir le soutien et les services aux écoles et établissements d'enseignement postsecondaires et autres établissements de formation aux adultes.
- Fournir des possibilités de formation sur l'abandon du tabagisme aux professionnels de la santé œuvrant dans les écoles.
- Développer une approche de collaboration pour la prestation de services de santé publique dans les établissements scolaires. Promouvoir la lutte contre le tabagisme comme un élément prioritaire d'une approche globale de promotion de la santé en milieu scolaire.
- Établir des partenariats avec les écoles secondaires et établissements d'enseignement postsecondaires pour élaborer et mettre en œuvre des activités de lutte contre le tabagisme.
- Encourager les écoles à mettre en œuvre des politiques antitabac adaptées aux activités scolaires (par exemple, codes de conduite et politiques de sport sans tabac pour les équipes sportives de l'école).
- Harmoniser les activités avec les campagnes des réseaux régionaux antitabac (RRA).

### ***iv) Évaluation et surveillance***

- Créer des liens aux ressources utiles afin que les écoles et les établissements d'enseignement postsecondaires soient bien informés des nouvelles tendances en matière de lutte contre le tabagisme.
- Aider les écoles à évaluer l'incidence de leurs efforts dans la lutte antitabac (par exemple, passer en revue les politiques des écoles et des conseils scolaires et la conformité de celles-ci avec la Loi favorisant un Ontario sans fumée).

#### v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental

- Travailler avec les écoles pour s'adresser aux jeunes et aux jeunes adultes en utilisant des stratégies d'intervention fondées sur des données probantes qui ont de fortes chances de prévenir un premier usage ou de mettre fin au tabagisme. Cibler les jeunes et les jeunes adultes à risque (par exemple, faible statut socioéconomique, jeunes Autochtones; personnes qui n'ont pas d'aptitudes sociales, qui éprouvent de la difficulté avec le travail scolaire, qui ont une santé précaire et n'ont pas d'habiletés d'adaptation) au moment où une intervention a le plus de chance d'avoir une incidence.

#### **EXEMPLE II : Écoles saines : équipes de promotion de la santé en milieu scolaire/équipes d'intervention en santé de Hamilton**

Des rencontres périodiques avec le conseil scolaire ont lieu entre la direction et le personnel des services de santé publique et les surintendants et les conseillers des conseils des écoles publiques, catholiques et françaises. Les données 2006/07 du Système d'intervention, de planification et d'évaluation de la santé dans les écoles ont stimulé le dialogue avec les conseils scolaires. La communication des résultats du Système d'intervention, de planification et d'évaluation de la santé dans les écoles a aidé à :

- Dissiper les idées fausses sur l'usage du tabac chez les étudiants (par exemple, fumer sur la propriété de l'école).
- Déterminer les écoles à risque plus élevé pour intervenir.
- Illustrer l'importance de la lutte contre le tabagisme à l'école et promouvoir les programmes des services de santé publique de Hamilton (par exemple, HCAAT, *Teen Tobacco Summit* et subventions aux écoles secondaires).

Le partenariat avec les conseils scolaires a donné lieu à de nombreux résultats positifs, notamment :

- Cent pour cent de participation des écoles dans l'ancien programme de subventions des écoles secondaires d'Ontario sans fumée.
- Subventions accordées aux 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> années en réponse aux besoins déterminés par les conseils scolaires et le personnel des services de santé publique (15 écoles participantes en 2008/09).
- Conception et distribution de matériel électronique pour aider les professeurs à intégrer la prévention contre le tabagisme au sein du programme d'enseignement.
- Bulletins aux écoles qui fournissent de l'information sur les problèmes émergents en matière de lutte contre le tabagisme et présentent de nouvelles données (du Système d'intervention, de planification et d'évaluation de la santé dans les écoles, du Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario) pour différents publics (par exemple, les professionnels de la santé, les enseignants et les parents).

#### **EXEMPLE III : Écoles saines : partenariat entre les écoles à Ottawa**

À Ottawa, les résultats du Système d'intervention, de planification et d'évaluation de la santé dans les écoles ont été utilisés pour établir des liens avec les écoles secondaires. Les résultats du sondage du Système d'intervention, de planification et d'évaluation de la santé dans les établissements d'enseignement encouragent la communication avec le service de santé publique et les écoles, facilitent l'échange d'information, la planification et l'intervention à l'égard de l'usage du tabac par les étudiants à plusieurs échelons (école, conseil scolaire, collectivité). Par exemple, en 2005, les données du Système d'intervention, de planification et d'évaluation de la santé dans les écoles ont révélé que les étudiants étaient peu informés des règles et des conséquences liées à l'usage du tabac sur la propriété de l'école. Les employés de Santé publique Ottawa ont discuté de ces problèmes avec le personnel scolaire et ont distribué des panneaux d'affichage aux écoles. Les écoles ont précisé l'interdiction de fumer sur leur propriété dans les contrats de location, ont revu les mesures disciplinaires et ont mis au point du matériel éducatif. Les résultats ont également été utilisés pour encourager la participation des étudiants à la lutte contre le tabagisme dans les écoles secondaires d'Ottawa.

#### Exigence n° 4 : Lieux de travail (22–32)

Le conseil de santé doit utiliser une approche globale de la promotion de la santé pour accroître la capacité des lieux de travail d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des programmes favorisant la santé et pour créer des milieux favorables en rapport avec ce qui suit :

- une saine alimentation;
- le poids santé;
- **la lutte globale contre le tabagisme**
- l'activité physique;
- la consommation d'alcool;
- le stress au travail;
- l'exposition au rayonnement ultraviolet.

Le conseil de santé doit notamment :

- a. évaluer la situation conformément au Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population, 2008 (ou à la version en vigueur).
- b. examiner, adapter et offrir des ressources et des programmes favorisant un changement de comportement.

#### i) Évaluation de la situation

- Évaluer les besoins des lieux de travail dans la zone desservie par le bureau de santé (les lieux de travail doivent être définis sommairement afin d'inclure les établissements de soins de santé, les entreprises de services, de fabrication, d'exploitation minière et forestière, etc.) en vue d'apporter des modifications aux politiques et aux programmes. Travailler en collaboration avec les équipes de services de santé en milieu de travail des bureaux de santé publique locaux et régionaux :
  - ✓ Répertorier les lieux de travail existants dans la région : commencer par les lieux de travail susceptibles de produire des résultats marquants (par exemple grandes entreprises et cols bleus), mais également élaborer une stratégie pour dresser la liste des petites entreprises.
  - ✓ Aider les employeurs, les syndicats ou les groupes d'employés, selon le cas, à réaliser des sondages sur l'évaluation du milieu de travail et à mettre au point des dossiers d'analyse pour la lutte antitabac qui tiennent compte des besoins des travailleurs et des politiques et outils de soutien organisationnel pour la lutte antitabac. Identifier un défenseur de l'abandon du tabagisme dans le milieu de travail. S'ils existent, collaborer avec les comités de santé et de sécurité au travail pour déterminer le besoin d'initiatives de lutte contre le tabagisme (protection/abandon).

#### ii) Politiques

- Appliquer l'interdiction de fumer à l'intérieur des lieux de travail de la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* (politiques publiques).
- Promouvoir des espaces extérieurs sans fumée ni tabac sur les lieux de travail (par exemple, terrasses, propriétés des hôpitaux et des universités sans fumée et règle du 9 mètres de distance des entrées et sorties) (politiques organisationnelles et publiques).
- Élaborer et promouvoir des règlements et des politiques qui réduisent l'accessibilité aux produits du tabac sur les lieux de travail en dehors des points de vente au détail habituels (par exemple, cafétérias et restaurants sur le lieu de travail) (politiques publiques).
- Encourager les employeurs et les syndicats à inclure des services de consultation et de pharmacothérapie pour arrêter de fumer dans les régimes de soins de santé offerts aux employés (politiques organisationnelles et publiques).

- Encourager les employeurs et les syndicats à inclure des services de consultation sur l'abandon du tabagisme dans leurs programmes d'aide aux employés (PAE) (politiques organisationnelles et publiques).

