



*information*



*formation*



*recherche*



*coopération  
internationale*

# PROPOSITION D'UN PLAN DE MONITORING DU PLAN QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME 2001-2005 (PQLT)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

PROPOSITION D'UN PLAN DE MONITORING  
DU PLAN QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE  
LE TABAGISME 2001-2005 (PQLT)

DIRECTION DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS

MAI 2003

## **AUTEURS**

Joëlle Brassard  
Institut national de santé publique du Québec

Johanne Laguë  
Institut national de santé publique du Québec

## **AVEC LA COLLABORATION DE**

Ann Royer  
Unité québécoise de recherche sur le tabagisme (UQRT)

Élisabeth Lessard  
Unité québécoise de recherche sur le tabagisme (UQRT)

Fernand Turcotte  
Unité québécoise de recherche sur le tabagisme (UQRT)

Présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

*Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>  
Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

CONCEPTION GRAPHIQUE :  
MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))  
COTE : INSPQ-2003-037

DÉPÔT LÉGAL – 3<sup>e</sup> TRIMESTRE 2003  
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA  
ISBN 2-550-41434-9

© Institut national de santé publique du Québec(2003)

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à remercier madame Michèle Tremblay, médecin conseil à la Direction de santé publique de Montréal-Centre et à l'Institut national de santé publique du Québec, ainsi que madame Marie Jacques agente de planification sociosanitaire à la Direction de santé publique de la Montérégie et conseillère scientifique à l'Institut national de santé publique du Québec, pour leurs judicieux commentaires sur les versions successives du plan de monitoring du Programme québécois de lutte au tabagisme (PQLT).

## AVANT-PROPOS

En 2002, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec octroyait une subvention à l'Institut national de santé publique du Québec pour élaborer, en collaboration avec l'Unité québécoise de recherche sur le tabagisme, un plan de monitoring du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005 (PQLT).

Ce document présente la proposition de l'Institut concernant le contenu initial et les modalités de mise en œuvre d'un plan de monitoring des activités québécoises de lutte contre le tabagisme. Compte tenu que l'élaboration et la mise en œuvre d'un système de monitoring utile, viable et performant ne peut se faire sans la participation active de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le tabagisme, le plan proposé ne peut, à cette étape-ci, être considéré comme le plan définitif.

En conséquence, l'Institut recommande au ministère d'utiliser cette proposition comme point de départ d'une vaste consultation de ses partenaires devant permettre de statuer sur les principaux paramètres qui serviront à guider la mise en œuvre d'un tel système au Québec.

L'Institut espère que sa proposition stimulera les discussions et éclairera les décideurs tout au long du processus conduisant au développement et la mise en œuvre d'un tel système. Une meilleure connaissance du degré de mise en œuvre des divers éléments du PQLT, couplée à la surveillance de l'évolution du tabagisme au Québec, permettra sans aucun doute au ministère et à ses partenaires de porter un meilleur jugement sur la pertinence de leurs actions et la nécessité d'apporter des correctifs le cas échéant.



Réal Morin  
Directeur  
Développement des individus et des communautés

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1 DÉFINITIONS</b> .....	<b>3</b>
1.1 CONNAISSANCE.....	3
1.2 SURVEILLANCE.....	3
1.3 MONITORING.....	4
<b>2 PLAN QUÉBÉCOIS DE LUTTE AU TABAGISME (PQLT)</b> .....	<b>5</b>
2.1 PRINCIPALES COMPOSANTES DU PQLT.....	5
2.2 SÉLECTION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION PRIORITAIRES DU PQLT.....	5
2.3 PARTICULARITÉS DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS D'ABANDON DU TABAGISME (POAT) AU SEIN DU PQLT.....	8
<b>3 PLAN DE MONITORING DU PQLT</b> .....	<b>11</b>
3.1 OBJECTIFS DU PLAN DE MONITORING.....	11
3.2 CRITÈRES RETENUS DANS LE CHOIX DES INDICATEURS.....	11
3.3 INDICATEURS RETENUS POUR LE DÉMARRAGE DU SYSTÈME DE MONITORING.....	13
3.4 LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES.....	16
3.5 DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME DE MONITORING À MOYEN ET À LONG TERME.....	17
<b>4 MISE EN ŒUVRE DU SYSTÈME DE MONITORING DU PQLT</b> .....	<b>21</b>
4.1 MODÈLE DE GESTION.....	21
4.1.1 Rôles et responsabilités.....	21
4.2 CONTRIBUTION DES ACTEURS AU SYSTÈME DE MONITORING DU PQLT.....	23
4.3 OPÉRATIONNALISATION DU SYSTÈME DE MONITORING DU PQLT.....	24
4.3.1 Analyses et interprétation des données.....	24
4.4 ÉCHÉANCIER.....	25
4.5 ÉVALUATION PÉRIODIQUE DU SYSTÈME DE MONITORING.....	25
<b>ANNEXE 1 LISTE DES INDICATEURS ET DES SOURCES D'INFORMATION DISPONIBLES DANS L'IMMÉDIAT</b> .....	<b>27</b>
<b>ANNEXE 2 TYPES DE SOURCES DE DONNÉES</b> .....	<b>31</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>35</b>

## INTRODUCTION

Les effets du tabagisme sur la santé sont multiples et maintenant clairement établis. La cigarette demeure une importante cause de maladie cardiovasculaire général et de plusieurs cancers dont ceux des poumons, de la gorge et de la bouche. On peut donc affirmer que le tabagisme est une habitude comportementale chronique à forte létalité.

L'habitude de fumer se contracte pendant l'enfance, ou encore, au tout début de l'adolescence chez la grande majorité des individus et la forte dépendance qu'engendre la nicotine fait en sorte qu'une grande proportion de ceux qui ont commencé à fumer, maintiendront ce comportement pendant plusieurs décennies.

Pour faire face à ce fléau, le Québec s'est doté d'un Plan québécois de lutte au tabagisme 2001-2005 (PQLT), dont l'objectif ultime est de protéger et d'améliorer la santé de la population québécoise. Ce plan expose les orientations ministérielles, les stratégies d'intervention et les modalités de coordination des interventions québécoises de contrôle du tabagisme jusqu'en 2005.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en collaboration avec l'Unité québécoise de recherche sur le tabagisme (UQRT), a accepté le mandat de présenter au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), un plan de monitoring du PQLT pour la période 2003-2005. Le plan de monitoring proposé, vise à augmenter la capacité du Québec à suivre l'évolution du tabagisme, le processus d'implantation des interventions de lutte au tabagisme ainsi que les ressources nécessaires à leur mise en œuvre.

Les deux premiers chapitres de ce document exposent la démarche utilisée dans l'établissement de ce plan, à savoir, les définitions des principaux concepts, les principales composantes du PQLT, les stratégies de lutte au tabagisme retenues ainsi qu'une brève description du Programme québécois d'abandon du tabagisme (PQAT). Le 3<sup>e</sup> chapitre présente les objectifs du plan de monitoring du PQLT, les indicateurs disponibles pour en assurer le suivi et les éléments qui feront ultérieurement l'objet d'un suivi et pour lesquels le développement de nouveaux indicateurs et des activités de recherches sont requis. Ceci démontre que la mise en œuvre d'un tel plan constitue un processus en évolution qui n'atteindra son plein rendement qu'après une période de trois à cinq ans.

Enfin, la dernière partie présente le modèle de gestion proposé pour permettre la mise en œuvre de ce plan de monitoring. Ce modèle implique la mobilisation des partenaires ainsi que l'opérationnalisation et l'échéancier du plan de monitoring.

## **1 DÉFINITIONS**

Les définitions suivantes ont été incluses afin de préciser d'entrée de jeu, ce qu'on entend par chacun des concepts utilisés tout au long du présent document. Aussi, force est de constater que la distinction entre le concept de « surveillance » et « monitoring » est loin d'être claire dans la littérature scientifique.

