

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal



Montréal sans tabac

*Plan de lutte contre le tabagisme
2012-2015*



Québec 

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal



Montréal sans tabac

*Plan de lutte contre le tabagisme
2012-2015*

Simon Tessier

Mylène Drouin

Marie-Ève Simoneau

2013



**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 

Une réalisation de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal avec la collaboration des secteurs Tout-petits – Jeunes, Environnement urbain et santé, et Services préventifs en milieu clinique.

Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514-528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Coordination et rédaction

Simon Tessier
Mylène Drouin
Marie-Ève Simoneau

Comité de rédaction

Caroline Cejka
Anne Chabot
Marie-Josée Paquet
André Gervais
Francine Hubert
Louise Labrie
Monique Lalonde
Marie-José Legault
Yolande Marchand

Collaborateurs

Émilie Leblanc
Garbis Meshefedjian
Michelle Normandeau
Viviane Leaune
Marie Jacques

Révision linguistique

Isabelle Rioux
Jennifer Dunn

Graphisme

Paul Cloutier
Manon Girard

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2013)
Tous droits réservés
ISBN 978-2-89673-248-7 (version imprimée)
ISBN 978-2-89673-249-4 (version PDF)
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2013



Mot du directeur

Encore aujourd'hui, le tabagisme continue d'être l'une des principales causes de mortalité évitable. Les conséquences désastreuses sur la santé des individus, ainsi que les coûts sociaux et économiques qu'il engendre, ne sont plus à démontrer. Pour affronter cette épidémie, des efforts sont déployés à travers le monde, comme en témoigne la signature par la majorité des États en 2003 de la Convention cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte antitabac.

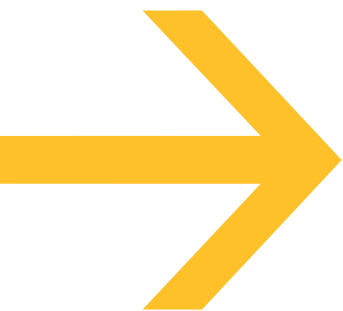
En dépit des mesures financières et législatives adoptées au Canada et au Québec pour endiguer le tabagisme, l'industrie du tabac poursuit ses efforts de commercialisation et de promotion de nouvelles formes de consommation de ces produits létaux. S'il importe aux autorités compétentes d'agir en amont pour restreindre l'offre, il est de la responsabilité des instances de santé publique d'agir pour prévenir, protéger et soutenir les fumeurs dans leur démarche de cessation. À l'échelle nationale, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en collaboration avec les agences régionales de la santé et de services sociaux (ASSS), déploie des efforts importants contre ce fléau qui afflige des milliers de Québécois et de Québécoises. La prévalence du tabagisme à Montréal demeure l'une des plus importantes parmi les grandes villes du Canada. Depuis plusieurs années, la Direction de santé publique (DSP) de l'ASSS de Montréal s'implique activement pour réduire la prévalence du tabagisme à l'échelle régionale, avec la collaboration de ses partenaires régionaux et locaux. Afin de poursuivre nos efforts et faire face aux nouvelles réalités du tabagisme, je suis fier de vous présenter le Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015.

Ce plan, qui réitère notre engagement dans la lutte au tabac, vise le déploiement d'une action soutenue et concertée avec les partenaires du réseau de l'éducation, du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que du milieu communautaire. Il détaille nos objectifs de santé et les actions qui seront mises en œuvre au cours des trois prochaines années. Les différents services et interventions déployés contribueront à prévenir l'initiation au tabagisme chez les jeunes, à protéger les non-fumeurs contre la fumée secondaire et à soutenir la cessation, dans un souci de réduire les inégalités sociales de santé. À ces activités s'ajouteront des activités visant à soutenir le développement de politiques publiques favorisant la lutte contre le tabagisme dans ses différentes dimensions. Ces actions de prévention et de promotion de la santé contribueront, j'en suis sûr, à l'amélioration de l'état de santé de la population montréalaise et à la réduction des inégalités sociales de santé liées au tabagisme.

Le directeur de santé publique,



Richard Massé, M.D.



Résumé

Le Plan de lutte contre le tabagisme (PLT) 2012-2015 réitère l'engagement de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP de l'ASSSM) dans la lutte contre le tabac. Le PLT vise à déployer un réseau de partenaires mobilisés et outillés pour offrir des interventions et des services de qualité, accessibles et adaptés aux besoins de la population afin de réduire les effets néfastes du tabagisme sur la santé. La préoccupation de réduire les inégalités sociales de santé associées au tabagisme est sous-jacente à l'ensemble des actions planifiées. Le PLT présente les actions planifiées par la DSP pour faire face aux différents défis que continue de poser le tabagisme pour la santé des Montréalais. Le document dresse d'abord un bref portrait du tabagisme à Montréal, suivi d'une synthèse des pratiques et interventions reconnues efficaces ou prometteuses dans la littérature.

À partir de ces assises, le PLT précise les sept grands objectifs de santé à atteindre d'ici 2015 :

1. Réduire la prévalence du tabagisme de 22 % à 16 % chez les 18 ans et plus.
2. Réduire l'écart entre la prévalence du tabagisme chez les 18 ans et plus des territoires de CSSS ayant les plus fortes prévalences par rapport à la moyenne régionale.
3. Réduire à 13 % la prévalence du tabagisme (cigarettes et cigarillos) chez les jeunes du secondaire.
4. Maintenir à moins de 7 % la prévalence du tabagisme durant la grossesse.
5. Réduire de 12 % à 7 % la proportion des jeunes de moins de 12 ans exposés à la fumée de tabac au domicile.
6. Réduire de 22 % à 17 % la proportion des jeunes de 12 à 17 ans exposés à la fumée de tabac au domicile et de 16 % à 11 % pour l'exposition à la fumée de tabac dans la voiture.
7. Augmenter à plus de 10 % la proportion de fumeurs qui ont cessé de fumer au cours des 12 derniers mois.

Le PLT explicite aussi les activités que la DSP entend mener pour atteindre ces objectifs en collaboration avec les différents partenaires nationaux, régionaux et locaux. En toile de fond se retrouve une préoccupation liée à la réduction des inégalités sociales de santé liées au tabagisme qui teintera les choix d'interventions et le déploiement d'approches ciblées (mesures spécifiques, groupes et territoires ciblés). Le PLT repose sur une approche intégrée de la lutte au tabagisme et les interventions planifiées se déclinent en six champs d'intervention présentés ci-dessous.

Mobilisation et concertation des acteurs clés

Des activités de mobilisation et de réseautage avec les acteurs interpellés par la lutte contre le tabagisme sont prévues afin de mobiliser les professionnels et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, de l'éducation et du milieu communautaire.

Acquisition et partage de connaissances

Des activités d'acquisition et de partage de connaissances sont déjà en cours à la DSP, en collaboration avec les partenaires locaux des CSSS et les partenaires provinciaux. Afin de favoriser l'atteinte de ces objectifs, le PLT prévoit consolider les activités de production de connaissances et d'optimiser les processus de partage. Les champs des connaissances ciblés sont en lien avec les différents aspects du tabagisme. Ils incluent les inégalités sociales de santé (ISS) associées au tabagisme et les interventions efficaces pour y faire face.

Influence des politiques publiques

L'élaboration de stratégies d'action et de moyens visant à influencer la prise de décision dans les processus d'émergence, de formulation et de mise en œuvre des politiques publiques liées à la lutte au tabagisme est inscrite dans le PLT.

Prévention du tabagisme chez les jeunes

Les activités de prévention du tabagisme se concentrent sur les interventions ciblant les jeunes et leurs milieux de vie (social, scolaire et familial). Les actions déployées en milieux scolaires s'arriment au Plan québécois de prévention du tabagisme et aux prémices de l'approche École en santé visant à favoriser la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes Montréalais.

Protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement

La DSP maintient son soutien au déploiement d'une campagne nationale annuelle et prévoit sensibiliser et former les intervenantes œuvrant auprès des parents en matière de protection contre la fumée de tabac dans l'environnement.

Soutien à la cessation tabagique chez les adultes et les jeunes

Les interventions de soutien à la cessation tabagique planifiées se déclinent à travers trois grandes dimensions, soit :

1. l'implication des professionnels de la santé dans la réalisation d'interventions brèves auprès des fumeurs ;
2. l'offre de services de soutien intensif à la cessation de qualité, accessibles et adaptés aux besoins des fumeurs ;
3. la promotion de la cessation tabagique et des services d'aide auprès de la population.

Les principales cibles sont présentées pour chacune des activités de ces champs d'intervention. Les modalités d'opérationnalisation du PLT et les conditions de sa mise en œuvre sont également énoncées.

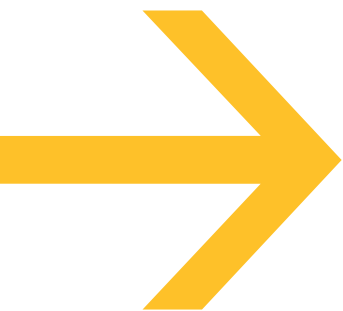
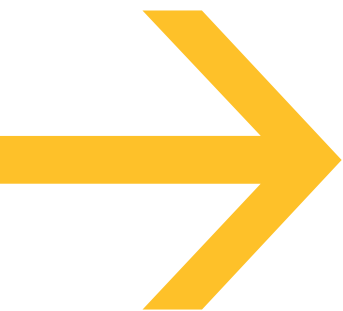


Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Mot du directeur | iii |
| Résumé | v |
| Introduction | 1 |
| 1 Portrait du tabagisme à Montréal | 5 |
| 2 Meilleures pratiques de lutte contre le tabagisme | 11 |
| 3 Vision et orientations générales | 13 |
| Vision et objectifs | 13 |
| Champs d'intervention prioritaires | 13 |
| Acteurs et partenaires | 15 |
| 4 Plan de lutte contre le tabagisme | 17 |
| Mobilisation et concertation des acteurs clés | 17 |
| Acquisition et partage des connaissances | 19 |
| Influence des politiques publiques | 20 |
| Prévention du tabagisme chez les jeunes | 22 |
| Protection contre la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) | 24 |
| Interventions en cessation tabagique | 26 |
| Cessation tabagique chez les adultes | 26 |
| Cessation tabagique chez les jeunes (12 à 17 ans) | 29 |
| 5 Conditions de mise en oeuvre | 31 |
| Références | 33 |
| Annexe 1 | |
| Synthèse de littérature sur les interventions de lutte au tabagisme | 41 |
| Annexe 2 | |
| Objectifs du Plan de lutte contre le tabagisme : source de données | 49 |



Liste des graphiques

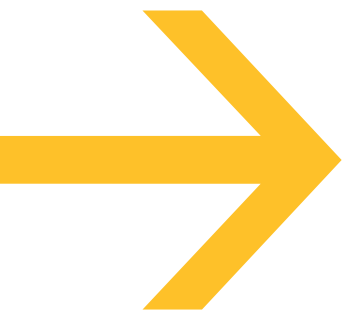
| | | |
|-------------|---|----|
| Graphique 1 | Proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus dans plusieurs villes canadiennes, 2009-2010..... | 5 |
| Graphique 2 | Proportion (%) de fumeurs actuels de cigarettes chez les jeunes du secondaire selon le sexe, Montréal et ensemble du Québec, 2010-2011..... | 8 |
| Graphique 3 | Proportion (%) de non-fumeurs de 12 à 17 ans exposés à la fumée secondaire de tabac au domicile, Montréal et Québec, 2003 à 2009-2010..... | 9 |
| Graphique 4 | Proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus selon les niveaux de scolarité et de revenu du ménage, Montréal, 2009-2010..... | 10 |

Liste des tableaux

| | | |
|------------|---|----|
| Tableau 1 | Proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus selon le sexe et l'âge, Montréal et CSSS, 2009-2010..... | 6 |
| Tableau 2 | Taux d'exposition (%) des fumeurs aux Défi, aux CAT et aux groupes de cessation en 2011-2012 et taux d'exposition (%) des fumeurs parmi les usagers des services de santé au counselling médical en 2009-2010 et aux TRN en 2011, CSSS et Montréal..... | 7 |
| Tableau 3 | Synthèse des meilleures pratiques dans la lutte contre le tabagisme..... | 12 |
| Tableau 4 | Principaux partenaires interpellés par le PLT..... | 15 |
| Tableau 5 | Activités de mobilisation et de concertation des acteurs clés..... | 18 |
| Tableau 6 | Activités d'acquisition et de partage des connaissances..... | 20 |
| Tableau 7 | Activités d'influence des politiques publiques..... | 21 |
| Tableau 8 | Activités de prévention du tabagisme chez les jeunes..... | 24 |
| Tableau 9 | Activités de protection contre l'exposition à la FTE..... | 25 |
| Tableau 10 | Activités de soutien à la cessation tabagique chez les adultes..... | 28 |
| Tableau 11 | Activités de soutien à la cessation tabagique chez les jeunes..... | 30 |

Modèle logique

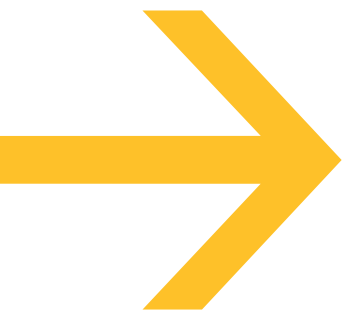
Montréal sans tabac - Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015



Liste des sigles et acronymes

| | |
|------------|--|
| ACSP | Association canadienne de santé publique |
| ASSSM | Agence de la santé et des services sociaux de Montréal |
| CMQ | Collège des médecins du Québec |
| CCCT | Conseil canadien pour le contrôle du tabac |
| CQCT | Coalition québécoise pour le contrôle du tabac |
| CQTS | Conseil québécois sur le tabac et la santé |
| CAN-ADAPTT | Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment |
| CAT | Centre d'abandon du tabagisme |
| CH | Centre hospitalier |
| CHSLD | Centre hospitalier de soins de longue durée |
| CoP | Communauté de pratique |
| CR | Clinique réseau |
| CS | Commission scolaire |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| CUSM | Centre universitaire de santé McGill |
| DACMU | Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires |
| EBMR | Evidence Based Medicine Review |
| DSP | Direction de santé publique |
| EPS | Établissements promoteurs de la santé |
| EQTJ | Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire |
| ESCC | Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes |
| ESUTC | Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada |
| ETADJES | Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire |
| ETJ | Enquête sur le tabagisme chez les jeunes |
| FTE | Fumée de tabac dans l'environnement |
| FMC | Fondation des maladies du cœur |
| GMF | Groupe de médecine familiale |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| ICPC | Infirmière-conseil en prévention clinique |
| IPC | Indice des prix à la consommation |
| IPS | Infirmière praticienne spécialisée |
| ISQ | Institut de la statistique du Québec |
| ISS | Inégalités sociales de santé |
| MELS | Ministère de l'Éducation, du Loisir et du sport |
| MFA | Ministère de la Famille et des Aînés |
| MPOC | Maladie pulmonaire obstructive chronique |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |

| | |
|-------|---|
| OC | Organisme communautaire |
| OIQ | Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| OPQ | Ordre des pharmaciens du Québec |
| OSBL | Organisme sans but lucratif |
| PNSP | Programme national de santé publique |
| PLT | Plan de lutte contre le tabagisme |
| PQAT | Plan québécois d'abandon du tabagisme |
| PQLT | Plan québécois de lutte contre le tabagisme |
| PQPT | Plan québécois de prévention du tabagisme |
| PQLCC | Programme québécois de lutte contre le cancer |
| RLS | Réseaux locaux de services |
| SCC | Société canadienne du cancer |
| SESAM | Surveillance de l'état de santé à Montréal |
| SIPPE | Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance |
| TIC | Technologies de l'information et de communication |
| TRN | Thérapie de remplacement de la nicotine |
| TRSP | Table des responsables locaux de santé publique |



Introduction

Au Québec comme ailleurs, les efforts de lutte contre le tabagisme sont réalisés face à une industrie du tabac puissante qui entretient la demande en consacrant des sommes colossales pour faire le marketing de ses produits, comme le souligne l'Organisation mondiale de la santé ^[1]. Depuis plus d'une décennie, le gouvernement du Québec s'implique activement dans la lutte contre le tabagisme qui cause la mort de plus de 10000 Québécois annuellement. Les maladies pulmonaires obstructives, les maladies cardiovasculaires, les cancers figurent parmi les méfaits importants qu'il engendre sur la santé des individus. En dépit d'une tendance à la réduction de la prévalence et des gains associés au renforcement de mesures antitabac, plus d'un Québécois et d'un Montréalais sur cinq étaient toujours fumeurs en 2009-2010 ^[2]. Ainsi, le tabagisme constitue encore aujourd'hui un enjeu de santé publique important, à la fois à l'échelle nationale et régionale.

Pour le MSSS, la législation constitue un moyen de premier plan pour contrer le tabagisme, protéger les non-fumeurs et créer une norme antitabac au Québec. C'est pourquoi des efforts soutenus ont été investis pour que le Québec se dote de la Loi sur le tabac, qui a été adoptée en juin 1998 et renforcée en juin 2005. Cette Loi comporte un large éventail de mesures visant à restreindre les lieux d'usage, réduire l'accessibilité et limiter la promotion des produits du tabac. Ces mesures sont au cœur des orientations provinciales visant à faire du Québec une société sans tabac et soutiennent les actions régionales et locales de prévention, protection et cessation tabagique.