### iii) Programmes et marketing social

- Sensibiliser le public et le milieu des affaires aux dispositions de la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* stipulant qu'il est interdit de fumer dans les lieux de travail clos, y compris les véhicules.
- Fournir une aide technique à la direction ou aux syndicats ou groupes d'employés pour établir et maintenir des lieux de travail sans fumée.
- Encourager les gestionnaires et les employés, par l'entremise des comités de santé et de sécurité au travail, des syndicats et des associations professionnelles, par exemple, à promouvoir des lieux de travail sans fumée ni tabac, et adresser les fumeurs à des services d'abandon du tabagisme.
- Désigner et appuyer un défenseur de l'abandon du tabagisme qui peut aider à élaborer et à mettre en œuvre les politiques et à promouvoir des activités de prévention et d'abandon du tabagisme.
- Recommander des services d'abandon du tabagisme aux employés qui ont besoin d'aide pour s'affranchir de leur dépendance à la nicotine (par exemple, recommander le service Téléassistance pour fumeurs, des programmes de santé communautaire ou des fournisseurs locaux).
- Organiser des concours pour arrêter de fumer sur les lieux de travail (par exemple, défis J'arrête, j'y gagne) en collaboration avec la direction et des groupes d'employés.

### iv) Évaluation et surveillance

- Effectuer des sondages sur les lieux de travail (par exemple, prévalence du tabagisme au travail et évaluation des politiques et autres services de soutien fournis par le milieu) pour déterminer le besoin et l'opportunité de mettre sur pied des politiques et des interventions. Partager les renseignements recueillis pour favoriser la compréhension des problèmes et des besoins.
- Aider les employeurs à évaluer l'efficacité de leurs politiques, programmes et avantages sociaux liés à la lutte antitabac et aux services d'abandon du tabagisme.

### v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental

- Communiquer avec les employeurs dont les employés affichant des taux élevés de tabagisme, comme les cols bleus, pour les aider à mettre en place des lieux de travail sans fumée conformément à la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*. Favoriser la compréhension des effets du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire dans le contexte de la santé et la sécurité au travail.
- Établir des liens avec les syndicats, les associations professionnelles, les organismes de travailleurs migrants et autres organismes professionnels ou connexes pour déterminer les problèmes en matière de conformité à la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* et pour promouvoir des lieux de travail sans fumée dans le contexte de la santé du travailleur.

### Exigence n° 5 : Établissements alimentaires (32)

*Le conseil de santé doit 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**.*

### **i) Évaluation de la situation**

- Évaluer et analyser les politiques de lutte antitabac qui ne sont pas prévues dans la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* en ce qui concerne l'exposition à la fumée secondaire dans les établissements d'alimentation (par exemple, terrasses, vendeurs ambulants et espaces extérieurs).
- Évaluer et analyser les politiques de lutte contre le tabagisme qui ne sont pas prévues dans la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* en ce qui concerne la vente de produits du tabac dans les établissements d'alimentation (par exemple, interdire la vente de produits du tabac à proximité des écoles).
- Évaluer et analyser les occasions où les objectifs de lutte antitabac peuvent être atteints par une inspection des aliments et des initiatives de promotion de saines habitudes alimentaires.

### **ii) Politiques**

- Élaborer et promouvoir des règlements administratifs ou des politiques organisationnelles pour des terrasses sans fumée (politiques organisationnelles et publiques).
- Élaborer et promouvoir des règlements administratifs ou des politiques organisationnelles pour éliminer la vente de produits du tabac dans les restaurants et autres établissements d'alimentation (politiques organisationnelles et publiques).
- Élaborer et promouvoir des règlements administratifs qui interdisent la vente de produits du tabac à proximité des écoles (politiques publiques).

### **iii) Programmes et marketing social**

- Sensibiliser le public et le milieu des affaires à la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* et aux autres lois, règlements et règlements administratifs.
- Promouvoir des politiques antitabac exemplaires (par exemple, restaurants avec des terrasses sans fumée et interdiction de vendre de produits du tabac à proximité des écoles) en ayant recours à des communications médiatiques payées ou offertes, si possible.
- Sensibiliser les employeurs qui ont des employés qui fument à offrir des services d'abandon du tabagisme (politiques organisationnelles).

### **iv) Évaluation et surveillance**

- Faire le suivi de la couverture médiatique des effets de la fumée secondaire et de l'élaboration de politiques concernant la vente au détail.
- Faire le suivi de l'évolution de la politique (se reporter à l'évaluation de la situation ci-dessus).

### **v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental**

- Aider les établissements alimentaires appartenant aux Premières nations et aux Autochtones à mettre en œuvre des politiques et pratiques pour arrêter de fumer.
- Pendant que le bureau de santé étudie les occasions d'intervention avec l'industrie des services alimentaires, étudier les problèmes possibles liés aux données démographiques des employés de cette dernière (par exemple, premiers emplois des jeunes, barrière de langue des nouveaux immigrants; travailleurs à bas salaires) et les possibilités de fournir de la formation et du soutien en ce qui a trait aux milieux de travail et aux lieux publics sans fumée, des programmes de prévention et d'abandon du tabagisme (voir Exigence n° 4 : Lieux de travail).

## Exigence n° 6 : Politiques publiques en faveur de la santé (32–35)

Le conseil de santé doit collaborer avec les municipalités pour soutenir les politiques publiques favorisant la santé ainsi que la création de milieux favorables dans les installations de loisir et l'environnement bâti en rapport avec ce qui suit :

- une saine alimentation;
- le poids santé;
- **la lutte globale contre le tabagisme**
- l'activité physique;
- la consommation d'alcool;
- l'exposition au rayonnement ultraviolet.

### i) Évaluation de la situation

- Étudier et comparer les politiques municipales des autres provinces, territoires ou pays en matière d'installations de loisir extérieures (par exemple, terrasses, parcs et installations récréatives sans fumée).
- Évaluer le soutien du public à l'égard d'une politique antitabac plus étendue, en utilisant, par exemple, le Système rapide de surveillance des facteurs de risque et les sondages informels.
- Effectuer une analyse de l'opinion des personnes concernées à l'égard de politiques antitabac plus étendues.
- Étudier les tendances dans la collectivité en ce qui concerne la vente, la promotion et l'usage du tabac (par exemple, contrebande, conformité à la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* ou commandites de l'industrie du tabac).

### ii) Politiques

- Encourager l'application de la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* (politiques publiques).
- Élaborer et promouvoir des règlements administratifs et des politiques qui contribuent à la fois à protéger les enfants, les jeunes et les adultes contre le tabagisme et la fumée secondaire, et à changer les normes sociales, y compris les règlements administratifs et les politiques qui portent sur :
  - ✓ Les installations récréatives extérieures sans fumée (par exemple, parcs, plages, terrains de jeux et terrains de sport extérieurs). Envisager l'élaboration de politiques portant sur l'usage de toutes les formes de tabac (politiques publiques et organisationnelles).
  - ✓ Événements municipaux en plein air et festivals sans fumée (politiques publiques).
  - ✓ Événements communautaires utilisant des installations ou des immeubles municipaux (politiques publiques).
  - ✓ Interdiction de fumer à une distance de neuf mètres des installations de soins de santé, des édifices publics et d'autres lieux de travail.
  - ✓ Interdiction de fumer sur les terrasses des restaurants (politiques organisationnelles).
  - ✓ Interdiction de fumer dans les hôtels et les motels (politiques organisationnelles et publiques).
- Encourager l'adoption volontaire de politiques sans fumée à la maison (maisons unifamiliales et immeubles résidentiels) afin de protéger les résidents non-fumeurs et le public des effets nocifs de la fumée secondaire (politiques publiques).<sup>1</sup>
- Encourager la conformité aux lois interdisant de fumer dans les véhicules afin de protéger les personnes contre les effets nocifs de la fumée secondaire (politiques publiques).
- Limiter le nombre de points de vente au détail de produits du tabac par le zonage et l'octroi de permis, plus particulièrement à proximité des écoles primaires et secondaires (politiques publiques).

