

# CADRE DE SANTÉ PULMONAIRE POUR LE CANADA

Mener. Agir. Ensemble.

ÉTAPE 1 : RAPPORT TECHNIQUE  
AVRIL 2007

**Groupe de travail sur la lutte contre le  
tabagisme**

## Vision du Cadre de santé pulmonaire pour le Canada

« améliorer la santé respiratoire et les soins de santé des Canadiens grâce à l'engagement du public vis-à-vis de l'élaboration concertée de politiques, du leadership, de la recherche, de l'innovation et de l'éducation. »

**Pour obtenir des renseignements sur le Cadre  
ou le processus de consultation, veuillez communiquer avec:**

Ainsley Chapman, chercheuse principale, Cadre de santé pulmonaire pour le Canada  
Téléphone: 613-569-6411, poste 257 Courriel: [achapman@lung.ca](mailto:achapman@lung.ca)

# Table des matières

	Page
1. Contexte .....	1
2. Processus et méthodologie .....	2
3. Objectifs du Groupe de travail .....	4
4. Modèle logique .....	6
5. Éléments du Cadre.....	7
6. Liens .....	9
7. Intérêts, attentes et rôles des intervenants .....	10
8. Analyse de l'environnement .....	16
9. Résultats globaux .....	23
10. Stratégies et activités clés .....	24
11. Conclusions et prochaines étapes .....	31
12. Annexes .....	32
A. Membres du Groupe de travail	
B. Rôles du Groupe de travail	
C. Ordre du jour de l'atelier	
D. Questionnaire préalable à l'atelier	

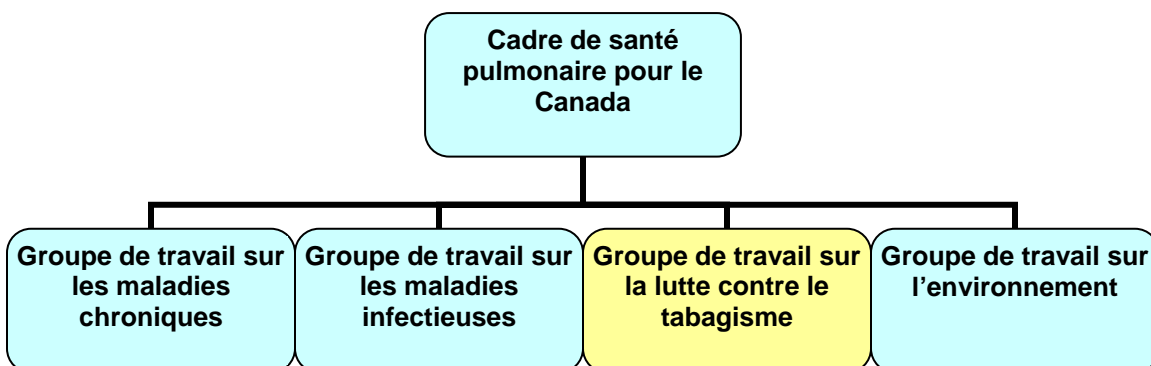
## Contexte

Le Cadre de santé pulmonaire pour le Canada est une initiative « fabriquée au Canada » dirigée par l'Association pulmonaire de concert avec l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), laquelle fournira un plan d'action coordonné pour la prévention et la prise en charge des maladies respiratoires. L'élaboration de ce plan est un processus inclusif qui vise à optimiser les possibilités de collaboration des intervenants et dont l'énoncé de vision est le suivant :

*« améliorer la santé respiratoire et les soins de santé des Canadiens grâce à l'engagement du public vis-à-vis de l'élaboration concertée de politiques, du leadership, de la recherche, de l'innovation et de l'éducation. »*

Le Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme est l'un des quatre groupes de travail à intervenants multiples chargés de fournir un apport, des recommandations et des lignes directrices en vue de l'établissement de ce Cadre. Le présent rapport résume les discussions initiales qui ont eu lieu entre les membres de ce groupe de travail.

Le rapport présente l'orientation requise pour obtenir des résultats importants et mesurables dans le domaine de la santé respiratoire au Canada. Il reflète un éventail de nouveaux problèmes soulevés par les membres du Groupe de travail et comprend des actions et des stratégies possibles qui devraient être prises en considération au moment de l'élaboration du Cadre de santé pulmonaire pour le Canada. Le rapport est un point de départ pour la discussion, et nous continuerons d'y ajouter les engagements des intervenants et les résultats de recherche supplémentaires dans les mois à venir.



## Processus et méthodologie

L'élaboration du Cadre de santé pulmonaire pour le Canada a commencé en avril 2006, lorsque l'Association pulmonaire, avec le soutien de Santé Canada, de l'Agence de santé publique du Canada et de partenaires de l'industrie, a amorcé la planification d'un atelier à intervenants multiples pour amener les parties intéressées à collaborer à l'élaboration d'un Cadre de santé pulmonaire pour le Canada. Pendant cet atelier de deux jours, les participants ont mis en évidence un certain nombre d'activités et de priorités de recherche qui doivent être prises en compte pour que des progrès puissent être faits et qui incluent les éléments suivants :

- une carte des actifs et une analyse des lacunes, pour aider à créer une image claire de ce qui se passe en santé respiratoire au Canada;
- une analyse coûts-avantages et une analyse de risque, pour décrire brièvement quels investissements financiers entraîneront le plus de gains;
- la création d'un comité directeur à intervenants multiples, présidé par l'Association pulmonaire;
- la création de quatre groupes de travail pour définir le contenu du Cadre, dans les domaines des maladies chroniques, des maladies infectieuses, de la lutte contre le tabagisme et de l'environnement.

Après l'atelier, des mesures ont été prises pour donner suite à ces éléments, et des groupes de travail ont été formés. Chaque groupe de travail a amorcé la préparation de son propre atelier, en commençant par la rédaction et la distribution d'un questionnaire préalable à l'atelier pour sonder les membres du groupe de travail.

L'atelier du Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme a été tenu à Ottawa le 15 décembre 2006. Voici les objectifs fixés pour l'atelier :

- en arriver à une compréhension commune des questions stratégiques, des défis et des possibilités reliés au thème de la lutte contre le tabagisme du Cadre de santé pulmonaire pour le Canada;
- formuler les résultats attendus qui sont reliés au thème de la lutte contre le tabagisme; et, à la lumière des résultats souhaités,
- cerner les résultats clés qui doivent être obtenus et les activités à poursuivre pour obtenir les résultats.

L'atelier s'est déroulé selon une approche classique axée sur la « planification stratégique », en commençant par une analyse environnementale pour faire le point sur les questions, les tendances et les facteurs influant sur le milieu de la santé respiratoire liée au tabagisme et passant ensuite à la détermination des priorités clés et des façons de les réaliser.

Après l'atelier, des documents clés ont été consultés en appui au processus d'analyse environnementale entrepris au cours de l'atelier. Des entrevues auprès des membres du

Groupe de travail et des principaux intervenants par l'équipe d'experts ont été entreprises afin de documenter davantage les divers aspects du rapport et de mieux définir celui-ci. Le rapport est le résultat d'un processus itératif et à étapes multiples d'engagement et de collaboration mettant à contribution une vaste gamme d'intervenants. Le tableau qui suit résume les étapes clés du processus à ce jour ainsi que le délai d'exécution prévu pour chacune des étapes.

<b>Étape</b>	<b>Activité du processus</b>	<b>Délai d'exécution</b>
1.	Atelier « Défi pulmon-Air »	Avril 2006
2.	Formation du Groupe de travail	Novembre 2006
3.	Sondage préalable à l'atelier	Décembre 2006
4.	Atelier du Groupe de travail	Décembre 2006
5.	Examen des documents clés	Déc. 2006 – en cours
6.	Examen du rapport préliminaire par les membres	Jan./fév. 2007
7.	Entrevues auprès des principaux informateurs (en utilisant parallèlement la carte des actifs et l'analyse des lacunes)	Jan./fév. 2007
8.	Document de consultation, ébauche du rapport et rapport final	Fév./mars 2007

Ce ne sont là que les premières étapes. Les points saillants de ce rapport et d'autres éléments clés de la recherche seront compilés dans un document de consultation du Cadre et serviront à faciliter d'autres discussions et l'engagement des intervenants dans les mois à venir.

## Objectifs du Groupe de travail

On a demandé aux membres du Groupe de travail d'oeuvrer de concert afin de fournir des recommandations et des lignes directrices concernant le contenu du Cadre de santé pulmonaire pour le Canada. De façon plus précise, on leur a demandé d'entreprendre les tâches suivantes :

- développer les travaux menés à terme par les groupes de travail à l'atelier « Défi pulmon-Air » tenu en avril 2006;
- identifier des intervenants additionnels pour participer à l'élaboration du Cadre de santé pulmonaire pour le Canada;
- cerner des questions de santé respiratoire additionnelles à inclure dans le Cadre de santé pulmonaire pour le Canada;
- établir des buts, des objectifs et des résultats supplémentaires à inclure dans le Cadre de santé pulmonaire pour le Canada;
- déterminer des activités potentielles qui peuvent permettre de réaliser ces buts, objectifs et résultats.

Les membres du Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme partagent le but de réduire les taux de mortalité et de morbidité attribuables aux maladies respiratoires liées au tabagisme. Étant donné que les taux de ces maladies respiratoires sont toujours alarmants au Canada et que cela grève considérablement le système de santé, ce but est devenu plus pressant au cours des dernières années.

Les membres du Groupe de travail partagent de nombreuses autres attentes à l'égard du processus. En particulier, le Groupe considère le Cadre comme un processus qui lui permet :

1. de connaître la situation dans d'autres provinces et territoires;
2. de comprendre la position des stratégies éprouvées dans le contexte du Cadre, afin d'éviter le chevauchement et de déterminer les mesures qui devront être prises;
3. de maintenir la position de chef de file du Canada en ce qui concerne les politiques de lutte contre le tabagisme;
4. d'intégrer la défense des intérêts aux discussions et d'examiner la manière dont elle s'inscrit dans le Cadre;
5. de mieux comprendre les intervenants clés et la contribution possible de chacun;
6. d'obtenir un appui clair des dirigeants autochtones;
7. de tirer des enseignements réciproques et d'échanger des contacts, des idées et des commentaires;
8. de réaliser des résultats coordonnés et intégrés.