### **1.1 CONNAISSANCE**

La connaissance présente comme spécificité de caractériser la population, son état de santé ainsi que les facteurs qui y sont associés. La connaissance de l'état de santé de la population passe par l'identification des problèmes de santé et des facteurs susceptibles d'influencer la santé.

Les principales caractéristiques de la population d'intérêt se définissent par le regroupement d'un ensemble de descripteurs démographiques et socioéconomiques en plus d'indicateurs de mortalité et de morbidité qui permettent d'en identifier des secteurs, des sous-groupes de la population (groupes ethniques ou culturels) ou des groupes d'âge qui présentent des écarts par rapport à un plus grand ensemble (région, province, pays) ou qui présentent dans le temps des évolutions différentes, statistiquement significatives.

Ces observations de base sont investiguées en vue d'identifier les problèmes de santé prioritaires ou les déterminants qui ont un effet observable sur la santé. La connaissance de l'état de santé constitue donc l'étape préliminaire à toute démarche de surveillance puisqu'elle permet d'identifier les situations problématiques en informant sur l'apparition ou l'évolution significative de problèmes de santé sur le territoire. Elle permet ensuite d'enclencher des actions en faveur de la santé ou d'initier des recherches en vue de développer une expertise pour une intervention future (Lorraine Bernier, 1987).

### **1.2 SURVEILLANCE**

La surveillance se définit comme un système coordonné de collectes et d'analyses de données épidémiologiques, tant dans les situations de routine que dans les situations d'urgence, en vue de l'amélioration, de la prévention et du contrôle d'un certain nombre de maladies nécessitant la mise en œuvre de mesures de protection de la population.

Cette fonction implique la mise à jour d'indicateurs sélectionnés afin de suivre l'évolution de quelques déterminants de la santé ou de problèmes de santé. Son rôle principal est de permettre aux décideurs de réévaluer ses orientations et ses priorités d'action. Elle sert également à soutenir la conception d'intervention et à identifier des populations-cibles.

En 1986 le Centers for Disease Control (CDC) a défini la surveillance épidémiologique de la façon suivante :

« Epidemiologic surveillance is the ongoing systematic collection, analysis and interpretation of health data essential to the planning, implementation, and evaluation of public health practice, closely integrated with the timely dissemination of these data to those who need to know. The final link in the surveillance chain is the application of these data to prevention and control. A surveillance system includes a functional capacity for data collection, analysis, and dissemination linked to public health programs ».

Un bon système de surveillance devrait être en mesure de détecter l'émergence d'un problème de santé (exemple : la résistance aux antibiotiques), détecter les épidémies, de documenter la progression de la maladie, d'apporter une estimation quantitative de l'ampleur de la morbidité et de la mortalité associée, de décrire le cours clinique de la maladie, d'identifier les facteurs de risque potentiels, d'orienter la recherche et de planifier les activités de prévention et de contrôle (Thacker SB, Parrish et Trowbridge, 1988).

### **1.3 MONITORING**

Le monitoring est un terme qui est parfois utilisé comme synonyme de surveillance. La distinction entre les deux concepts n'est pas si évidente et ne fait pas l'unanimité dans le domaine scientifique.

Pour les fins du présent mandat, nous proposons la définition suivante :

Le monitoring est un système organisé de contrôle administratif basé sur la collecte continue d'informations relatives à la santé de la population concernée et d'informations sur le processus et le niveau d'implantation des interventions de santé publique.

Le monitoring inclut donc deux composantes essentielles :

- 1) La composante méthodologique (les activités d'identification des indicateurs de santé, de services et de ressources, la planification des collectes d'information, l'identification des besoins en recherche et évaluation);
- 2) La composante administrative (modalité de gestion du système de monitoring, identification des besoins en ressources humaines, financières et matérielles nécessaires au fonctionnement du système de monitoring).

Le monitoring implique aussi la notion de centralisation de la connaissance, de l'analyse et de la diffusion périodique de l'état de la situation aux collaborateurs. D'autre part, ce système implique une concertation des acteurs engagés dans le système afin d'en déterminer les éléments principaux.

## **2 PLAN QUÉBÉCOIS DE LUTTE AU TABAGISME (PQLT)**

### **2.1 PRINCIPALES COMPOSANTES DU PQLT**

La lutte au tabac nécessite une pluralité d'actions et ce, sur plusieurs fronts. À cet égard, l'Organisation mondiale de la santé recommande que les mesures entreprises pour exercer un contrôle du tabagisme, s'inscrivent dans une stratégie globale. Le PQLT a appuyé sa démarche sur les trois axes prioritaires identifiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Ces trois axes sont :

- ▶ prévenir l'adoption des habitudes tabagiques chez les jeunes (prévention);
- ▶ promouvoir et soutenir l'abandon des habitudes tabagiques (cessation);
- ▶ protéger la population contre la fumée du tabac dans l'environnement (protection).

Afin de toucher ces trois axes, le PQLT a proposé une démarche utilisant les quatre approches suivantes :

- a) politiques et législation;
- b) information – sensibilisation – éducation – soutien;
- c) mobilisation;
- d) connaissance et surveillance – recherche - évaluation.

Plusieurs stratégies ont donc été élaborées à partir de ce cadre.

### **2.2 SÉLECTION DES STRATÉGIES D'INTERVENTION PRIORITAIRES DU PQLT**

Étant donné le grand nombre de stratégies incluses dans le PQLT, il nous est apparu essentiel à cette étape-ci d'identifier celles qui semblaient réalisables à court terme (au cours des deux premières années). Pour procéder à une première sélection, il fallait se doter de critères permettant la constitution d'un noyau de départ composé de plusieurs stratégies proposées dans le PQLT et sur lequel pourront se greffer subséquentement les autres stratégies ainsi que des pistes de recherches et d'évaluations identifiées. Cette démarche indique nettement que le plan de monitoring proposé se conçoit comme un système en évolution.

L'objectif de cette démarche de sélection des priorités est :

- 1) D'identifier les éléments du PQLT pouvant faire l'objet d'un monitoring à court terme.
- 2) De procéder à une implantation graduelle du plan de monitoring afin d'éviter la surcharge du réseau de santé publique. Cette approche, nous le croyons, favorisera une participation optimale de la part des différents acteurs du réseau de la santé publique.

Les critères de sélection retenus sont :

- › les stratégies couvrant plusieurs axes du PQLT (prévention, protection, cessation);
- › les objectifs mesurables et quantifiables;
- › la disponibilité des indicateurs;
- › la présence d'interventions spécifiques pour une stratégie donnée;
- › la faisabilité des actions;
- › la disponibilité des ressources.

La démarche de priorisation a fait en sorte que 11 des 15 stratégies élaborées dans la PQLT pourront être monitorées à court terme (0 à 2 ans). Le tableau 1 résume les différentes stratégies retenues en fonction des trois axes prioritaires (prévention, protection, cessation) du PQLT qu'elles couvrent.

**Tableau 1** Stratégies d'intervention retenues en lien avec les approches A (politique et législation) et B (Information – sensibilisation – éducation – soutien)

	Stratégies retenues	Axes du PQLT		
		Prévention	Protection	Cessation
Législation	Hausses de taxes			
	Application de la loi sur le tabac (accessibilité)			
	Application de la loi sur le tabac (restriction de l'usage)			
	Financement public des produits de remplacement (aides pharmacologiques)			
Information-Sensibilisation	Activités de communication (campagnes publicitaires)			
	Sensibilisation aux méfaits (information, éducation)			
Éducation - Soutien	Soutien individuel et de groupe			
	Service téléphonique de référence et de soutien			
	Dépistage et counselling bref par les professionnels de la santé (femmes enceintes, personnes à risque)			
	Application des programmes scolaires (curriculums scolaires)			

### **2.3 PARTICULARITÉS DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS D'ABANDON DU TABAGISME (PQAT) AU SEIN DU PQLT**

Dans le plan d'action 2001-2002 qui se retrouve en annexe du PQLT, il est précisé que le PQLT a également pour objectif de soutenir la mise en oeuvre du Programme québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) et ce, en étroite collaboration avec les organismes concernés. Compte tenu du fait que le PQAT intègre un plan d'action non négligeable en matière de cessation tabagique, il a semblé pertinent d'en présenter ici un bref résumé. Le document de référence utilisé est le Plan québécois d'abandon du tabagisme (document de travail, décembre 2002).