<sup>1</sup>Du matériel de référence sur le tabagisme dans les immeubles multifamiliaux est disponible auprès de la Fondation pour la lutte contre le tabac.

- Élaborer des stratégies pour encourager la conformité aux politiques et aux lois antitabac, incluant la révocation des permis et l'augmentation progressive des amendes (politiques publiques).
- Enquêter sur les possibilités au sein des municipalités d'appuyer les efforts d'abandon du tabagisme (par exemple, réserver de l'espace publicitaire auprès des municipalités pour les publicités qui encouragent les fumeurs à arrêter de fumer ou jouer un rôle de chef de file à titre d'employeur pour faire la promotion de services de consultation et de pharmacothérapie pour arrêter de fumer) (politiques organisationnelles).
- Encourager les partenaires communautaires à adopter des politiques interdisant d'accepter de l'argent de l'industrie du tabac (politiques organisationnelles).

### **iii) Programmes et marketing social**

- Promouvoir le besoin de politiques et de milieux sans fumée au moyen de communications médiatiques payées ou offertes.
- Sensibiliser les décideurs (secteurs public et privé) (par exemple, élus municipaux, chefs d'entreprise, propriétaires et clubs philanthropiques) à la nécessité d'apporter des changements précis aux politiques.
- Encourager les municipalités à financer les programmes de pharmacothérapie pour arrêter de fumer au sein des groupes prioritaires.
- Promouvoir et encourager la planification de festivals et d'événements municipaux sans fumée.
- Mobiliser les jeunes et encourager leur participation et leur leadership dans le cadre des efforts pour changer les politiques.
- S'associer à d'autres bureaux de santé, notamment ceux qui font partie du réseau régional antitabac, pour réaliser des économies d'échelle dans l'élaboration de mesures et de programmes communs et l'utilisation optimale des ressources limitées afin de se doter de politiques en faveur de la santé efficaces.
- Travailler avec les Premières nations et les autres partenaires de la communauté autochtone pour encourager la formation et l'élaboration de politiques publiques concernant l'usage du tabac au sein de leur communauté.

### **iv) Évaluation et surveillance**

- Faire le suivi de la couverture médiatique des politiques publiques en faveur de la santé.
- Effectuer des sondages formels et informels qui font le suivi de la conformité aux lois sur les véhicules sans fumée et l'adoption de politiques sans fumée à la maison.
- Faire le suivi de l'évolution de l'opinion publique favorable à la lutte antitabac dans la région.
- Faire le suivi des développements des politiques et des règlements administratifs.

### **v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental**

- Travailler avec les municipalités et les promoteurs de coopératives d'habitation pour élaborer des politiques qui favorisent les lieux publics sans fumée ou des logements communautaires sans fumée (par exemple, étages, immeubles ou projets d'habitation désignés non-fumeurs).
- Encourager la prestation de services d'abandon du tabagisme et de pharmacothérapie aux groupes à faible statut socioéconomique et aux personnes souffrant de dépendance, comme l'alcoolisme et le jeu compulsif.

### **EXEMPLE V : Politique publique favorisant la santé à Woodstock**

La ville de Woodstock, en Ontario, a adopté un règlement sur les espaces extérieurs. Le nouveau règlement antitabac interdit ce qui suit :

- Fumer à moins de 30 mètres du matériel de terrains de jeu dans les parcs de la ville.
- Fumer à moins de 15 mètres d'un terrain récréatif en cours d'utilisation.
- Fumer à moins de neuf mètres des portes d'un immeuble municipal.
- Fumer à moins de quatre mètres d'un arrêt ou d'un abri d'autobus.
- Annexe A : À l'intention des propriétaires d'entreprises qui souhaitent que leur propriété soit régie par le règlement administratif à des fins de mise en application.
- Annexe B : À l'intention des organisateurs d'événements communautaires qui souhaitent demander que leur événement soit considéré comme un événement sans fumée à des fins de mise en application du règlement.

Le nouveau règlement de Woodstock est le fruit d'un effort coordonné entre le Conseil interagences d'Oxford sur le tabagisme et la santé, le Bureau de santé du comté d'Oxford, la Ville de Woodstock et Ontario sans fumée.

L'Université de Waterloo a obtenu une subvention de recherche pour effectuer une étude longitudinale des fumeurs et des non-fumeurs afin d'évaluer l'incidence du règlement.

Ce projet, qui s'inspire de l'expérience de modification du règlement de la Ville de Collingwood, est actuellement mis en place dans d'autres collectivités en Ontario. À Toronto seulement, plus de 830 terrains de jeu deviendront sans fumée lorsque la modification entrera en vigueur.

### **EXEMPLE VI : Mobilisation des jeunes à l'égard de la politique publique favorisant la santé**

La *North West Area Youth Coalition* a organisé 13 événements pour obtenir l'appui de la collectivité à des parcs et des plages sans fumée. Les événements faisaient partie d'une campagne de formation régionale qui s'est déroulée pendant tout l'été dans le but de changer les normes sociales concernant l'usage du tabac dans les collectivités. La coalition a ainsi organisé des marches et des rassemblements, des activités de nettoyage des mégots de cigarette, une foule d'activités pour les enfants et des cérémonies de plantation d'arbres. Les événements ont fait l'objet d'une vaste couverture médiatique (17 mentions à la radio et dans les médias écrits, ainsi que de nombreux éditoriaux et lettres des lecteurs dans le plus important journal communautaire de la région, *The Chronicle Journal*).

Une campagne de cartes postales menée dans le cadre d'une stratégie de lobbying a recueilli plus de 5 000 signatures. En octobre 2008, la *Youth Action Alliance* et la *Youth Advocacy Training Institute*, en collaboration avec des partenaires communautaires (dont *Tobacco Free Thunder Bay* et l'association médicale de la région) ont présenté les signatures au conseil municipal de Thunder Bay. Au printemps de 2009, le conseil a adopté un règlement visant à bannir le tabac des parcs et des plages de la ville.

## Exigence n° 7 : Partenaires communautaires (36)

Le conseil de santé doit accroître la capacité des partenaires communautaires de coordonner et d'élaborer des programmes et des services régionaux ou locaux liés à ce qui suit :

- une saine alimentation, y compris des activités communautaires liées à l'alimentation;
- le poids santé;
- **la lutte globale contre le tabagisme**
- l'activité physique;
- la consommation d'alcool;
- l'exposition au rayonnement ultraviolet.

Le conseil de santé doit notamment :

- a. mobiliser les ressources communautaires et en promouvoir l'accès;
- b. fournir des occasions de renforcer les compétences;
- c. diffuser les pratiques exemplaires et les données probantes afin de prévenir les maladies chroniques.

### i) Évaluation de la situation

En collaboration avec les partenaires communautaires :

- Dresser la liste des actifs organisationnels de la collectivité. Évaluer et réévaluer l'intérêt et la capacité à travailler en partenariat, y compris l'harmonisation de la lutte globale contre le tabagisme avec les mandats organisationnels (par exemple, le principal mandat porte sur un facteur de risque ou une maladie étroitement liée), l'identification de défenseurs potentiels ou d'adopteurs précoces de pratiques novatrices ou fondées sur des données probantes.
- Aider et appuyer les principaux organismes et groupes à développer leur capacité de s'investir à l'égard de la lutte globale antitabac et des problèmes connexes.
- Rechercher des occasions de faire comprendre les liens entre les problèmes liés aux maladies chroniques et les objectifs.

### ii) Politiques

- Établir des partenariats pour atteindre des résultats précis et mutuellement reconnus (politiques organisationnelles).
- Utiliser des pratiques fondées sur des données probantes en matière de lutte antitabac pour élaborer les politiques et les programmes (politiques organisationnelles et publiques).
- Promouvoir l'innovation fondée sur la théorie en l'absence de données probantes précises (politiques organisationnelles).
- Renforcer la capacité en partageant les occasions de formation (politiques organisationnelles).
- Fournir du soutien à valeur ajoutée aux partenaires pour réaliser des avantages mutuels et favoriser l'atteinte des objectifs et des résultats communs (politiques organisationnelles).
- Établir des partenariats avec les organismes communautaires pour élaborer des politiques publiques en faveur de la santé en matière de lutte globale antitabac et de prévention des maladies chroniques (politiques organisationnelles et publiques).