Les membres du Groupe de travail y voient une occasion de faire avancer le secteur de la santé respiratoire de façon importante et de tirer des leçons d'autres initiatives de cadres de travail reliées à la santé entreprises au Canada et à l'échelle internationale. Les

membres reconnaissent qu'une approche efficace pour la lutte contre les maladies respiratoires liées au tabagisme exige une compréhension de la portée du problème, y compris les lacunes au chapitre des connaissances. Conformément aux objectifs du Cadre national, elle doit aussi reposer sur une perspective pancanadienne : un véritable partenariat coordonné et appuyé par les gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autres intervenants clés.

### **Perspectives multiples**

Une multitude de perspectives sont requises pour documenter de façon intégrale les stratégies utilisées pour satisfaire aux attentes. Le Groupe de travail aimerait particulièrement reconnaître l'importance de la voix et de la perspective des patients pour aborder les maladies respiratoires.

Il reconnaît aussi la nécessité de prévoir une vaste coordination et l'établissement poussé de liens dans de nombreux organismes afin de bien donner suite à la vaste gamme d'affections respiratoires liées au tabagisme. Les maladies respiratoires liées au tabagisme ne peuvent pas non plus être considérées isolément d'autres catégories de maladies respiratoires ou de maladies en général. La perspective des soins de courte durée, en particulier, doit être prise en compte dans la discussion, tout comme la perspective plus vaste de la santé publique, tout en accordant une importance accrue à la prévention et à la promotion des intérêts.

Le Groupe de travail comprend que la prestation des soins de santé connaît une constante évolution. Les perspectives de la communauté des soins primaires, des équipes multidisciplinaires, des praticiens des soins communautaires et des personnes oeuvrant dans les secteurs de la santé environnementale sont toutes requises pour bien documenter les stratégies de promotion de la santé respiratoire.

Les points de vue de nombreux autres intervenants qui ont un intérêt à l'égard de la lutte contre le tabagisme et de la santé respiratoire seront également nécessaires pour documenter les stratégies et, en fin de compte, les mettre en oeuvre. Il faudra définir les enjeux de portée générale touchant les groupes de travail et coordonner les mesures à prendre à l'égard de ces enjeux. Les perspectives des populations à risque, notamment les Autochtones (Premières nations, Inuits et Métis) et des néo-Canadiens seront particulièrement importantes du point de vue de la réalisation de résultats<sup>1</sup>. La coordination et la collaboration de nombreux organismes et groupes d'intervenants seront primordiales afin d'obtenir des résultats, notamment les organismes autochtones, les sociétés multiculturelles, les associations médicales et dentaires, les groupes de défense d'intérêts et des droits des non-fumeurs, les groupes participant à la lutte contre le tabagisme, les gestionnaires et les associations de gestion d'immeubles, les groupes d'éducation et de counseling en matière de santé et les organismes de services sociaux et de bien-être des enfants.

---

<sup>1</sup> Tout au long du document, le terme Autochtones s'entend des Premières nations, des Inuits et des Métis.

## Modèle logique

Le tableau qui suit illustre le modèle logique qui sert de cadre d'organisation pour le rapport du Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme. Le modèle compte sept (7) éléments principaux. Des attentes, des intrants, des stratégies, des activités et des extrants bien précis sont associés à chacun de ces éléments et, ensemble, ils permettent d'obtenir huit (8) résultats clés primordiaux. Les diverses étapes du processus d'élaboration viennent documenter et appuyer le modèle. Le contenu du modèle sera mis au point au fur et à mesure que se déroulera le processus de consultation.

Vision	Améliorer la santé respiratoire et les soins de santé des Canadiens grâce à l'engagement du public vis-à-vis de l'élaboration concertée de politiques, du leadership, de la recherche, de l'innovation et de l'éducation.						
Éléments	Politiques et législation	Dénormalisation de l'industrie du tabac	Surveillance et contrôle	Dépistage et prise en charge des maladies chroniques	Environnement favorable	Recherche et application des connaissances	Sensibilisation du public, promotion de la santé et prévention
Attentes	Voir à la page 9	Voir à la page 9	Voir à la page 9	Voir à la page 9	Voir à la page 9	Voir à la page 9	Voir à la page 9
Intrants	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes
Stratégies	Page 20	Page 20	Page 20	Page 21	Page 21	Page 22	Page 23
Activités	Page 20	Page 20	Page 20	Page 21	Page 21	Page 22	Page 23
Extrants	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes	Prochaines étapes
Résultats globaux	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les coûts des soins de santé diminuent considérablement (attente primordiale).</li> <li>2. Le Canada est doté d'une législation complète touchant l'ensemble des provinces et des territoires, qui interdit complètement la fumée dans les lieux de travail et les lieux publics, et qui comporte des dispositions interdisant le tabagisme à bord des automobiles, sur les patios, dans les immeubles d'habitation et dans les maisons où se trouvent des enfants.</li> <li>3. Le taux de prévalence du tabagisme passe à moins de 10 % dans l'ensemble de la population canadienne et est considérablement réduit parmi les groupes à risque, par rapport aux niveaux actuels (de 2006).</li> <li>4. Élaboration et mise en oeuvre, au Canada, d'un cadre réglementaire et juridique non favorable à la viabilité de l'industrie du tabac à titre d'entreprise lucrative.</li> <li>5. La surveillance de la fonction pulmonaire (c.-à-d. la spirométrie) est exercée de façon courante et conformément aux lignes directrices, ce qui entraîne une amélioration de la santé respiratoire (c.-à-d. la réduction des taux de mortalité et de morbidité).</li> <li>6. Les ventes de produits du tabac diminuent en raison de nouvelles mesures selon lesquelles des cigarettes présentées dans un emballage neutre sont vendues dans des établissements particuliers, leur vente est interdite dans les pharmacies et elles sont beaucoup plus difficiles à obtenir.</li> <li>7. L'abus du tabac est reconnu comme une priorité en matière de santé publique (p. ex. des points de vue des médias, des gouvernements et des dispensateurs de soins de santé).</li> <li>8. Des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes sont définies ou élaborées du point de vue des médicaments prescrits par les professionnels de la santé en ce qui concerne l'abus du tabac. Ces pratiques sont encadrées, approuvées, diffusées et surveillées à titre de normes universelles en matière de soins.</li> </ol>						
Atelier « Défi pulmon-Air »	Collaboration du Groupe de travail	Sondage auprès des membres du Groupe de travail	Atelier du Groupe de travail	Examen des documents clés	Entrevues avec les informateurs clés	Examen du rapport préliminaire du Groupe de travail	Rapports itératifs

## Éléments du Cadre

Sept (7) éléments clés composent le cadre d'organisation prévu pour la stratégie et le modèle logique du Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme et représentent les vastes secteurs dans lesquels les ressources (intrants), les stratégies, les activités et les extrants clés sont harmonisés. Voici donc les sept éléments clés :

Composantes du modèle logique	Politiques et législation	Dénormalisation de l'industrie du tabac	Surveillance et contrôle	Dépistage et prise en charge des maladies chroniques	Environnement favorable	Recherche et application des connaissances	Sensibilisation du public, promotion de la santé et prévention
-------------------------------	---------------------------	---	--------------------------	--	-------------------------	--	--

- 1. Politiques et législation** – La mise en oeuvre, à tous les niveaux, de politiques et de lois qui illustrent la gravité des risques pour la santé respiratoire et les conséquences du tabagisme constituera un moyen dissuasif important, tout comme des mécanismes appropriés de surveillance de la conformité et d'application de la loi.
- 2. Dénormalisation de l'industrie du tabac** – Éduquer et renseigner les fumeurs et les non-fumeurs au sujet des motifs et des tactiques de l'industrie du tabac. Il faut mettre en oeuvre des initiatives et des campagnes de dénormalisation qui exposent les pratiques de l'industrie, afin de neutraliser les affirmations de l'industrie selon lesquelles elle mène ses activités comme toute autre entreprise normale et légitime.
- 3. Surveillance et contrôle** – La connaissance et le suivi des tendances, des enjeux et des impacts liés aux maladies respiratoires chroniques, par l'entremise d'une surveillance efficace, permettront de veiller à ce que les stratégies et les ressources nécessaires soient mises en place afin d'assurer une intervention optimale.
- 4. Dépistage et prise en charge des maladies chroniques** – Le dépistage précoce et la prise en charge appropriée peuvent se traduire par une amélioration considérable de la qualité de vie des patients.
- 5. Environnement favorable (systèmes, ressources humaines et collectivité)** – Des environnements favorables sont essentiels pour une stratégie efficace. Cela comprend une infrastructure de systèmes d'information au sein du système de soins de santé, ainsi que des environnements humains et des infrastructures favorables au sein de la collectivité<sup>2</sup>.
- 6. Recherche et application des connaissances** – Il faut mener des recherches éthiques et objectives illustrant les priorités des groupes visés afin d'aborder les lacunes critiques dans l'information et d'appuyer des interventions intelligentes reposant sur des données probantes face aux défis que posent les maladies respiratoires. Aussi

