



Indice de qualité du système de prévention 2023

novembre 2023

Indice de qualité du système de prévention 2023

Document préparé par l'Unité de la santé de la population et de la prévention de Santé Ontario : Caroline Bravo, Hanna Dias, Huda Shah (co-responsable), Maria Chu, Megan Nguyen, Nadia Pabani (co-responsable), Naomi Schwartz, Penney Kirby, Stephanie Young et Vicki Lee. L'Unité de la santé de la population et de la prévention fait partie du portefeuille Santé de la population et système de santé axé sur la valeur de Santé Ontario.

Veillez communiquer avec prevention@ontariohealth.ca si vous avez des questions ou des commentaires.

La section « Santé des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain » a été préparée en étroite collaboration avec Alethea Kewayosh et Amanda Sheppard, de l'Unité des soins de cancérologie chez les peuples autochtones de Santé Ontario.

Les analyses et l'assistance technique ont été assurées par Sahiba Saini et Michelle Cotterchio, de l'Unité de la santé de la population et de la prévention de Santé Ontario.

Travail éditorial réalisé par Jenny Lass, Prévention et lutte contre le cancer, Santé Ontario. Les activités de transfert des connaissances ont été menées par Penney Kirby, de l'Unité de la santé de la population et de la prévention de Santé Ontario.

Le rapport Indice de qualité du système de prévention 2023 et les documents complémentaires sont disponibles à la page santeontario.ca/iqsp. Pour demander ce document dans un autre format, veuillez envoyer un courriel au service des Communications de Santé Ontario à info@ontariohealth.ca.

Citation de cette publication : Rapport annuel Indice de qualité du système de prévention 2023.
Toronto : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023.

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023.

ISSN 2369-050X Titre-clé : Indice de qualité du système de prévention (en ligne).

Autorisation de reproduire : Sauf indication contraire, les renseignements contenus dans la présente publication peuvent être reproduits, tout ou en partie, et par quelque moyen que ce soit, sans frais ou autre permission de Santé Ontario à des fins non commerciales, pourvu qu'une diligence raisonnable soit exercée afin d'assurer l'exactitude de l'information reproduite, que Santé Ontario soit identifié comme étant la source de l'information et que la reproduction ne soit pas présentée comme une version officielle de l'information reproduite ni comme ayant été faite en association avec Santé Ontario ou avec l'approbation de celui-ci.

Remerciements

Les auteurs souhaitent reconnaître les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain et leur territoire traditionnel sur lequel les auteurs travaillent et vivent. En tant que membres de Santé Ontario, les auteurs reconnaissent et s'engagent à veiller à ce que tous les efforts visant à améliorer la prévention des maladies chroniques en Ontario comprennent des échanges ouverts, respectueux et fondés sur la réciprocité avec les dirigeants et communautés des Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain pour s'assurer qu'ils répondent aux besoins de ces peuples.

Les auteurs souhaitent également remercier les conseillers, les membres du groupe d'experts et les autres examinateurs, qui ont fait part de leurs conseils et commentaires au sujet de la version précédente de ce rapport.

Les déclarations faites dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions ou points de vue des membres du comité consultatif ou du groupe d'experts, ou des organismes qu'ils représentent.

Comité consultatif sur l'Indice de qualité du système de prévention 2023

- Michelle Halligan, Partenariat canadien contre le cancer
- Daniel Harrington, Santé publique Ontario
- Scott Leatherdale, Université de Waterloo
- Amanda Sheppard, Santé Ontario
- Lisa Simon, Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka
- Brendan Smith, Santé publique Ontario
- Susan Stewart, Bureau de santé publique de Kingston, Frontenac et Lennox & Addington

Groupe d'experts sur l'Indice de qualité du système de prévention 2023

- Michael Chaiton, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)
- Paul Demers, Santé Ontario
- Norman Giesbrecht, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)
- Gillian Lim, Santé publique Ontario
- Chris Markham, Ophea
- Elaina McIntyre, Santé publique Ontario
- Jennifer McWhirter, Université de Guelph
- Valerie Tarasuk, Université de Toronto
- Thomas Tenkate, Toronto Metropolitan University
- Justin Thielman, Santé publique Ontario