### **iii) Programmes et marketing social**

- Fournir ou partager des occasions de formation et de perfectionnement professionnel dans les régions concernées qui appuient l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de lutte globale antitabac (par exemple, services de consultation sur l'abandon du tabagisme, utilisation appropriée de la pharmacothérapie, leadership des pairs, pratiques fondées sur des données probantes dans la lutte antitabac, pressions par l'entremise des médias et planification et élaboration de programmes) pour le personnel et les bénévoles des organismes partenaires dans la collectivité.
- Développer et affermir les liens avec les ressources et les programmes provinciaux (par exemple, programme *Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health* (TEACH) et le service Téléassistance pour fumeurs) qui appuient les programmes de lutte globale antitabac.
- Participer aux coalitions communautaires qui s'intéressent à la lutte antitabac et à la prévention des maladies chroniques, et les encourager.
- Collaborer aux initiatives régionales en participant activement aux réseaux régionaux antitabac (RRA).
- Collaborer à des initiatives intergouvernementales (par exemple, prévention, protection et abandon).
- Affermir la capacité des partenaires communautaires de mettre en œuvre des interventions pertinentes en matière de lutte antitabac (par exemple, aide technique pour favoriser l'adoption de pratiques cliniques fondées sur des données probantes et aider les fumeurs dans les établissements de soins de santé).
- Travailler avec les Premières nations et les autres partenaires de la communauté autochtone pour encourager la formation et l'élaboration de politiques publiques concernant l'usage du tabac au sein de leur communauté.

### **iv) Évaluation et surveillance**

- Faire le suivi des partenariats communautaires et des résultats obtenus.
- Évaluer la capacité de changer des partenaires communautaires.
- Travailler avec les organismes partenaires pour faire le suivi et évaluer l'efficacité des initiatives conjointes.

### **v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental**

- Développer des partenariats avec des organismes qui desservent les groupes prioritaires, notamment les organismes culturels et les clubs philanthropiques, les associations professionnelles, les syndicats, les groupes de jeunes ou les organismes à l'intention des jeunes, des toxicomanes ou des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

## **EXEMPLE VII : Partenariat avec les agences de services de santé mentale de la collectivité pour répondre aux besoins des prestataires en matière de lutte antitabac**

Un partenariat novateur pour arrêter de fumer a été établi entre trois agences de services de santé mentale et les services communautaires et de santé de la région de York. Les éléments suivants d'un plan éprouvé d'abandon du tabagisme ont été arrêtés, mis en œuvre et évalués :

- *Formation du personnel en santé mentale* sur les interventions brèves et les incidences de la dépendance au tabac sur les prestataires de soins de santé mentale.
- *Développement de politiques* pour améliorer le recours aux interventions brèves par le personnel, la documentation et la tenue de dossiers et l'accessibilité à des services d'autoassistance pour les patients.
- *Un modèle* a été utilisé pour identifier des défenseurs de la lutte antitabac, qui ont suivi une formation intensive sur l'abandon du tabagisme (programme TEACH) et qui serviront de ressources en matière de meilleures pratiques, fourniront des services de consultation aux clients et collaboreront à une pratique communautaire.
- Un *programme de groupe d'abandon du tabagisme* a été offert aux clients, ainsi qu'une thérapie de remplacement de la nicotine sans frais.

Tous les éléments ont été évalués pour documenter les pratiques et trouver des façons d'épauler le personnel et les clients.

### **Exigence n° 9 : Services d'abandon du tabagisme à l'intention des groupes prioritaires (37-39)**

*Le conseil de santé doit offrir des programmes et des services liés au renoncement au tabagisme à l'intention des groupes prioritaires.*

#### **i) Évaluation de la situation**

- Identifier les groupes prioritaires qui enregistrent un taux élevé de tabagisme et de maladies connexes.
- En collaboration avec les partenaires communautaires, aider à mettre à jour le répertoire des services d'abandon du tabagisme dans la région.
- Déterminer les écarts entre les besoins communautaires (par exemple, profils de fumeurs de la population) et les services disponibles. Mettre en œuvre des méthodes d'évaluation des lacunes en matière de services d'abandon du tabagisme (se reporter à l'Exemple I : Évaluation des lacunes dans les services d'abandon du tabagisme par le Bureau de santé du district de Simcoe-Muskoka et l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario abandon du tabagisme).

#### **ii) Politiques**

- Encourager les employeurs des secteurs public et privé à inclure des services de consultation et de pharmacothérapie pour arrêter de fumer dans les régimes de soins de santé offerts aux employés (politiques organisationnelles et publiques).
- Encourager les employeurs et les syndicats à inclure des services de consultation sur l'abandon du tabagisme dans leurs programmes d'aide aux employés (PAE) (politiques organisationnelles et publiques).abandon du tabagisme

### **iii) Programmes et marketing social**

- Travailler avec les partenaires communautaires et provinciaux pour développer et institutionnaliser des pratiques d'abandon du tabagisme fondées sur des données probantes au sein des établissements de santé.
- Motiver les fumeurs à arrêter de fumer au moyen de campagnes de sensibilisation à l'échelle locale, régionale et provinciale (par exemple, défis J'arrête, j'y gagne).
- Adresser les fumeurs au service Téléassistance pour fumeurs et à d'autres services communautaires pour arrêter de fumer.
- Promouvoir les services d'abandon du tabagisme de la collectivité et les recommander aux fumeurs.
- Informer les professionnels de la santé du remboursement des honoraires de consultation pour l'abandon du tabagisme par l'Assurance-santé de l'Ontario.
- Favoriser la formation des professionnels de la santé sur l'abandon du tabagisme en encourageant les liens avec les ressources de formation locales et provinciales.
- Lorsque les services d'abandon du tabagisme sont limités, les conseils de santé peuvent envisager la prestation de services d'abandon du tabagisme accessibles et abordables aux groupes prioritaires. Ces services peuvent inclure des services de consultation individuels ou en groupe, ou ponctuels à l'occasion d'événements importants comme la Semaine nationale sans fumée.
- Fournir des renseignements et de l'aide aux autres programmes des bureaux de santé (par exemple, formation prénatale, programme « Bébés en santé, enfants en santé » ou santé bucco-dentaire) (cross-reference to Document d'orientation sur la santé de l'enfant and Document d'orientation sur la santé génésique).

### **iv) Évaluation et surveillance**

- Évaluer l'efficacité du programme (par exemple, tentatives d'abandon et durée de l'abandon).
- Évaluer la portée et l'incidence des campagnes de marketing social sur les groupes prioritaires.
- Évaluer la portée et l'accessibilité des programmes d'abandon du tabagisme sur les groupes prioritaires.
- Faire le suivi des partenariats avec les services d'abandon du tabagisme et de l'institutionnalisation des politiques et des protocoles d'abandon du tabagisme auprès de la circonscription sanitaire.

### **v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental**

- Élaborer des services d'abandon du tabagisme (consultation et pharmacothérapie) pour les groupes prioritaires (par exemple, personnes à faible statut socioéconomique, Autochtones, francophones, cols bleus, gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres) ou appuyer les services existants.

#### **EXEMPLE VIII : Clinique d'abandon du tabagisme des services de santé publique de Hamilton**

Une clinique d'abandon du tabagisme a été inaugurée par les services de santé publique de Hamilton en janvier 2008. À raison d'une demi-journée par semaine à ses débuts, la clinique offrait aux groupes prioritaires de la ville des services de consultation par l'entremise d'infirmières de la santé publique qui avaient suivi la formation TEACH.