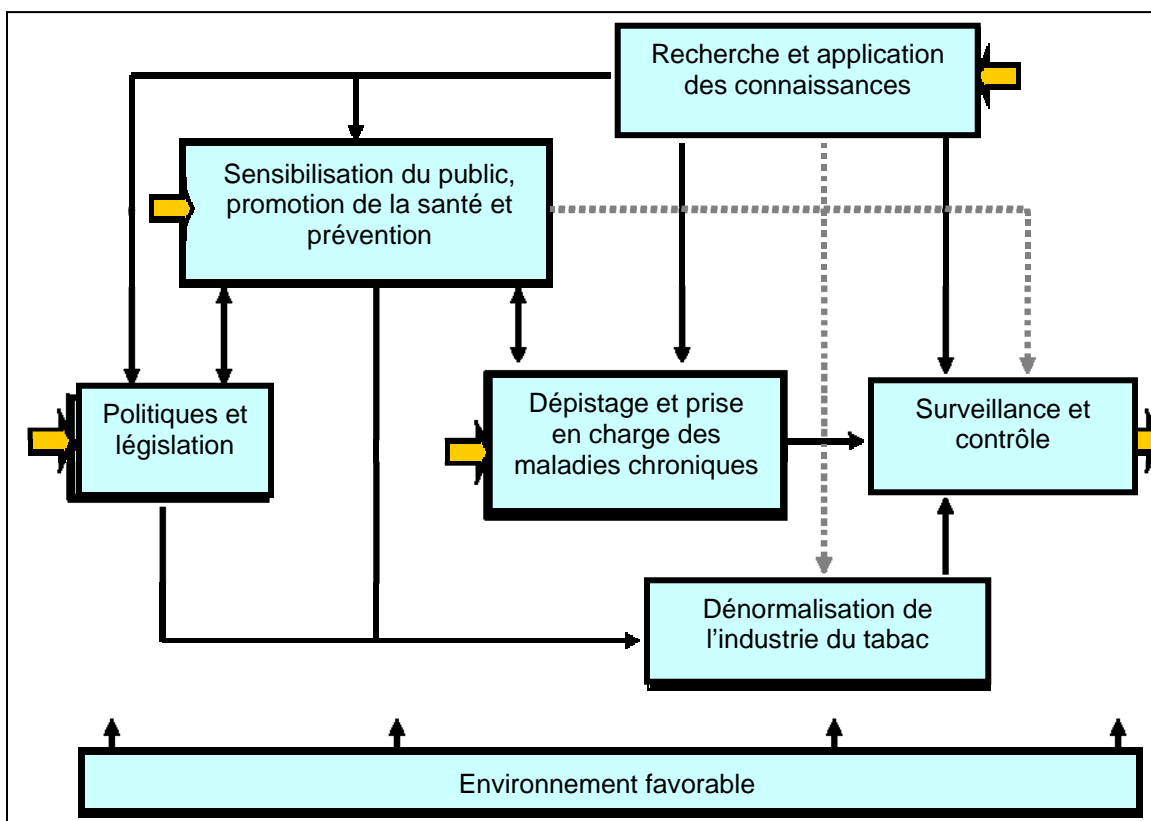
<sup>2</sup> Par exemple, l'amélioration de l'infrastructure et des ressources humaines en santé est particulièrement importante en ce qui concerne les communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis.

est-il essentiel que cette recherche soit traduite en mesures et en résultats significatifs.

- 7. Sensibilisation du public, promotion de la santé et prévention** – Les maladies respiratoires chroniques font l’objet d’une relativement faible sensibilisation du public, ce qui engendre des conséquences néfastes comme l’exposition inutile à des risques, un sous-diagnostic et un traitement.

## Liens

Le modèle logique est un outil utile comme cadre d'organisation. Cependant, il importe de reconnaître que les éléments du modèle sont non pas statiques mais interdépendants, chacun des éléments influant sur l'autre et formant ensemble un système complexe. Cet aspect systématique du modèle est illustré ci-dessous.



Il existe aussi d'importants liens entre les composantes des divers groupes de travail qui formeront le Cadre de santé pulmonaire pour le Canada. Par exemple, de nombreuses questions soulevées au sein du Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme ont aussi été soulevées dans d'autres groupes de travail comme le Groupe de travail sur l'environnement et le Groupe de travail sur les maladies chroniques. Ces liens, qui deviendront manifestes au fur et à mesure qu'évoluera le processus, viendront mettre en relief la nature dynamique et interdépendante des composantes du Cadre.

## Intérêts, attentes et rôles des intervenants

Tous les Canadiens et Canadiennes ont un intérêt à traiter des maladies respiratoires liées au tabagisme. Cependant, pour être efficaces, il importe que les stratégies soient axées sur le traitement des besoins et des intérêts uniques de groupes d'intervenants bien précis. Pour ce qui est des maladies respiratoires liées au tabagisme, les intervenants clés cernés comprennent les suivants :

- le gouvernement fédéral;
- les autorités sanitaires régionales;
- les peuples autochtones (Premières nations, Inuits et Métis);
- les patients et les familles;
- le secteur privé;
- les organisations non gouvernementales (ONG);
- la communauté de la recherche;
- les gouvernements provinciaux-territoriaux;
- les administrations municipales;
- les éducateurs (système de santé et milieu scolaire);
- les employeurs;
- le grand public;
- les soins de santé privés, y compris l'industrie des produits pharmaceutiques et les assureurs;
- les praticiens et les dispensateurs de soins de santé.

### Attentes générales de base

Il y a lieu de reconnaître que les intervenants ont un certain nombre d'attentes générales de base, notamment :

1. La réduction des coûts des soins de santé
2. Des rôles et des responsabilités clairement définis (aux niveaux de la législation et des programmes)
3. L'accès aux services et aux renseignements suivant les besoins et en temps opportun, p. ex. du point de vue des infirmières
4. L'accroissement de la sensibilisation et de la représentation en ce qui concerne les maladies respiratoires
5. La détermination de modalités de traitement efficaces et l'appui à l'égard de celles-ci
6. La création de milieux sans fumée – à domicile, dans les écoles, dans les milieux de travail et dans d'autres lieux publics, particulièrement les établissements sanitaires
7. La détermination des lacunes – recherche visant à combler les lacunes et application de la recherche sous forme de nouvelles politiques et de nouveaux programmes
8. Formation des dispensateurs de soins de santé; accroissement de la formation des omnipraticiens, y compris sur le plan de la vérification périodique; mesures visant à assurer l'accès de l'ensemble des dispensateurs de soins de santé à l'aide nécessaire pour renoncer à la cigarette

### Carte de concordance des attentes de base avec les éléments clés

Composantes du modèle logique	Politiques et législation	Dénormalisation de l'industrie du tabac	Surveillance et contrôle	Dépistage et prise en charge des maladies chroniques	Environnement favorable	Recherche et application des connaissances	Sensibilisation du public, promotion de la santé et prévention
Attentes de base	2, 4, 6	4, 8	4, 5, 8	1, 3, 5	3, 4, 6, 8	4, 7, 8	4, 8

### Analyse des perspectives, des intérêts et des rôles potentiels des intervenants

Chacun des intervenants a des perspectives, des intérêts et des rôles divergents en ce qui concerne les maladies respiratoires liées au tabagisme. Une analyse de ces différences est résumée dans le tableau qui suit :

Intervenant	Perspective clé	Intérêt/attente primaire	Rôle potentiel
Gouvernement fédéral	De portée nationale, pancanadienne	Accès et universalité <i>Loi canadienne sur la santé</i> Soins de santé à prix abordable et durables	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rôle de soutien, sans recoupement d'autres stratégies</li> <li>Impact, c.-à-d. justifier la pertinence de la stratégie pour la réduction des coûts de soins de santé, du temps d'attente pour les malades, etc.</li> <li>Coordination des programmes dans l'ensemble du pays</li> <li>Rôle dans la mise en oeuvre complète du CFC</li> </ul>
Gouvernement provincial ou territorial	De portée provinciale, régionale et locale	Accès au système et capacité : planification et gestion Prestation efficiente et à prix abordable des soins de santé Soins de qualité et paramètres; p. ex. réduction des temps d'attente; infrastructure du système de santé et ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expliquer comment les conséquences sur les dépenses provinciales à long terme en matière de soins de santé (p. ex. les coûts des maladies liées au tabagisme) pourraient mener certaines provinces et certains territoires à la faillite</li> <li>Contrôler les coûts de soins de santé liés aux maladies respiratoires</li> </ul>

Intervenant	Perspective clé	Intérêt/attente primaire	Rôle potentiel
Autorités sanitaires régionales	De portée régionale	Coordination des ressources régionales Planification d'urgence Prestation des services et capacités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participer à des comités de concert avec des responsables municipaux de la santé</li> <li>Accès aux ressources et aux appuis et prévalence de ceux-ci</li> <li>Il est plus facile d'élaborer un dossier à l'appui de ses propres initiatives</li> <li>Les pratiques exemplaires sont plus faciles à mettre en oeuvre</li> <li>Accroissement des ressources au niveau communautaire</li> <li>Renseignements facilement accessibles au niveau communautaire</li> </ul>
Administration municipale	Soins communautaires; de portée locale; prestation efficiente et efficace	Capacités, services de qualité et accès – satisfaction des besoins et des exigences de la collectivité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Attentes en C.-B., en Alberta et au Yukon, où il n'existe pas encore de lois provinciales axées sur les milieux sans fumée</li> <li>Règlements municipaux axés sur la création et le maintien de milieux sans fumée</li> <li>Précision des attentes relatives aux rôles et responsabilités entre les gouvernements provinciaux et les administrations municipales (c.-à-d. du point de vue des règlements axés sur les milieux sans fumée)</li> </ul>
Autochtones (Premières nations, Inuits et Métis)	Nationale, provinciale-territoriale, régionale et communautaire Dans les réserves et hors réserves	Amélioration de la santé des Autochtones  Des ressources plus nombreuses et de meilleure qualité ciblant les besoins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amélioration de la connaissance des protocoles et des processus de participation et de partenariat appropriés</li> <li>On reproche moins aux victimes d'être à l'origine du problème lié au tabagisme</li> <li>Approche inclusive et globale à l'égard de la santé et des questions autochtones</li> <li>Accroissement de l'orientation vers la participation des jeunes</li> </ul>
Praticiens et dispensateurs de soins de santé	Communautaire	Des outils et des ressources tout au long du continuum des soins  Soins des patients  Soins interdisciplinaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Approbation de médicaments efficaces et de mécanismes d'éducation</li> <li>Accroissement de la formation en matière de renoncement au tabagisme</li> <li>Connaissance précise des rôles sur les plans du renoncement au tabagisme, des lignes directrices normalisées et de la formation dans les universités et les collèges</li> <li>Prise en compte des antécédents de tabagisme et de la spirométrie dans le cadre de la mesure des signes vitaux</li> </ul>