En plus de la Loi sur le tabac, le MSSS a élaboré une série de plans d'action afin de déployer des interventions globales et intégrées visant à la fois la prévention du tabagisme, l'abandon de la consommation de tabac et la protection contre la fumée de tabac dans l'environnement (FTE). De façon générale, le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP, révisé en 2008) énonce différentes stratégies d'action et services à mettre en œuvre pour contrer le tabagisme ^[3]. De façon spécifique, les balises de l'intervention gouvernementale en lien avec la lutte contre le tabagisme sont définies dans le Plan québécois de lutte au tabagisme (PQLT) 2001-2005 ^[4], et sa mise à jour 2006-2010 ^[5]; le Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) 2002 ^[6] et le Plan québécois de prévention du tabagisme (PQPT) 2010-2015 ^[7]. Par ailleurs, des politiques ministérielles, dont la Politique de périnatalité 2008-2018 ^[8] et le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLCC) ^[9] préconisent indirectement la mise en œuvre d'interventions de lutte au tabagisme. En dix ans, plusieurs orientations et stratégies d'action liées à ces plans ont été réalisées à travers des interventions en matière de politiques et de législation, de sensibilisation et de soutien, de mobilisation des partenaires et d'évaluation et recherche.

À Montréal, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP de l'ASSSM) s'implique dans le déploiement et le soutien à la mise en place de mesures de lutte contre le tabagisme sur l'ensemble de son territoire en collaboration avec les Centre de santé et de services sociaux (CSSS) et différents acteurs gouvernementaux et non-gouvernementaux. Ces interventions s'inscrivent dans les grandes orientations du plan d'action régional de santé publique, soit : Des enfants qui naissent et se développent en santé ;

Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire ; Un environnement urbain favorable à la santé; et Un système de santé qui sert aussi à prévenir.

Depuis le début du déploiement du PQLT, de nombreuses interventions ont été réalisées en matière de lutte contre le tabagisme à l'échelle régionale. En prévention, la DSP a collaboré à identifier les meilleures pratiques en milieu scolaire en conformité avec l'approche École en santé. Le programme La gang allumée a aussi été soutenu par l'expérimentation du projet-pilote l'Opération Fais-toi entendre ! En matière de protection contre la fumée secondaire, des campagnes de sensibilisation populationnelle aux effets de la FTE ont visé les familles et les établissements de santé (Famille sans fumée). Au chapitre de la cessation, une gamme de services pour la population et d'interventions auprès des professionnels de la santé a été déployée afin de favoriser l'exposition des fumeurs au counseling bref et leur accès aux services de soutien à la cessation tabagique. Ces mesures incluent : 13 centres d'abandon du tabagisme (CAT) ; des groupes de cessation et de maintien; des formations aux professionnels ; le Défi j'arrête, j'y gagne ! ; des projets de soutien dans les hôpitaux et une ordonnance collective de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN).

Malgré la baisse du tabagisme, la prévalence demeure élevée au sein de la population montréalaise. Certains défis se posent dans la lutte au tabagisme, dont :

- l'usage de nouveaux produits du tabac chez les jeunes ;
- l'intensité du marketing stratégique mené par l'industrie du tabac ;
- la persistance d'inégalités sociales de santé (ISS) liées au tabagisme ;
- le peu d'interventions en cessation tabagique ciblant les jeunes et les parents de jeunes enfants ;
- la difficulté persistante à rejoindre certains groupes de fumeurs pour leur offrir du soutien à la cessation, dont les jeunes adultes et les fumeurs présentant des troubles concomitants (toxicomanie, santé mentale, etc.).

Pour faire face aux différents défis que continue de poser le tabagisme pour la santé des Montréalais, la DSP a amorcé une révision de l'offre régionale des services et interventions en matière de lutte contre le tabagisme au printemps 2011. Ce processus de révision a été motivé par trois grands objectifs :

- Ajuster l'offre régionale de services et d'activités de lutte contre le tabagisme en fonction du nouveau portrait du tabagisme à Montréal et à partir des données probantes ;
- Élaborer un plan d'action montréalais de lutte au tabagisme incluant des activités de prévention, de protection et de cessation en portant une attention particulière aux deux priorités régionales que sont la prévention des maladies chroniques et la réduction des ISS ;
- Planifier la mise en œuvre d'activités régionales et soutenir la planification d'activités locales de lutte au tabagisme, de façon optimale.

Le Plan montréalais de lutte contre le tabagisme (PLT) 2012-2015 a été élaboré à la lumière des informations colligées tout au long de la planification incluant les étapes suivantes : un portrait du tabagisme à Montréal ; un inventaire des

acteurs impliqués dans la lutte au tabagisme à Montréal ; une analyse des principales interventions déployées ou soutenues par la DSP avec le cadre d'évaluation REAIM^a[10] ; une synthèse des connaissances scientifiques sur les interventions de lutte au tabagisme et une analyse réflexive des interventions et des recommandations d'experts.

Les deux premières sections du présent document présentent un bref portrait du tabagisme à Montréal et des pratiques et interventions reconnues efficaces ou prometteuses en matière de lutte au tabagisme. La troisième section présente les fondements et les orientations générales du plan, suivi du plan d'action détaillé dans la quatrième section. Enfin, les grandes lignes de l'opérationnalisation du plan d'action et les conditions de mise en œuvre sont énoncées dans la dernière section.

a Le cadre d'évaluation REAIM représente une approche d'évaluation d'impacts des initiatives de santé publique visant à améliorer leur mise en œuvre et leur efficacité. La démarche d'évaluation porte sur les aspects suivants de l'intervention : la portée dans la population cible, l'efficacité, l'adoption par les responsables, la mise en œuvre, le maintien dans les organisations et le maintien des effets auprès des individus.

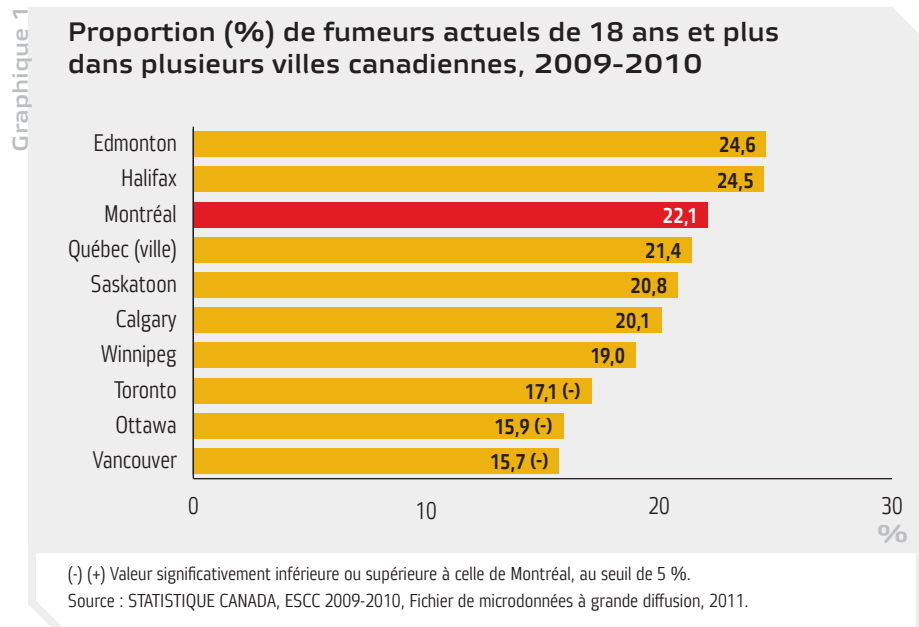


Portrait du tabagisme à Montréal

Le bref portrait du tabagisme à Montréal aborde la prévalence et la cessation chez les adultes, la prévalence et la prévention chez les jeunes de 12-17 ans, ainsi que l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE). Pour obtenir des informations statistiques plus détaillées ou pour consulter la méthodologie et les sources utilisées, veuillez-vous référer au document Montréal sans tabac - Le point sur le tabagisme ^[11].

Prévalence chez les adultes

La prévalence du tabagisme est en baisse depuis près de 45 ans partout au Canada ^[12]. Malgré tout, encore un adulte sur cinq (22 %), soit près de 339 300 Montréalais et Montréalaises de 18 ans et plus, fume la cigarette en 2009-2010. Même si Montréal a une proportion de fumeurs inférieure à celle du Québec (24 %), elle a toujours l'une des prévalences les plus élevées parmi les grandes villes du Canada (Graphique 1).



En 2009-2010, la prévalence du tabagisme chez les hommes est supérieure à celle des femmes. Environ 152 200 Montréalaises et 187 100 Montréalais fument la cigarette, soit 19 % des femmes et 25 % des hommes. Le tabagisme atteint son maximum chez les 18-34 ans (26 %). La proportion de fumeurs chez les 18 ans et plus est plus élevée parmi la population ayant de faibles revenus (25 %) que chez celle bénéficiant de revenus supérieurs (14 %) et cet écart a augmenté depuis 1987.

En 2007-2010, les prévalences du tabagisme les plus élevées se situent dans les CSSS du Cœur-de-l'Île (29 %) et Jeanne-Mance (36 %). Les CSSS de l'Ouest-de-l'Île et de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent affichent pour leur part des prévalences plus faibles que l'ensemble de Montréal, soit environ 16 %.

Tableau 1

Proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus selon le sexe et l'âge, Montréal et CSSS, 2007-2010

| Territoires de CSSS | Femme % | Homme % | 18-34 ans % | 35 ans et plus % | Total |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|------------------|-------------|
| Ouest-de-l'Île | 13,2* | 21,1 | 28,7* | 13,3* | 16,7(-) |
| Dorval-Lachine-LaSalle | 22,6* | 32,7* | 35,4* | 24,3* | 27,6 |
| Sud-Ouest-Verdun | 25,0* | 25,0 | 27,1* | 23,7 | 25,0 |
| Cavendish | 15,3* | 23,7 | 21,8* | 19,0 | 19,7 |
| De-la-Montagne | 17,6 | 25,5 | 25,7 | 19,1 | 21,8 |
| Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent | 15,5* | 15,8*(-) | 12,6*(-) | 16,4* | 15,6*(-) |
| Ahuntsic et Montréal-Nord | 17,1* | 26,9 | 23,0* | 20,7 | 21,4 |
| Cœur-de-l'Île | 29,7(+) | 29,2 | 36,4 | 23,4* | 29,4(+) |
| Jeanne-Mance | 36,5(+) | 35,5(+) | 36,3 | 35,7(+) | 36,0(+) |
| Saint-Léonard et Saint-Michel | 18,4* | 34,3* | 25,7* | 25,9* | 25,8 |
| Lucille-Teasdale | 27,1 | 30,3 | 33,1 | 26,6 | 28,6 |
| Pointe-de-l'Île | 22,3 | 28,2 | 35,5 | 21,2 | 24,8 |
| Montréal | 20,8 | 27,2 | 29,1 | 21,5 | 23,9 |

(-) (+) Valeur significativement inférieure ou supérieure à celle du reste du Québec (Québec sans Montréal), au seuil de 5 %.

* Coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008 et ESCC 2009-2010, cycles cumulés, Fichier de partage, 2012.

Cessation chez les adultes

En 2010, les trois quarts des fumeurs montréalais de 18 ans et plus envisagent de cesser de fumer (72 %) ^[13]. Le quart d'entre eux désire le faire dans les 30 prochains jours et le tiers dans six mois. Près de trois fumeurs sur quatre ont déjà fait une tentative d'au moins 24 heures pour arrêter de fumer (71 %). En 2009-2010 à Montréal, 8 % des fumeurs de 18 ans et plus ont arrêté de fumer au cours de la dernière année, soit près de 31 000 individus. Au total, on compte 403 700 anciens fumeurs à Montréal.

Les ressources d'aide à la cessation demeurent peu utilisées par les fumeurs. À Montréal en 2011-2012, moins de 2 % des fumeurs ont utilisé les services d'un CAT, de la ligne j'Arrête ou du Défi J'arrête, j'y gagne ! En 2009-2010, près de 9 % ont été exposés à un counselling médical en cessation tabagique. En 2011, environ 5 % ont reçu une ordonnance pour une thérapie de remplacement à la nicotine.

Tableau 2

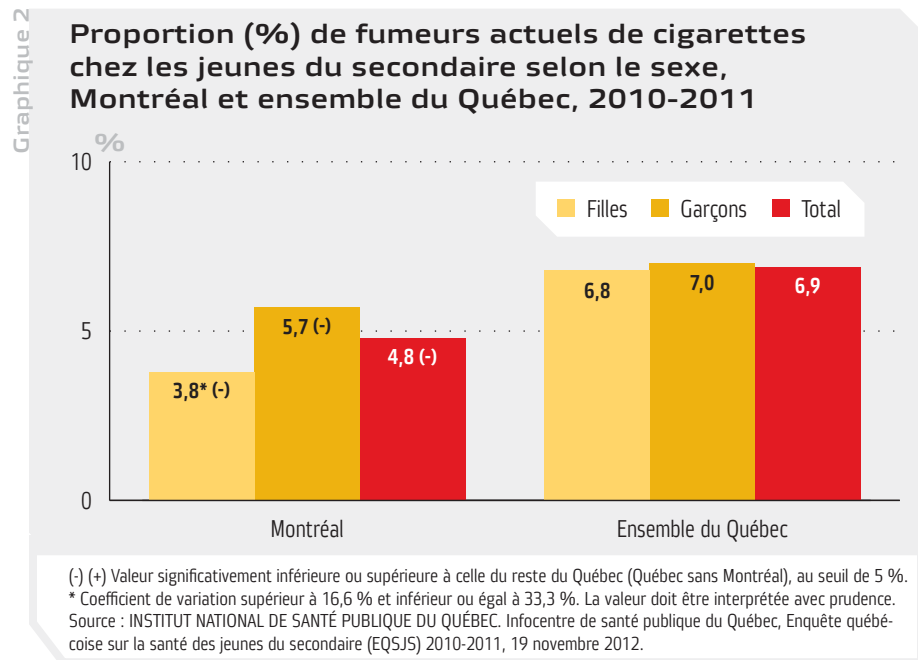
Taux d'exposition (%) des fumeurs aux Défi, aux CAT et aux groupes de cessation en 2011-2012 et taux d'exposition (%) des fumeurs parmi les usagers des services de santé au counselling médical en 2009-2010 et aux TRN en 2011, CSSS et Montréal

| Territoires de CSSS | Défi, CAT et groupes de cessation | Counselling médical | TRN ordonnances médicales | TRN ordonnances collectives |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Ouest-de-l'Île | 1,21 % | 9,32 | 3,07 | 0,55 |
| Dorval-Lachine-LaSalle | 1,23 % | 8,87 | 2,73 | 0,74 |
| Sud-Ouest-Verdun | 1,50 % | 11,02 | 5,81 | 1,41 |
| Cavendish | 0,66 % | 5,81 | 2,12 | 0,50 |
| De-la-Montagne | 0,71 % | 5,16 | 1,84 | 0,57 |
| Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent | 0,68 % | 8,47 | 3,99 | 1,23 |
| Ahuntsic et Montréal-Nord | 1,71 % | 9,44 | 3,48 | 1,12 |
| Cœur-de-l'Île | 1,50 % | 6,60 | 3,86 | 1,78 |
| Jeanne-Mance | 1,28 % | 6,77 | 3,66 | 1,44 |
| Saint-Léonard et Saint-Michel | 0,57 % | 5,69 | 2,67 | 0,78 |
| Lucille-Teasdale | 1,83 % | 9,23 | 6,10 | 2,22 |
| Pointe-de-l'Île | 1,70 % | 11,73 | 4,48 | 1,89 |
| Montréal | 1,38 % | 9,20 | 4,06 | 1,36 |

Sources : CAT : I-CLSC; Groupes de cessation : Centre vivre mieux sans fumer (CVMSF); Défi J'arrête, j'y gagne ! : base de données des inscriptions, ACTI-MENU. Banques de données médicoadministratives jumelées analysées par l'Équipe Santé des populations et services de santé (ESPS), une équipe conjointe de l'Institut national de santé publique du Québec et de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. IMS - Brogan 2007-2011. STATISTIQUE CANADA, ESCC 2009-2010, Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2011. STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008 et 2009-2010, cycles cumulés, Fichier de partage, 2012.