Depuis printemps/été 2009, la clinique est ouverte trois demi-journées par semaine. Les questions d'accès et d'équité ont été prises en compte lors de l'élaboration des services fournis, notamment :

- Approche centrée sur le client;
- Pharmacothérapie sans frais pour les clients dans le besoin qui ne présentent pas de contre-indications médicales;
- Emplacements à proximité des principaux trajets d'autobus et billets d'autobus sans frais;
- Services de garde d'enfants sans frais pour les clients ayant de jeunes enfants;
- Salle accessible en fauteuil roulant.

Une deuxième clinique située à proximité d'un centre de développement de la petite enfance de l'Ontario est ouverte une demi-journée par semaine. Le service de santé publique croit que cette deuxième clinique sera adoptée par les groupes prioritaires composés de femmes enceintes, de cols bleus et de travailleurs dans le secteur du détail.

La méthode d'aiguillage des clients potentiels s'est également élargie par rapport aux trois organismes initiaux : le programme « Bébés en santé, enfants en santé » des services de santé publique de Hamilton, le centre de cancer Juravinski et le réseau SIDA (Hamilton). Le personnel des services de santé publique accepte maintenant les clients ayant communiqué directement avec la clinique et ceux adressés par les hôpitaux partenaires de la région.

#### **EXEMPLE IX : Partenariats avec les hôpitaux de Peel**

Le programme de consultation pour arrêter de fumer du Bureau de santé de la région de Peel a été mis sur pied en 2001. Au cours des années 2006 et 2007, le nombre de clients se chiffrait à 255.

Des rencontres hebdomadaires ont lieu à quatre endroits (Brampton, Mississauga et dans les hôpitaux Trillium) et des services de consultation sont fournis par des infirmières ayant suivi la formation TEACH.

La clinique des hôpitaux Trillium dessert les patients ayant les besoins les plus criants : maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) ou maladies cardiaques. Un programme de dépistage a été mis sur pied pour déterminer la catégorie de tabagisme dans les programmes de suivi de patients souffrant de maladies cardiaques et de MPOC. Des services de soutien sont fournis par l'entremise du service de santé publique.

Un comité directeur composé de représentants des trois hôpitaux régionaux a été constitué pour mettre sur pied un programme conjoint d'abandon du tabagisme. Le programme d'abandon du tabagisme en groupe a été lancé au printemps de 2009.

#### **EXEMPLE X : Prestation de services d'abandon du tabagisme aux groupes mal desservis à Toronto**

Le service de santé publique de Toronto recrute des professionnels de la santé formés à l'étranger pour offrir des services d'abandon du tabagisme à des clients dans leur langue maternelle (programme inspiré du programme *Tobacco Treatment for New Canadians* offert dans la région de Waterloo). Des partenariats ont été créés avec les centres de santé communautaire de Flemingdon et New Heights qui sont responsables de la gestion du programme. Les professionnels de la santé formés à l'étranger suivent la formation TEACH pour agir à titre de pairs éducateurs dans la lutte antitabac. Ces pairs éducateurs touchent des honoraires.

#### **EXEMPLE XI : Intervention auprès des jeunes fumeurs à Ottawa**

L'atelier **smokers' section** aide les jeunes fumeurs de la région d'Ottawa au moyen d'un programme de triage en milieu scolaire (un projet LEARN<sup>2</sup>).

L'atelier **smokers' section** est un atelier interactif d'une heure à l'intention des étudiants qui fument. Il fournit des renseignements sur la dépendance, sur les lois antitabac et sur les services de soutien offerts. Il consiste en une présentation de 20 minutes et une discussion au moyen d'un système d'évaluation des réponses du public (SERP); les étudiants sont répartis regroupés en fonction de leur état de préparation à l'abandon du tabagisme.

<sup>2</sup>Le projet Learning through Evidence, Action and Reflection Networks (LEARN) est un partenariat entre les intervenants du Centre de formation et de consultation (CFC), le Propel Centre for Population Health Impact de l'Université de Waterloo et les intervenants de la lutte antitabac de l'Ontario. Il a pour objectif de cultiver et de faciliter l'échange de connaissances dans toute la province.

L'atelier est dirigé par un jeune animateur et les services de soutien sont assurés par le personnel de la santé publique. Les interventions sont dictées par le stade de changement déterminé par le groupe. Les étudiants qui assistent à l'atelier **smokers' section** reçoivent du soutien par la suite à partir d'un site Web, de la part d'un professeur ayant suivi une formation en interventions minimales, des concours J'arrête, j'y gagne, de services de consultation individuels ou en groupe, et de traitements de remplacement de la nicotine subventionnés.

### Exigence n° 11 : Sensibilisation du public et marketing social

Le conseil de santé doit sensibiliser davantage le public à ce qui suit :

- une saine alimentation, y compris des activités communautaires liées à l'alimentation;
- le poids santé;
- **la lutte globale contre le tabagisme;**
- l'activité physique;
- la consommation d'alcool;
- l'exposition au rayonnement ultraviolet.
- les avantages des tests de dépistage précoce du cancer et d'autres maladies chroniques ayant une incidence sur la santé publique;
- les iniquités en santé qui contribuent aux maladies chroniques.

Le conseil de santé doit notamment :

- a. adapter ou compléter les stratégies nationales ou provinciales de communication sur la santé;
- b. élaborer et mettre en œuvre des stratégies régionales ou locales de communication.

#### i) Évaluation de la situation

- Évaluer les connaissances, les attitudes et les comportements à l'égard du tabagisme de différents groupes dans la circonscription sanitaire.
- Évaluer les caractéristiques des groupes prioritaires (données démographiques et psychographiques). Étudier/analyser les possibilités de collaboration avec d'autres programmes de prévention des maladies chroniques offerts aux mêmes groupes cibles ou à des groupes similaires; en regroupant les caractéristiques ou les facteurs de risque, par exemple.
- Repérer les possibilités d'intégrer différentes campagnes de marketing social (par exemple, en participant aux RRA et aux activités pour promouvoir la bonne santé dans les communautés et en travaillant avec des partenaires communautaires, notamment en prévention des maladies chroniques ou en promotion de la santé).

#### ii) Politiques

- Promouvoir le consensus en vue d'appuyer et d'encourager les politiques publiques de lutte contre antitabac dans la circonscription sanitaire (politiques organisationnelles et publiques).
- Établir un consensus pour encourager et promouvoir l'adoption volontaire de politiques de lutte contre le tabagisme en l'absence d'une politique législative ou réglementaire (par exemple, maisons sans fumée) dans la circonscription sanitaire (politique organisationnelle et publique).

### **iii) Programmes et marketing social**

- Renseigner le public et le monde des affaires sur les lois et règlements portant sur la lutte globale antitabac.
- Informer le public, ainsi que les propriétaires, les promoteurs et les associations de locataires des avantages de l'adoption d'une politique sans fumée pour les habitations unifamiliales et les immeubles résidentiels.
- Participer aux initiatives d'information et de marketing social dirigées par le ministère.
- Déterminer et mettre en œuvre les méthodes les plus appropriées et les plus efficaces pour communiquer les messages sur la lutte antitabac aux groupes cibles (par exemple, les jeunes, les Autochtones, les cols bleus et les personnes âgées).
- Élaborer des stratégies de sensibilisation du public à l'intention des principaux leaders d'opinion et de l'ensemble de la communauté.
- Participer à la planification et à la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation du public organisées par les RRA. Informer le public de l'importance de la lutte globale antitabac.
- Sensibiliser le public aux effets nocifs du tabagisme et encourager les fumeurs à arrêter de fumer.
- Sensibiliser le public aux pratiques de marketing de l'industrie du tabac qui s'adressent aux jeunes et aux groupes à risque élevé.
- Élaborer des stratégies de communications médiatiques payées ou offertes lors de la conception des campagnes de marketing social.

### **iv) Évaluation et surveillance**

- Évaluer la portée et l'incidence des campagnes de marketing social sur les groupes prioritaires.
- Collaborer avec les partenaires communautaires, régionaux et provinciaux à l'évaluation des campagnes de marketing social et aux activités de suivi.