Intervenant	Perspective clé	Intérêt/attente primaire	Rôle potentiel
Patients et familles	Perceptions de la qualité et de la souplesse du système et des dispensateurs de soins de santé; Le traitement a-t-il été efficace?	Accès amélioré De meilleurs résultats cliniques Une meilleure qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Milieux de soins entièrement sans fumée</li> <li>• Accès à des médicaments efficaces (autorisés) – en particulier la TRN</li> <li>• Parité de l'assurance-médicaments (autorisés)</li> <li>• Accès à des médicaments antitabac (abordables)</li> <li>• Connaissance et acceptation des malades et des membres de leur famille touchés par les maladies respiratoires</li> <li>• On blâme moins les victimes en ce qui concerne les malades atteints de MPOC</li> <li>• Accès à des services d'aide au renoncement au tabagisme</li> <li>• Accès à des appuis en matière d'information</li> </ul>
Employeurs	Productivité des travailleurs; capacité d'attirer et de maintenir en poste des travailleurs; compétitivité	Milieu de travail sain et travailleurs en santé; meilleure productivité et réduction de l'absentéisme  Formation et sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts des soins de santé</li> <li>• Sécurité en milieu de travail</li> <li>• Absentéisme en milieu de travail</li> <li>• Prévention de l'exposition à la fumée secondaire du tabac</li> <li>• Projet de loi C45</li> </ul>
Secteur privé (soins de santé privés, sociétés pharmaceutiques, assureurs, etc.)	Partenaires du système de soins de santé; efficacité et efficacité; innovation; recherche	Possibilités d'investissement Éviter ou réduire les pertes  Approche valeur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices en milieu de travail</li> <li>• Approbation de médicaments par les pharmacies en fonction de données probantes, p. ex. TRN, éducation au sujet des nouveaux médicaments possibles</li> <li>• L'industrie du tabac approuve la liberté de choix, les droits des fumeurs</li> <li>• L'industrie devrait élaborer de nouvelles stratégies ciblant les nouveaux fumeurs pour maintenir la rentabilité; elle pourrait relier les RHF aux activités de « promotion de la santé »</li> <li>• Réduction des primes d'assurance à l'égard des non-fumeurs; investissement des sociétés d'assurance dans les stocks de tabac</li> <li>• Milieu pharmaceutique – possibilité d'un processus d'approbation de la TRN</li> </ul>

Intervenant	Perspective clé	Intérêt/attente primaire	Rôle potentiel
Grand public	Caractère abordable; équité; durabilité; qualité; accès	<p>Accès, soins et services de santé de qualité, meilleur rapport qualité-prix</p> <p>Renseignements sur l'initiative personnelle et la prévention</p> <p>Soins de santé par opposition à soins des malades</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Milieux sans fumée</li> <li>• Messages cohérents</li> <li>• Accroissement de la sensibilisation</li> <li>• Les associations pulmonaires affecteront des sommes plus importantes aux programmes, plutôt que de se limiter à rassembler des fonds</li> <li>• Bénéficiaires de renseignements, de traitements et de soutien de diverses sources (p. ex. sites Web, praticiens, infirmières, etc.)</li> </ul>
Éducateurs (système de santé et milieu scolaire)	<p>Déclencheurs et contraintes systémiques; transfert et gestion des connaissances</p> <p>Recherche reposant sur des données probantes et application des connaissances</p>	<p>Normes de formation et de recherche; lignes directrices sur les pratiques exemplaires</p> <p>Formation, attestation et homologation de calibre international des dispensateurs</p> <p>Mécanismes de surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les associations pulmonaires contribueront des idées de recherche (en particulier sur le plan de l'application des connaissances)</li> <li>• Programmes complets destinés aux jeunes</li> <li>• Campus entièrement sans fumée</li> <li>• Renseignements plus compréhensibles concernant l'asthme et les maladies pulmonaires et la manière d'appuyer les étudiants touchés</li> <li>• Accroissement de l'orientation vers l'éducation précoce liée à la lutte contre le tabagisme, c.-à-d. au niveau de la première année</li> </ul>
Communauté de recherche	Avancement des connaissances	Avancement des connaissances afin d'obtenir des résultats tout au long du continuum des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accroître le financement affecté à la recherche</li> <li>• Application significative des connaissances / transfert de la recherche au niveau des programmes, des planificateurs et des responsables de la mise en oeuvre</li> <li>• Programme de recherche axé sur les liens entre le tabagisme et les maladies et les facteurs respiratoires (p. ex. le tabac, la marijuana, les toxicomanies, la recherche comportementale, etc.)</li> <li>• Accroître l'activité et le financement</li> <li>• Améliorer la surveillance</li> <li>• Contribuer à des idées relatives à la recherche</li> </ul>

Intervenant	Perspective clé	Intérêt/attente primaire	Rôle potentiel
ONG	Propre aux intervenants; propre aux questions	<p>Faire avancer les programmes par le truchement de la recherche, de la promotion des intérêts, etc.</p> <p>Donner suite aux besoins et aux priorités des membres</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consensus sur la lutte contre le tabagisme – stratégie et initiative coordonnées</li> <li>• Accroissement de l'incidence de la lutte contre le tabagisme sur la défense d'intérêts liée aux maladies</li> <li>• Accroissement de la défense d'intérêts</li> <li>• Participation plus cohérente au sein de la CCAT – Coalition canadienne d'action sur le tabagisme – au niveau fédéral</li> <li>• Renforcement de la sensibilisation, du profil et de la connaissance en ce qui concerne les programmes et les services de santé respiratoire offerts aux parents et au grand public</li> </ul>

## Analyse de l'environnement

Divers facteurs, questions et tendances clés façonnent l'environnement de la lutte contre le tabagisme et cernent tant les besoins et les défis que les occasions d'accomplir des progrès sur le front des maladies respiratoires. La présente analyse de l'environnement résume les considérations pertinentes des membres du Groupe de travail, des principaux informateurs et des parties intéressées.

### Maladies respiratoires liées au tabagisme : Enjeux, besoins et obstacles

Plus de trois millions de Canadiens sont aux prises avec de graves maladies respiratoires<sup>3</sup>. Bien que la tendance générale relative au tabagisme au Canada soit à la baisse – le taux est passé de 25 % en 1999 à 18 % en 2006 – le tabagisme demeure le facteur de risque évitable le plus important en ce qui concerne les maladies respiratoires<sup>4</sup>. Selon les dernières données, un peu plus de 4,5 millions de Canadiens de 15 ans ou plus, soit 18 % de la population, sont des fumeurs actuels. Les hommes représentent environ 20 % de ces fumeurs et les femmes, 15 %<sup>5</sup>. Chaque année, plus de 37 000 Canadiens meurent des suites du tabagisme<sup>6</sup>.

Outre ces pertes humaines considérables, on estime que le tabagisme représente un coût économique annuel de 17 milliards de dollars; par ailleurs, les coûts de soins de santé liés au tabagisme atteignent plus de 4,4 milliards de dollars par année. L'exposition à la fumée du tabac peut prendre une forme directe, par l'entremise de cigarettes, ou indirecte, par suite du tabagisme maternel pendant la grossesse ou de l'exposition à la fumée secondaire. Le tabagisme a donc une incidence sur les personnes de tous âges – enfants, adolescents, adultes et aînés. Les effets de cette exposition se reflètent dans les taux alarmants de maladies respiratoires, y compris le cancer du poumon, les MPOC, l'asthme, la bronchite, la bronchiolite, la dégénérescence maculaire, la mort subite du nourrisson (MSN) et le syndrome de détresse respiratoire de l'enfant.

Les taux de tabagisme parmi les adolescents de 15 à 19 ans (16 %) et chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans (25 %) soulèvent une préoccupation particulière, compte tenu des effets à long terme possibles sur la santé respiratoire<sup>7</sup>.

Outre chez les jeunes adultes (y compris un nombre inquiétant de jeunes femmes), la prévalence du tabagisme suscite une préoccupation croissante parmi d'autres populations très vulnérables, notamment les Autochtones ou les personnes ayant des problèmes de santé mentale. La recherche révèle que ces groupes affichent des taux de tabagisme plus élevés que l'ensemble de la population; ils sont donc plus exposés au risque de contracter des maladies respiratoires. Par exemple, des données récentes indiquent que la prévalence du tabagisme parmi les résidents autochtones des Territoires du Nord-Ouest atteint plus

---

<sup>3</sup> *Les maladies respiratoires au Canada*, 2004, Association pulmonaire du Canada

<sup>4</sup> Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), Santé Canada, 2006

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Infofiches sur la vie saine, Santé Canada, 2006

<sup>7</sup> ESUTC, 2006

du double de celle observée chez les résidents non autochtones – 60 % comparativement à 25 %<sup>8</sup>. Les intervenants signalent la nécessité d'accroître la recherche afin de bien comprendre les liens entre le tabagisme et les groupes démographiques très exposés, y compris le lien entre l'usage du tabac et le statut socioéconomique.

De plus, bon nombre de répercussions néfastes de la fumée du tabac s'aggravent avec l'âge. Ainsi, à mesure que la population canadienne vieillira, les effets seront plus importants et le fardeau imposé au système de soins de santé sera encore plus lourd qu'il ne l'est déjà.

Face à une industrie du tabac qui continue de promouvoir agressivement de nouveaux produits et d'utiliser des stratégies et des tactiques promotionnelles afin de leurrer les fumeurs, les intervenants jugent qu'il est essentiel d'assurer une vigilance constante et de mettre en oeuvre des initiatives plus efficaces de lutte contre le tabagisme auxquelles participent les gouvernements et des organismes partenaires de l'extérieur, notamment les ONG. Par exemple, ils considèrent qu'il existe un besoin urgent d'adopter des approches plus ciblées, par exemple, des approches fondées sur des politiques et des lois strictes visant à réglementer ou à contrôler l'usage du tabac dans les domiciles ou à bord des véhicules, lorsque la santé d'enfants peut être compromise, et en milieu de travail, afin de protéger les employés.

Du point de vue de la conformité et de l'application de la loi, le problème relatif au tabac « clandestin » demeure particulièrement aigu. La contrebande et le trafic de tabac de contrefaçon offrent à certains segments de population un approvisionnement de cigarettes à faible coût. Les intervenants estiment que l'incapacité à prévenir la circulation de produits de contrebande et de contrefaçon entrave sérieusement la lutte efficace contre le tabagisme. Ils croient qu'il faut déployer davantage d'efforts du point de vue de la politique fiscale et pour appuyer les organismes responsables du maintien de l'ordre, notamment la GRC, dans le cadre de leurs initiatives d'application de la loi, afin de freiner l'écoulement de ces produits illicites. Ce point de vue est appuyé par une analyse récente qui révèle que la contrebande de cigarettes représente une menace croissante pour la santé des Canadiens<sup>9</sup>.

L'industrie du tabac continue d'examiner des moyens novateurs de commercialiser ses produits. Les membres du Groupe de travail croient qu'il faut mettre en oeuvre des campagnes de dénormalisation afin de lutter contre les tactiques de marketing et de promouvoir la sensibilisation du public aux liens qui existent entre l'exposition à la fumée du tabac et la santé respiratoire. La dénormalisation est considérée comme un facteur fondamental d'une modification des valeurs sociales menant à un changement de comportement. Les campagnes de dénormalisation de l'industrie du tabac permettent de

---

<sup>8</sup> *La stratégie nationale : Aller vers l'avant – Rapport d'étape 2005 sur la lutte contre le tabagisme*, Santé Canada, 2005

<sup>9</sup> *Doctors Propose Methods to Reduce Tobacco Smuggling*, Physicians for a Smoke Free Canada, communiqué, 18 décembre 2006

réduire l'acceptabilité sociale du tabagisme, en mettant en relief les tentatives manifestes de l'industrie du tabac visant à rendre le tabagisme plus agréable<sup>10</sup>.