Prévalence et prévention chez les jeunes de 12-17 ans ^[14-15]

En 2010-2011, environ 5 % des élèves fréquentant une école secondaire à Montréal fument actuellement la cigarette, soit près de 5 000 jeunes. Cette prévalence est inférieure à celle de l'ensemble du Québec (7 %), autant chez les filles que les garçons. L'initiation à la cigarette est moins répandue chez les élèves de Montréal que dans l'ensemble du Québec. Parmi les élèves montréalais âgés de 12 ans et plus, environ 2 % ont fumé une cigarette complète avant d'atteindre 12 ans et près de 5 % de ceux âgés de 13 ans et plus ont fumé leur première cigarette avant l'âge de 13 ans. Ces proportions sont respectivement de 4 % et 8 % au Québec. ^[83]



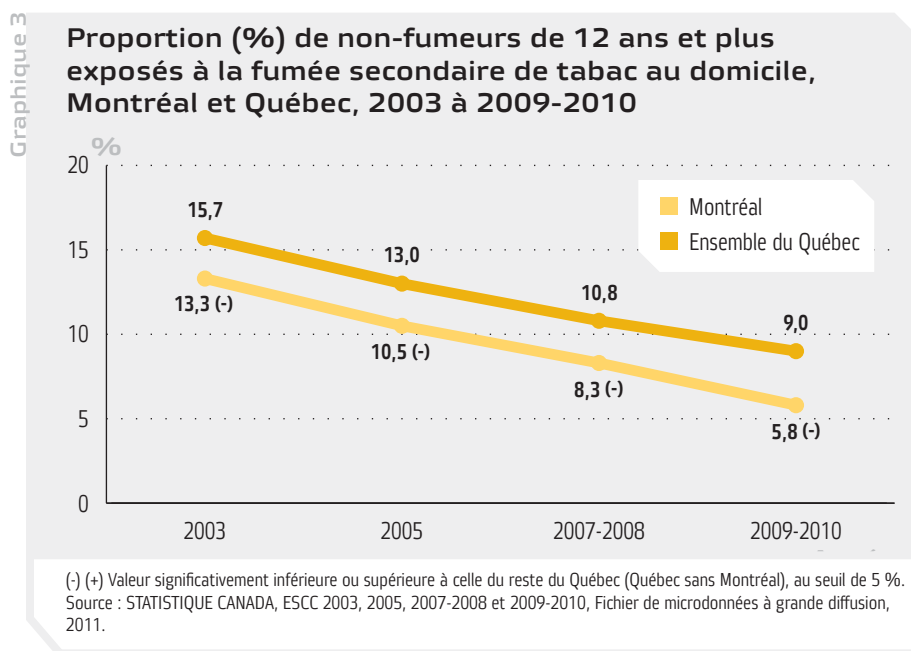
La cigarette n'est pas le seul produit du tabac consommé par les jeunes : le cigarillo ou le petit cigare^b sont très populaires. Au Québec en 2008, 11 % des jeunes font usage à la fois de la cigarette et du cigarillo. Près de 4 % fument seulement la cigarette et 7 % uniquement le cigarillo. En combinant la consommation de cigarillos à celle de cigarettes, la prévalence totale du tabagisme atteint 22 % chez les élèves du secondaire. Jusqu'en 2006, la consommation de cigarettes diminuait chez les jeunes Québécois, tandis que l'usage du cigarillo était en pleine croissance. Pour la première fois depuis 1998, une baisse de la consommation de cigarillos est observée ^[14].

L'usage de la cigarette est très répandu parmi les jeunes Québécois hébergés en centre jeunesse. En 2008-2009, les deux tiers des jeunes de 14 à 17 ans fument tous les jours (65 %) et plus du tiers consomment plus de dix cigarettes par jour. Près d'un jeune sur quatre (24 %) a fumé le cigarillo au moins trois fois par semaine au cours de l'année précédant l'admission ^[15].

^b Le terme cigarillo est utilisé dans le but d'alléger le texte.

Exposition à la fumée secondaire (FTE)

L'exposition à la FTE au domicile est en nette régression depuis le début des années 2000 (Graphique 3). En 2009-2010, près de 6 % des Montréalais de 12 à 17 ans sont exposés quotidiennement à la FTE au domicile, comparativement à 13 % en 2003. Toutefois, les jeunes de 12-17 ans (22 %) et les gens moins scolarisés (15 %) sont toujours les plus exposés à la FTE au domicile. De plus, 16 % des jeunes de 12-17 ans sont exposés chaque jour ou presque à la FTE dans la voiture, comparativement à 7 % chez les 18 ans.



En 2006, environ 12 % des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans sont exposés quotidiennement à la FTE au domicile. Cette proportion varie de 6 % à 19 % à l'intérieur du territoire montréalais. Les CSSS de la Pointe-de-l'Île, d'Ahuntsic et Montréal-Nord, du Sud-Ouest-Verdun et de Dorval-Lachine-LaSalle affichent des proportions significativement plus élevées que celle de Montréal. Près de 5 % des enfants montréalais sont exposés chaque jour ou presque à la FTE dans un véhicule^[16].

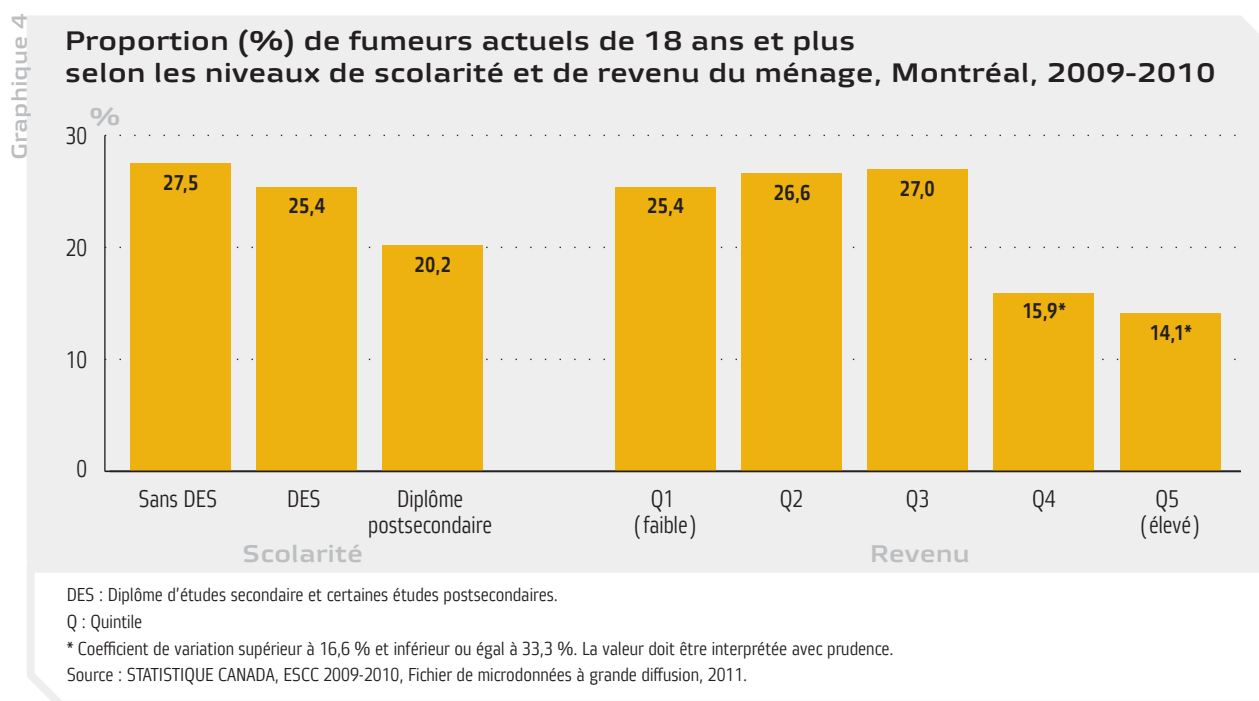
Environ 7 % des Montréalaises enceintes ont fumé durant la grossesse et 3 % ont été exposées à la FTE durant la grossesse en 2005. Avec une prévalence du tabagisme durant la grossesse de plus de 15 % durant la période 2000-2005, les CSSS du Cœur-de-l'Île, Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île affichent des proportions supérieures à celle de Montréal^[16].

Des inégalités qui persistent

« Les personnes défavorisées socialement et économiquement sont plus susceptibles de s'initier au tabagisme, fument plus longtemps, vivent plus d'échecs lorsqu'elles tentent de cesser de fumer, sont davantage exposées à la FTE, et meurent plus souvent de façon prématurée » [17].

En 2009-2010 à Montréal, les gens ayant de plus faibles revenus sont significativement plus nombreux à fumer. Les résultats du graphique 4 montrent qu'il existe des inégalités liées au statut socioéconomique quant à la prévalence du tabagisme. Même si la prévalence du tabagisme semble plus élevée parmi les individus moins scolarisés, les différences ne sont pas significatives.

De plus, à Montréal^c, les données montrent que les inégalités selon le revenu liées au tabagisme sont en hausse. Des résultats de l'ESCC confirment que, de 1987 à 2009-2010, la proportion de fumeurs a chuté d'environ 50 % parmi la population ayant des revenus élevés comparativement à près de 40 % dans le groupe ayant de faibles revenus [18].



^c Les résultats de la prévalence du tabagisme selon l'indice de défavorisation matériel et social ne sont pas disponibles pour la région de Montréal.

2

Meilleures pratiques de lutte contre le tabagisme

Pour intervenir de façon efficace dans la lutte au tabagisme, il est préalable d'actualiser les connaissances scientifiques issues des données probantes ou prometteuses relatives aux interventions. Dans le cadre de la planification des activités régionales, une synthèse de la littérature scientifique a été réalisée (Annexe 1).

La recension a été réalisée à partir des bases de données Evidence Based Medicine Review (EBMR) et MEDLINE. Elle s'est limitée à la littérature de synthèse publiée en français ou en anglais entre 2001 et 2011 (2006 à 2011 pour le volet cessation), principalement des revues systématiques avec ou sans méta-analyse, qui incluent des essais contrôlés avec ou sans randomisation, des études de cohortes ou des études transversales. L'objectif de la collecte est d'identifier les éléments saillants des connaissances actuelles, pertinents pour la planification des interventions de lutte au tabagisme dans le contexte montréalais, et non de recenser de façon exhaustive ces mêmes connaissances. Certains domaines d'intervention, tels que la cessation tabagique chez les jeunes ou les interventions basées sur les technologies de l'information, sont peu documentés dans la littérature de synthèse. En privilégiant une méthode d'analyse basée sur les données probantes, il importe de souligner que l'absence de preuves suffisantes pour démontrer l'efficacité d'une intervention n'équivaut pas à la preuve de son inefficacité.

Pour le volet de la prévention du tabagisme chez les jeunes, d'autres sources d'information ont aussi été considérées, dont des avis scientifiques, des synthèses de littérature et des analyses d'interventions réalisées dans le contexte d'élaboration du PQPT, ainsi que des outils de soutien au déploiement de l'approche École en Santé. Les interventions de cessation tabagique à privilégier chez les jeunes s'inspirent d'une recension des écrits réalisée dans le cadre d'un avis scientifique produit pour la DSP spécifiquement sur la question ^[19].

La recension se concentre sur les interventions de counseling comportemental et en promotion de la santé (incluant le soutien pharmacologique) et sur les facteurs liés à leur implantation ou mise en œuvre. Quelques interventions de type environnemental, axées sur les politiques et les législations sont aussi présentées bien qu'elles relèvent des autres paliers gouvernementaux^d. Ces mesures contribuent cependant à créer un environnement favorable au succès des interventions régionales de lutte au tabagisme et la DSP est en position d'exercer une certaine influence sur ces politiques publiques. Il est à noter que les aspects biomédicaux liés au tabagisme, tels que l'efficacité des différentes formes de pharmacothérapies, ne font pas partie des intérêts de la démarche.

Les activités inscrites dans le PLT présenté à la section suivante reposent principalement sur des stratégies, des mesures ou des interventions démontrées efficaces dans la littérature de synthèse ou envisagées prometteuses en absence de données concluantes.

^d Au Québec, les principales mesures légales, fiscales et politiques sont déployées par les instances fédérales et provinciales, par le biais des *Lois sur le tabac*. [L.C. 1997, ch.13 et L.R.Q ch T-0.01]

Synthèse des meilleures pratiques dans la lutte contre le tabagisme

| Prévention du tabagisme chez les jeunes | Protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) |
|--|---|
| <p>Augmentation des prix sur les produits du tabac ^[20, 21]</p> <p>Politique scolaire contre le tabac ^[22-23]</p> <p>Interventions auprès des jeunes et de leur famille incluant les éléments clés suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Combinaison avec autres interventions (programme scolaire, augmentation de la taxe sur le tabac, etc.) ^[20, 21, 24-30] - Emphase sur le développement des compétences sociales et la gestion des influences sociales ^[24, 26-32] - Développement d'interventions dont le contenu et le mode de diffusion sont adaptés aux sous-groupes spécifiques ^[25] - Intensité suffisante, en fréquence et en durée (deux ans et plus) ^[20, 25] <p>Campagne médiatique s'adressant spécifiquement aux jeunes ^[21]</p> <p>Absence de données probantes sur la prévention du tabagisme chez les jeunes de milieux défavorisés</p> | <p>Interdictions de fumer dans les endroits publics ^[33].</p> <p>Intervention avec emphase sur les comportements des parents plutôt que sur leurs connaissances ^[34-36].</p> <p>Counseling intense (en durée et en fréquence) auprès des parents ^[34-35]</p> |
| Cessation tabagique | Cessation tabagique chez les jeunes |
| <p>Interdictions de fumer décrétées par la loi ou par des règlements dans les milieux de travail ^[20, 37].</p> <p>Augmentation du prix des produits du tabac ^[20].</p> <p>Interventions de counselling bref à composantes multiples en cessation tabagique prodiguées par des médecins (en 1^{ère} ligne et en milieu hospitalier), des infirmières et des pharmaciens ^[20, 43-48, 66].</p> <p>Combinaison de l'utilisation d'aides pharmacologiques à l'intervention de counseling ^[49, 50].</p> <p>Thérapies de counseling intensif individuel ou de groupe ^[51].</p> | <p>Augmentation des taxes sur les produits du tabac ^[20, 37-38].</p> <p>Application de politiques en milieu scolaire ^[22].</p> <p>Thérapies comportementales ou psychosociales ^[39-41].</p> <p>Interventions intensives et multicomposantes élaborées spécifiquement pour les jeunes (interaction personnelle, site Web, cellulaire, etc.) ^[41-42].</p> <p>Interventions individuelles ou en petits groupes ^[41], incluant un aspect «amusant» ^[42].</p> <p>Interventions en contexte institutionnel (écoles, milieux cliniques) ^[39-40].</p> <p>Campagnes médiatiques (messages brefs et répétés) ^[20].</p> <p>Réduction des coûts des médicaments de soutien à la cessation ^[20].</p> <p>Interventions de counseling téléphoniques ^[22].</p> <p>Approche personnalisée utilisant les technologies de l'information (TIC) (prometteuses) ^[52-53].</p> |

3

Vision et orientations générales

Vision et objectifs

Le PLT vise à déployer un réseau de partenaires mobilisés et outillés pour offrir des interventions et des services de qualité, accessibles et adaptés aux besoins de la population afin de réduire le tabagisme et ses effets néfastes sur la santé.

Objectifs populationnels 2015

1. Réduire la prévalence du tabagisme de 22 % à 16 % chez les 18 ans et plus.
2. Réduire l'écart entre la prévalence du tabagisme chez les 18 ans et plus des territoires de CSSS ayant les plus fortes prévalences par rapport à la moyenne régionale.
3. Réduire à 13 % la prévalence du tabagisme (cigarettes et cigarillos) chez les jeunes du secondaire.
4. Maintenir à moins de 7 % la prévalence du tabagisme durant la grossesse.
5. Réduire de 12 % à 7 % la proportion des jeunes de moins de 12 ans exposés à la fumée de tabac au domicile.
6. Réduire de 22 % à 17 % la proportion des jeunes de 12 à 17 ans exposés à la fumée de tabac au domicile et de 16 % à 11 % pour l'exposition à la fumée de tabac dans la voiture.
7. Augmenter à plus de 10 % la proportion de fumeurs qui ont cessé de fumer au cours des 12 derniers mois.

Champs d'intervention prioritaires

Les interventions prioritaires retenues correspondent à trois champs transversaux et trois champs spécifiques de la lutte contre le tabagisme :

Champs transversaux

- La mobilisation et la concertation des acteurs clés ;
- L'acquisition et le partage de connaissances ;
- L'influence des politiques publiques.

Champs spécifiques

- La prévention du tabagisme chez les jeunes ;
- La protection contre l'exposition à la FTE;
- Le soutien à la cessation tabagique chez les adultes et les jeunes.

En toile de fond se retrouve notre préoccupation liée à la réduction des inégalités sociales de santé liées au tabagisme qui teintera les choix d'interventions et le déploiement d'approches ciblées, sous la forme de projets pilotes.

Les approches ciblées préconisent, d'une part, la priorisation d'interventions auprès de territoires spécifiques à forte prévalence ou ayant des besoins accrus en lien avec la problématique du tabagisme. Le portrait régional du tabagisme offre un point de départ pour orienter les interventions au niveau local, dans le but de réduire l'écart entre le taux de prévalence régional et celui des territoires de CSSS ayant les taux les plus élevés. D'autre part, les approches ciblées se feront aussi via le déploiement d'interventions auprès de clientèles particulières, dans le but de réduire la prévalence dans certains groupes cibles, tels que les hommes, les jeunes adultes de 18 à 35 ans, les Montréalais nés au Canada, les jeunes vulnérables, les personnes atteintes de troubles concomitants (santé mentale et toxicomanie) et ceux ayant de faibles niveaux de scolarité ou de revenu.