### **v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental**

- Mettre au point des campagnes de sensibilisation et de marketing social qui s'adressent aux groupes prioritaires, notamment les jeunes, les jeunes adultes, les gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres qui sont la cible de la publicité de l'industrie du tabac, les groupes à faible statut socioéconomique, les minorités ethniques et linguistiques, les cols bleus, les femmes enceintes et les femmes monoparentales.

#### **EXEMPLE XII : Campagne publicitaire à la radio dans le district de North Bay-Parry Sound**

Des publicités et des annonces de services publics encourageant d'anciens fumeurs à communiquer avec le bureau de santé pour partager leur expérience en matière d'abandon du tabagisme ont été publiées dans les médias et diffusées à la radio abandon du tabagisme. Quatre « héros » ont été choisis comme étoiles de la campagne. Des publicités à la radio ont été enregistrées pour chacun des quatre « héros ». Les publicités ont été diffusées pendant deux semaines en mai. La campagne, qui a bénéficié d'une bonne couverture médiatique, a pris fin le 31 mai (Journée mondiale sans tabac) avec des entrevues des héros aux émissions du matin (Moose FM et CBC).

## Exigence n° 12 : Renseignements et conseils

Le conseil de santé doit fournir des conseils et des renseignements pour faire le lien entre les gens et les programmes et services communautaires portant sur ce qui suit :

- une saine alimentation, y compris des activités communautaires liées à l'alimentation;
- le poids santé;
- **la lutte globale contre le tabagisme;**
- l'activité physique;
- la consommation d'alcool;
- le dépistage de maladies chroniques et la détection précoce du cancer;
- l'exposition au rayonnement ultraviolet.

### i) Évaluation de la situation

- Tenir à jour un répertoire des ressources en matière de lutte globale antitabac, plus particulièrement des services d'abandon du tabagisme.
- Faire le suivi des demandes d'information sur la lutte globale antitabac.

### ii) Programmes et marketing social

- Mettre en relation les fumeurs avec les services d'abandon du tabac dans la collectivité, par exemple, le service Téléassistance pour fumeurs, les centres de santé communautaire, les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones ou les services offerts par les bureaux de santé.
- Faire connaître aux professionnels de la santé de la région les occasions de formation sur les services de consultation pour l'abandon du tabac.
- Veiller à ce que les fumeurs soient dûment mis en contact avec les autres programmes de prévention des maladies chroniques, comme le dépistage du cancer et du diabète, les programmes de nutrition et d'activité physique (exercice, activités récréatives et sports).
- Sensibiliser le public aux programmes de promotion de la santé qui incluent un volet sur les services aux fumeurs (par exemple, programme À votre santé! et programmes de dépistage et de gestion du diabète).

### iii) Évaluation et surveillance

- Faire le suivi et évaluer les demandes de renseignements et de recommandation.

### iv) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental

- Veiller à ce que les renseignements et les recommandations soient pertinents pour les groupes prioritaires; autrement dit, qu'ils les atteignent et que le matériel soit approprié sur le plan culturel et linguistique.

### **Exigence n° 13 : Conformité au programme de lutte antitabac**

*Le conseil de santé doit mettre en œuvre et faire respecter la Loi favorisant un Ontario sans fumée, conformément aux protocoles provinciaux, notamment (sans s’y limiter) au Protocole d’application de la loi sur le tabac, 2008 (ou la version en vigueur).*

Nota : Le ministère de la Promotion de la santé (MPS) fournit également des directives sur la politique d’application pour aider à mettre en œuvre cette exigence.

#### **i) Évaluation de la situation**

- Dresser une liste des endroits où les produits du tabac sont vendus dans la circonscription sanitaire.
- Évaluer les besoins des détaillants de produits du tabac locaux et de leur personnel en matière de sensibilisation et d’information (songer également à faire le lien avec l’évaluation des besoins des employeurs locaux).
- Recueillir des données sur la conformité selon les protocoles établis.
- Surveiller l’accès des jeunes aux produits du tabac, que ce soit auprès de leur entourage ou de commerçants (Voir Exigence n° 3 : Établissements d’enseignement et Exigence n° 4 : Lieux de travail).

#### **ii) Politiques**

- Mettre en œuvre des lois et des règlements en matière de lutte antitabac conformément aux protocoles, lois et règlements établis (politiques publiques).
- Effectuer des inspections des endroits où sont vendus les produits du tabac en vue de limiter la vente de produits du tabac aux mineurs (politiques publiques).
- Effectuer des inspections des lieux de travail pour veiller à ce que le public ne soit pas exposé aux effets nocifs de la fumée ambiante ou secondaire (politiques publiques).

#### **iii) Programmes et marketing social**

- Informer le public des lois et des règlements limitant l’accès des jeunes aux produits du tabac et protéger le public des effets nocifs de la fumée secondaire ou ambiante (voir les Exigences n°s 3, 4 et 11).
- Informer les détaillants de produits du tabac et leur personnel des lois et règlements qui limitent l’accès des jeunes à ces produits (voir Exigence n° 3).
- Informer le public des pratiques de marketing de l’industrie, plus particulièrement des pratiques qui s’adressent aux jeunes et aux jeunes adultes (voir les Exigences n°s 3 et 11).
- Informer le public sur la nécessité de dénormaliser l’usage du tabac et l’industrie du tabac.

#### **iv) Évaluation et surveillance**

- Dans la circonscription sanitaire, faire le suivi de la conformité des détaillants à la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* qui limite l’accès des jeunes aux produits du tabac conformément aux protocoles établis et en faire rapport.
- Dans la circonscription sanitaire, faire le suivi de la conformité aux autres dispositions de la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*, ainsi que des autres lois et règlements pour la lutte contre le tabagisme et en faire rapport.

#### **v) Déterminants sociaux de la santé et bien-être mental**

- Protéger contre la publicité et la vente illégale de produits du tabac.
- Élaborer des règlements administratifs prévenant la prolifération de points de vente de produits du tabac à proximité des écoles et promouvoir leur adoption.

## Section 4. Intégration

*Intégration* est un terme généralement utilisé pour signifier l'harmonisation et la coordination d'un certain nombre de stratégies ou d'interventions pour atteindre des objectifs, notamment l'augmentation des économies d'échelle lors de l'utilisation des ressources limitées des programmes de la réduction des chevauchements inutiles et de l'exploitation des principales occasions de promotion de la santé, plus particulièrement en ce qui a trait aux facteurs de risque et aux maladies étroitement liées. Certains exemples incluent le lien entre le tabagisme et le diabète, le dysfonctionnement pulmonaire, les maladies cardiovasculaires, etc., ou encore l'utilisation des conclusions d'une recherche communautaire exhaustive pour déterminer les groupes prioritaires

### Exigence n° 1 : Surveillance et évaluation des besoins

- Coordonner les activités de recherche, d'évaluation et de surveillance du service de santé publique avec le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique, l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario de l'Université de Toronto et le *Propel Centre for Population Health Impact* de l'Université de Waterloo.

### Exigence n° 3 : Établissements d'enseignement

- Travailler au sein du service de santé publique pour coordonner les activités scolaires, lorsque la chose est possible.
- Travailler avec les écoles pour mettre en œuvre une approche globale de promotion de la santé en milieu scolaire comportant un volet sur la prévention du tabagisme.
- Travailler avec les écoles pour élaborer des politiques et des stratégies de lutte antitabac, et les appliquer à d'autres facteurs de risque pour prévenir les maladies chroniques.

### Exigence n° 4 : Lieux de travail

- Coordonner les activités avec le programme de promotion de la santé en milieu de travail des services de santé publique.
- Tirer parti des programmes existants offerts par les employeurs/syndicats pour promouvoir la santé en milieu de travail.

### Exigence n° 5 : Établissements alimentaires

- Coordonner les activités d'inspection du tabac avec les autres inspections des établissements alimentaires.
- Promouvoir le programme À votre santé! (aliments et environnements sains).

### Exigence n° 6 : Politiques publiques en faveur de la santé

- Travailler en coordonnant les activités des services de santé publique pour influencer la planification et la prise de décision à l'échelle de la municipalité et veiller à instaurer des politiques publiques en faveur de la santé de la communauté.