Certains membres du Groupe de travail craignent que la réduction globale des taux de tabagisme observée au cours des dernières années ne mène à une attitude complaisante; ils affirment qu'il faut accroître, et non pas réduire, les efforts, particulièrement auprès des populations marginalisées ou difficiles à atteindre. En outre, certains se demandent si les initiatives de lutte contre le tabagisme empêchent réellement les gens de commencer à fumer ou si elles retardent simplement leur décision à cet égard. D'autres craignent une résurgence possible des activités promotionnelles de l'industrie, déplorant, par exemple, le fait que nombre d'universités et organismes de recherche acceptent des fonds provenant de sociétés productrices de tabac.

Les informateurs signalent également la perception générale selon laquelle la publicité sur le tabac est interdite est inexacte. Ils font observer que la législation sur le tabac continuera sans doute de faire l'objet de contestations judiciaires aussi intensives, et que des résultats défavorables pourraient déclencher une nouvelle vague de publicité sur le tabac. Plus d'une décennie après que les tentatives axées sur la mise en oeuvre d'une interdiction complète de la publicité sur le tabac ont été rejetées par la Cour suprême du Canada, les intervenants soulignent que de nombreuses formes de publicité sur le tabac demeurent légales au Canada<sup>11</sup>. Les membres du Groupe de travail signalent que la nécessité d'une interdiction globale de la publicité sur le tabac a été reconnue dans d'autres pays et qu'elle a été intégrée à la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLA).

Les membres du Groupe de travail signalent d'autres problèmes. Ils soulignent, par exemple, des liens soupçonnés entre l'utilisation de tabac à chiquer et l'augmentation des taux de cancer de la bouche, de même qu'entre la consommation d'alcool, de tabac et de drogues. Même si les produits du tabac autres que la cigarette, notamment le tabac à pipe, le cigare, les cigarillos et le tabac sans fumée représentent une portion marginale des ventes de tabac, l'utilisation de ces produits semble légèrement à la hausse<sup>12</sup>.

Bien que l'attitude à l'égard du tabagisme ait considérablement changé, les intervenants et les principaux informateurs croient généralement qu'il reste encore beaucoup à faire, surtout parmi les segments démographiques ciblés, voire au sein des milieux des soins de santé eux-mêmes. Par exemple, on observe qu'il existe toujours un appui à l'égard des fumeurs parmi les travailleurs de la santé; de plus, bon nombre s'attendent à faire face à des obstacles dans le cadre de la prestation de services d'aide au renoncement au

---

<sup>10</sup> Lavack, Anne, *Une approche « fabriquée au Canada » sur les stratégies médiatiques de lutte contre le tabagisme*, Santé Canada, juillet 2001

<sup>11</sup> *Health Groups Urge Feds to Ban Tobacco Advertising*, Physicians for a Smoke Free Canada, communiqué, décembre 2005

<sup>12</sup> *La stratégie nationale : Aller vers l'avant – Rapport d'étape 2005 sur la lutte contre le tabagisme*, Santé Canada, 2005

tabagisme<sup>13</sup>. Les intervenants sont étonnés du fait que les cigarettes soient encore vendues dans les pharmacies de quatre provinces.

À l'échelon local, les informateurs jugent que les praticiens de la santé doivent pouvoir acquérir de nouvelles compétences et bénéficier d'un financement soutenu par l'entremise de la santé publique, afin de mettre en oeuvre des programmes efficaces de lutte contre le tabagisme touchant tous les aspects de la question, notamment la prévention, la protection et le renoncement. Ils croient que l'on pourrait à cette fin, par exemple, élaborer et maintenir des infrastructures provinciales solides et généralisées qui favoriseraient le partenariat entre les groupes concernés, dans le cadre d'un mandat visant à appuyer toutes les facettes de la réduction du tabagisme.

Les principaux informateurs conviennent qu'il faut accroître la recherche sur tous les aspects des maladies respiratoires, y compris les données sur l'incidence, les résultats pour la santé et les facteurs de risque, de prévention et de traitement.

La réduction des méfaits et l'efficacité des produits moins nocifs constituent un domaine jugé controversé et qui, selon les informateurs, pourrait bénéficier d'un accroissement de la recherche. La thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) est également perçue comme un aspect très propice à une approche axée sur le renoncement, bien que, semble-t-il, l'efficacité de ce type d'approche exige un examen plus poussé.

La toxicité de la fumée du tabac est un aspect qui suscite une préoccupation croissante. Les règlements au titre de la *Loi sur le tabac* fédérale exigent que les fabricants de produits du tabac signalent les taux de plus de 40 composés chimiques présents dans la fumée directe et secondaire, dont six doivent être inscrits sur les emballages de produits du tabac<sup>14</sup>.

### **Lutte contre le tabagisme et santé respiratoire – Progrès et possibilités**

Malgré les nombreux problèmes et obstacles qui demeurent, les informateurs constatent des progrès et des possibilités sur plusieurs plans. Par exemple, ils font observer que les lois de nombreuses provinces ont maintenant surpassé celles de l'échelon fédéral. De nouveaux organismes participent à la réglementation, à l'application de la loi, à la défense des intérêts et à l'éducation. L'investissement dans la lutte contre le tabagisme et l'accroissement de la collaboration dans le cadre de celle-ci semblent également porter fruit. Les droits des non-fumeurs, la santé en milieu de travail et la reconnaissance des obligations des employeurs semblent s'affermir. En outre, on affirme que les programmes de renoncement à la cigarette et de lutte contre le tabagisme, notamment le programme *Leave the Pack Behind*, gagnent du terrain. Le but de ce programme novateur consiste à offrir des méthodes attrayantes et efficaces de renoncement et de prévention du tabagisme aux jeunes adultes dans les établissements d'enseignement postsecondaire.

---

<sup>13</sup> *Tobacco: the Role of Health Professionals*, déclaration conjointe, 17 janvier 2001

<sup>14</sup> Ibid.

Certains intervenants croient que le secteur de la réglementation du traitement pourrait offrir une possibilité importante, c'est-à-dire que l'on pourrait faire en sorte que le traitement de l'abus du tabac pourrait constituer une norme légalisée en matière de soins. Le non-respect de cette norme pourrait donner lieu à des réclamations fondées sur la négligence. De nombreux informateurs jugent valable d'utiliser une approche axée sur « le bâton et la carotte » et fondée à la fois sur l'incitation et sur la dissuasion. Bon nombre perçoivent également la nécessité de mesures renforcées pour faire passer le message relatif aux risques liés au tabagisme. Par exemple, certains ont affirmé que l'inscription du tabagisme à titre de cause du décès sur les certificats de décès contribuerait largement à accroître la sensibilisation.

Les informateurs soulignent que l'activisme se poursuit sur bien des plans, du tabagisme à domicile (notamment les logements à unités multiples), dans les lieux de travail, à bord des véhicules et en présence d'enfants. Bien que les intervenants conviennent qu'il faut accroître les initiatives afin de stimuler la sensibilisation à la relation entre le tabagisme et les maladies respiratoires, des données empiriques donnent à croire que l'attitude à l'égard des effets du tabac s'est améliorée et que le public est de plus en plus favorable à un renforcement des mesures de contrôle. Bon nombre perçoivent un accroissement des possibilités de mesures décisives de la part des gouvernements.

Les stratégies de lutte se révèlent également efficaces. On affirme que la prévalence du tabagisme diminue, principalement en raison des interventions gouvernementales au niveau de la population, notamment la hausse des taxes sur le tabac, les lois axées sur l'interdiction du tabac et les mesures de contrôle touchant la publicité sur le tabac, c'est-à-dire l'« approche globale », pour reprendre l'expression d'un informateur; une approche, notamment, fondée sur la volonté politique, sur l'appui bureaucratique et sur l'énergie et l'engagement du secteur bénévole à l'égard de la défense d'intérêts.

Maintenant que les provinces et les territoires semblent s'engager davantage dans le domaine de la lutte contre le tabagisme, les informateurs perçoivent une orientation vers la redéfinition des rôles - « qui assure quels services à qui » parmi les intervenants. Dans le milieu actuel, bon nombre croient qu'il est possible d'accroître la synergie entre les secteurs privé et public dans le traitement des questions transsectorielles, par exemple, sur les plans de la lutte contre le tabagisme à titre d'intervention « en amont » liée aux modes de vie sains, de la prévention des maladies chroniques, de la santé cardiovasculaire, du cancer, de la santé respiratoire, de la recherche en matière de toxicomanie et de la santé mentale, du point de vue de la santé publique, et sur les plans de la réduction des méfaits, de la conformité, de l'application de la loi et de la surveillance de l'industrie, du point de vue de la réglementation. Les informateurs croient que la consommation de marijuana (combinée ou non à l'usage du tabac) a également une incidence sur la santé respiratoire. Il faut accroître la recherche afin d'examiner les liens possibles entre l'usage de la marijuana et les maladies respiratoires, y compris le cancer.

Certains intervenants croient que l'attention croissante accordée aux questions environnementales, y compris la qualité de l'air extérieur et ambiant, peut favoriser une

collaboration synergique afin de diffuser les messages touchant l'environnement et la fumée secondaire (p. ex. les risques liés au radon et au tabagisme à la maison).

L'Ontario en est à sa première année d'application de la *Loi favorisant un Ontario sans fumée*, entrée en vigueur le 31 mai 2006, ce qui peut constituer une référence. La *Loi* interdit le tabagisme dans les lieux de travail et les lieux publics fermés de la province. De plus, elle renforcera les mesures qui permettront de veiller à ce que seules les personnes de 19 ans ou plus puissent acheter des cigarettes; elle prévoit également le retrait progressif des étalages de produits du tabac, en vue d'une interdiction totale à compter du 31 mai 2008<sup>15</sup>. Le Centre de formation et de consultation lié au programme joue un rôle important sur le plan de l'appui à la mise en oeuvre de la *Loi*, en facilitant la planification de programmes généralisés et le renforcement des capacités à l'égard des praticiens du milieu de la lutte contre le tabagisme de l'Ontario. Les conséquences nettes globales sur les tentatives de renoncement, sur l'abandon du tabagisme et sur la réduction de l'exposition à la fumée secondaire (en, en fin de compte, sur l'amélioration de la santé respiratoire) doivent encore être mesurées; néanmoins, les résultats devraient se révéler intéressants.