Le principal objectif du PQAT est d'intensifier et d'améliorer les services de cessation du tabagisme, et ce, partout au Québec. Pour y parvenir, le PQAT prévoit une réorganisation des services de cessation de façon à ce qu'ils soient plus intensifs et mieux intégrés. Aussi, le PQAT vise à offrir des services possédant des caractéristiques communes dans toutes les régions du Québec, autrement dit, une meilleure harmonisation des services.

Le PQAT présente plusieurs composantes dont un volet de promotion qui prévoit diverses activités de sensibilisation (conférences, stands d'information, campagnes médiatiques etc.) et de diffusion de matériel documentaire et audiovisuel. Le volet des services est conçu en fonction des besoins et du choix de la clientèle. La gamme des services offerts se résume de la façon suivante :

- 1) l'information, la documentation et la référence vers d'autres services;
- 2) l'intervention brève;
- 3) l'aide pharmacologique;
- 4) l'intervention complète;
- 5) le soutien intensif.

Le PQAT requiert la participation de nombreux collaborateurs (individus ou organismes) qui devront intégrer des interventions anti-tabagiques dans leurs activités régulières. Outre les professionnels de la santé, peuvent-être considérés comme étant collaborateurs, des professeurs d'éducation physique, des non-fumeurs engagés ou toute personne adhérant aux orientations du PQAT, en vue d'aider les personnes à cesser de fumer. Dans ce contexte, les voies d'accès aux services du PQAT seront multiples :

- › les Centres d'abandon du tabagisme (CAT);
- › le service téléphonique national (ligne J'ARRÊTE);
- › le site Internet ([www.jarrete.qc.ca](http://www.jarrete.qc.ca));
- › les CLSC;
- › les centres hospitaliers incluant les centres hospitaliers ambulatoires;
- › les cliniques médicales et dentaires privées;
- › les pharmacies;
- › les organismes non gouvernementaux (OSBL et entreprises privées);
- › les milieux de travail et le milieu scolaire.

L'orientation ministérielle relative au PQAT consiste à mettre une plate-forme commune de services de cessation du tabagisme dans chaque région du Québec. En plus de rendre les services plus accessibles, le modèle organisationnel du PQAT devrait permettre d'adapter les interventions de cessation à certaines clientèles spécifiques comme les jeunes âgés de 12 à 17 ans et les femmes enceintes (par l'entremise de Naître égaux-Grandir en santé). En outre, les médecins de famille seront particulièrement sollicités à intégrer systématiquement une intervention minimale dans leur pratique et il y aura au moins un Centre d'abandon du tabagisme (CAT) par région, dans un CLSC ou dans un autre organisme.

Enfin, l'organisation des services au niveau national, la coordination des activités de sensibilisation/promotion et de formation ainsi que le financement sont sous la responsabilité du MSSS.

Ce bref résumé du PQAT montre clairement que les pratiques sur la cessation tabagique au Québec prendront de l'ampleur dans les années à venir. Le présent plan de monitoring doit tenir compte de l'ensemble des mesures mises de l'avant par le PQAT. L'élaboration d'un devis et la réalisation des activités de recherches évaluatives sur différents aspects du PQAT, autant sur son implantation que sur ses effets, sont à prévoir à moyen terme (d'ici 2006). À ce stade-ci, certains éléments du PQAT tel que l'utilisation des thérapies de remplacement, l'intensification des services de soutien à l'arrêt tabagique et la mise en place des CAT, pourront en partie être inclus au plan de monitoring. Des indicateurs sont déjà disponibles pour les deux premiers et l'identification de nouveaux indicateurs ainsi que le développement d'outils de collecte de données sont prévus dans les actions à réaliser à moyen terme (voir tableau 6).

### **3 PLAN DE MONITORING DU PQLT**

#### **3.1 OBJECTIFS DU PLAN DE MONITORING**

La perspective initiale du présent plan de monitoring est de fournir un suivi d'indicateurs permettant de porter un meilleur jugement sur la mise en oeuvre du PQLT et sur l'évolution du tabagisme au Québec.

Les objectifs spécifiques sont :

- ▶ diffuser annuellement au réseau de santé publique, des informations sur l'évolution du tabagisme au Québec, le degré et la qualité de l'implantation des interventions de lutte au tabagisme et sur les ressources qui y seront consacrées;
- ▶ fournir une analyse intégrée d'informations provenant de diverses sources;
- ▶ Faciliter le développement d'une vision commune de la situation propre au Québec chez les différents acteurs impliqués dans la lutte au tabagisme;
- ▶ contribuer à l'identification d'orientations pour de futures recherches et évaluations quantitatives et qualitatives.

#### **3.2 CRITÈRES RETENUS DANS LE CHOIX DES INDICATEURS**

Un indicateur est une mesure, quantitative ou qualitative, qui reflète l'état d'une réalité, d'un système, d'un programme, et permet, si elle est reproduite dans le temps, d'en voir l'évolution. La combinaison d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs favorise un monitoring plus complet et accessible (Abbot et Guijt, 1998).

Étant donné la multitude de ressources présentes dans le domaine de la santé, un certain nombre de critères doivent être respectés pour évaluer la qualité de l'information incluse dans un plan de monitoring. Cet impératif est rendu nécessaire car la validité de l'information pourrait être systématiquement remise en cause. D'autre part, les sources d'information sont très hétérogènes, variant d'un site gouvernemental, de résultats d'enquêtes, de sources privées etc. De surcroît, les données se répartissent allègrement du niveau macro (provincial) à un niveau micro (CLSC, clinique privée, etc.). De même, la qualité des informations présentes est très variable : certaines sources sont fiables et validées alors que d'autres varient en fonction de la méthodologie de collecte de données utilisée (par exemple : données issues du réseau de santé publique).

Compte tenu de ces éléments, il devient donc essentiel de déterminer au sein de cette vaste somme d'information ce qui est utilisable et pertinent de ce qui ne l'est pas. Avant de procéder à la sélection des indicateurs disponibles, certains critères ont été établis afin de s'assurer de la pertinence de retenir un indicateur plutôt qu'un autre. Comme point de départ, les critères de qualité définis dans « Le portrait de santé » (INSPQ, 2001) ont été retenus. Cependant, étant donné la différence de démarche entre le plan de monitoring et le document précédemment mentionné, nous avons dû modifier certains critères afin de s'assurer qu'ils s'adaptent bien à nos besoins.

Les critères de qualité retenus pour les indicateurs sont :

- 1) **Valide** : l'indicateur doit refléter le phénomène qu'il tente de mesurer.
- 2) **Fiable** : l'indicateur doit être précis et constant dans la mesure de l'information recherchée.
- 3) **Utile** : l'indicateur doit être utile à la prise de décision ainsi qu'à la planification et la programmation. Ou encore, l'indicateur doit offrir un important potentiel informationnel.
- 4) **Sensible** : les valeurs de l'indicateur doivent fluctuer en fonction des variations de l'objet qu'il tente de mesurer. Cette notion renvoie donc à sa capacité à détecter les variations.
- 5) **Périodique** : idéalement, l'indicateur doit permettre des comparaisons temporelles (mesure répétée).
- 6) **Variable** : le phénomène observé par l'indicateur doit varier dans le temps. Autrement dit, si les valeurs varient peu, l'indicateur risque d'être peu informatif.
- 7) **Disponible** : l'indicateur doit être facile à collecter au niveau de la source d'information. La disponibilité d'un indicateur à des échelles différentes (provinciales, régionales) serait également appréciable.
- 8) **Exclusif** : pris dans leur ensemble les indicateurs ne doivent pas présenter de duplication de mesure entre eux.
- 9) **Opérationnel** : la collecte d'information doit être adaptée en fonction de la capacité du réseau (coûts en ressources humaines, matérielles, temps etc.)