Par manque de données, il est difficile de cibler certains territoires ou groupes particuliers en lien avec la prévention chez les jeunes. De plus, l'impact d'interventions ciblées spécifiques à la prévention et à la cessation tabagique n'a pas été démontré. Les causes du tabagisme dans une population plus défavorisée sont souvent en lien direct avec une composante sociale reliée à la pauvreté. Cette composante doit donc être adressée en proposant une intervention visant une cible plus large que le tabagisme lui-même.

Acteurs et partenaires

La mise en œuvre du PLT repose d'abord sur une collaboration étroite entre la DSP et les partenaires locaux des réseaux de la santé et des services sociaux, de l'éducation et d'enfance-famille. Cette collaboration sera actualisée à travers différentes interventions implantées au niveau local par les établissements concernés. D'autres partenaires nationaux, régionaux et locaux sont aussi impliqués dans les efforts montréalais de lutte au tabagisme (Tableau 4). Les liens de collaboration se développent avec différents partenaires gouvernementaux, des ordres professionnels, des organismes communautaires sans but lucratif, le milieu associatif ainsi que des établissements scolaires ou universitaires.

Tableau 4

Principaux partenaires interpellés par le PLT

| Fédéral | Provincial | Régional | Local |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Santé Canada • Statistique Canada • ACSP • OSBL • CAN-ADAPTT • CCCT • Médecins pour un Canada sans tabac | <ul style="list-style-type: none"> • MSSS • MELS • MFA • INSPQ • ISQ • Organismes communautaires et sans but lucratif • CQTS • CQCT • Acti-Menu • Info-Tabac • SCC • Association du sport étudiant • Association pulmonaire du Québec • FMC • Association pour les droits des non-fumeurs • Ordres professionnels (OIIQ, CMQ, OPQ, ODQ, etc.) | <ul style="list-style-type: none"> • ASSSM (DACMU, Réseau EPS) • Tables de concertation • Réseau de l'éducation • Direction régionale du MELS • Commissions scolaires • Universités • Milieu communautaire et sans but lucratif • Réseau des organismes communautaires • Organismes communautaires ou jeunes • Association des maisons de jeunes • Centres hospitaliers universitaires (CHU) • Centre mieux vivre sans fumée | <ul style="list-style-type: none"> • CSSS • Centres hospitaliers • CHSLD • Centres de réadaptation • Milieux cliniques (dont GMF et clinique réseau) • Pharmacies communautaires • Écoles • Établissements d'enseignement • Centres jeunesse • Réseau enfance-famille • Service de garde • Organismes communautaires • Milieux de travail • Villes et arrondissements |

4

Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015

Les actions du Plan de lutte contre le tabagisme (PLT) se déclinent à travers six champs d'intervention et s'appuient sur la littérature scientifique, ainsi que sur les connaissances et l'expérience acquises au cours des 10 dernières années par la DSP et ses partenaires.

Tel que présenté dans la section précédente, nos actions s'articulent autour de six champs d'intervention. Trois champs regroupent les activités spécifiques aux domaines d'intervention que sont la prévention du tabagisme chez les jeunes ; la protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement et le soutien à la cessation tabagique chez les adultes et les jeunes. Les trois autres champs d'intervention sont transversaux, soit : la mobilisation et la concertation des acteurs clés ; l'acquisition et le partage de connaissances ; et l'influence des politiques publiques. Cette catégorisation des activités n'est pas hermétique, dans la mesure où certaines actions pourraient se retrouver dans plus d'un champ à la fois.

Les activités présentées pour chacun de ces volets se limitent aux activités assumées par la DSP au niveau régional et en soutien au réseau local. Les activités effectuées au niveau local feront l'objet d'une démarche de planification conjointe avec les CSSS.

La modèle logique ci-joint présente l'intervention globale de la DSP dans la lutte contre le tabac. Il permet d'apprécier en un coup d'œil les activités qui seront mises en place pour chacun des champs d'intervention, les résultats attendus à court, moyen et long terme (voir la page centrale).

Mobilisation et concertation des acteurs clés

Les activités de mobilisation et de concertation du PLT visent à construire un réseau de partenaires et d'acteurs mobilisés et outillés pour offrir des interventions et des services de qualité, accessibles et adaptés aux besoins de la population afin de réduire les effets néfastes du tabagisme sur la santé. La mise en œuvre d'actions concertées et cohérentes en matière de lutte au tabagisme interpelle des acteurs des réseaux de la santé et des services sociaux, de l'éducation et de la petite enfance, tant au niveau régional que local. Ce premier champ d'action soutient le déploiement d'interventions efficaces, adaptées à la fois aux besoins populationnels, aux réalités des pratiques professionnelles et au contexte organisationnel des établissements.

Les activités de mobilisation et de concertation visent à :

- Susciter l'adhésion des gestionnaires du réseau de la santé et du milieu de l'éducation dans la lutte au tabagisme ;
- Soutenir les gestionnaires et intervenants du réseau de la santé et de l'éducation dans la mise en place de mesures institutionnelles de lutte au tabagisme ;
- Concerter les acteurs régionaux et locaux impliqués dans la lutte au tabagisme.

Pour atteindre ces objectifs, la DSP prévoit poursuivre ses activités de mobilisation et de réseautage avec les acteurs impliqués dans la lutte contre le tabagisme. Des activités annuelles d'échange permettront de soutenir la mobilisation. La réalisation d'ententes formelles avec des partenaires permettra d'actualiser les liens de collaboration et de les consolider vers l'atteinte d'objectifs communs mesurables. La concertation avec les établissements du réseau scolaire et l'arrimage avec leurs priorités d'action représentent à la fois des défis de taille, mais aussi une condition importante pour le déploiement d'interventions de prévention du tabagisme chez les jeunes.

Tableau 5

Activités de mobilisation et de concertation des acteurs clés

| Objectifs | Cibles d'action | Collaborateurs |
|---|---|---|
| Concerter les acteurs montréalais impliqués dans la lutte contre le tabagisme | Organisation d'une rencontre annuelle des partenaires régionaux et locaux impliqués dans lutte contre le tabagisme | CSSS |
| | Développement et mise à jour d'un espace web permettant d'alimenter les partenaires sur les données probantes et de partager les initiatives régionales et locales prometteuses pour la lutte au tabagisme | Partenaires du PLT |
| | Réalisation d'activités de mobilisation et concertation des partenaires pour contribuer à la mise en œuvre des stratégies d'action sociale des jeunes Définition d'une structure d'orientation et de concertation de l'Opération Fais-toi entendre ! et soutien à sa mise en œuvre | Commission scolaire École CSSS |
| Développer des ententes et de partenariats | Réalisation d'une entente avec la SCC – Ligne j'Arrête et projet SMAT | SCC et partenaires du PLT |
| Mobiliser les gestionnaires et professionnels des milieux de la santé, de l'éducation | Réalisation et diffusion de documents d'information et de sensibilisation sous forme d'argumentaire, sur l'importance de leur contribution à la lutte contre le tabagisme (prévention, cessation, protection) | Gestionnaires et professionnels de la santé, de l'éducation |
| Soutenir les CSSS pour l'adoption d'une planification d'ensemble de leur offre de service de lutte au tabagisme dans une approche populationnelle | Déploiement d'une offre de soutien aux CSSS dans la planification de leur offre de service dans la lutte contre le tabagisme (prévention, protection, cessation) Réalisation d'une démarche d'accompagnement auprès des CSSS prioritaires | CSSS |
| | Ententes entre la DSP et les CSSS sur l'offre de service et d'intervention de lutte au tabagisme et financement pour la réalisation | |
| | Soutenir les centres hospitaliers dans le développement d'une planification globale pour la lutte contre le tabagisme Soutenir les CSSS et les Établissements promoteurs de santé dans le développement de partenariats dans la lutte contre le tabagisme | CSSS Réseau ÉPS |

Pour stimuler la mobilisation, de la documentation de sensibilisation et d'information sera produite à l'attention des professionnels de la santé, de l'éducation et des services de garde.

Enfin, pour favoriser la dissémination des interventions de prévention, de protection et de cessation tabagique, la DSP développera une offre de soutien à la planification locale^[12] des interventions afin de mieux répondre aux réalités et besoins locaux. Elle continuera, en outre, à offrir un soutien aux CSSS à travers le financement d'interventions ou de services. Par ailleurs, dans l'optique de réduire les inégalités sociales de santé liées au tabac, la mobilisation des organismes impliqués dans les communautés locales sera entre autres explorée afin de rejoindre les sous-groupes de la population non rejoints actuellement par les interventions déployées. Le tableau 5 présente les activités de mobilisation et de concertation des acteurs clés planifiées d'ici 2015.

Acquisition et partage des connaissances

L'acquisition de connaissances se réalise à travers des activités de surveillance, de recherche, de mise à jour des connaissances, de monitoring et d'évaluation. Ces activités se déploient en complémentarité avec des initiatives nationales menées par le MSSS et l'INSPQ. En surveillance, l'édition 2012 du Programme d'enquête régional apportera de nouvelles informations à l'échelle régionale et locale sur le tabagisme et soutiendra l'exercice de planification en permettant d'identifier des territoires ou sous-groupes de la population à prioriser. Par ailleurs, le suivi et l'évaluation des services et des activités permettent l'amélioration continue des interventions déployées. La réalisation d'une veille scientifique périodique complémentaire à celle effectuée par les partenaires provinciaux sur les approches et interventions démontrées efficaces contribue aussi à l'amélioration des stratégies d'intervention. Afin de favoriser l'utilisation des connaissances par les décideurs régionaux et locaux, des stratégies de partage de connaissances seront mises en œuvre.

Les activités d'acquisition et le partage des connaissances visent à :

- Maintenir les connaissances à jour sur la situation du tabagisme à Montréal et sur les interventions efficaces (en prévention, protection, cessation) ;
- Favoriser l'utilisation des données probantes sur le tabagisme par les acteurs régionaux et locaux pour la planification et la mise en œuvre des activités de lutte au tabagisme.

Plusieurs activités d'acquisition et de partage de connaissance dont l'animation de communautés de pratiques sont déjà en cours à la DSP, en collaboration avec les partenaires locaux des CSSS (CAT, groupes de cessation, etc.) et les partenaires provinciaux, dans le cadre des interventions (Ligne j'Arrête, campagne Famille sans fumée, Défi j'arrête, j'y gagne !, ...).

Le Tableau 6 présente les activités d'acquisition et de partage de connaissances planifiées d'ici 2015.

Activités d'acquisition et de partage des connaissances

| Objectifs | Cibles d'action | Collaborateurs |
|---|--|----------------------|
| Réaliser des activités de surveillance | Réalisation et diffusion de portraits locaux et régionaux sur le tabagisme, incluant une analyse de la dimension des ISS liées au tabagisme | CSSS |
| | Documentation de la problématique du tabagisme (tabac et cigarillos) auprès des jeunes 12 à 17 ans à Montréal – portrait régional | INSPQ ISQ CSSS |
| Réaliser une veille scientifique des meilleures pratiques de lutte au tabagisme | Création d'une cellule de veille scientifique sur les meilleures pratiques de lutte au tabagisme et sur des questions spécifiques telles la réduction des ISS liées au tabagisme Réalisation d'une synthèse des meilleures pratiques scientifiques et diffusion auprès des acteurs régionaux et locaux Réalisation de mises à jour des connaissances sur les interventions efficaces en lien avec la FTE | INSPQ MSSS |
| Réaliser un monitoring des activités | Réalisation du monitoring des services et interventions du PLT | INSPQ |
| | Intégration d'indicateurs du plan régional de lutte contre le tabac au tableau de bord d'appréciation de la performance | CSSS |
| Évaluer les services et interventions | Identification des objets d'évaluation prioritaires du PLT avec les partenaires | Partenaires du PLT |
| | Évaluation des services et interventions « novatrices » déployées | |
| | Évaluation de l'implantation et des retombées du PLT 2012-2015 | |
| Réaliser des activités de recherche en liens avec les ISS et le tabagisme | Partenariat de recherche pour mieux comprendre les inégalités sociales et de santé liées au tabagisme et les interventions prometteuses ou efficaces pour les réduire | INSPQ Universités |

Influence des politiques publiques

Les politiques publiques sont le cadre général d'idées et de valeurs qui guide les décisions et les mesures, ou l'absence de mesures, prises par les gouvernements relativement à certains enjeux ou problèmes ^[57].

Tel que préconisé dans le Plan régional de santé publique 2010-2015, la DSP cherche à influencer les politiques publiques favorables à la santé des Montréalais afin de soutenir ses actions de lutte contre les maladies chroniques et les inégalités sociales de santé. Les politiques publiques affectant, directement ou indirectement, l'environnement et les individus, en lien avec leur santé et leur bien-être, s'enchevêtrent dans une matrice complexe où interviennent des acteurs politiques des niveaux fédéral, provincial et municipal ^[58]. Dans le cadre de la lutte au tabagisme, l'instauration de politiques intervenant dans ce domaine a été démontrée efficace et demeure prioritaire à l'échelle nationale^e. Le Plan de lutte au tabagisme préconise l'élaboration de stratégies d'action et de moyens visant à influencer la prise de décision dans les processus d'émergence, de formu-

e Au niveau des politiques publiques nationales, le PQLT et le PQPT préconisent déjà la mise en œuvre d'interventions en matière de la taxation, de la fiscalité et de la législation.

lation et de mise en œuvre des politiques publiques ^[33]. Les stratégies et moyens cherchent à : 1) intervenir en amont dans le processus d'influence des politiques publiques émergentes (actions proactives) ; 2) soutenir les politiques publiques favorables à la santé ; et 3) intervenir de façon réactive aux politiques publiques ayant une incidence sur la santé de la population (actions réactives). Ces actions doivent être menées en collaboration avec les partenaires et en complémentarité de leurs actions.

Dans le cadre du PLT, les activités liées à l'influence des politiques publiques visent à :

- Soutenir les actions d'influence des partenaires provinciaux et fédéraux, en lien avec la Loi sur le tabac ;
- Favoriser l'adoption de politiques publiques municipales, régionales ou locales visant à créer un environnement sans tabac.

Tableau 7

Activités d'influence des politiques publiques

| Objectifs | Cibles d'action | Collaborateurs |
|---|--|---|
| Soutenir les actions d'influence des partenaires provinciaux et fédéraux en lien avec la Loi sur le tabac (niveau fédéral et provincial) | Positionnement de la DSP sur certaines mesures en lien avec la Loi sur le tabac avec une attention particulière à la prévention chez les jeunes et la réduction des inégalités (évaluation d'impact santé et équité) | MSSS CQCT SCC CSSS Réseau ÉPS |
| | Appui aux actions d'influence et revendications des partenaires (CQCT, SCC, etc.) concernant le renforcement de certaines mesures en lien avec la lutte contre le tabagisme (appui collectif via le réseau des établissements promoteurs de santé) | |
| | Interventions proactives en soutien à certaines mesures de renforcement de la loi provinciale ou fédérale en lien avec la lutte contre le tabagisme (lettres d'appui, avis, mémoires, consultation publique, etc.) | |
| Appuyer les politiques publiques municipales, régionales visant la création d'environnements sans tabac (niveau régional) | Déploiement d'actions d'influence auprès des partenaires régionaux (milieu municipal) concernant les mesures et règlements visant à renforcer la protection contre la FTE | Ville de Montréal et ses arrondissements CQCT |
| Favoriser l'adoption de politiques sur le tabac dans les milieux de vie (niveau local) | Accompagnement des centres jeunesse dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et règlements concernant l'usage du tabac et la protection contre la fumée de tabac accordée aux enfants sous tutelle de l'État | Centres Jeunesse |
| | Documenter les caractéristiques de l'environnement scolaire montréalais (application de la Loi sur le tabac ; densité des points de vente des produits du tabac près des écoles et activités parascolaires notamment celles liées à la lutte contre le tabagisme); Élaborer avec les responsables concernés des recommandations ; Faire un projet pilote visant à renforcer la capacité d'agir des CSSS et des CS qui souhaitent améliorer l'environnement scolaire; | Commissions scolaires Écoles CSSS |
| | Élaboration d'une politique type sur le tabac à l'intention des établissements du réseau de la santé et soutien à leur adoption; | ASSSM - DSP Réseau ÉPS CSSS Centres hospitaliers |

La Direction de santé publique développera ainsi un positionnement au regard des mesures de renforcement de la Loi sur le tabac et des politiques publiques les plus efficaces et prometteuses pour réduire l'initiation tabagique chez les jeunes et les inégalités sociales de santé liées au tabagisme (ex : prix, emballage neutre, vente aux mineurs, accessibilité et points de vente, exposition à la FTE sur les terrasses, les terrains de jeux et dans les automobiles en présence d'enfants).