De nombreux intervenants perçoivent des possibilités cruciales de s'appuyer sur les progrès et les succès considérables réalisés à ce jour. Par exemple, en attente de données de base, ces intervenants croient que les risques liés à la fumée secondaire au sein des collectivités devraient diminuer au fil du temps, compte tenu du nombre croissant de lois et de règlements restrictifs. Par exemple, ils soulignent que des conseillers en matière de tabagisme ont été formés et qu'ils sont accessibles localement, dans un certain nombre de collectivités inuites; en outre, de nombreux documents de référence adaptés aux exigences culturelles de la population ont déjà été élaborés. On a souligné qu'au sein des collectivités en question, de nombreuses activités de sensibilisation dirigées par des travailleurs de la santé sont menées annuellement; de plus, des programmes de développement communautaire axés sur la réduction du tabagisme auprès des jeunes et des aînés ont été créés.

Le financement continu, notamment le financement du Programme de lutte contre le tabagisme (PLT) de Santé Canada, est jugé essentiel si l'on veut maintenir le rythme des initiatives et réaliser des progrès. Les informateurs considèrent l'élimination du financement de la Stratégie de lutte contre le tabagisme des Premières nations et des Inuits comme un recul inadmissible, et croient qu'elle représente une réduction importante sur le plan de la mise en oeuvre d'activités jusqu'à ce qu'un programme « de remplacement » soit mis en place. On craint que l'impulsion des initiatives de réduction du tabagisme parmi ces groupes diminue largement, à moins que les régions ne trouvent d'autres sources de financement.

Les intervenants perçoivent un intérêt continu à l'égard de l'adoption possible d'un emballage neutre obligatoire (emballage générique) en ce qui concerne les produits du tabac. De plus, un plus grand nombre d'autorités sanitaires sont apparemment intéressées

---

<sup>15</sup> *Loi favorisant un Ontario sans fumée*, ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
[http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/updatesf/archivesf/hu\\_04f/hu\\_tobacco\\_legf.html](http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/updatesf/archivesf/hu_04f/hu_tobacco_legf.html) janv. 2007

à examiner des moyens d'aider les fumeurs atteints de maladies mentales et de toxicomanie. La recherche révèle que le tabagisme est beaucoup plus courant chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques que parmi la population en général<sup>16</sup>. Les autorités semblent de plus en plus intéressées à assurer un continuum de soins dans le contexte du système de soins de santé; en effet, un plus grand nombre d'administrations mettent en oeuvre des politiques antitabac touchant les lieux publics, et certaines envisagent la possibilité d'étendre l'interdiction du tabagisme à domicile et en voiture. La fumée secondaire ambiante dans les immeubles d'habitation semble également faire l'objet d'un intérêt croissant. Ce type d'immeubles englobe les logements commerciaux, les immeubles en copropriété et les logements sociaux. La fumée secondaire provenant d'un logement d'un complexe d'habitation peut s'infiltrer dans un logement adjacent par le truchement d'un système de ventilation et de vides d'air communs<sup>17</sup>. Les intervenants croient que ces objectifs, conjugués à des mesures ciblées, permettront collectivement de réduire l'exposition et, au bout du compte, d'améliorer les résultats pour la santé.

En résumé, les intervenants croient que des progrès sont réalisés et que de nouvelles possibilités se dessinent dans divers secteurs. Ce processus continu exige un programme de mesures activistes afin d'atteindre les fumeurs de longue date et les populations vulnérables. Ce programme peut comprendre les mesures suivantes, d'une manière non exclusive : des normes légalisées en matière de soins, des lignes directrices, des mesures axées sur le renoncement au tabagisme et sur la conformité (plus particulièrement en ce qui concerne le tabac de contrebande et de contrefaçon), la dénormalisation de l'industrie, de la recherche et des programmes ciblés, de la surveillance, des milieux de soutien, ainsi que des initiatives d'éducation et de sensibilisation. Les intervenants jugent que ces mesures comptent parmi les « questions essentielles » en matière de lutte contre le tabagisme. Ils croient par-dessus tout que même si des progrès appréciables ont été réalisés, il reste encore beaucoup à faire; bon nombre estiment que le moment est propice à une intervention coordonnée et déterminante de l'ensemble des intervenants. Adoptant une attitude optimiste et prudente, les intervenants espèrent, en prenant appui sur la réussite et sur l'impulsion déjà atteintes, réaliser des résultats encore plus favorables pour la santé, et ce, à un coût global plus faible pour le système de soins de santé.

---

<sup>16</sup> *Smoking Cessation Approaches for Persons with Mental Illness or Addictive Disorders*, Psychiatric Services, American Psychiatric Association, septembre 2002

<sup>17</sup> *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke*, rapport du directeur des services de santé publique

## Résultats globaux

Les résultats clés représentent « l'état futur » souhaité de la santé respiratoire au Canada dans le contexte de la lutte contre le tabagisme, comme ils ont été formulés par les membres du Groupe de travail et d'autres intervenants comme les grands experts, les praticiens et les principaux informateurs dans le domaine. Les énoncés de résultats reflètent le monde tel que les intervenants aimeraient le voir une fois la composante de lutte contre le tabagisme pleinement mise en œuvre – c'est-à-dire à long terme. Vous trouverez ci-dessous les résultats clés attendus à plus long terme par les membres du Groupe de travail.

1. Les coûts des soins de santé diminuent considérablement. (Attente primordiale)
2. Le Canada est doté d'une législation complète touchant l'ensemble des provinces et des territoires, qui interdit complètement la fumée dans les lieux de travail et les lieux publics, et qui comporte des dispositions interdisant le tabagisme à bord des automobiles, sur les patios, dans les immeubles d'habitation et dans les maisons où se trouvent des enfants.
3. Le taux de prévalence du tabagisme passe à moins de 10 % dans l'ensemble de la population canadienne et est considérablement réduit parmi les groupes à risque, par rapport aux niveaux actuels (de 2006).
4. Élaboration et mise en œuvre, au Canada, d'un cadre réglementaire et juridique non favorable à la viabilité de l'industrie du tabac à titre d'entreprise lucrative.
5. La surveillance de la fonction pulmonaire (c.-à-d. la spirométrie) est exercée de façon courante et conformément aux lignes directrices, ce qui entraîne une amélioration de la santé respiratoire (c.-à-d. la réduction des taux de mortalité et de morbidité).
6. Les ventes de produits du tabac diminuent en raison de nouvelles mesures selon lesquelles des cigarettes présentées dans un emballage neutre sont vendues dans des établissements particuliers, leur vente est interdite dans les pharmacies et elles sont beaucoup plus difficiles à obtenir.
7. L'abus du tabac est reconnu comme une priorité en matière de santé publique (p. ex. des points de vue des médias, des gouvernements et des dispensateurs de soins de santé).
8. Des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes sont définies ou élaborées du point de vue des médicaments prescrits par les professionnels de la santé en ce qui concerne l'abus du tabac. Ces pratiques sont encadrées, approuvées, diffusées et surveillées à titre de normes universelles en matière de soins.

### Carte de concordance des résultats avec les éléments clés

Composantes du modèle logique	Politiques et législation	Dénormalisation de l'industrie du tabac	Surveillance et contrôle	Dépistage et prise en charge des maladies chroniques	Environnement favorable	Recherche et application des connaissances	Sensibilisation du public, promotion de la santé et prévention
Résultats importants	2, 3, 4, 6	4, 6	3, 5, 7, 8	1, 5, 7, 8	2, 4, 6, 7, 8	7, 8	3, 7

## Stratégies et activités clés

Voici les principales stratégies et activités recommandées qui devraient mener à la réalisation des résultats globaux définis :

### A. Politiques et législation

#### S.1 Renforcer la législation et la réglementation en matière de lutte contre le tabagisme

- Veiller à ce que l'ensemble des provinces et des territoires soient dotés de politiques qui interdisent le tabagisme dans tous les lieux publics et les milieux de travail, y compris les restaurants, les bars, les pubs et les casinos
- Mettre un frein au tabagisme à domicile, à bord des véhicules et dans les immeubles d'habitation
- Intégrer aux dispositions législatives des numéros nationaux d'aide au renoncement au tabagisme qui seront affichés bien à la vue des consommateurs sur des produits très connus de ces derniers (p. ex. sur les emballages de céréales, de lait et de jus et sur les paquets de cigarettes)
- Réglementer les emballages neutres
- Établir des lois visant à restreindre le tabagisme près des immeubles et des entrées d'immeubles
- Réglementer et contrôler les cigarettes en ce qui a trait aux émissions, aux ingrédients, aux taux de combustion, etc.

#### S.2 Renforcer l'habilitation et la conformité

- Mettre un terme à la contrebande de cigarettes illicites
- Réduire considérablement le nombre de points de vente de produits du tabac (c.-à-d. restreindre leur distribution aux établissements de vente de vins, de spiritueux et de bière)

### **S.3 Appuyer les programmes axés sur le contrôle**

- Continuer de financer le Programme de lutte contre le tabagisme (PLT) de Santé Canada
- Poursuivre les programmes de renoncement au tabac et de réduction des méfaits
- Renforcer la collaboration avec les programmes provinciaux et territoriaux de lutte contre le tabagisme afin d'élaborer une synergie et d'éviter le chevauchement
- Répondre aux besoins en matière de programmes des populations des Premières nations, des Inuits et des Métis, y compris sur le plan du soutien et de la défense des intérêts à l'égard du Programme de lutte contre le tabagisme parmi les Premières nations et les Inuits

## **B. Dénormalisation de l'industrie du tabac**

### **S.1 Sensibiliser le public aux tactiques de l'industrie du tabac**

- Publier des cas de provinces canadiennes qui ont intenté avec succès des poursuites contre l'industrie du tabac afin de récupérer les coûts relatifs au traitement des maladies liées au tabagisme
- Utiliser les fonds récupérés de l'industrie afin d'appuyer des initiatives soutenues, globales et généralisées de lutte contre le tabagisme gérées par l'intermédiaire d'un organisme indépendant du gouvernement
- Accroître la sensibilisation aux pratiques de commercialisation de l'industrie du tabac en mettant particulièrement l'accent sur les groupes très vulnérables, notamment les jeunes et les femmes enceintes

## **C. Surveillance et contrôle**

### **S.1 Objectifs mesurables de renoncement au tabagisme**

- S'appuyer sur les propos de C. Everett Koop (ancien directeur des services de santé publique des États-Unis), selon lesquels les gains les plus importants dans le cadre de la lutte contre le tabagisme découleraient de stratégies de renoncement
- Réduire la prévalence du tabagisme selon des objectifs prescrits (c.-à-d. moins d'un million de Canadiens ou moins de 7 %).