### 3.3 INDICATEURS RETENUS POUR LE DÉMARRAGE DU SYSTÈME DE MONITORING

Le tableau 2 donne la liste des indicateurs de comportements qui serviront à documenter l'évolution de la consommation des produits du tabac. Ces indicateurs sont transversaux à plusieurs stratégies du PQLT. Par exemple, le taux de prévalence du tabac peut fluctuer en fonction des hausses de taxes ainsi qu'en fonction des mesures de soutien à l'arrêt tabagique.

**Tableau 2**

Liste des indicateurs de comportements
Taux de prévalence du tabac chez les jeunes et les adultes par âge, par sexe.
Taux de consommation de cigarettes (quantité) par âge, par sexe.
Âge d'initiation à la cigarette (âge moyen).
Taux de cessation chez les jeunes et les adultes (annuel).
Vente des produits du tabac/région.
Proportion d'individus (enfants, adolescents, adultes) exposés à la FTE à la maison.
Proportion de travailleurs exposés à la FTE au travail.
Proportion d'adultes conscients des méfaits de la FTE.

Les tableaux 3 et 4 mettent en évidence le lien existant entre les stratégies et les interventions du PQLT et les indicateurs d'implantation et de ressources humaines et matérielles, nécessaires à leur réalisation. Le suivi simultané des indicateurs d'implantation et de ressources offrira l'opportunité d'identifier les forces et lacunes de chacune des stratégies et ainsi, mieux planifier les interventions et l'allocation des ressources nécessaires à leur mise en œuvre, à moyen et à long terme. À cet égard, un des indicateurs clés qui sera monitoré est le coût total par personne investi dans la lutte au tabac au Québec.

**Tableau 3 Liste des indicateurs d'implantation et de ressources en fonction des stratégies relatives à la politique et à la législation**

Stratégies	Indicateurs d'implantation	Indicateurs de ressources
<b>Hausse de taxe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montant des hausses de taxes par année.</li> <li>• Nombre de hausses de taxes par année.</li> <li>• Comparaison du prix annuel des paquets de cigarettes par rapport à l'indice des prix à la consommation sur les autres produits.</li> </ul>	
<b>Application de la loi sur le tabac (accessibilité)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sources d'approvisionnement des jeunes.</li> <li>• Proportion des détaillants ayant eu une amende, par région, par points de vente (taux d'infractions = nombre de constats d'infractions sur le nombre de points de vente).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'inspecteurs (ETP).</li> <li>• Coût du matériel afférent (équipement, poste de travail).</li> </ul>
<b>Application de la loi sur le tabac (restriction de l'usage)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'infractions chez les exploitants de lieux publics.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'inspecteurs (ETP).</li> <li>• Coût du matériel (équipement, poste de travail).</li> </ul>
<b>Financement public des thérapies de sevrage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de prescriptions par médecin (POAT)/régions.</li> <li>• Nombre de remboursement des aides pharmacologiques par la RAMQ/régions.</li> <li>• Nombre de vente des aides pharmacologiques (non-prescrites)/par produits/régions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût des produits de remplacement/régions.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût total / par personne investi par le Québec dans la lutte au tabagisme.</li> </ul>

**Tableau 4 Liste des indicateurs d'implantation et de ressources en fonction des stratégies : information – sensibilisation – éducation – soutien**

Stratégies	Indicateurs d'implantation	Indicateurs de ressources
<b>Activités de communications publiques*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fréquence et durée des campagnes médiatiques.</li> <li>• Type de média utilisé (radio, télévision, Internet, autres).</li> <li>• Nombre de médias utilisés.</li> <li>• Nombre de régions de diffusion.</li> <li>• Fréquence de diffusion de messages publicitaires/médias.</li> <li>• Durée des campagnes.</li> <li>• Analyse des contenus de communication :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Type de campagne.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût des campagnes/média (frais de développement de la campagne) :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Production des messages;</li> <li>- Diffusion des messages.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Services de soutien individuel et de groupe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de services de cessation implantés ex. : CAT/région/territoire CLSC.</li> <li>• Nombre d'utilisateurs/services/année.</li> <li>• Horaire d'ouverture de chaque service.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de professionnels (ETP)</li> <li>• Type de professionnels (infirmières, travailleurs sociaux).</li> <li>• Coûts en ressources humaines (ETP) par CLSC ou organismes concernés.</li> </ul>
<b>Service téléphonique de référence et de soutien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour chacune des lignes téléphoniques :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquence annuelle des appels;</li> <li>- Profil des appelants;</li> <li>- Types d'informations données.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de professionnels travaillant pour ces lignes (ETP).</li> <li>• Frais afférents (équipement, poste de travail).</li> <li>• Frais d'interurbains.</li> <li>• Coût par utilisateur.</li> </ul>
<b>Application des programmes scolaires</b> (curriculums scolaires et programmes communautaires)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion d'école ayant un programme ou des activités/par régions.</li> <li>• Nombre d'écoles par type d'activités anti-tabagiques (curriculums, communautaires, autres)/régions.</li> <li>• Proportion d'enfants rejoints/région/CLSC.</li> <li>• Proportion de Cour sans fumée/régions.</li> </ul>	

\* Seules les campagnes de communication diffusées pour l'ensemble du Québec seront intégrées au plan de monitoring.

### **3.4 LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES**

Dès la mise en place du système de monitoring, les agents de recherche commenceront à rassembler les données disponibles dans l'immédiat. Certaines données telles que celles issues des grandes enquêtes et des ministères ne requièrent aucun frais de collecte. Les données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec par contre sont disponibles sur commande seulement et sont tarifées.

Dès la première année il sera possible d'introduire au plan de monitoring tous les indicateurs de comportements pour les jeunes et les adultes. Pour ces données, il sera nécessaire d'établir un point de départ comme par exemple, les années 1990 afin de générer ce qu'on peut appeler des « indicateurs d'archives » qui serviront de point de référence pour suivre l'évolution du tabagisme. Ces données existent déjà et sont disponibles immédiatement.

Les indicateurs tels que les ventes de produits du tabac, les taux d'infraction à la loi et les données de communication qui sont disponibles auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de Santé Canada seront aussi colligés. Le tableau de l'annexe 1 résume les principaux indicateurs ainsi que les sources d'information disponibles à court terme. Ces indicateurs seront intégrés dans le monitoring dès sa mise en œuvre.

### 3.5 DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME DE MONITORING À MOYEN ET À LONG TERME

L'analyse des données colligées au cours des deux premières années de fonctionnement du système permettra d'identifier des secteurs avec des besoins d'information plus spécifiques ou des sous-groupes de la population plus rébarbatifs aux messages de promotion ou tout simplement plus difficiles à rejoindre. Les principales recommandations émises dès le premier rapport, permettront d'orienter les travaux de recherches si requis, ou encore les actions à entreprendre afin d'ajuster les interventions aux besoins de la population.