Les principales activités liées aux politiques publiques découlent d'abord d'une volonté de renforcer le rôle de la DSP dans l'influence des politiques liées au tabac et la lutte contre le tabagisme. Les actions en ce sens pourront être réalisées directement par la DSP ou par son appui aux revendications formulées par les partenaires fédéraux et nationaux.

Le Tableau 7 présente les activités d'influence des politiques publiques planifiées d'ici 2015.

Prévention du tabagisme chez les jeunes

Objectif pour 2015 en prévention du tabagisme

- Réduire à 13 % la prévalence du tabagisme (cigarettes et cigarillos) chez les jeunes du secondaire

Considérant que l'usage du tabac chez les jeunes dépend d'un ensemble de facteurs individuels, interpersonnels et environnementaux, la prévention efficace du tabagisme repose sur une action globale et concertée ciblant à la fois les environnements socioculturel et économique des jeunes et leur comportement individuel liés à la consommation de tabac. Les mesures populationnelles, telles que l'augmentation régulière du prix des produits du tabac ^[20], les restrictions de la publicité et de l'usage du tabac et les campagnes de contre marketing créent des conditions environnementales favorables au non-usage du tabac dans la population en général.

Les interventions en milieux scolaires ou communautaires permettent de soutenir plus spécifiquement la prévention chez les jeunes ^[24,27]. À ce niveau, les interventions à composantes multiples sont démontrées les plus efficaces ^[20,24-31]. Un avis scientifique de l'INSPQ indique qu'un programme de prévention en milieu scolaire doit contenir les composantes suivantes ^[59] :

- Une politique scolaire incluant l'interdiction de fumer sur l'ensemble du terrain de l'école ^[22,23] ;
- Des activités éducatives en classe et hors de la classe (parascolaires et communautaires) ;
- Des activités de promotion et de soutien à l'abandon tabagique pour les élèves et le personnel ;
- Des activités visant les parents ^[27,29,31,32] ;
- Une implication active des jeunes dans le développement et l'implantation d'activités de prévention.

À cela, l'augmentation du prix du tabac, la diminution de la densité des détaillants de produits du tabac près de l'école et les campagnes médiatiques s'adressant spécifiquement aux jeunes ont été démontrées efficaces. ^[21].

Les activités destinées aux jeunes doivent, d'une part, leur enseigner comment développer des habiletés pratiques pour résister aux influences sociales incitant au tabagisme ^[59]. D'autre part, les activités doivent engager les jeunes à réaliser

des projets d'action sociale et à plaider en faveur de politiques antitabac en leur fournissant le soutien nécessaire.

Au Québec, les interventions liées au tabac en milieu scolaire doivent être intégrées à l'approche École en santé ^[60]. Cette approche convie les acteurs des réseaux de la santé et de l'éducation à unir leur expertise et leurs ressources pour coordonner les actions répondant aux besoins des jeunes. Les interventions doivent s'inscrire dans les situations d'apprentissages et favoriser les liens entre les jeunes, l'école, la famille et la communauté. Elles doivent agir sur les environnements favorables et sur les facteurs-clés du développement du jeune.

En conformité avec les meilleures pratiques en matière de prévention du tabagisme chez les jeunes, le PLT met de l'avant un ensemble d'interventions visant à la fois le jeune et son environnement (école, famille, communauté). Le plan régional contribue ainsi à la mise en œuvre du Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015 (PQPT) qui préconise une approche globale combinant des interventions fiscales, législatives, médiatiques, communautaires et éducatives (scolaires)^[7]. Dans la mesure où les trois premières dimensions relèvent davantage du niveau national, l'intervention régionale se concentre sur les interventions ciblant les jeunes et leur milieu (social, scolaire et familial). Par ailleurs, les actions de prévention déployées en milieux scolaires s'arriment aux prémices de l'approche École en santé visant à favoriser la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes Montréalais. L'implantation de l'ensemble des mesures de prévention exige la sensibilisation et la mobilisation des acteurs de tous les niveaux à l'importance d'agir auprès des jeunes, pour réduire la prévalence du tabagisme.

Le PLT prévoit, d'une part, des actions visant à mobiliser les acteurs autour des mesures privilégiées dans le PQPT 2010-2015, notamment la mise en place d'environnements scolaires favorables au non-usage du tabac chez les jeunes. Une stratégie de mobilisation des partenaires de la santé et de l'éducation visera à accroître le nombre de Commissions scolaires et de CSSS qui mettront en œuvre des mesures pour que l'environnement scolaire favorise le non-usage du tabac chez les jeunes des écoles secondaires ciblées. D'autre part, des interventions axées sur l'engagement et l'action sociale chez les jeunes seront déployées dans les écoles secondaires et les organismes communautaires jeunesse. Ces interventions prometteuses ont démontré une certaine efficacité ^[61]. Par ailleurs, afin d'intervenir sur l'environnement scolaire, des activités de soutien au respect de la Loi sur le tabac (usage du tabac sur les terrains de l'école et vente aux mineurs) et à la restriction des points de vente des produits du tabac près des écoles sont prévues.

Bien que les interventions s'adressent à tous les jeunes de 12 à 17 ans, au cours des dernières années, des efforts particuliers ont été investis pour mieux rejoindre les jeunes de milieux défavorisés et ceux à risque de décrochage scolaire. Par ailleurs, une démarche de réflexion sur la réduction des ISS liées aux interventions de prévention et de cessation du tabagisme chez les jeunes est en cours. Des ajustements seront apportés aux interventions, à la lumière des connaissances sur les ISS et des préoccupations des jeunes plus vulnérables. Le Tableau 8 présente les activités de prévention du tabagisme planifiées d'ici 2015.

Activités de prévention du tabagisme chez les jeunes

| Objectifs | Cibles d'action | Collaborateurs |
|---|---|--|
| Sensibiliser les partenaires à l'importance d'agir en prévention du tabagisme | Création et diffusion d'informations visant à modifier les perceptions concernant l'importance d'agir en prévention du tabagisme et à faire appliquer le Plan québécois de prévention du tabagisme Développement d'une stratégie de partage de connaissances sur le PQPT et les meilleures pratiques avec les partenaires concernés (CSSS et milieu scolaire) Mobilisation des CSSS et CS pour la mise en œuvre du PQPT 2010-2015 et les actions à privilégier | Commissions scolaires Écoles CSSS |
| Développement d'interventions de prévention du tabagisme axées sur l'engagement et l'action sociale chez les jeunes | Accompagnement et soutien des intervenants régionaux et locaux pour la réalisation des projets des jeunes dans leur milieu, dans le cadre du programme La gang allumée Promotion du programme La gang allumée auprès des CSSS, des CS et des écoles Promotion, sensibilisation et soutien aux projets élaborés dans le cadre du programme l'Opération Fais-toi entendre ! Soutien à la réalisation du programme Mobilijeunes | Commissions scolaires Écoles CSSS CQTS Association du sport étudiant |
| Amélioration de la mise en place d'environnements scolaires favorisant le non-usage du tabac | Documenter les caractéristiques de l'environnement scolaire montrés-alais (application de la Loi sur le tabac ; densité des points de vente des produits du tabac près des écoles et activités parascolaires notamment celles liées à la lutte contre le tabagisme); Élaborer avec les responsables concernés des recommandations ; Faire un projet pilote visant à renforcer la capacité d'agir des CSSS et des CS qui souhaitent améliorer l'environnement scolaire | Commissions scolaires Écoles CSSS |

Protection contre la fumée de tabac dans l'environnement (FTE)

Objectifs pour 2015 en protection contre la FTE

- Maintenir à moins de 7 % la prévalence du tabagisme durant la grossesse.
- Réduire de 12 % à 7 % la proportion des jeunes de moins de 12 ans exposés à la fumée de tabac au domicile.
- Réduire de 22 % à 17 % la proportion des jeunes de 12 à 17 ans exposés à la fumée de tabac au domicile et de 16 % à 11 % pour l'exposition à la fumée de tabac dans la voiture.

La PLT prévoit des mesures de protection contre l'exposition à la FTE, qui comprend la fumée qui émane directement de la cigarette et la fumée expirée par les fumeurs dans l'air ambiant. La composition de cette fumée est beaucoup plus toxique que la fumée inhalée par le fumeur ^[62,63]. Elle pose d'importants risques pour la santé, dont l'augmentation des risques de cancers ; l'apparition de maladies cardiovasculaires ; les problèmes respiratoires (particulièrement chez les enfants) ; la naissance de bébés de faible poids ; et les risques de mort subite du nourrisson ^[64-67]. Une étude révèle d'ailleurs qu'en 1998, la fumée de tabac dans l'environnement a causé la mort de plus de 1100 non-fumeurs au Canada ^[68].

Les modifications apportées à la Loi sur le tabac en 2006^f pour étendre l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés^g vise à protéger la population de l'exposition à la FTE et des risques qui en découlent pour la santé. Bien que l'application réussie de la loi ait permis de réduire considérablement l'exposition à la FTE dans les lieux publics [8,69], l'exposition dans les résidences privées est toujours le quotidien d'un Montréalais sur six.

Les études démontrent que les effets des mesures d'interdiction de fumer dans les endroits publics, tel que la Loi sur le tabac, se limitent à l'espace public [20,37]. Afin de compléter la protection assurée par la Loi, le PLT prévoit le déploiement et le soutien à des interventions susceptibles de protéger les adultes et les enfants dans les milieux privés. La DSP maintient son soutien au déploiement de la campagne nationale annuelle Famille sans fumée. Compte tenu que les interventions de counseling réalisées auprès des parents, notamment les parents de nouveau-nés, ont été démontrées efficaces, le plan régional prévoit sensibiliser et former les intervenantes du programme Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance (SIPPE) sur la FTE [34,35]. Le Tableau 9 présente les principales activités planifiées en protection d'ici 2015.

Tableau 9

Activités de protection contre l'exposition à la FTE

| Objectifs | Cibles d'action | Collaborateurs |
|---|--|---|
| Soutenir la mise en œuvre annuelle de la campagne Famille sans fumée | Promotion à l'échelle régionale de la campagne auprès des responsables du réseau ÉPS, des intervenants des écoles, des CPE et du réseau de la santé Soutien aux CSSS dans l'implantation locale de la campagne Famille sans fumée | Acti-Menu CSSS Réseau ÉPS CPE Écoles |
| Sensibiliser les intervenants SIPPE pour privilégier le counseling auprès des parents sur l'exposition à la FTE | Sensibilisation et soutien à la pratique des intervenants SIPPE pour soutenir l'intégration du counseling bref au regard de la FTE auprès des futurs parents | CSSS Intervenants SIPPE et autres intervenants travaillant auprès des familles vulnérables |

f Les dispositions de la *Loi modifiant la Loi sur le tabac et d'autres dispositions législatives* sont adoptées en 2005, mais entrées en vigueur en mai 2006.

g Outre la restriction dans les lieux fermés, la loi a apporté des modifications législatives à la *Loi sur les cités et villes* et le *Code municipal du Québec*, accordant aux municipalités le pouvoir d'interdire de fumer sur un lieu extérieur situé sur leur territoire, lorsqu'il s'y déroule un événement public (un festival, une fête, un événement sportif, culturel ou social, etc.).

Interventions en cessation tabagique

Cessation tabagique chez les adultes

Objectif pour 2015 en cessation du tabagisme chez les adultes

- Augmenter à plus de 10 % la proportion de fumeurs qui ont cessé de fumer au cours des 12 derniers mois

Objectifs intermédiaires :

- Augmenter le nombre de fumeurs exposés à une TRN par l'entremise de l'ordonnance collective régionale
- Augmenter le nombre de fumeurs fréquentant les services des Centres d'abandon du tabac et des groupes de cessation
- Augmenter le nombre de fumeurs montréalais qui s'inscrivent au Défi J'arrête, j'y gagne
- Augmenter la proportion de fumeurs utilisateurs des services de santé qui ont reçu un counselling médical en cessation tabagique

L'implantation régionale du PQLT en 2001, suivie du PQAT en 2002, s'est traduite par le déploiement de plusieurs interventions de soutien à la cessation tabagique réactualisées dans le présent PLT. Certaines de ces interventions ont fait l'objet d'une évaluation et les recommandations ont été intégrées à la planification 2012-2015^h. Les interventions planifiées se déclinent à travers trois grandes dimensions :

- Implication des professionnels de la santé dans la réalisation d'interventions brèves ;
- Offre de services de soutien à la cessation de qualité, accessibles et adaptés aux besoins des fumeurs ;
- Promotion de la cessation tabagique et des services d'aide auprès de la population.

La première dimension repose sur l'implication des professionnels de la santé dans la réalisation d'une intervention brève de soutien à la cessation auprès de leurs patients fumeurs. L'efficacité de l'intervention brève en cessation tabagique par les professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes, etc.) n'est plus à démontrer ^[45,70]. Cette intervention individuelle est considérée comme étant l'une des pratiques cliniques préventives les plus efficaces ^[70], dans la mesure où sa réalisation par l'ensemble des professionnels permet de rejoindre un nombre de fumeurs considérable et d'assurer une portée populationnelle.

h Pour la période 2005-2007, voir Chantal Lacroix et Diane Villeneuve(2008). *Implantation du Plan québécois d'abandon du tabagisme dans la région de Montréal*, Montréal, ASSSM ; Viviane Leaune et Simon Tessier (2011), *Évaluation des Centres d'abandon du tabagisme (CAT). Principaux résultats*, Montréal, ASSS; Viviane Leaune et Simon Tessier (2011), *Évaluation du projet Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal. Principaux résultats*, Montréal, ASSSM; Simon Tessier et Viviane Leaune (2011), *Évaluation d'implantation du projet Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal*, Montréal, ASSSM; Émilie Soulard et Viviane Leaune (2012), *10 ans de Défi : bilan de la participation et de la cessation tabagique*, Montréal, ASSSM. Par ailleurs, une évaluation d'implantation de l'ordonnance collective de TRN est en cours actuellement.

L'intégration du counseling dans les pratiques implique de rejoindre les professionnels de différents milieux, dont :

- Les établissements de 1^{ère} ligne des Réseaux locaux de services (RLS), principalement les milieux cliniques (GMF, CR, cliniques médicales, services courants des CSSS et les pharmacies communautaires) ;
- Certains départements intra-CSSS – mission CLSC (famille-enfance-jeunesse, santé mentale, programmes de gestion des maladies chroniques, etc.) ;
- Les départements ou unités des centres hospitaliers, particulièrement ceux de cardiologie, pneumologie, santé mentale, chirurgie, obstétrique et périnatalité ;
- D'autres milieux (centres de réadaptation, centres jeunesse, etc.).

La seconde dimension est la mise en place d'une gamme de services de soutien à la cessation de qualité, accessibles et adaptés aux besoins des fumeurs, dont plusieurs sont déjà implantés ou en cours de mise en œuvre. Parmi ces services se retrouvent :

- Les Centres d'abandon du tabagisme (CAT) et les groupes de soutien à la cessation et au maintien de la cessation;
- Les interventions de soutien à la cessation en centres hospitaliers ;
- Les services téléphoniques et Internet de la Ligne j'Arrête ;
- La mise en place d'une ordonnance collective régionale sur les TRN.

L'analyse REAIMⁱ réalisée sur ces services et interventions a permis de mettre en évidence deux grands constats : d'une part, la sous-utilisation des services d'aide en cessation et d'autre part, la difficulté à rejoindre les fumeurs ayant un profil particulier (jeunes adultes ; faible niveau de scolarité ; faible niveau de littératie ; problème de santé mentale ; immigrants récents ; etc.).

Cette situation requiert l'intensification des stratégies de promotion des services d'aide à la cessation, ainsi que la diversification et l'adaptation de l'offre de service afin de mieux rejoindre certains profils de fumeurs et ce, particulièrement sur les territoires à forte prévalence en tabagisme.

La troisième dimension est la promotion de la cessation tabagique et des services d'aide auprès de la population. Les interventions de promotion visent à accroître l'autonomie des individus dans l'adoption de comportements préventifs, notamment le non-tabagisme. Par conséquent, le plan d'action propose de consolider et d'intensifier les activités de soutien aux campagnes provinciales en lien avec la lutte au tabagisme (ex : Défi J'arrête, j'y gagne !), ainsi que les stratégies de promotion dans les milieux de vie tels les milieux de travail. Des stratégies utilisant les technologies de l'information (TI) seront mises de l'avant afin de rejoindre des profils de fumeurs plus spécifiques. Le Tableau 10 présente les principales activités planifiées en cessation tabagique d'ici 2015.

i Voir note b.