### **S.2 Comprendre la portée du problème**

- Améliorer le suivi, l'analyse et la surveillance – élaborer un système de suivi par l'entremise de services administratifs et d'un système visant à obtenir des données sur l'utilisation des services de santé, la prévalence et les résultats pour la santé
- Obtenir des renseignements épidémiologiques plus justes des praticiens (p. ex. les hôpitaux et les médecins) en ce qui concerne le nombre de malades fumeurs (occasionnels et réguliers)
- Obtenir des processus de cueillette de données et des ensembles de données comparables entre les régions et les segments démographiques (p. ex. les groupes autochtones)
- Maintenir le financement de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)
- Mener une analyse du contexte axée sur les attentes du public
- Promouvoir la cueillette régulière et rapide de données pertinentes et la diffusion de ces données

## **D. Détection et prise en charge des maladies chroniques**

### **S.1 Mettre l'accent sur les initiatives axées sur le renoncement au tabac et sur la réduction des méfaits**

- Maintenir les programmes de renoncement au tabac et de réduction des méfaits<sup>18</sup>
- Continuer d'élaborer et de maintenir des initiatives qui réduisent les écarts ayant trait aux déterminants socioéconomiques relatifs aux questions de santé liées au tabagisme et collaborer à ces initiatives

### **S.2 Lutter contre la fumée secondaire du tabac**

- Continuer d'appuyer les initiatives qui réduisent l'exposition à la fumée secondaire du tabac

<sup>18</sup> L'expression « réduction des méfaits » a diverses connotations parmi les intervenants, notamment « veiller à ce que le tabac soit accessible sous sa forme la moins toxique ». *A Reflection on Alternative Nicotine Delivery Systems*, Physicians for a Smoke Free Canada, 1997.

### **S.3 Coordonner les initiatives avec celles de stratégies relatives à d'autres maladies**

- Établir des liens avec des stratégies et des initiatives de lutte contre le cancer, le diabète et d'autres maladies

## **E. Environnement favorable (systèmes, ressources humaines et collectivité)**

### **S.1 Réduction de l'exposition**

- Réduire, voire éliminer, l'exposition à la fumée secondaire dans des milieux de travail précis, p. ex. les services de garde, les professionnels de la santé qui offrent des services dans les centres d'accueil et les établissements de soins aux aînés
- Appuyer des programmes facilement accessibles d'aide au renoncement au tabagisme, y compris des lignes d'assistance, des programmes de TRN sans frais et d'autres formules comportant un suivi actif

### **S.2 Environnements et programmes communautaires favorables**

- Utiliser des approches concertées et pertinentes sur le plan culturel à l'égard du développement communautaire
- Appuyer les initiatives actuelles qui réduisent la fumée secondaire du tabac ou collaborer à l'élaboration de nouvelles initiatives
- Élaborer des partenariats avec des groupes vulnérables, notamment les organismes inuits
- Intervenir sur les plans de la santé, de l'éducation et de l'environnement et dans des secteurs connexes, afin d'élaborer des cadres, des ressources, de la formation et des programmes spécifiques aux populations visées et de partager des connaissances
- Offrir de la formation aux professionnels de la santé de manière à ce qu'ils fournissent des renseignements sur le renoncement au tabac et à ce qu'ils mènent des interventions généralisées auprès de l'ensemble des clients fumeurs
- Fournir les ressources, le soutien et les outils nécessaires aux professionnels de la santé et aux travailleurs communautaires
- Inciter les professionnels de la santé à collaborer avec les représentants communautaires en matière de santé
- Assurer un transfert continu de fonds afin d'appuyer les défenseurs de la lutte contre le tabagisme et les conseillers en matière de tabagisme au niveau des collectivités

### **S.3 Intégration des processus et des systèmes**

- Adopter des pratiques systématiques de dépistage en milieu hospitalier, afin : a) de diagnostiquer les maladies liées au tabagisme et d'amorcer des traitements; b) d'établir des modèles relatifs au tabagisme et au renoncement auprès des employés et des malades, de manière à ce que les interventions appropriées soient appliquées régulièrement (p. ex. le modèle de l'Institut de la santé d'Ottawa)
- Fournir des ressources financières et humaines aux collectivités de manière à ce qu'elles mènent des activités axées sur l'éducation et sur le renoncement auprès des personnes qui ont besoin de ces services, p. ex. par l'intermédiaire d'infirmières en santé publique, de centres communautaires, de centres de santé, etc.

## **F. Recherche et application des connaissances**

### **S.1 Recherche médicale ciblée**

- Améliorer la connaissance, des points de vue médical et physiologique, des effets du tabagisme et d'autres questions (p. ex. le radon et d'autres questions relatives à l'air et à l'environnement)
- Mener des recherches sur les besoins et la prise en charge parmi les personnes atteintes de maladies respiratoires

### **S.2 Recherche socioéconomique ciblée**

- Élaborer des initiatives visant à réduire les écarts liés aux déterminants socioéconomiques de la santé et collaborer à ces initiatives
- Mener une analyse de rentabilité touchant les gains susceptibles d'être réalisés grâce à une intervention actuelle à l'égard des questions liées à la santé respiratoire (c.-à-d. une analyse de prévisions)
- Mener des évaluations et des recherches liées aux interventions afin de déterminer les outils et les programmes efficaces en matière de renoncement au tabagisme au sein de divers groupes sociaux et culturels (p. ex. les immigrants, les Premières nations, les Inuits, les Métis, les jeunes, les femmes enceintes, etc.)
- Recherche éthique et objective touchant les priorités de groupes vulnérables ciblés en ce qui concerne la santé respiratoire dans le contexte de la santé et du bien-être globaux
- Étudier davantage l'impact des messages relatifs à la santé et des emballages génériques
- Données probantes permettant de mieux comprendre l'utilisation réelle des programmes et des interventions au sein de diverses collectivités, ainsi que les conséquences de diverses interventions
- Des cliniciens (médecins, infirmières, dentistes, etc.) appuyés par des lignes directrices en matière de renoncement et de prévention et des techniques de counseling, qui aident les malades à renoncer au tabac

### **S.3 Traduire la recherche en connaissances**

- Élaborer des occasions annuelles et des mécanismes permanents visant à partager les leçons tirées des initiatives et des interventions efficaces
- Faire en sorte que les ONG continuent de collaborer dans le cadre de la défense d'intérêts
- Mettre en oeuvre un système qui permet aux chercheurs et aux praticiens de partager de façon continue des renseignements sur la recherche, les programmes et la surveillance
- Améliorer le maintien de réseaux entre les organismes et tous les ordres de gouvernement, à l'aide de rôles et de responsabilités clairement définis
- Inciter les organismes de lutte contre le tabagisme à collaborer avec les universités, et les appuyer dans ce contexte, de manière à ce que des programmes fondés sur données probantes puissent être mis en oeuvre dans l'ensemble des collectivités, par exemple, le programme en ligne de la Boîte à outils des meilleures pratiques du CFC : <http://www.ptcc-cfc.on.ca/bpt/bpt.cfm>
- Obtenir et utiliser des renseignements sur les interventions efficaces (c.-à-d. les interventions qui fonctionnent)

## **G. Sensibilisation du public, promotion de la santé et prévention**

### **S.1 Accroître la sensibilisation**

- Mener des campagnes médiatiques afin de promouvoir la sensibilisation à la sécurité et aux avantages de la TRN du point de vue du tabagisme continu et d'attirer les gens vers les services d'aide au renoncement en ligne et par téléphone
- Mener des campagnes médiatiques afin d'accroître la sensibilisation des gens aux bienfaits de l'abstention du tabagisme, aux lois antitabac et aux services accessibles d'aide au renoncement
- Mener des campagnes médiatiques au sujet de la dénormalisation de l'industrie du tabac et accroître le financement de campagnes médiatiques de contre-publicité
- Assurer la formation des éducateurs en ce qui concerne les effets du tabagisme sur la santé et l'exposition à la fumée secondaire
- Mener des campagnes communautaires ou régionales de commercialisation axées sur les groupes vulnérables

### **S.2 Diffusion, mesures incitatives et liens ciblés**

- Établir des partenariats avec des organismes (p. ex. des organismes autochtones) qui interviennent sur les plans de la santé, de l'éducation et de l'environnement et dans des secteurs connexes afin d'élaborer des cadres, des ressources, de la formation et des programmes spécifiques aux populations visées, lorsqu'il existe des lacunes, et de partager les connaissances
- Lancer des campagnes de sensibilisation afin de modifier l'attitude des jeunes et des adultes qui permettent aux enfants d'obtenir des cigarettes
- Mettre en oeuvre des campagnes axées sur les parents d'enfants de 12 ans ou moins, afin de promouvoir les milieux sans fumée à la maison et à bord des véhicules, et collaborer avec les dispensateurs de soins prénatals et aux jeunes enfants de manière à renforcer le message de la campagne
- Fournir des incitatifs aux employeurs qui offrent des programmes de renoncement au tabagisme et des activités de sensibilisation; accroître la participation des syndicats et obtenir leur adhésion
- Établir des liens avec d'autres secteurs de la santé, notamment ceux de la nutrition et de l'exercice physique, les établissements d'enseignement postsecondaire et les organismes de jeunes
- Examiner des approches culturelles à l'égard du renoncement au tabagisme, afin de déterminer le besoin

### **S.3 Messages efficaces ciblés**

- Nouveaux messages relatifs à la santé sur les emballages
- Activités de sensibilisation du public qui permettent de communiquer des messages simples (p. ex. « tout ce qui est combustible et aspiré dans les poumons est nocif »).

## Conclusions et prochaines étapes

Le rapport du Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme est le résultat d'un processus intensif de recherche et d'engagement auquel ont participé de nombreux intervenants. Toutefois, il marque aussi le lancement d'un processus collectif visant la mise en œuvre d'un Cadre de santé pulmonaire pour le Canada. Le présent rapport, ainsi que ceux des autres groupes de travail et d'autres documents de recherche, documentera les grandes lignes du Cadre que les responsables de la séance de travail « Cadre de santé pulmonaire : un plan d'action » prévue pour avril 2007, sont en train de préparer.