**Tableau 5 Liste des indicateurs à développer à moyen terme (3 ans).**

Stratégies selon l'approche (information –sensibilisation – éducation – soutien)	Indicateurs d'implantation	Indicateurs de ressources
Activités de communication publique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notoriété des campagnes.</li> <li>• Perception des messages par la population.</li> <li>• Populations-cibles rejointes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût d'évaluation des campagnes publicitaires.</li> </ul>
Services de soutien individuel et de groupe Counselling par professionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion des professionnels de santé concernés ayant intégré le counselling anti-tabagique à leurs pratiques professionnelles.</li> <li>• Taux de satisfaction du service.</li> <li>• Taux d'efficacité sur la cessation .</li> <li>• Accessibilité des services.</li> <li>• Qualité des services.</li> <li>• Taux d'abandon du tabagisme à 1 an.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Productivité (coût/usager).</li> <li>• Efficience des services (coût/usager ayant cessé de fumer après 1 an).</li> </ul>
Intervention préventive à l'intérieur des curriculums scolaires du 3 <sup>e</sup> cycle du primaire et du 1 <sup>er</sup> cycle du secondaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validation d'indicateurs d'implantation utilisés actuellement en milieu scolaire (Priorités nationales de santé publique du Québec).</li> </ul>	

Par ailleurs, en ce qui concerne la recherche et l'évaluation, le PQLT a déjà identifié des secteurs d'intérêt pour lesquels des travaux de recherches se révéleraient nécessaires, soit :

- › « L'efficacité des interventions en prévention, notamment en ce qui a trait à la manifestation d'effets paradoxaux ou non attendus chez les jeunes;
- › les déterminants de la consommation de tabac, en ce qui concerne particulièrement les jeunes;
- › la motivation et la réussite dans la cessation de fumer, y compris l'efficacité des différentes techniques ou méthodes;
- › les méfaits de la FTE sur les diverses couches de la population et l'attitude de la population à l'égard de ce problème;
- › les modalités de la modification des produits du tabac et leur effet sur la consommation de ces produits et sur la santé (Plan québécois de lutte au tabagisme, p. 13);
- › la surveillance des activités de l'industrie du tabac ».

Pour chacun de ces domaines, des travaux de recherches sont actuellement en cours ou encore, devraient être développés.

Par exemple, des recherches évaluatives récentes des programmes scolaires québécois de lutte au tabagisme, ont montré une absence d'effet (programme « Méchant problème ») ou encore des effets paradoxaux (programme « Cœur en santé », St-Louis du Parc). Un autre de ces programmes est actuellement en cours d'évaluation (Mission TNT.06). Des études sur les déterminants de l'initiation tabagique pourraient également être entreprises afin de mieux orienter les programmes de prévention auprès des jeunes ou des sous-groupes particuliers. À cet égard, il serait important d'intégrer des recherches quantitatives et qualitatives.

Des études sur la motivation et les déterminants de la cessation tabagique chez les jeunes devraient aussi être mises en œuvre étant donné le peu de connaissances actuelles sur le sujet. Il serait intéressant de documenter l'efficacité des services de cessation destinés aux jeunes.

Certains aspects de l'exposition à la FTE, tels que le nombre d'individus exposés à la maison et au travail sont présentement documentés dans les enquêtes. Toutefois, d'autres indicateurs de l'exposition à la FTE dans différents milieux de travail seraient utiles afin d'identifier adéquatement les groupes de travailleurs plus exposés (plus à risque). Des études sur la perception de la FTE et des produits du tabac chez les travailleurs devraient également être prévues dans le cadre du monitoring du PQLT. Ce volet se rattache de très près à celui de la dénormalisation des produits du tabac. Des indicateurs pourraient être développés et ajoutés à l'Enquête sociale et de santé. D'une façon indirecte, le développement de tels indicateurs serait également utile à la surveillance du respect de la loi sur le tabac, notamment en milieu de travail.

Le tableau 6 présente une liste d'indicateurs pour lesquels des outils et un système de collecte de données est à prévoir. Il est à noter que plusieurs indicateurs sont en lien direct avec l'implantation du PQAT et qu'il importe à ce stade-ci de prévoir le développement de divers projets d'évaluation. À cet égard, les indicateurs relatifs à l'efficacité des programmes (taux de cessation, taux de satisfaction) sont des mesures ponctuelles ne pouvant faire l'objet d'un suivi.

**Tableau 6 Liste des indicateurs pour lesquels il faut développer soit des outils et un système de collecte des données, soit des études spécifiques**

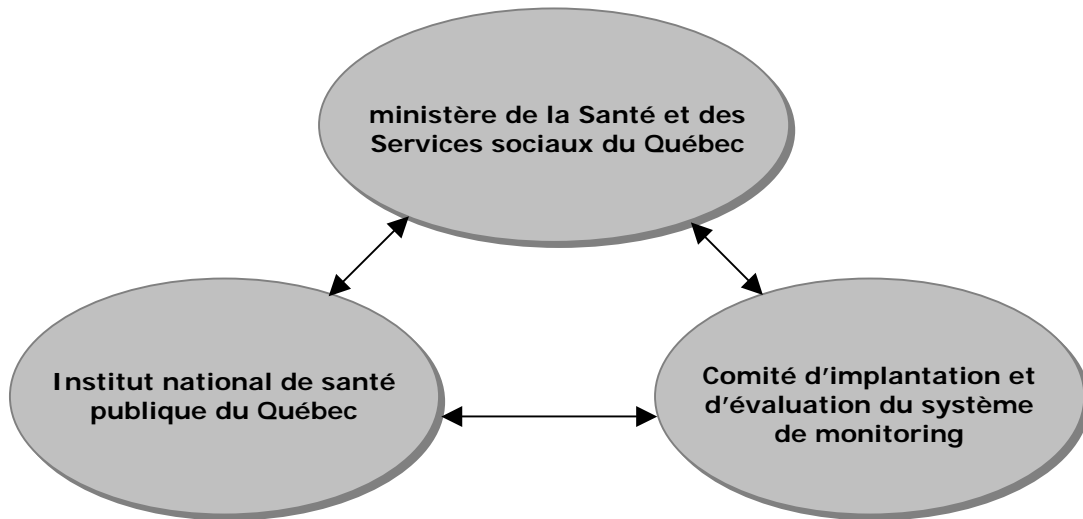
Indicateurs	Sources	Précisions
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Types de thérapies de sevrage utilisées*</li> <li>• Durée moyenne d'utilisation des aides pharmacologiques à la cessation.*</li> <li>• Taux de cessation après 1 an.*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échantillon d'utilisateurs référés par le PQAT.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Types de services offerts (CAT/CLSC/régions) .</li> <li>• Accessibilité des services.</li> <li>• Qualité des services.*</li> <li>• Taux d'abandon du tabagisme après 1 an chez les utilisateurs des CAT.*</li> <li>• Taux de satisfaction du service.*</li> <li>• Taux d'abandon du tabagisme après 1 an chez les utilisateurs de la ligne de soutien à l'arrêt tabagique.*</li> <li>• Taux de satisfaction de la ligne de soutien*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSP, CLSC.</li> <li>• Professionnels.</li> <li>• Sondage auprès de professionnels (médecins, dentistes, infirmières, etc.).</li> <li>• Utilisateurs (sondage ponctuel et suivi).</li> <li>• Questionnaires de la ligne nationale.</li> <li>• Utilisateurs (sondage ponctuel et suivi après 1 an).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certains outils de collecte seront développés à l'intention des professionnels.</li> <li>• D'autres outils seront adaptés à la clientèle. Ces derniers intégreront des items se rapportant aux raisons de la décision de cessation.. Des questions brèves sur l'état de santé des clients seront également incluses afin de déterminer le taux de cessation chez une clientèle déjà malade comparé à la clientèle non malade.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste des programmes en milieu scolaire.</li> <li>• Types de programmes (prévention ou cessation, intégrés ou non intégrés), durée, intensité (nombre total d'heures consacrées au tabagisme par exemple).</li> <li>• Types d'intervenants.</li> <li>• Types de services en cessation chez les jeunes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenants en milieu scolaire en collaboration avec les professeurs, infirmières, intervenants etc.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste des services et promotion de la cessation tabagique en milieu de travail.</li> <li>• Liste de mesures de protection en milieu de travail (environnement sans fumée, lieux désignés etc.).</li> <li>• Proportion des travailleurs conscients des méfaits de la FTE (selon les caractéristiques démographiques et selon le type de travail).*</li> <li>• Proportion des travailleurs conscients de la nocivité des produits du tabac (selon les caractéristiques démographiques et selon le type de travail).*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DSP (Santé au travail).</li> <li>• Service de lutte contre le tabagisme (MSSS).</li> <li>• Sondage omnibus (auprès des travailleurs).</li> <li>• Sondage omnibus (auprès de la population).</li> </ul>	