Activités de soutien à la cessation tabagique chez les adultes

| Objectifs | Cibles d'action | Collaborateurs |
|--|---|--|
| Former les professionnels pour intervenir en cessation tabagique | Élaboration d'une offre de formation de base et continue sur le counseling bref en cessation tabagique pour les professionnels de la santé (médecins, infirmières, infirmières praticiennes spécialisées, pharmaciens): | MSSS CSSS DACMU Ordres professionnels Milieux cliniques CH Intervenants en périnatalité et petite enfance Intervenants groupes spécifiques (ex: centre jeunesse) |
| | Mise en place et animation d'un réseau de formateurs en cessation tabagique (agents multiplicateurs), | CSSS CHU CH |
| | Développement de formations en ligne | |
| | Animation d'une communauté de pratique (CoP) de professionnels | CSSS CHU |
| | Soutien à l'intégration d'un volet cessation tabagique à l'intérieur des programmes de formation initiale des professionnels de la santé | Universités - facultés ciblées |
| Développer et diffuser des outils d'aide à la pratique | Mise à jour et diffusion des lignes directrices en cessation tabagique | MSSS INSPQ Ordres professionnels |
| | Contribution à la révision des lignes directrices pour l'intervention en cessation tabagique de CAN-ADAPTT | |
| | Élaboration et diffusion d'outils de soutien au counseling bref (outils intervenants et patients, outils de référence) | |
| Favoriser la réalisation de l'intervention brève en cessation tabagique par les professionnels | Mise en œuvre d'une stratégie de diffusion des formations, lignes directrices et outils d'aide à la pratique (web MD, ICPC, bulletins, etc.) | CSSS Ordres professionnels |
| | Mise en place de corridors de service favorisant la référence des fumeurs vers les ressources d'aide à la cessation | CSSS Réseau ÉPS Ligne J'arrête Milieux cliniques et pharmacies communautaires |
| Soutenir la systématisation de l'intervention brève en milieux cliniques | Soutien au déploiement et évaluation de projets pilotes en milieu hospitalier / CSSS pour favoriser la systématisation de l'intervention brève en cessation tabagique | CSSS Réseau ÉPS |
| | Soutien à la systématisation de l'intervention brève en cessation tabagique et de protection contre l'exposition à la FTE dans les continuums de services ou les programmes cliniques de l'ASSSM (périnatalité, gestion des maladies chroniques, santé mentale, dépendance) | ASSSM-DACMU |
| | Soutien à la mise en œuvre d'un projet pilote de soutien téléphonique informatisé (modèle d'Ottawa) à l'abandon tabagique par le CUSM et le CSSS de la Montagne et évaluer la possibilité d'étendre ce modèle au niveau régional | CSSS - DLM CUSM |

Activités de soutien à la cessation tabagique chez les adultes

| Objectifs | Cibles d'action | Collaborateurs |
|---|---|---|
| Favoriser l'accessibilité aux médicaments d'aide à la cessation | Mise à jour, diffusion et soutien à l'implantation de l'ordonnance collective sur les TRN auprès des pharmaciens de Montréal : | CRSP CSSS Pharmaciens communautaires |
| Rendre accessibles des services d'aide à la cessation pour les fumeurs | Consolidation de l'offre de services d'aide à la cessation tabagique au niveau local (CAT et groupes de cessation) | CSSS Association pulmonaire du Québec |
| | Soutien au réseau des CAT (formation de base et continue, outils d'aide à la pratique, communauté de pratique) | CSSS |
| | Recrutement et formation d'un réseau de médecins experts en cessation tabagique et d'infirmières praticiennes spécialités partenaires aux CAT pour le suivi de cas complexes | CSSS Milieux cliniques |
| Développer des partenaires d'intervention | Élaboration d'ententes de collaboration avec la SCC, dont : Entente avec la Ligne j'Arrête pour consolider l'arrimage entre les services d'aide en cessation le programme de soutien à l'arrêt tabagique par messagerie texte (SMAT) pour rejoindre les fumeurs de 18 à 24 ans | SCC |
| Promouvoir la cessation tabagique auprès des fumeurs et faire connaître les services d'aide | Soutenir le déploiement de campagnes populationnelles de lutte contre le tabagisme (cible : plus 3500 inscrits au Défi J'arrête, j'y gagne) Promouvoir les services d'aide en cessation tabagique avec une attention particulière aux jeunes adultes fumeurs de 18-35 ans (campagne virale, espace web OSEZ LA SANTÉ) Réaliser des activités de sensibilisation auprès de certains groupes de fumeurs (ex : milieux de travail) | CSSS Réseau ÉPS Acti-Menu Milieux de travail Milieu de l'éducation aux adultes (Cégeps, Universités, Écoles de métiers) |

Cessation tabagique chez les jeunes (12 à 17 ans)

Objectif pour 2015 en cessation tabagique chez les jeunes

- Expérimenter un projet-pilote en cessation tabagique ciblant les jeunes de 12-17 ans.

La majorité des fumeurs commencent à fumer dès l'adolescence et leur dépendance au tabac se développe rapidement après leur initiation, avant que la consommation soit quotidienne ^[71]. Si la grande majorité des jeunes croient pouvoir cesser de fumer sans difficulté, les données d'une enquête canadienne indiquent plutôt que peu d'entre eux y parviennent ^[71]. Les données de l'ETADJES ^[72] indiquent également que plus de la moitié des jeunes fumeurs du secondaire j (56 %) font au moins une tentative de cessation et que la majorité d'entre eux recommence à fumer. Une recherche sur la dépendance et le sevrage chez les jeunes soulignent la nécessité de promouvoir l'abandon tabagique très tôt dans le parcours des jeunes expérimentateurs de tabac et de concevoir des interventions de cessation adaptées aux jeunes et pouvant les rejoindre en plus grand nombre ^[73].

j Le statut tabagique est demandé dans la période de douze mois précédant l'enquête.

À l'échelle nationale, le PQLT et le PQAT recommandent d'accompagner les jeunes qui désirent cesser de fumer. Outre les efforts en prévention, le PLT prévoit également des interventions de soutien à la cessation adaptées aux jeunes afin de contribuer à la réduction de la prévalence du tabagisme chez les adolescents.

Jusqu'à maintenant, peu de jeunes fumeurs sont rejoints par les interventions de soutien à l'abandon tabagique offertes à Montréal. Par ailleurs, contrairement à celles s'adressant aux adultes, les interventions de soutien à la cessation tabagique s'adressant spécifiquement aux jeunes sont peu documentées. Différents partenaires locaux ont manifesté un intérêt pour le développement de services de cessation pour les adolescents dans leur territoire (CSSS, centres jeunesse, commissions scolaires, etc.). Afin de pallier à l'absence de services adaptés aux jeunes, une revue de littérature et un avis scientifique ont été produits sur la question afin de soutenir la planification d'interventions de soutien à la cessation s'adressant spécifiquement aux jeunes ^[19]. Les recommandations de cet avis serviront à guider l'offre de services à déployer à l'échelle régionale.

Dans le cadre du PLT, la DSP entend poursuivre ses appuis aux mesures globales démontrées efficaces pour favoriser la cessation chez les jeunes, telles la hausse des prix du tabac et le renforcement des dispositions des lois sur le tabac. Comme présenté dans le cadre des interventions de soutien à la cessation chez les adultes, des activités de sensibilisation pour rejoindre les fumeurs ayant un rôle de modèle auprès des jeunes sont planifiées. Par ailleurs, la facilitation de l'accès à des services de cessation pour les jeunes est envisagée. Des projets pilotes en cessation tabagique adaptés à leurs réalités seront élaborés avec les partenaires locaux avec une attention particulière aux jeunes vivant en contexte de vulnérabilité, dont ceux en Centres Jeunesse. À la lumière des connaissances actuelles, les projets à déployer devraient privilégier des interventions souples, de type comportemental et multi composantes, incluant le recours aux technologies de l'information et de communication (TIC).

Le développement de projets sera réalisé en collaboration avec les partenaires des réseaux de la santé et de l'éducation et s'inscriront en complémentarité avec les interventions déjà en place en 1ère ligne. L'évaluation de ces projets sera préconisée afin d'en mesurer la réussite et l'efficacité.

Tableau 11

Activités de soutien à la cessation tabagique chez les jeunes

| Objectifs | Cibles d'action | Collaborateurs |
|--|---|---|
| Mettre en place un projet pilote en matière de soutien à la cessation tabagique pour les jeunes de 12 à 17 ans | Développement d'un projet pilote de services adaptés de cessation tabagique aux jeunes (priorité pour les jeunes des Centres Jeunesse) Offre de soutien à l'implantation (outils, formations, etc.) Évaluation d'implantation et de résultats des projets Élaboration d'une stratégie de transfert des acquis auprès des CSSS, des commissions scolaires et des écoles | ASSSM-DSP CSSS Centre Jeunesse Écoles Commission scolaire Centre hospitalier universitaire Ste-Justine |
| | Collaboration à un projet de recherche ciblant la prévention et la cessation tabagique auprès des jeunes de 12-17 ans | INSPQ SCC ASSSM - DSP |

5

Conditions de mise en oeuvre

Le PLT 2012-2015 repose sur la volonté de déployer une approche intégrée et globale des interventions de lutte au tabagisme à l'échelle régionale. Alors que la mise en œuvre de certaines interventions ou services est déjà amorcée, certaines activités sont en cours d'élaboration et seront déployées en fonction des échéanciers présentés à travers le plan.

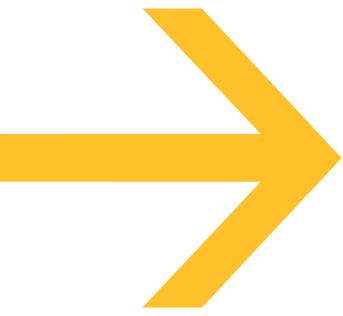
Il importe de souligner que les balises des actions de santé publique que le PLT préconise demeurent souples afin de favoriser la réussite de son implantation. La mise en œuvre des activités implique de nombreux partenaires de différents horizons et s'actualise dans des contextes d'intervention aux réalités fort différentes et évolutives (réseau de la santé, réseau de l'éducation, milieu communautaire, etc.). Par ailleurs, le phénomène du tabagisme est en mouvance et prend de nouveaux visages avec l'émergence, notamment, de nouveaux produits du tabac. Une mise à jour annuelle est prévue afin de faire le point sur le déploiement et d'apporter les ajustements nécessaires pour faire un arrimage optimal entre les actions et les besoins découlant des réalités et des contextes d'intervention. Il va sans dire que l'implantation du PLT et l'atteinte des cibles proposées sont conditionnelles à certaines conditions de succès.

Pour l'actualisation des activités régionales, les conditions suivantes sont requises:

- Assurer le maintien de professionnels dédiés à la réalisation des interventions et activités inscrites au PLT dans les différents volets (prévention, protection et cessation) et déterminer la contribution des secteurs transversaux à la réalisation du PLT.
- Identifier les projets prioritaires à déployer sur une période de 3 ans permettant d'actualiser les nouvelles orientations du PLT.
- Mettre en place une coordination centrale permettant de suivre l'avancement des travaux, d'identifier les obstacles à l'implantation du PLT et faire des suivis périodiques (bilans annuels) au comité de direction.
- Développer un système de monitoring du PLT et intégrer des indicateurs d'appréciation de la performance en lien avec ce plan au tableau de bord de la DSP.

Pour l'actualisation des activités en soutien aux CSSS, les conditions suivantes sont nécessaires au déploiement du PLT :

- Faire entériner les orientations régionales du PLT par la table des responsables locaux de santé publique (TRSP).
- Mettre sur pied un groupe de travail avec deux à trois CSSS ayant une prévalence élevée du tabagisme (DLSP, représentants des sous-groupes Tout Petit et jeunes et SPMC) pour élaborer avec eux un exercice de planification locale des activités de lutte contre le tabagisme et mieux circonscrire les contributions locales en prévention, protection et cessation.
- Soutenir deux à trois projets pilotes dans des CSSS ayant une prévalence élevée du tabagisme afin d'intensifier les activités en prévention, protection et cessation sur ces territoires.



Références

1. OMS (2008). *MPOWER un programme de politiques pour inverser le cours de l'épidémie de tabagisme*. Genève, Suisse : OMS.
2. STATISTIQUE CANADA (2011). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Composante annuelle : Guide de l'utilisateur - Fichiers de microdonnées 2009-2010* Ottawa, Ontario : Statistique Canada.
3. CARDINAL, L., FRANCOEUR, D., HAMEL, M., KIROUAC, S., THÉBERGE, Y. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec (Québec): Ministère de la Santé et des Services sociaux.
4. MSSS (2001). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
5. MSSS (2006). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
6. MSSS (2002). *Plan québécois d'abandon du tabagisme*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
7. MSSS (2010). *Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
8. LAVERDIÈRE, F., ANCTIL, H., RENAUD, M. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*. Québec : Direction générale des services de santé et médecine universitaire, MSSS.
9. LOUTFI, A., LAFLAMME, B., CHÂTEAUNEUF, J., CORRIVEAU, M., HUOT, J., KAVANAGH, M. ET COLL. (2007). *Programme québécois de lutte contre le cancer (1)- Orientations prioritaires 2007-2012*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
10. LASGOW, R.E., MCKAY, H.G., PIETTE, J.D., REYNOLDS, K.D. (2001). *The RE-AIM framework for evaluating interventions: What can it tell us about approaches to chronic illness management?* Patient Education and Counseling, 44, 119-127. Les outils d'évaluation REAIM sont disponible en ligne : <http://cancercontrol.cancer.gov/IS/reaim/index.html> (page consultée le 20 décembre 2011)
11. SIMONEAU, M.-E ET LEAUNE, V. (2013). *Montréal sans tabac - Le point sur le tabagisme*. Montréal, Canada : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
12. REID, J. L. ET HAMMOND, D. (2011). *Tobacco Use in Canada : Patterns and Trends*, 2011 Edition. Waterloo, ON : Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.
13. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2010). *Étude sur les fumeurs : portrait et stratégies*. Montréal, Canada.

14. BORDELEAU, M. (2009). Usage du tabac. Dans D. Tremblay (dir.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2009* (p. 41-91). Québec, Canada : Institut de la statistique du Québec.
15. LAMBERT, G., HALEY, N., JEAN, S., TREMBLAY, C., FRAPPIER, J.-Y., OTIS, J., ROY, É. (2012). *Sexe, drogue et autres questions de santé. Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*. Montréal, Canada : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec.
16. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. (2011b). *Santé respiratoire des enfants*. Récupéré le 16 août 2012 du site de la DSP de Montréal, section Environnement urbain : [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/index.php?id=523&tx_wfqbe_pi1\[uid\]=1029](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/index.php?id=523&tx_wfqbe_pi1[uid]=1029)
17. LASNIER, B., LECLERC, B.-S. ET HAMEL, D. (2012). *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*. Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
18. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. (2011). *Les inégalités sociales à Montréal. Habitudes de vie. Le tabagisme*. Récupéré le 7 février 2013 du site de l'Agence section santé des montréalais.
19. DENIS, G. (2011). *Cessation tabagique chez les jeunes*. Montréal. Québec : Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
20. HOPKINS, D.P., FIELDING, J.E. (2001). *Task Force on Community Preventive Services Recommendations regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke*. American Journal of Preventive Medicine, 20, 10-15.
21. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2012). *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults*, Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services.
22. LALONDE, M., HENEMAN, B., LAGUË, J. (2004). *La prévention du tabagisme chez les jeunes*. Avis scientifique. Institut national de santé publique du Québec. 2004. <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/324-AvisPreventionTabagismeJeunes.pdf>
23. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (1999). *Best practices for comprehensive tobacco control programs*. Atlanta, Ga: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. http://www.cdc.gov/tobacco/research_data/stat_nat_data/bestprac.pdf
24. CARSON, K.V., BRINN, M.P., LABISZEWSKI, N.A., ESTERMAN, A.J., CHANG, A.B., SMITH, B.J. (2011). *Community interventions for preventing smoking in young people*. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD001291.