La séance représente un jalon clé de l'effort concerté déployé pour aborder le défi que posent les maladies respiratoires au Canada. Il y aura de nombreuses autres occasions de tirer parti des efforts du Groupe de travail et un engagement supplémentaire des intervenants est à prévoir. Les membres du Groupe de travail sont enthousiastes à la perspective d'une participation continue au processus.

## Annexes

- A. Membres du Groupe de travail
- B. Rôles du Groupe de travail
- C. Ordre du jour de l'atelier
- D. Questionnaire préalable à l'atelier

## Annexe A: Membres du Groupe de travail

### GRUPE DE TRAVAIL SUR LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Nom	Organisation
M. Paul Thomey	L'Association pulmonaire de <i>Terre-Neuve</i>
M <sup>me</sup> Catherine Carry	Organisation nationale de la santé autochtone
M. Neil Collishaw	Physicians for a Smoke Free Canada
D <sup>r</sup> Charl Els	Agent de consultation
D <sup>r</sup> Alan Kaplan	Family Physician Airways Group of Canada
M. Ken Kyle	Société canadienne du cancer
D <sup>re</sup> Oxana Latycheva	Société canadienne de l'asthme
M <sup>me</sup> Karen McLean	Centre de formation et de consultation
M <sup>me</sup> Brenda Paine	Santé Canada
M <sup>me</sup> Ratsamy Pathammavong	L'Association pulmonaire de l'Ontario
M <sup>me</sup> Veda Peters	L'Association pulmonaire de la Colombie-Britannique
M <sup>me</sup> Shirley Thompson	Santé Canada

## **Annexe B : Rôles du Groupe de travail**

### **Objectifs du Groupe de travail**

Les membres de chacun des groupes de travail doivent oeuvrer de concert afin de fournir des recommandations et des lignes directrices concernant le contenu du Cadre de santé pulmonaire pour le Canada. Les membres du Groupe de travail doivent :

- développer les travaux menés à terme par les groupes de travail au Pré-sommet tenu en avril 2006;
- identifier des intervenants additionnels pour participer à l'élaboration du Cadre de santé pulmonaire pour le Canada;
- cerner des questions de santé respiratoire additionnelles à inclure dans le Cadre de santé pulmonaire pour le Canada;
- établir des buts, des objectifs et des résultats supplémentaires à inclure dans le Cadre de santé pulmonaire pour le Canada;
- déterminer des activités potentielles qui peuvent permettre de réaliser ces buts, objectifs et résultats.

Le principal produit que doit livrer chacun des groupes de travail est un rapport faisant état de cette discussion, lequel doit être documenté et préparé par un chercheur affecté à cette tâche. Le rapport sera soumis à l'examen du Comité directeur du Cadre de santé pulmonaire pour le Canada.

### **Président**

Le président a pour rôle d'oeuvrer de concert avec le chercheur principal et le facilitateur afin de s'assurer que la vision du Cadre de santé pulmonaire pour le Canada est reflétée dans les activités et les résultats du Groupe de travail.

Parmi les responsabilités bien précises, il convient de mentionner les suivantes :

- passer en revue la liste des membres;
- participer à une téléconférence avec le chercheur principal et le facilitateur afin de passer en revue le processus et l'ordre du jour de la réunion;
- passer en revue les buts et les objectifs de la réunion et formuler des observations à leur sujet;
- passer en revue les documents de base qui seront fournis aux membres avant la réunion (et formuler, si besoin est, des observations à leur sujet);
- prévoir des propos de bienvenue et les présentations à la réunion;
- prévoir le mot de la fin pour la réunion;
- si le Comité directeur le lui demande, prendre brièvement la parole au début du Sommet afin de traiter des activités du Groupe de travail.

### **Chercheur principal**

Le chercheur principal a pour rôle d’œuvrer en étroite collaboration avec le président et le facilitateur afin de s’assurer que la structure et les ressources sont en place pour permettre au Groupe de travail d’atteindre ses buts;

Parmi les responsabilités bien précises, il convient de mentionner les suivantes :

- identifier des participants potentiels pour chacun des groupes de travail;
- déterminer les documents de base qui sont requis pour les membres;
- établir les buts et les objectifs pour chacun des groupes de travail;
- œuvrer de concert avec le facilitateur et le président afin de cerner la stratégie qui sera utilisée pour atteindre les buts et les objectifs.

### **Facilitateur de la réunion**

Le rôle du facilitateur consiste à assurer la coordination de la réunion et à veiller à ce que la réunion se déroule de manière à atteindre ses buts et objectifs.

Parmi les responsabilités bien précises, il convient de mentionner les suivantes :

- coordonner la réunion du Groupe de travail;
- assurer la participation intégrale et utile de tous les membres du Groupe de travail;
- veiller à ce que la discussion respecte l’horaire établi et la structure de la réunion;
- cerner et passer en revue les messages, thèmes, recommandations, activités, buts et objectifs clés communiqués tout au long de la réunion.

### **Chercheur du Groupe de travail**

Le chercheur a pour rôle de participer à la réunion à titre d’observateur et de s’assurer que les discussions sont reflétées dans un rapport du Groupe de travail.

Parmi les responsabilités bien précises, il convient de mentionner les suivantes :

- participer à titre d’observateur aux réunions du Groupe de travail;
- produire un rapport qui reflète fidèlement tous les points de discussion.

### **Membres du Groupe de travail**

Les membres du Groupe de travail ont pour rôle de cerner et de traiter les questions de santé respiratoire au Canada, et de formuler des recommandations concernant les questions à inclure dans le Cadre de santé pulmonaire pour le Canada. Parmi les responsabilités bien précises, il convient de mentionner les suivantes :

- prendre connaissance des travaux antérieurs de l’atelier pré-sommet, désigné « Défi pulmon-Air », et d’autres documents pertinents;
- assurer une rétroaction par le truchement du Questionnaire préalable à l’atelier;
- participer à une réunion en face à face afin de discuter des questions de santé respiratoire au Canada (si le calendrier le permet);

- passer en revue le projet de rapport de recherche et formuler des observations à son sujet;
- participer à une téléconférence afin de discuter du projet de rapport de recherche.

**Comité directeur**

Le rôle du Comité directeur consiste à se servir du rapport du Groupe de travail comme recommandation pour cerner les questions à inclure dans le Cadre de santé pulmonaire pour le Canada.

**Annexe C : Ordre du jour de l'atelier**  
**RÉUNION DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME**  
**ORDRE DU JOUR**

**Le 15 décembre 2006**

**Endroit de la réunion : Hôtel Novotel, salle de conférence Whitton, Ottawa (Ontario)**

*Objectifs de la réunion :*

- *en arriver à une compréhension commune des questions stratégiques, des défis et des possibilités reliés au thème de la lutte contre le tabagisme du Cadre de santé pulmonaire pour le Canada;*
  - *formuler les résultats attendus qui sont reliés au thème de la lutte contre le tabagisme du Cadre de santé pulmonaire pour le Canada;*
  - *à la lumière des résultats souhaités, cerner les résultats clés qui doivent être obtenus et les activités à poursuivre pour obtenir les résultats.*
- 

- 8 h 30      Café
- 9 h          Propos de bienvenue et objectifs de la réunion
- Survol de l'ordre du jour et approche retenue pour les délibérations de la journée
  - Attentes des participants
- 9 h 15      Préparation du terrain
- Le point sur le Cadre de santé pulmonaire pour le Canada
  - Mandat et objectifs du Groupe de travail
  - Identification d'intervenants additionnels dont les perspectives sont nécessaires
    - des particuliers
    - des organismes
    - des secteurs
  - Rôle du chercheur
  - Modèle logique proposé et éléments du cadre
- 10 h 30      Pause santé
- 10 h 45      Détermination des questions stratégiques, des défis et des possibilités
- Questions, tendances et facteurs importants
  - Attentes des participants
  - Répercussions stratégiques et hypothèses
- 12 h          Déjeuner
- 13 h          Établissement des résultats souhaités à court, à moyen et à long terme
- À la lumière des questions stratégiques, des défis et des possibilités, quels résultats souhaitons-nous obtenir à court, à moyen et à long terme?
- 14 h 30      Pause santé
- 14 h 45      Résultats clés concernant les éléments du Cadre
- En travaillant avec les éléments proposés pour le Cadre, quels sont les résultats clés que nous devons obtenir au cours de trois prochaines années afin de relever la barre?
- 15 h 30      Prochaines étapes
- Évaluation
- 16 h          Levée de la séance

## **Annexe D : Questionnaire préalable à l'atelier**

### **QUESTIONNAIRE PRÉALABLE À L'ATELIER DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME**

Veillez remplir le questionnaire et le retourner au plus tard **le jeudi 7 décembre** à :

**Courriel :** [achapman@lung.ca](mailto:achapman@lung.ca)

**Fax :** 613-569-8860

**À l'attention de :** Ainsley Chapman, chercheuse principale

Vos perspectives stratégiques pour les trois prochaines années

- 1. Afin de pouvoir commencer à façonner les résultats souhaités pour la santé respiratoire future reliée à la lutte contre le tabagisme au Canada, il est important de bien saisir nos contextes actuels et futurs.**
  - a) Pour ce qui est de notre environnement actuel, quelles sont vos hypothèses de travail clés (information et connaissances, questions et tendances importantes, attentes de la population canadienne, etc.)?
  - b) Pour ce qui est de l'avenir, que se passe-t-il dans votre monde qui affiche un déplacement ou un changement qui aura un impact réel sur la santé respiratoire?
- 2. Les stratégies sont les plus efficaces quand les intéressés à tous les niveaux partagent une vision de base commune en ce qui concerne les orientations que nous poursuivons et les résultats que nous tentons d'obtenir.**

À votre avis, quels résultats reliés aux maladies liées au tabagisme devrions-nous tenter d'obtenir à court, à moyen et à long terme?
- 3. À la lumière de toutes vos réponses, quels résultats clés faut-il obtenir dans les secteurs suivants?**
  - a) Recherche appliquée
  - b) Surveillance et contrôle
  - c) Dépistage, pratique clinique et traitement
  - d) Soins et soutien communautaires
  - e) Application des connaissances
  - f) Sensibilisation du public et prévention

**De :** .....

**Téléphone / fax :** .....

**Courriel :** .....