\* Indicateurs ponctuels

## 4 MISE EN ŒUVRE DU SYSTÈME DE MONITORING DU PQLT

### 4.1 MODÈLE DE GESTION

La mise en œuvre et la gestion d'un système de monitoring implique la collaboration active d'un ensemble de partenaires. Afin de s'assurer que le système mis en place réponde bien aux besoins de l'ensemble des acteurs québécois impliqués dans la lutte au tabagisme, l'Institut national de santé publique du Québec propose le modèle de gestion suivant :



#### 4.1.1 Rôles et responsabilités

MSSS :

- › voir à la mise en œuvre et à l'évaluation périodique du système de monitoring du PQLT;
- › assurer le financement du système de monitoring du PQLT

INSPQ :

- › proposer au MSSS un plan de monitoring;
- › ajuster périodiquement le plan de monitoring selon les recommandations du MSSS et du Comité d'implantation et d'évaluation du système de monitoring;
- › constituer la banque de données centralisée du plan de monitoring;
- › analyser annuellement les données du plan de monitoring adopté par le MSSS;
- › produire et diffuser annuellement le rapport de monitoring du PQLT;
- › développer et valider de nouveaux indicateurs, évaluer la faisabilité de diverses méthodes de collecte de données et faire des recommandations au MSSS et au Comité d'implantation et d'évaluation du système de monitoring;

- procéder à l'évaluation formelle de certains éléments du PQLT à la demande du MSSS, en fonction des ressources disponibles;
- procéder à l'évaluation périodique du système de monitoring du PQLT.

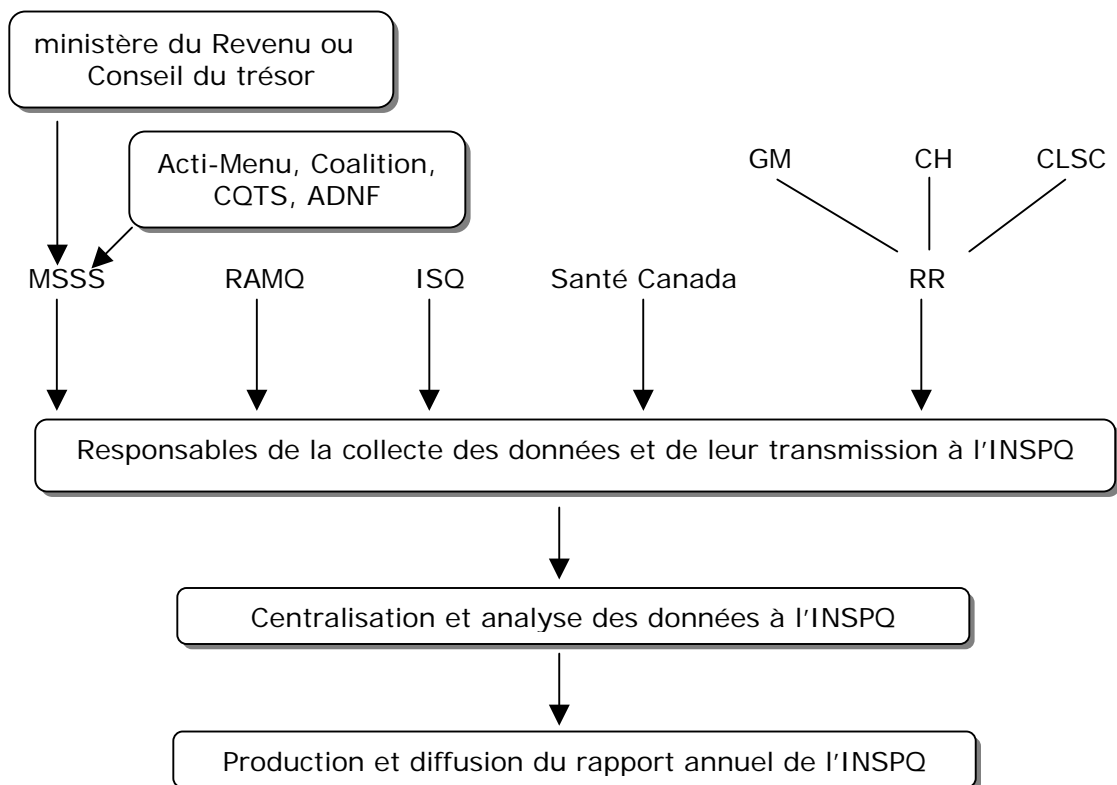
Comité d'implantation et d'évaluation du système de monitoring :

- analyser la pertinence des indicateurs inclus dans le système de monitoring;
- faire des recommandations au Ministère sur le choix des indicateurs devant être inclus dans le système de monitoring;
- identifier les éléments du PQLT pour lesquels il faudrait développer de nouveaux indicateurs;
- contribuer aux études de faisabilité pour les nouveaux indicateurs;
- identifier les besoins d'évaluations spécifiques de certains éléments du PQLT;
- Composition :
  - Réseau de la santé : MSSS, DSP, CLSC, CH, groupe de médecine familiale (GMF), etc.,
  - INSPQ,
  - autres acteurs impliqués dans la lutte contre le tabagisme : Acti-Menu, Coalition (ASPO), CQTS, ADFN.

## 4.2 CONTRIBUTION DES ACTEURS AU SYSTÈME DE MONITORING DU PQLT

Conformément à ce qui a été mentionné précédemment, l'équipe de l'INSPQ veillera à l'implantation du système. C'est également à cette équipe que revient la tâche de compiler les données, d'effectuer les analyses et d'émettre des recommandations annuelles en fonctions des observations de suivi. L'INSPQ développera également de nouveaux outils de collecte de données adaptés au réseau de la santé du Québec et qui tiendront compte des critères à respecter dans le développement de nouveaux indicateurs, notamment des aspects opérationnels (simplicité, rapidité à être complétés par les intervenants du réseau).

L'INSPQ négociera des ententes entre les différents acteurs (DSP, CLSC, coalitions et groupes anti-tabac, etc.) participant au réseau de monitoring. Des ententes seront également prises avec les différents ministères et instances gouvernementales qui génèrent des données utiles au suivi du tabagisme au Québec, comme par exemple : Santé Canada, le ministère des Finances, le Service de lutte contre le tabagisme et la Direction des communications du MSSS, la RAMQ, etc. L'INSPQ définira avec les partenaires concernés, les modalités de collectes et de transferts de données ainsi que les échéances à respecter. Le schéma suivant illustre le rôle des différents acteurs du réseau dans la collecte et la transmission de l'information et met en évidence le rôle centralisateur de l'INSPQ en tant que responsable de la mise en œuvre du système de monitoring du PQLT et de la diffusion de l'information.



### **4.3 OPÉRATIONNALISATION DU SYSTÈME DE MONITORING DU PQLT**

S'appuyant sur le modèle décrit précédemment, plusieurs étapes sont à prévoir pour assurer l'instauration d'un système fonctionnel et cohérent. Les principales tâches de démarrage du monitoring consisteront tout d'abord à rassembler l'information disponible au suivi, à l'organiser et à déterminer les critères de comparaison temporelle.

Le développement d'un outil informatique facile d'utilisation et adapté aux besoins du suivi et du traitement des données pour l'ensemble du Québec est l'une des premières démarches à entreprendre. Pour ce faire, une consultation auprès de professionnels du milieu de la santé et de l'informatique sera effectuée.