### Exigence n° 7 : Partenaires communautaires

- Cultiver les relations avec les organismes communautaires en fournissant des occasions de bonifier et de promouvoir la planification et la prise de décisions conjointes.

#### **Exigence n° 9 : Services d'abandon du tabagisme à l'intention des groupes prioritaires**

- Coordonner les activités avec les programmes de dépistage et de prévention des maladies chroniques gérés par les services locaux de santé publique et d'autres organismes de la région.

#### **Exigence n° 11 : Sensibilisation du public et marketing social**

- Coordonner les campagnes de sensibilisation du public avec d'autres programmes connexes de prévention des maladies chroniques pour s'assurer que les messages appropriés atteignent les groupes visés.
- Travailler en collaboration avec les organismes bénévoles pour assurer leur appui aux campagnes de sensibilisation du public. Faire la promotion conjointe des campagnes, lorsque la chose est possible.

#### **Exigence n° 12 : Renseignements et conseils**

- Veiller à ce que les sources de renseignements et de recommandation renvoient à d'autres services pertinents en matière de prévention et de dépistage des maladies chroniques.

#### **Exigence n° 13 : Conformité au programme de lutte antitabac**

- Veiller à ce que les données sur la conformité soient communiquées au personnel du service de santé publique et que les campagnes de sensibilisation du public fournissent les renseignements sur la conformité au programme de lutte antitabac en ce qui a trait à la vente de produits du tabac aux mineurs.
- Coordonner les inspections relatives à la lutte antitabac avec les autres inspections afin d'augmenter le nombre d'inspections des détaillants de produits du tabac (par exemple, inspections des lieux où des services alimentaires sont fournis).

## Section 5. Ressources

### Exigence n° 1 : Surveillance et évaluation des besoins

- Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario de l'Université de Toronto
- *Provel Centre for Population Health Impact* de l'Université de Waterloo
- Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique
- Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé

### Exigence n° 3 : Établissements d'enseignement

- Déterminer les lacunes en matière de connaissances, de ressources, de services et de programmes nécessaires;
- *Leave the Pack Behind (LTPB)*, Université de Brock, lutte contre tabagisme dans les collèges et universités;
- Centre de formation et de consultation (CFC), Action Cancer Ontario (ACO), formation et aide technique en matière de lutte antitabac dans les établissements scolaires.
- *Youth Advocacy Training Institute*, Ontario Lung Association, lutte contre le tabagisme et formation d'habilitation auprès de jeunes;
- Service Téléassistance pour fumeurs, Société canadienne du cancer, renseignements sur les services de consultation téléphonique et aide en ligne pour arrêter de fumer.
- Réseaux régionaux antitabac (RRA) pour faciliter la planification et le partage des ressources.

### Exigence n° 4 : Lieux de travail

- Déterminer les lacunes en matière de connaissances, de ressources, de services et de programmes nécessaires;
- Centre de formation et de consultation (CFC), Action Cancer Ontario (ACO), aide technique en matière de lutte antitabac en milieu de travail;
- Service Téléassistance pour fumeurs, Société canadienne du cancer, renseignements sur les services de consultation téléphonique et aide en ligne pour arrêter de fumer;
- Réseaux régionaux antitabac (RRA) pour faciliter la planification et le partage des ressources.

### Exigence n° 5 : Établissements alimentaires

- Centre de formation et de consultation (CFC), Action Cancer Ontario (ACO), formation sur la mise en application;
- Réseaux régionaux antitabac (RRA) pour faciliter la planification et le partage des ressources

### Exigence n° 6 : Politiques publiques en faveur de la santé

- Déterminer les lacunes en matière de connaissances, de ressources, de services et de programmes nécessaires;
- Centre de formation et de consultation (CFC), Action Cancer Ontario (ACO), formation et aide technique pour l'élaboration de politiques pour lutter contre le tabagisme;
- Fondation pour la lutte contre le tabac/Association pour les droits des non-fumeurs, renseignements, formation et aide technique pour la mise en application des programmes de lutte antitabac et des politiques publiques;
- Programme *Media Network*, Centre de formation et de consultation (CFC), Action Cancer Ontario (ACO), suivi des activités des médias dans les communautés pour la lutte contre le tabagisme;
- Réseaux régionaux antitabac (RRA) pour faciliter la planification et le partage des ressources.

### Exigence n° 7 : Partenaires communautaires

- Fournir les ressources appropriées aux partenaires communautaires;
- Déterminer les lacunes en matière de connaissances, de ressources, de services et de programmes nécessaires;
- Centre de formation et de consultation (CFC), Action Cancer Ontario (ACO), aide technique pour l'établissement de partenariats et la participation des intervenants;
- Réseaux régionaux antitabac (RRA) pour faciliter la planification et le partage des ressources.

### Exigence n° 9 : Services d'abandon du tabagisme à l'intention des groupes prioritaires

- Service Téléassistance pour fumeurs, Société canadienne du cancer, répertoire des ressources et des services d'abandon du tabagisme;
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*, *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*;
- *Programme Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health (TEACH)*, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), Université de Toronto, formation et certification des intervenants pour les programmes d'abandon du tabagisme, formation de prestataires de services francophones;
- Centres de santé communautaire, centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, programme *Smoking Treatment for Ontario Patients* du Centre de toxicomanie et de santé mentale et les initiatives des bureaux de santé;
- Programme *Learning through Evidence, Action and Reflection Networks (LEARN)*, Centre de formation et de consultation (CFC), Action Cancer Ontario (ACO), groupes d'échange de pratiques et de connaissances;
- *Aboriginal Tobacco Strategy*, Action Cancer Ontario (ACO), travail avec les groupes autochtones;
- Catalogue de consultation en contrôle du tabac, Conseil canadien pour le contrôle du tabac (CCCT);
- Réseaux régionaux antitabac (RRA) pour faciliter la planification et le partage des ressources.

### Exigence n° 11 : Sensibilisation du public et marketing social

- Programme *Media Network*, Action Cancer Ontario (ACO), suivi des médias et aide technique pour élaborer des campagnes médiatiques payées et offertes;
- Réseaux régionaux antitabac (RRA) pour faciliter la planification et le partage des ressources.

### Exigence n° 12 : Renseignements et conseils

- Service Téléassistance pour fumeurs, Société canadienne du cancer, répertoire des ressources et des services d'abandon du tabagisme;
- Veiller à mettre à la disposition du public des renseignements complets et à jour sur la lutte antitabac et les programmes connexes.

### Exigence n° 13 : Conformité au programme de lutte antitabac

- Centre de formation et de consultation (CFC), Action Cancer Ontario (ACO), formation sur l'application;
- Université de Toronto, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario;
- *Protocole d'application de la loi sur le tabac, 2008.*

## Section 6. Conclusion

Ce document d'orientation, qui s'inscrit dans une série de documents préparés par le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario dans le but de guider les conseils de santé dans la mise en œuvre des programmes et des services de promotion de la santé assujettis aux *Normes de santé publique de l'Ontario* (NSPO) de 2008, visait à fournir de l'information générale sur la lutte globale antitabac, notamment sur l'importance de cette question et le fardeau que représente le tabagisme.

De l'information a aussi été donnée sur les évaluations de situation pour chaque exigence des NSPO relative à la lutte globale antitabac, ainsi que sur les politiques, la promotion des programmes et le marketing social, les questions d'évaluation et de surveillance et les déterminants sociaux de la santé. Une orientation politique et des stratégies à envisager ont également été proposées, et les données et fondements ont été examinés.

L'atteinte des objectifs généraux en matière de santé et des résultats sociétaux dépendra de la disposition des conseils de santé à collaborer avec d'autres partenaires communautaires tels que les organisations non gouvernementales, les administrations municipales et les organismes financés par le gouvernement et le secteur privé. En travaillant en partenariat pour répondre à un ensemble commun d'exigences, l'Ontario pourra mieux réaliser ses objectifs liés à la santé en visant des normes plus élevées et en évaluant adéquatement les processus concernés.