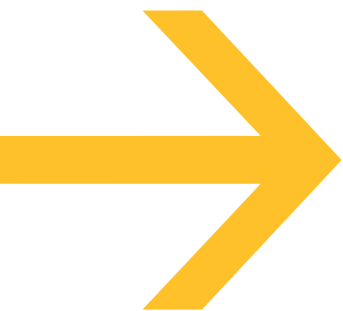
25. BRINN, M.P., CARSON, K.V., ESTERMAN, A.J., CHANG, A.B., SMITH, B.J. (2010). *Mass media interventions for preventing smoking in young people*. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD001006.
26. DOBBINS, M., DECORBY, K., MANSKE, S., GOLDBLATT, E. (2008). *Effective practices for school-based tobacco use prevention*. Preventive Medicine, 46, 289-297.
27. MULLER-RIEMENSCHNEIDER, F., BOCKELBRINK, A., REINHOLD, T., RASCH, A., GREINER, W., WILlich, S.N. (2008). *Long-term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth*. Tobacco Control, 17, 301-302.
28. SHERMAN, E.J., PRIMACK, B.A. (2009). *What works to prevent adolescent smoking? A systematic review of the National Cancer Institute's Research-Tested Intervention Programs*. Journal of School Health, 79, 391-399.
29. THOMAS, R. PERERA, R. (2008). *School-based programmes for preventing smoking*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD001293.
30. WIEHE, S.E., GARRISON, M.M., CHRISTAKIS, D.A., EBEL, B.E., RIVARA, F.P. (2005). *A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up*. Journal of Adolescent Health, 36, 162-169.
31. PETRIE, J., BUNN, F., BYRNE, G. (2007). *Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: A systematic review*. Health Education Research, 22, 177-191.
32. SKARA, S., SUSSMAN, S. (2003). *A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations*. Preventive Medicine, 37, 451-474.
33. LEMIEUX, V. (2009). *L'étude des politiques publiques*. Sainte-Foy: Presses de l'Université Laval.
34. PRIEST, N., ROSEBY, R., WATERS, E., POLNAY, A., CAMPBELL, R., SPENCER, N. ET COLL. (2008). *Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke*. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD001746.
35. GEHRMAN, C.A., HOVELL, M.F. (2003). *Protecting children from environmental tobacco smoke (ETS) exposure: A critical review*. Nicotine & Tobacco Research, 5, 289-301.
36. LEVITT, C., SHAW, E., WONG, S., KACZOROWSKI, J. (2007). *Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of interventions for smoking relapse prevention, cessation, and reduction in postpartum women*. Birth, 34, 341-347.
37. CALLINAN, J.E., CLARKE, A., DOHERTY, K., KELLEHER, C. (2010). *Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4.
38. TWOREK C, YAMAGUCHI R, KLOSKA DD, EMERY S, BARKER D, GIOVINO GA, O'MALLEY PM, CHALOUKPA FJ. (2010). *State-level tobacco control policies and youth smoking cessation measures*. Health Policy. 97(121):136-144. [E-pub: 2010 May 18]

39. GARRISON, M.M., CHRISTAKIS, D.A., EBEL, B.E., WIEHE, S.E., RIVARA, F.P. (2003). *Smoking cessation interventions for adolescents: A systematic review*. American Journal of Preventive Medicine, 25, 363-367.
40. GERVAIS, A., O'LOUGHLIN, J., DUGAS, E., EISENBERG, M. J., WELLMAN, R. J., DIFRANZA, J.R. (2007). *Revue systématique d'essais comparatifs randomisés d'interventions d'abandon du tabac chez les jeunes*. Drogues, santé et société, 6.
41. GRIMSHAW, G., STANTON, A. (2010). *Tobacco cessation interventions for young people*. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD003289.
42. SUSSMAN, S., SUN, P. (2009). *Youth tobacco use cessation: 2008 update*. Tobacco Induced Diseases, 5, 3.
43. PAPADAKIS, S., MCDONALD, P, MULLEN, K.A, REID, R., SKULSKY, K., PIPE, A. (2010). *Strategies to increase the delivery of smoking cessation treatments in primary care settings: A systematic review and meta-analysis*. Preventive Medicine, 51, 199-213.
44. STEAD, L.F, BERGSON, G., LANCASTER, T. (2008). *Physician advice for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD000165.
45. RICE, V.H., STEAD, L.F. (2009). *Nursing interventions for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD001188.
46. SINCLAIR, H.K., BOND, C.M., STEAD, L.F. (2008). *Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD003698.
47. LUMLEY, J., CHAMBERLAIN, C., DOWSWELL, T., OLIVER, S., OAKLEY, L., WATSON, L. (2009). *Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy*. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD001055.
48. FREUND, M., CAMPBELL, E., PAUL, C., SAKROUGE, R., MCELDUFF, P., WALSH, R.A. ET COLL. (2009). *Increasing smoking cessation care provision in hospitals: A meta-analysis of intervention effect*. Nicotine & Tobacco Research, 11, 650-662.
49. RIGOTTI, N.A., MUNAFO, M.R., STEAD, L.F. (2009). *Interventions for smoking cessation in hospitalised patients*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1-43.
50. FIORE MC et al.(2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic (accès le plus récent au lien 1er août 2012).
51. STEAD, L.F, LANCASTER, T. (2010). *Interventions to reduce harm from continued tobacco use*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
52. CIVLJAK, M., SHEIKH, A., STEAD, L.F, CAR, J. (2010). *Internet-based interventions for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD007078.
53. WHITTAKER, R., BORLAND, R., BULLEN, C., LIN, R.B., MCROBBIE, H., RODGERS, A. (2009). *Mobile phone-based interventions for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD006611.

54. THE CANADIAN ACTION NETWORK FOR THE ADVANCEMENT, DISSEMINATION AND ADOPTION OF PRACTICE-INFORMED TOBACCO TREATMENT (CAN-ADAPTT) (2012). *Lignes Directrices Canadiennes de Pratique Clinique sur le Renoncement au Tabagisme*. Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique. www.can-adaptt.net
55. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. (2010). *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease : A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. <http://www.surgeongeneral.gov/library> (accès le plus récent 1 août 2012)
56. CARRIE, D., O'CONNOR, E., WHITLOCK, EP, PERDUE, LA., SOH, C., HOLLIS, J., (2013). *Primary Care—Relevant Interventions for Tobacco Use Prevention and Cessation in Children and Adolescents*. A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force AHRQ publication No. 12-05175-EF-3.
57. BROOKS, S. (1993). *Public Policy in Canada: An Introduction*. Toronto : McClelland and Stewart.
58. ANDREW, C. (2009). *Comment tenir compte de la place du gouvernement municipal dans la formulation des politiques publiques ? Quand les géographes viennent en aide aux politologues*. In K. Dimitrios & L. Cardinal (Eds.), *Les politiques publiques au Canada; Pouvoir, conflits et idéologies*. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
59. LALONDE, M., LAGUË, J. (2008). *Analyse du potentiel d'efficacité des programmes de prévention du tabagisme chez les jeunes implantés au Québec*. Montréal, Québec: Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
60. MSSS (2005). *École en santé : Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires : Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, de la Santé et des Services sociaux.
61. ROSS, L. (2011). *Sustaining youth participation in a long-term tobacco control initiative: Consideration of a social justice perspective*. *Youth Society*, 43, 681-704.
62. NATIONAL TOXICOLOGY PROGRAM. (2002). *Report on Carcinogens, Tenth Edition*. Research Triangle Park, NC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program.
63. SCHICK, S., GLANTZ, S. (2005). *Philip Morris toxicological experiments with fresh sidestream smoke: More toxic than mainstream smoke*. *Tobacco Control*, 14, 396-404.
64. CIRC (2004). *Le CIRC classe le tabagisme passif dans le groupe des cancérogènes pour l'homme*. Lyon, France : Centre international de recherche sur le cancer.

65. PECHACEK, T.F., BABB, S. (2004). *How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke?* British Medical Journal, 328, 983.
66. OMS (1999). *International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health: Consultation Report*. Geneva : Tobacco Free Initiative.
67. SVANES, C., OMENAAS, E., JARVIS, D., CHINN, S., GULSVIK, A., BURNEY, P. (2004). *Parental smoking in childhood and adult obstructive lung disease: Results from the European Community Respiratory Health Survey*. Thorax, 59, 295-302.
68. MAKOMASKI ILLING, E.M., KAISERMAN, M.J. (1999). *Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1994 and 1996*. Chronic Disease in Canada, 20, 111-117.
69. MSSS (2011). *Rapport sur la mise en œuvre de la loi sur le tabac 2005-2010*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
70. MACIOSEK, M.V., COFFIELD, A.B., EDWARDS, N.M., FLOTTEMESCH, T.J., GOODMAN, M.J., SOLBERG, L.I. (2006). *Priorities among effective clinical preventive services: Results of a systematic review and analysis*. American Journal of Preventive Medicine, 31, 52-61.
71. O'LOUGHLIN, J., GERVAIS, A., DUGAS, E., MESHEFEDJIAN, G. (2009). *Milestones in the process of cessation among novice adolescent smokers*. American Journal of Public Health, 99, 499-504.
72. DUBÉ, G., BORDELEAU, M., CAZALE, L., FOURNIER, C., TRAORÉ, I., PLANTE, N. ET COLL. (2009). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
73. TREMBLAY, M., FRASER, K., LAMONTAGNE, R., MANSKE, S., O'LOUGHLIN, J. (2009). *Un atelier sur l'abandon du tabac chez les jeunes au Québec : Rehaussement des compétences par l'interdisciplinarité*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.
74. RENAUD, L., O'LOUGHLIN, J., DERY, V. (2003). *The St-Louis du Parc Heart Health Project: A critical analysis of the reverse effects on smoking*. Tobacco Control, 12, 302-309.
75. DÉRY, V. & RENAUD, L. (2000). *Réflexion critique sur la prévention du tabagisme en milieu scolaire primaire*. Montréal : Actes du symposium à Montréal, Québec (Canada) les 17 et 18 avril 2000. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique.
76. POLAND, B., FROHLICH, K., HAINES, R.J., MYKHALOVSKIY, E., ROCK, M., SPARKS, R. (2005). *The social context of smoking: The next frontier in tobacco control?* Tobacco Control, 15: p.59-63.
77. EMMONS, K.M., WONG, M., HAMMOND, S.K., VELICER, W.F., FAVA, J.L., MONROE, A.D. ET COLL. (2001). *Intervention and policy issues related to children's exposure to environmental tobacco smoke*. Preventive Medicine, 32, 321-331.

78. CIVLJAK, M., SHEIKH, A., STEAD, L.F., CAR, J. (2010). *Internet-based interventions for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD007078.
79. BANHAM, L., GILBODY, S. (2010). *Smoking cessation in severe mental illness: What works?* *Addiction*, 105, 1176-1189.
80. WONG, J. (2010). *The next stage: Delivering tobacco prevention and cessation knowledge through public health networks: An examination of the academic literature, grey literature and internet sources for effective interventions for vulnerable populations*. Ottawa ON: Canadian Public Health Association (116).
81. MURRAY, R.L., BAULD, L., HACKSHAW, L.E., MCNEILL, A. (2009). *Improving access to smoking cessation services for disadvantaged groups: A systematic review*. *Journal of Public Health*, 31, 258-277.
82. NIEDERDEPPE, J., KUANG, X., CROCK, B., SKELTON, A. (2008). *Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: What do we know, what do we need to learn, and what should we do now?* *Social Science & Medicine*, 67, 1343-1355.
83. LAPRISE, P., TREMBLAY, L. M., CAZALE, L. (2012). *Usage de la cigarette, dans, L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*. Le visage des jeunes d'aujourd'hui: leur santé physique et leurs habitudes de vies, Tome 1, Québec, Canada: Institut de la statistique du Québec, p.147-166.



Annexe 1

Synthèse de littérature sur les interventions de lutte au tabagisme

Contexte

La démarche d'élaboration d'un plan d'action régional de lutte au tabagisme 2011-2015 par la Direction de santé publique (DSP) a pour but d'identifier des activités efficaces pour lutter contre le tabagisme au sein de la population montréalaise et réduire les écarts associés aux inégalités sociales de santé (ISS) ^[15] en lien avec cette problématique. Dans le cadre de la planification, il est préalable de faire le point sur les connaissances scientifiques et les consensus d'experts actuels relatifs aux différentes formes d'intervention de lutte au tabagisme. La collecte se veut pragmatique et les méthodes retenues ne visent pas à atteindre l'exhaustivité dans la mesure où la démarche vise à soutenir la prise de décision relative aux interventions à maintenir et à développer par la DSP. Les articles inclus ont été publiés depuis 2001 en anglais ou français.

La démarche porte sur quatre dimensions (prévention, protection, cessation et ISS). Pour chacune, la collecte de données vise à répondre à quelques questions de recherche, soit :

Prévention du tabagisme

- Quelles sont les interventions efficaces pour prévenir le tabagisme chez les jeunes de 12 à 17 ans ?
- Quelles sont les interventions efficaces pour prévenir le tabagisme chez les jeunes de 12 à 17 ans dans les milieux socioéconomiques défavorisés ?
- Quels sont les obstacles et les éléments facilitant la mise en place des interventions de prévention auprès des jeunes de 12 à 17 ans ?
- Quelles sont les interventions susceptibles de rejoindre une grande proportion de la population ciblée, à moindre coût ?
- Quels sont les effets pervers associés aux interventions de cessation tabagique réalisées auprès des jeunes ?

Protection contre la fumée de tabac dans l'environnement

- Quelles sont les interventions efficaces pour sensibiliser les fumeurs aux risques associés à l'exposition des fumeurs et des non-fumeurs à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) ?
- Quelles sont les interventions efficaces pour favoriser l'adoption d'un environnement sans fumée (maison et automobile) par les parents fumeurs (enfants de 0 à 5 ans et de 6 à 17 ans) ?
- Quelles sont les interventions susceptibles de rejoindre une grande proportion de la population ciblée, à moindre coût ?

Cessation tabagique

- Quelles sont les interventions susceptibles d'enclencher l'intention de cesser de fumer parmi les jeunes fumeurs (11 à 17 ans) ?
- Quelles sont les interventions efficaces pour répondre aux besoins de soutien particuliers des jeunes fumeurs (11 à 17 ans) dans leurs démarches de cessation ?
- Quelles sont les interventions efficaces pour soutenir les fumeurs adultes dans leurs démarches de cessation ?
- Quelles sont les interventions en cessation efficaces implantées dans certains milieux spécifiques (hôpitaux, pharmacies, milieux cliniques, cliniques dentaires, etc.) ?
- Quels sont les obstacles et les éléments facilitant la mise en place des interventions de soutien à la cessation tabagique pour les fumeurs (jeunes et adultes) ?
- Quelles sont les interventions de soutien à la cessation tabagique efficaces auprès des fumeurs hospitalisés ?
- Quelles sont les interventions susceptibles de rejoindre une grande proportion de la population ciblée, à moindre coût ?

Interventions visant la réduction des ISSS liées au tabagisme

- Quelles sont les interventions efficaces pour répondre aux besoins particuliers des fumeurs des groupes défavorisés de la population (pauvreté, immigration, toxicomanie, maladie mentale, ...) ?
- Quelles sont les interventions susceptibles de rejoindre une grande proportion de la population ciblée, à moindre coût ?

Interventions en prévention du tabagisme chez les jeunes

Augmentation du prix

L'augmentation des prix des produits du tabac est efficace pour réduire la prévalence du tabagisme et la consommation des produits du tabac chez les jeunes ^[25].

Différents milieux d'intervention

Les campagnes médiatiques visant à informer les jeunes et à les motiver à éviter l'usage du tabac sont efficaces lorsqu'elles sont combinées à d'autres types d'interventions (tel qu'un programme scolaire, l'augmentation de la taxe d'accise sur les produits du tabac, etc.) et déployées avec une intensité et une durée assez élevée (au moins deux ans) ^[25,25]. Les campagnes médiatiques ciblant un groupe sociodémographique spécifique, avec un contenu et un mode de diffusion adaptés à la population cible, sont les plus efficaces ^[26].

De même, les interventions communautaires, qui incluent souvent plusieurs composantes (activités ou programmes implantés à l'école, suivi avec les parents, messages diffusés dans les médias de masse, etc.), peuvent être efficaces pour réduire l'initiation et l'usage du tabac chez les adolescents ^[24,27]. Les interventions communautaires impliquent un ou plusieurs acteurs de la communauté (individus, organisations, travailleurs sociaux, pouvoirs locaux, milieux cliniques, etc.) dans la réalisation de l'intervention (développement, mise en œuvre, monitoring).

L'efficacité des programmes scolaires menés en classe est démontrée à court terme, mais non à long terme. Elle est particulièrement efficace si elle : cible un sous-groupe sociodémographique particulier ; exige un niveau élevé de participation et d'interaction ; et est prodiguée par des professionnels ou des personnes spécialement formées (incluant des pairs) [26-30,32]. Un avis scientifique de l'INSPQ souligne que plusieurs obstacles empêchent l'implantation de ces programmes [22].

Les programmes d'intervention qui impliquent une participation des parents sont efficaces pour prévenir le tabagisme, à condition que les intervenants soient adéquatement formés et que l'intervention requière une participation active et intense des parents [27,29,31]. Pour favoriser l'implication des parents, l'école doit notamment établir une relation de confiance avec la famille, faciliter la participation des parents au soutien scolaire de leur enfant et les inviter à participer à la vie scolaire [54].

L'engagement actif des jeunes dans la lutte contre le tabagisme constitue une pratique de plus en plus répandue en raison de l'impact positif qu'il a sur leur développement social, les comportements de santé et leur réussite scolaire. L'implication active des jeunes dans des activités de lutte contre le tabagisme est susceptible d'améliorer l'estime de soi et le sentiment d'efficacité des jeunes, en plus de développer leurs habiletés à agir comme agent de changement social et de retarder l'initiation au tabagisme [61]. Bien que les études sur ces interventions soient encore limitées, celles-ci sont considérées comme une innovation prometteuse [31].

Politique scolaire sur le tabac

Plusieurs organismes nationaux et internationaux de santé publique recommandent la mise en œuvre d'une politique scolaire contre le tabac [22,23]. Cette politique doit préciser l'engagement de l'école pour lutter contre le tabagisme, incluant les modalités d'application de la Loi sur le tabac dans l'établissement. Par ailleurs, plusieurs études menées en milieu scolaire ont démontré que l'interdiction de fumer pour tous et partout est efficace pour réduire la prévalence et la consommation de tabac chez les jeunes. [22].

Interventions à composantes multiples

Il est démontré qu'une intervention incluant des composantes multiples (campagne médiatique, interventions scolaires, etc.) est plus efficace qu'une intervention mise en œuvre de façon isolée [20, 24-30].