En ce qui concerne la collecte des données issues du réseau de santé publique, un travail de recension des outils de collecte existants sera effectué pour bien connaître les pratiques actuelles dans ce domaine et pour mieux orienter la création de nouveaux outils. Un échéancier réaliste de transfert des données sera établi en accord avec les responsables des DSP et CLSC, afin de rencontrer les objectifs du suivi. Une période de rodage de ces échanges est à prévoir au cours de la première année. Des ajustements seront apportés tout au long de l'implantation du système.

#### **4.3.1 Analyses et interprétation des données**

L'analyse des données sur le tabagisme se voit compliquée par le fait que le PQLT s'intègre dans une société où la lutte au tabac est enclenchée depuis plusieurs années déjà. On parle alors d'intensification d'un ensemble de mesures existantes et pour lesquelles il existe actuellement de nombreux acteurs impliqués dans une mission commune soit, l'élimination du tabagisme. Dans ce contexte, il devient plus difficile de faire ressortir des effets de type « avant-après » implantation puisque le monitoring s'inscrit dans un processus qui est déjà amorcé. D'autre part, étant donné la simultanéité et la multiplicité des actions, il sera impossible d'associer un effet observé à une stratégie particulière.

L'utilisation de banques de données administratives comporte un risque de biais non négligeable car, outre les variables d'âge et de sexe, il est impossible de contrôler pour de potentiels facteurs de confusion pouvant interférer avec les résultats observés. D'autre part, les données d'enquêtes ne permettent pas d'effectuer des liens de causalité. Toutefois, ils donnent une bonne indication de l'état de la situation à un moment donné. De même, les sondages auprès de la population sont aussi des mesures ponctuelles donnant le pouls de la situation à un moment précis. Ces sondages par contre, offrent l'avantage de documenter plusieurs éléments à l'étude et ce, de manière quantitative et qualitative.

Les études relatives à l'implantation du PQAT, telles que l'intensification des services de cessation, l'implantation des CAT, etc., serviront à mieux connaître les caractéristiques de la clientèle ainsi que l'impact de ces services sur la cessation tabagique tout en tenant compte des coûts investis dans la lutte au tabac.

Des variables intermédiaires, notamment, l'évolution des pratiques professionnelles (prescription de produits de remplacement de nicotine, l'intégration de counselling individuel à l'intérieur des consultations médicales, types de professionnels impliqués dans les séances de counseling) pourront orienter l'élaboration de lignes directrices claires en matières d'intervention.

#### 4.4 ÉCHÉANCIER

Dates de réalisation	Tâches
Du 1 <sup>er</sup> septembre 2003 au 31 mars 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantation du réseau de monitoring : mise en place du comité d'implantation du monitoring, contacts avec les collaborateurs, ententes quant aux modalités de collectes et de transmission des données.</li> <li>• Compilation des indicateurs dans les sources déjà disponibles.</li> <li>• Analyses des données et rédaction d'un rapport d'étape.</li> </ul>
Du 1 <sup>er</sup> avril 2004 au 31 mars 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien de la collecte d'information développée durant la première année.</li> <li>• Développements de nouveaux indicateurs et d'outils de collecte de données.</li> <li>• Analyses des données et rédaction du premier rapport.</li> </ul>
Du 1 <sup>er</sup> avril 2006 au 31 mars 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustement du suivi en fonction des résultats des deux premières années de monitoring : développement de nouveaux indicateurs.</li> <li>• Travaux de recherches quantitatives et qualitatives.</li> <li>• Rédaction des rapports 2 (dépôt le 31 mars 2006) et 3 (dépôt le 31 mars 2007).</li> <li>• Rédaction d'un rapport synthèse (dépôt le 31 mars 2008).</li> </ul>

#### 4.5 ÉVALUATION PÉRIODIQUE DU SYSTÈME DE MONITORING

Afin de s'assurer que le système de monitoring atteigne des standards de qualité et qu'il soit bien adapté au système de santé québécois, une évaluation périodique de son implantation est suggérée. Cette évaluation pourrait être effectuée à la deuxième et à la cinquième année de sa mise en place.

L'évaluation d'implantation visera à mesurer l'atteinte des objectifs du plan de monitoring, soit :

- 1) La participation des partenaires du réseau à la collecte des données;
- 2) Le degré de satisfaction des participants;
- 3) L'ampleur (la taille) du réseau de monitoring;
- 4) Les facteurs facilitants et non-facilitants à l'implantation.

Le système sera revu en fonction de critères précis d'utilité, de coût et de qualité. Pour ce faire, le modèle du CDC sera utilisé. Les sept attributs de qualité qui ont été identifiés sont : la sensibilité, la spécificité, la représentativité, la rapidité, la simplicité, la flexibilité et l'acceptabilité (Thacker SB, Parrish et Trowbridge, 1988). Ces attributs sont

interdépendants et la prépondérance de l'un peut en renforcer un autre, ou au contraire, en compromettre un autre (Thacker SB, Berkelman RI, 1988).

L'utilité du système sera déterminée par le degré d'influence des informations recueillies sur les actions entreprises dans chacun des trois axes (prévention, protection, cessation) ainsi que sur la capacité du système à permettre une meilleure compréhension de la situation du tabagisme au Québec.

## ANNEXE 1

### LISTE DES INDICATEURS ET DES SOURCES D'INFORMATION DISPONIBLES DANS L'IMMÉDIAT

**LISTE DES INDICATEURS ET DES SOURCES D'INFORMATION DISPONIBLES DANS L'IMMÉDIAT**

Indicateurs	Types de sources de données	Titres des sources	Acronyme	Ministères ou organismes responsables
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de prévalence du tabac chez les jeunes et les adultes par âge, par sexe.</li> <li>• Taux de consommation de cigarettes (quantité) par âge, par sexe.</li> <li>• Âge d'initiation à la cigarette (âge moyen).</li> <li>• Taux de cessation chez les jeunes et les adultes (annuel).</li> <li>• Sources d'approvisionnement des jeunes.</li> <li>• Exposition à la FTE dans les lieux publics et à la maison.</li> <li>• Perceptions des effets de la FTE.</li> </ul>	Grandes enquêtes	Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada Enquête sur la santé des collectivités canadiennes Enquête québécoise sur le tabagisme chez les jeunes du secondaire Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents	ESUTC ESCC EQTJS ESSAEA	Santé Canada Institut de la statistique du Québec
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de prescriptions par médecin.</li> <li>• Nombre de remboursement des aides pharmacologiques par la RAMQ/régions.</li> </ul>	Banques de données gouvernementales	Régie de l'assurance maladie du Québec	RAMQ	ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proportion des détaillants ayant eu une amende, par région, par points de vente.</li> <li>• Taux d'infractions chez les exploitants de lieux publics.</li> </ul>	Données sur les infractions à la loi sur le tabac	Service de lutte contre le tabagisme		ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vente des produits du tabac par région.</li> <li>• Montant des hausses de taxes par année.</li> <li>• Nombre de hausses de taxes par année.</li> <li>• Comparaison du prix annuel des paquets de cigarettes par rapport à l'indice des prix à la consommation sur les autres produits.</li> </ul>	Données sur la vente et sur la taxation des produits du tabac	Centre national de documentation sur le tabac et la santé : section taxation		Conseil canadien pour le contrôle du tabac
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de médias utilisés.</li> <li>• Nombre de régions de diffusion.</li> <li>• Fréquence de diffusion de ces messages/médias.</li> <li>• Fréquence et durée des événements sur la sensibilisation (médias).</li> </ul>	Données de communication	ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : communication		ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec Santé Canada

Indicateurs	Types de sources de données	Titres des sources	Acronyme	Ministères ou organismes responsables
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de services de cessation implantés/région/territoire CLSC.</li> <li>• Nombre d'usagers/services/année.</li> <li>• Horaire d'ouverture de chaque service.</li> <li>• Fréquence des appels (lignes téléphoniques)</li> <li>• Profil des appelants.</li> <li>• Type d'information donnée.</li> </ul>	Données sur les services de cessation	CLSC Directions de santé publique	CLSC DSP	Réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de programmes et d'activités offerts aux jeunes/nombre d'écoles/régions.</li> <li>• Nombre par type d'activités (curriculums, communautaires, autres).</li> </ul>	Application des programmes scolaires (curriculums scolaires et programmes communautaires)	CLSC Directions de santé publique	CLSC DSP	Réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec

\*Un rapport présentant les principaux indicateurs de progrès sera produit annuellement en fonction des échéanciers des enquêtes.