Les interactions complexes entre les facteurs sociaux et économiques, le milieu physique et les comportements et contextes individuels ont une forte incidence sur la santé des personnes et des collectivités de l'Ontario. La prise en considération des déterminants de la santé et la réduction des inégalités en matière de santé favoriseront aussi la réussite des conseils de santé.

## Références

1. SANTÉ CANADA. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) : tableaux supplémentaires 2009*, Ottawa, Ontario, Santé Canada, 2009.  
[http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/\\_ctums-esutc\\_2008/ann-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2008/ann-fra.php)
2. REHM, J., et coll. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, Ottawa, Ontario, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006.  
<http://www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011333-2006.pdf>
3. US DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. *Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*, PHS Publication No. 1103, Atlanta, GA, Public Health Service, Centers for Disease Control, 1964.
4. ACTION CANCER ONTARIO. *Indice de qualité du réseau de cancérologie*, Toronto, Ontario, Action Cancer Ontario, 2009. <http://www.csqi.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=40955&pageId=40972>
5. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION et HEALTH PROMOTION, OFFICE ON SMOKING AND HEALTH. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2004.
6. COLLISHAW, N. E., et coll. *Canadian Expert Panel on Tobacco Smoke and Breast Cancer Risk*, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Toronto, Ontario, avril 2009, « Tobacco Research Unit Special Reports Series ».
7. WILLI, C., et coll. « Active Smoking and the Risk of Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis », *JAMA*, vol. 298, n°22, 2007, p. 2654–2664.
8. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION et HEALTH PROMOTION, OFFICE ON SMOKING AND HEALTH. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2006.
9. CALIFORNIA ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY. AIR RESOURCES BOARD. *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant: Scientific Review Panel Version*, Sacramento, California Environmental Protection Agency, 2008. <http://www.arb.ca.gov/regact/ets2006/ets2006.htm>
10. UNITÉ DE RECHERCHE SUR LE TABAC DE L'ONTARIO. *The Burden of Tobacco Use in Ontario*, Toronto, Ontario, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, juin 2006.
11. JHA, P., R. PETO et B. ZATONSKI. « Social Inequalities in Male Mortality from Smoking: Indirect Estimation from National Death Rates in England and Wales, Poland and North America », *The Lancet*, vol. 368, 2006, p. 367–370.

12. UNITÉ DE RECHERCHE SUR LE TABAC DE L'ONTARIO. *Toward a Smoke-Free Ontario: Progress and Implications for Future Developments*, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Toronto, Ontario, févr. 2009, « Tobacco Research Unit Special Reports: Monitoring and Evaluation Series ».
13. HONJO, K., et coll. « What Accounts for the Relationship between Social Class and Smoking Cessation? Results of a Path Analysis », *Soc Sci Med*, vol. 62, 2006, p. 317–328.
14. UNITÉ DE RECHERCHE SUR LE TABAC DE L'ONTARIO. *Indicators of Smoke-Free Ontario Progress, 2006–2007*, Toronto, Ontario, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, oct. 2008, « Tobacco Research Unit Special Reports: Monitoring and Evaluation Series ».
15. SCHWARTZ, R., et coll. *Evidence to Inform Smoking Cessation Policy-Making in Ontario: A Report by the Ontario Tobacco Research Unit*, Toronto, Ontario, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, oct. 2009.
16. UNITÉ DE RECHERCHE SUR LE TABAC DE L'ONTARIO. *Relationship of Smoking to Risk Behaviours and Diseases*, [Préparé pour le ministère de la Promotion de la santé], Toronto, Ontario, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, oct. 2007.
17. SWEETING, J., T. JOHNSON et R. SCHWARTZ. *Ontario Contraband Policy Measurer: Evidence for Better Practices Summary Report*, Toronto, Ontario, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, oct. 2009, « Tobacco Research Unit Special Reports Series ».
18. LUM, K., R. L. BARNES et S. A. GLANZ. « Enacting Tobacco Taxes by Direct Popular Vote in the US: Lessons From 20 Years of Experience », *Tob Control*, vol. 18, n° 5, 2009, p. 377–386.
19. PECHACEK, T., et coll. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*, Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 1999.
20. BAUER, U. E., T. M. JOHNSON et R. S. HOPKINS. « Changes in Youth Cigarette Use and Intentions Following Implementation of a Youth Tobacco Control Program: Findings from the Florida Youth Tobacco Survey, 1998–2000 », *JAMA*, vol. 284, 2000, p. 723–728.
21. SLY, D. F., et coll. « Influence of a Counter-Advertising Media Campaign on Initiation of Smoking: The Florida “Truth” Campaign », *Am J Public Health*, vol. 91, 2001, p. 233–238.
22. FICHTENBERG, C. M., et S. A. GLANTZ. « Effect of Smoke-Free Workplaces on Smoking Behavior: Systematic Review », *Br Med J*, vol. 325, n° 7557, 2002, p. 188–191.
23. CONNOLLY, G., et H. ROBBINS. « Designing an Effective Statewide Tobacco Control Program—Massachusetts », *Cancer*, vol. 83, 1998, p. 2722–2727.
24. HAMILTON, W. *Independent Evaluation of the Massachusetts Tobacco Control Program: Sixth Annual Report*, 2000.

25. ROBBINS, H., et M. KRAKOW. « Evolution of a Comprehensive Tobacco Control Programme: Building System Capacity and Strategic Partnerships—Lessons from Massachusetts », *Tob Control*, vol 9, 2000, p. 423–430.
26. WEINTRAUB, J. M., et W. L. HAMILTON. « Trends in Prevalence Of Current Smoking, Massachusetts and States without Tobacco Control Programmes, 1990 to 1999 », *Tob Control*, vol 11 (suppl. 2), 2002, p. ii8–ii13.
27. ROBBINS, H., M. KRAKOW et D. WARNER. « Adult Smoking Intervention Programmes in Massachusetts: A Comprehensive Approach with Promising Results », *Tob Control*, vol 11 (suppl. 2), 2002, p. ii4–ii7.
28. UNITE DE RECHERCHE SUR LE TABAC DE L'ONTARIO. *The Fiscal Impact of Tobacco Control in Ontario*, Toronto, Ontario, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, 2003.
29. DOBBINS, M et coll. « Effective Practices for School-Based Tobacco Use Prevention », *Prev Med*, vol. 46, 2008, p. 289–297.
30. THOMAS, R. « School-Based Programmes for Preventing Smoking », *Cochrane Database Syst Rev*, n° 3, 2006, [n° art. CD001293].
31. MURPHEY-HOEFER, R., et coll. « A Review of Interventions to Reduce Tobacco Use in Colleges and Universities », *Am J Prev Med*, vol. 28, n° 2, p. 188–200.
32. 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, p. 245–247.
33. BOARD ON POPULATION HEALTH AND PUBLIC HEALTH PRACTICES (BPH). *Ending the Tobacco Problem: A Blueprint for the Nation*, 2007.
34. SERRA, C., et coll. « Interventions for Preventing Tobacco Smoking in Public Places », *Cochrane Database of Syst Rev*, n° 3, 2000, [n° art. CD001294].
35. FERRENCE, R., et coll. *Second-Hand Smoke in Ontario Homes: Findings from a National Study*, Toronto, Ontario, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, oct. 2005, « Tobacco Research Unit Special Reports Series »
36. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION, OFFICE OF SMOKING AND HEALTH. *Best Practices User Guide: Coalitions-State and Community Interventions*, [s. d.], p. 1–18.
37. MINIAN, N., et coll. *A Model for Assessing Gaps in Smoking Cessation Systems and Services in a Local Public Health Department*, Toronto, Ontario, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, sept. 2008, « Tobacco Research Unit Special Reports Series ».

38. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, 2004.
39. WETTER, D. W., et coll. « Agency for Health Care Policy and Research, Smoking Cessation Clinical Guidelines: Findings and Implications for Psychologists », *Am Psychol*, vol. 53, n° 6, juin 1998, p 657–669.