Peu importe le contexte d'intervention (communautaire, scolaire ou familial), les approches qui portent sur le développement des habiletés sociales, la responsabilité personnelle et la gestion des influences sociales sont démontrées potentiellement efficaces, contrairement aux approches fondées uniquement sur l'information ; l'information est nécessaire, mais insuffisante pour modifier les comportements [24,26-30, 31,32].

Alors que les caractéristiques du curriculum scolaire ont été précisées pour les élèves du secondaire, celles pour les élèves du primaire n'ont pas encore été identifiées par les recherches [22]. Par ailleurs, la présence d'effets paradoxaux^k, mis en évidence lors de l'évaluation de programmes de prévention du tabagisme, a conduit à la recommandation de ne pas intervenir en 3^e, 4^e et 5^e année du niveau

k Les effets pervers ou paradoxaux surviennent lorsqu'une intervention est associée à des effets négatifs.

primaire au Québec [22, 74,75]. Les écrits scientifiques ne permettent pas de formuler une recommandation précise concernant la 6^e année.

Le début de l'adolescence, moment d'intervention critique

La transition entre l'école primaire et l'école secondaire semble être un bon moment pour intervenir en prévention du tabagisme chez les jeunes [27, 29,31]. L'évaluation d'un projet pilote auprès des jeunes du primaire faite par la DSP de Montréal en 2003 a mis en évidence différents effets pervers [74].

Prévention du tabagisme chez les jeunes de milieux défavorisés

Les données sur les interventions de prévention du tabagisme en milieux défavorisés sont insuffisantes pour permettre de conclure à l'efficacité de certaines approches portant uniquement sur la prévention du tabagisme et ciblant spécifiquement les jeunes de ces milieux. Afin de réduire les inégalités sociales de santé associées au tabagisme, une étude québécoise préconise l'adoption d'une approche réflexive d'intervention en prévention. Cela implique de développer une attitude autocritique et de questionner les prémices d'interventions et les effets (attendus et inattendus) susceptibles d'être engendrés [76].

Interventions visant la protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE)

Interdictions de fumer dans les endroits publics

Les interdictions de fumer dans les endroits publics permettent de protéger les non-fumeurs. De plus elles réduisent la consommation de cigarettes et augmentent la cessation [33]. Cependant, leurs effets se limitent à l'espace public et n'ont pas d'incidence sur la réduction de l'exposition à la FTE à la maison ou dans la voiture [20,37].

Emphase sur les attitudes et les comportements des parents plutôt que sur leurs connaissances

Les interventions auprès des parents fumeurs basées sur les théories de changement du comportement (ex : théorie sociale cognitive), ou celles qui visent à modifier les comportements sont plus efficaces que celles qui cherchent à accroître les connaissances sur les risques liés au tabac et à l'exposition à la FTE. Ces dernières améliorent souvent ces connaissances, mais leur efficacité sur la modification conséquente du comportement des parents pour réduire ces risques n'a pas été démontrée [34, 35,36].

Intensité suffisante, en fréquence et en durée

Les interventions qui incluent un counseling plus intense (en durée et en fréquence) auprès des parents sont plus susceptibles d'être efficaces. Les interventions se déroulant au domicile des parents (dont les parents de nouveau-nés) tendent à être souvent plus efficaces. Elles sont également plus intenses en durée et en fréquence que les interventions dans d'autres milieux [34,35].

Efficacité auprès des familles où il y a des problèmes respiratoires

Les interventions qui visent les familles d'enfants asthmatiques ou avec un problème respiratoire ne sont pas plus efficaces que celles qui visent les familles d'enfants en santé [34, 35,77].

Interventions en cessation tabagique chez les adultes et les jeunes.

Cessation chez les adultes

Les approches démontrées efficaces en cessation tabagique chez les adultes sont multiples et se posent à différents niveaux.

Efficacité des mesures législatives et fiscales

Au niveau environnemental, les mesures législatives et fiscales sont démontrées efficaces pour favoriser la cessation tabagique. Les interdictions de fumer décrétées par la loi ou par des règlements dans les milieux de travail sont efficaces pour réduire la consommation de tabac^[20,37]. Par ailleurs, l'augmentation du prix unitaire des produits du tabac se traduit également par une augmentation de la cessation tabagique et une diminution de la consommation des produits du tabac^[20].

Efficacité des approches comportementales individuelles

Au niveau comportemental, les interventions brèves et intenses prodiguées par des médecins sont démontrées efficaces pour augmenter les taux de cessation tabagique. Les interventions intenses sont plus efficaces que les interventions brèves, particulièrement auprès de patients motivés ou atteints d'une maladie liée au tabagisme^[44].

Les interventions en cessation tabagique prodiguées par des infirmières sont aussi efficaces, particulièrement les interventions plus intenses réalisées par des infirmières en promotion de la santé ou dédiées spécifiquement au projet de cessation^[45].

Malgré le peu de données disponibles, des preuves suggèrent que les interventions en pharmacie communautaire pourraient augmenter les taux de cessation, à condition d'être fondées sur le modèle transthéorique de changement, prodiguées par des pharmaciens formés et tenant des dossiers pour leurs patients^[46].

Les interventions téléphoniques réactives (le patient initie l'appel) ou proactives (l'intervenant initie l'appel ou initie un suivi suite à un appel du patient) sont démontrées efficaces pour augmenter la cessation tabagique, à la fois en contexte clinique et communautaire, lorsqu'elles sont implantées en combinaison avec d'autres interventions^[20].

Dans les milieux hospitaliers, les interventions de counseling en cessation tabagique débutant pendant l'hospitalisation et incluant un suivi de plus d'un mois suivant le congé du patient sont efficaces pour augmenter les taux de cessation et ce, peu importe le diagnostic d'admission à l'hôpital. La combinaison de l'utilisation de TRN ou de bupropion à l'intervention de counseling favorise davantage la cessation^[49]. En regard de certaines clientèles, les interventions auprès de patients hospitalisés ou en réhabilitation pour des problèmes cardiaques ou cardiovasculaires sont efficaces^[45]. Les interventions brèves et intenses en cessation tabagique auprès des femmes enceintes favorisent aussi la cessation^[47].

Interventions visant à augmenter la prestation de services en cessation tabagique dans les établissements de 1ère ligne et les hôpitaux

Les interventions à composantes multiples sont efficaces pour augmenter la prestation de services en cessation tabagique par les médecins de la 1ère ligne^[20,48] et en milieu hospitalier^[48], et ultimement, l'abstinence tabagique de la clientèle. Les

interventions peuvent être réalisées à différents niveaux, soit celui du patient (services de counseling auxiliaire, matériel d'auto-prise en charge), du médecin ou autre professionnel de la santé (formation, rétroaction sur la performance), de la clinique (outils de rappel, formation sur place pour soutenir l'amélioration de la qualité), ou du système (incitatifs financiers aux médecins, gratuité des pharmacothérapies).

Efficacité des approches comportementales de groupe et de masse

Les thérapies de counseling intensif de groupe sont efficaces pour aider les fumeurs à arrêter de fumer. Toutefois, les données sont insuffisantes pour déterminer comment leur efficacité se compare à celle du counseling individuel intensif^[51].

Il existe peu de données sur l'efficacité des concours de cessation, mais les preuves disponibles suggèrent qu'ils pourraient être efficaces, et ce auprès de divers groupes de fumeurs, incluant les femmes et les personnes de faible statut socioéconomique.

Par ailleurs, les campagnes médiatiques (messages brefs et répétés) combinées à d'autres interventions sont aussi efficaces pour augmenter la cessation et réduire la consommation de produits du tabac^[20].

Réduction des coûts assumés par le patient

La réduction des coûts assumés par le patient pour avoir accès à des thérapies de cessation (TRN avec ou sans intervention comportementale de cessation tabagique) est efficace pour augmenter à la fois le recours aux thérapies et la cessation tabagique^[20].

Recrutement des fumeurs

Pour l'ensemble des types de services de soutien, l'utilisation de stratégies de recrutement multiples est plus efficace que l'utilisation d'une seule stratégie pour motiver les adultes à entreprendre et maintenir une démarche de cessation^[78].

Interventions intégrant les nouvelles technologies de l'information et de communication (TIC)

Il existe peu de preuves sur les interventions utilisant les nouvelles technologies, mais elles semblent prometteuses, à condition d'être suffisamment intenses et personnalisées. Peu d'études démontrent l'efficacité à long terme de programmes basés exclusivement sur Internet^[52]. Les interventions par messagerie texte sont efficaces à court terme, mais il n'y a pas suffisamment de preuves pour conclure à leur efficacité à long terme. Il n'y a cependant pas de raisons de croire que le taux de rechute serait plus élevé pour ces types d'interventions^[53].

Cessation chez les jeunes

Contrairement aux interventions de cessation tabagique s'adressant aux adultes, les interventions de cessation tabagique s'adressant spécifiquement aux jeunes sont peu documentées. Plusieurs données sont manquantes pour déterminer un type d'intervention à privilégier pour assurer l'efficacité des interventions.

Efficacité des mesures législatives, fiscales et autres

Comme pour les adultes, l'augmentation des taxes sur les produits du tabac a été démontrée efficace^[20, 37, 38]. Par ailleurs, l'application de politiques en milieu scolaire peut avoir un impact positif sur la cessation, selon un avis scientifique de l'INSPQ^[22].

Efficacité des thérapies comportementales ou psychosociales

Il existe des preuves de l'efficacité de certaines thérapies comportementales ou psychosociales, bien qu'il n'y ait pas encore suffisamment de preuves pour recommander l'implantation à grande échelle d'un modèle précis ^[39-41].

Interventions multicomposantes élaborées spécifiquement pour les jeunes

Les interventions efficaces auprès des jeunes de 11 à 17 ans sont des interventions intensives et multicomposantes, développées spécialement pour répondre aux spécificités des jeunes de ce groupe d'âge, en lien avec le tabagisme (caractère occasionnel du tabagisme, surestimation de leur capacité à cesser, impulsivité, immaturité, construction de l'identité, limite au niveau des déplacements, etc.). Celles-ci doivent combiner plusieurs composantes et plusieurs modes de communication (interaction personnelle, site Web, cellulaire, etc.) ^[41-42]. Aucun modèle théorique ne se distingue nettement des autres à ce moment-ci, quoique les interventions qui combinent des composantes motivationnelles et des approches fondées sur la théorie sociale cognitive semblent se démarquer. Une attention particulière devrait être portée aux diverses composantes de l'intervention, dont la structure, le mode de recrutement, la prestation et le suivi. L'intervention doit être adaptée pour les jeunes et inclure un aspect « amusant » ^[42]. Les programmes efficaces requièrent souvent des interventions individuelles ou en petits groupes, prodiguées par des intervenants formés ^[41].

Contexte institutionnel ou structuré favorable à l'efficacité

À ce jour, les interventions réalisées en contexte institutionnel (écoles, milieux cliniques) sont plus efficaces que les interventions réalisées hors de ces milieux. Certaines hypothèses suggèrent que cette situation s'explique probablement par la facilité d'accès et la proximité de ces lieux pour les jeunes, par l'aisance des jeunes dans un milieu familier, ou par la crédibilité qu'ils accordent à ces interventions ^[39,40]. Les preuves actuelles sont insuffisantes pour juger de la supériorité des interventions en milieu clinique par rapport à celles se déroulant en milieu scolaire, ou vice-versa. Il est suggéré d'accorder de l'importance à l'encadrement (milieu structuré) plutôt qu'au milieu social choisi ^[39,40].

Efficacité des TRN non démontrée chez les jeunes

L'efficacité des thérapies pharmacologiques (TRN ou bupropion), utilisées seules ou combinées à une approche comportementale pour augmenter la cessation tabagique chez les adolescents n'a pas été suffisamment documentée pour tirer des conclusions sur leur efficacité à grande échelle ^[40,41]. Il n'existe aucune preuve scientifique qui suggère que l'efficacité neuropharmacologique ou la sécurité de ces thérapies diffère entre les adolescents et les adultes, mais le contexte de l'adolescence et la signification que les adolescents accordent au tabagisme pourraient en altérer l'efficacité ^[41].

Interventions sur les dépendances multiples chez les jeunes

Il n'existe pas de données probantes concernant l'efficacité des interventions combinant le counseling de cessation tabagique et de cessation d'autres substances entraînant une dépendance chez les jeunes ^[19].

Interventions en cessation tabagique visant la réduction des ISS

Peu d'interventions visant la réduction des ISS, en lien avec le tabagisme sont documentées dans la littérature de synthèse récente. La littérature portant sur les interventions de soutien adaptées spécifiquement aux clientèles des sous-groupes de la population dits vulnérables est peu abondante. Cependant, quelques constats peuvent être tirés en cessation tabagique chez les adultes.

Intervention de cessation tabagique auprès des clientèles vulnérables

Les mêmes interventions peuvent être appliquées pour la population en santé mentale et en toxicomanie que pour la population générale : soutien psychologique, TRN et bupropion. Cependant, une attention particulière devrait être portée aux interactions avec la médication, à la formation en cessation tabagique pour les intervenants auprès de ces clientèles (tant en 1^{ère} ligne que dans les soins spécialisés en santé mentale et en toxicomanie), à l'acceptabilité des interventions pour les patients et à l'intensité et à la durée des interventions ^[79,80].

Les techniques de marketing social et l'adaptation des interventions pour des populations spécifiques sont efficaces pour rendre ces interventions plus pertinentes et acceptables pour les besoins des fumeurs ^[81]. Le fait de combiner les interventions de cessation tabagique avec d'autres interventions pour lesquelles les patients consultent pourrait également en augmenter l'accessibilité et l'efficacité auprès de certaines clientèles.

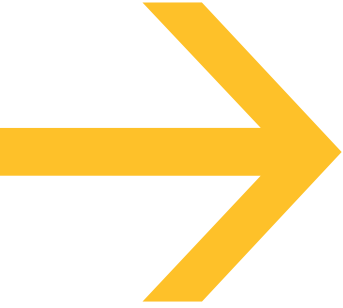
Les pharmacies et les milieux de soins dentaires pourraient être utiles pour rejoindre une grande variété de fumeurs, étant donné qu'ils donnent accès à des professionnels de la santé sans rendez-vous ^[81].

Obstacles et effets pervers associés aux interventions de soutien à la cessation

L'efficacité des campagnes médiatiques destinées au grand public pour augmenter la cessation tabagique chez les groupes de faible statut socioéconomique n'a pas été démontrée. En ayant un effet positif uniquement chez les groupes à statut socioéconomique élevé, ces interventions pourraient avoir pour effet d'augmenter les ISS liées au tabagisme ^[82].

Il existe des preuves limitées qui suggèrent que les obstacles psychologiques et sociaux à la cessation tabagique sont particulièrement déterminants pour les fumeurs de groupes socioéconomiques plus défavorisés (peur d'être jugé, peur de l'échec, manque de connaissances). Des interventions multidimensionnelles qui traitent de ces questions pourraient donc être nécessaires ^[81].

Chez les jeunes, la littérature sur les impacts, tant positifs que négatifs, des interventions de cessation tabagique selon le statut socioéconomique est pratiquement inexistante. Leurs effets sur la réduction des inégalités sociales de santé ne sont pas documentés.



Annexe 2

Objectifs du plan de lutte contre le tabagisme : source de données

| | |
|---|--|
| Réduire la prévalence du tabagisme de 22% à 16 % chez les 18 ans et plus | ESCC, 2009-2010 |
| Réduire l'écart entre la prévalence du tabagisme chez les 18 ans et plus des territoires de CSSS ayant les plus fortes prévalences par rapport à la moyenne régionale | ESCC, 2009-2010 |
| Réduire à 13 % la prévalence du tabagisme (cigarettes et cigarillos) chez les jeunes du secondaire | ETADJES, 2008 (22 % pour le Québec) EQSJS, 2010-2011 (4,8 %, fumeurs actuels de cigarettes, Montréal) |
| Maintenir à moins de 7 % la prévalence du tabagisme durant la grossesse | Enquête santé respiratoire, Montréal, 2006 |
| Réduire de 12 % à 7 % la proportion des jeunes de moins de 12 ans exposés à la fumée de tabac au domicile | Enquête santé respiratoire, Montréal, 2006 |
| Réduire de 22% à 17 % la proportion des jeunes de 12 à 17 ans exposés à la fumée de tabac au domicile et de 16 % à 11 % pour l'exposition à la fumée de tabac dans la voiture | ESCC, 2009-2010 |
| Augmenter à plus de 10 % la proportion de fumeurs qui ont cessé de fumer au cours des 12 derniers mois | ESCC, 2009-2010 |
| Augmenter le nombre de fumeurs exposés à une TRN par l'entremise de l'ordonnance collective régionale | Données IMS |
| Augmenter le nombre de fumeurs fréquentant les services des Centres d'abandon du tabac et des groupes de cessation | I-CLSC |
| Augmenter le nombre de fumeurs montréalais qui s'inscrivent au Défi J'arrête, j'y gagne | Acti-Menu |
| Augmenter la proportion de fumeurs utilisateurs des services de santé qui ont reçu un counselling médical en cessation tabagique | Données RAMQ |

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal*

Québec 

Modèle Logique - Montréal sans tabac - Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015