## ANNEXE 2

### TYPES DE SOURCES DE DONNÉES

**TYPES DE SOURCES DE DONNÉES**

Sources	Acronyme	Indicateurs	Population (a) Échantillon (b)	Méthodologie (c) Fréquence (d)	Portée et limites des données	Origine de la source
Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada	<b>ESUTC</b> Résultats disponibles pour l'année 2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence du tabac.</li> <li>• FTE résidence, travail, lieux publics.</li> <li>• Données femmes enceintes et le tabac.</li> <li>• Raisons de fumer des cigarettes légères.</li> <li>• Opinions sur l'usage du tabac dans les lieux publics, restriction au travail et sur la cessation.</li> <li>• Perceptions des effets de la FTE.</li> </ul>	<p>(a) Personnes de 15 ans et plus.</p> <p>(b) 22 788 personnes (au Canada); 11 140 autres personnes réparties également dans les 10 provinces canadiennes ont répondu à des questions supplémentaires (opinion sur l'usage du tabac dans les lieux publics, perception de la FTE).</p> <p>(c) Entrevues téléphoniques.</p> <p>(d) Reproduite tous les six mois.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échantillonnage aléatoire : diminue les biais de sélection.</li> <li>• Permet de faire des comparaisons provinciales.</li> <li>• Données transversales (ne permet pas de faire de lien de causalité), toutefois, la fréquence de l'enquête permet de suivre de près l'évolution de la prévalence tabagique au Québec.</li> </ul>	Statistique Canada	
Enquête sur la santé des collectivités canadiennes	<b>ESCC</b> Résultats disponibles pour les années 2000-2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence du tabac.</li> <li>• FTE résidence.</li> </ul>	<p>(a) Personnes de 12 ans et plus (population à domicile).</p> <p>(b) Enquêtes régionales : 22 667 personnes interrogées au Québec. Enquête provinciale : 5 400 personnes.</p> <p>(c) Chaque cycle de 2 ans comprend deux enquêtes distinctes : une enquête à l'échelle des régions socio-sanitaires (la première année) et une enquête à l'échelle provinciale (la deuxième année). Utilise deux méthodes de collecte : Entrevues individuelles (face à face) et entrevues téléphoniques.</p> <p>(d) Reproduite tous les 2 ans.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échantillonnage aléatoire : diminue les biais de sélection.</li> <li>• Permet de faire des comparaisons provinciales et régionales.</li> <li>• Données transversales (ne permet pas de faire de lien de causalité).</li> <li>• Entrevues individuelles (face à face) permet une meilleure qualité d'information.</li> </ul>	Statistique Canada	
The 1994 Youth smoking survey	<b>YSS</b> Résultats disponibles pour l'année 1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence du tabac.</li> </ul>	<p>(a) Enfants et adolescents de 10 à 14 ans (clientèle scolaire); jeunes de 15 à 19 ans.</p> <p>(b) 14 200 jeunes de 10 à 14 ans (1 556 pour le Québec); 9 500 jeunes de 15 à 19 ans (1 303) pour le Québec.</p> <p>(c) Questionnaires auto-administrés pour les jeunes de 10 à 14 ans; entrevues téléphoniques pour les 15 à 19 ans.</p> <p>(d) Non reproduite.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité d'une sous estimation du nombre de fumeurs particulièrement chez les plus jeunes étant donné qu'au niveau de la « désirabilité sociale » le fait de fumer à un aussi jeune âge que 10 ou 12 ans n'est pas bien perçu.</li> </ul>	Statistique Canada	

Sources	Acronyme	Indicateurs	Population (a) Échantillon (b)	Méthodologie (c) Fréquence (d)	Portée et limites des données	Origine de la source
Enquête québécoise sur le tabagisme chez les jeunes du secondaire	<b>EQTJS</b> Résultats disponibles pour l'année 1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>FTE résidence.</li> <li>Données sur les activités de promotion à l'école (types d'activités).</li> <li>Données sur les sources d'approvisionnement des jeunes.</li> <li>Données sur les messages publicitaires (télé, radio, site Internet).</li> <li>Données sur la perception du contenu (le message donne-t-il le goût d'arrêter de fumer).</li> </ul>	(a) Adolescents de premier au cinquième secondaire. (b) 4 730 jeunes. (c) Questionnaires auto-administrés. (d) Reproduite tous les 2 ans.*		<ul style="list-style-type: none"> <li>Possibilité d'une surestimation de la fréquence et de la quantité de cigarettes consommées liée à la présence des pairs au moment de l'administration du questionnaire.</li> <li>Données transversales (ne permet pas de faire de lien de causalité).</li> <li>Questionnaire auto-administré peut comporter certains biais dus à l'incompréhension de certaines questions.</li> <li>Taux de non-réponse partielle (non-réponse intentionnelle ou non, à une question donnée) est inférieur à 5 %.</li> </ul>	Institut de la statistique du Québec
Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents	<b>ESSAEA</b> Résultats disponibles pour l'année 1998	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévalence du tabagisme.</li> <li>Exposition à la FTE dans les lieux publics et à la maison.</li> </ul>	(a) Enfants de 9 ans et adolescents de 13 et 16 ans; des adolescents de 16 ans hors établissement scolaire ont été interrogés également. (b) 3700 jeunes interrogés. (c) Entrevues individuelles. (d) Non reproduite		<ul style="list-style-type: none"> <li>« Considérant que l'usage de la cigarette est autodéclaré, il se pourrait que par désirabilité sociale il y ait une sous-déclaration dans la fréquence de l'usage ou dans la quantité de cigarettes fumées. Mais, il serait tout aussi possible que chez les jeunes, la désirabilité sociale crée le phénomène inverse et entraîne une certaine surdéclaration de la consommation ». <sup>1</sup></li> <li>Le taux de non-réponse est en moyenne inférieur à 5 %.</li> </ul>	Institut de la statistique du Québec

\*Conditionnel au renouvellement du financement

<sup>1</sup> Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents du Québec. ISQ, 2002.

## RÉFÉRENCES

- Abbot J, et I. Guijt I (1998). Changing Views on Change: Participatory Approaches to Monitoring the Environment (*Modifier les préjugés sur le changement : approches participatives de la surveillance environnementale*) IIED-SARL Publication n° 2. IIED. Londres.
- Centers for Disease Control. Comprehensive plan for epidemiologic surveillance : Centers for Disease Control, August 1986. Atlanta, GA :CDC, 1986. p.ii.
- Comité de travail sur le cadre de référence du POAT. Plan québécois d'abandon du Tabagisme. Document de travail, version 5 décembre 2002. Ministère de la Santé et de Services sociaux du Québec.
- Thacker SB, Parrish RG, Trowbridge FL (1988). A method to evaluate systems of epidemiologic surveillance. *World Health Stat Q.* 41:11-18.
- Thacker SB, Berkelman RI (1988). Public health surveillance in the United States. *Epidemiology*, 10:164-189.
- Institut national de santé publique du Québec. Le portrait de santé de santé : Le Québec et ses régions. Les publications du Québec, 2001
- Service de lutte contre le tabagisme de la Direction générale de la santé publique. Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2001.
- Lorraine Bernier. Connaissance et surveillance de l'État de santé de la population. Département de santé communautaire Maisonneuve-Rosemont. Juillet 1987. pp.155 à 185.