Autres examinateurs

- Rudayna Bahubeshi, Santé Ontario
- Patrice de Peiza, Santé Ontario
- Lisa Ellison, Santé Ontario
- Kate Jardine, Santé Ontario

- Christine Meyer, Santé Ontario
- Christine Navarro, Santé publique Ontario
- Andrea Saunders, Santé publique Ontario
- Sayna Leylachian, Santé Ontario
- Hasan Sheikh, Santé Ontario
- Christine Stogios, Santé Ontario

Sources de données

- Commission des alcools et des jeux de l'Ontario
- Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)
- Régie des alcools de l'Ontario
- Ministère de l'Éducation de l'Ontario
- Ministère de l'Environnement, de la Protection de la nature et des Parcs de l'Ontario
- Ministère de la Santé de l'Ontario
- Santé publique Ontario
- Statistique Canada
- Sociétés de logement locales
- Services d'urbanisme de la municipalité

Avant-propos

La série de rapports sur l'Indice de qualité du système de prévention donne des renseignements détaillés sur les progrès réalisés par l'Ontario en matière de politiques et de programmes pouvant réduire l'incidence des facteurs de risque des maladies chroniques et des expositions à ces facteurs dans la population. Ce rapport est le sixième de la série et le premier à inclure des sujets allant au-delà du cancer, notamment les autres maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures.

Bien qu'elles soient généralement évitables, les maladies chroniques sont la cause principale de décès en Ontario. La prévention des maladies chroniques est la pierre angulaire d'une population en bonne santé. Ces actions visent à aider les personnes de la communauté à être en bonne santé et épanouies. Les Ontariens vivent désormais plus longtemps que jamais auparavant et ressentent toujours les effets de la pandémie de COVID-19, et le système de santé est donc confronté à des pressions importantes et des difficultés financières. La prévention des maladies chroniques n'a jamais été aussi importante pour améliorer la qualité de vie des Ontariens et construire un système de santé durable.

Santé Ontario travaille à la mise en œuvre de programmes portant sur la prévention, la détection précoce des maladies et l'intervention grâce à nos partenaires des services de soins primaires, nos équipes Santé Ontario et d'autres acteurs. Toutefois, l'amélioration de la santé de tous les Ontariens ne se limite pas à cela. Cela nécessite un investissement dans des politiques et programmes à l'échelle du système, qui traitent des facteurs de risques des maladies chroniques et des déterminants sociaux de la santé sous-jacents, comme la pauvreté, le logement et la sécurité alimentaire. Nous devons viser l'équité en santé en nous attaquant aux causes profondes des disparités en matière de santé qui imposent un fardeau disproportionné des maladies à certaines populations comme les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain. C'est pourquoi il sera toujours essentiel pour la prévention des maladies chroniques que Santé Ontario poursuive son travail en orientant et en remettant en question les politiques fondées sur des données probantes qui visent à améliorer la santé de la population dans nos collectivités, nos régions et notre province.

Il y a beaucoup à faire pour devenir une province où les maladies chroniques ne sont plus une fatalité et où chaque personne a une chance égale de réussir, de contribuer à la société et d'atteindre son plein potentiel. En tant qu'organisme provincial chargé de superviser le système de santé et de faire progresser le quintuple objectif dans la population, Santé Ontario a un rôle important à jouer dans la prévention des maladies chroniques. Nous sommes ravis de travailler avec nos partenaires pour promouvoir la prévention des maladies chroniques et créer une province en meilleure santé qui reconnaît l'importance d'investir dans le bien-être de tous.

Dr Sacha Bhatia

Vice-président principal, Santé de la population et système de santé axé sur la valeur
Santé Ontario

Table des matières

Principales constatations	9
Introduction	15
Déterminants sociaux de la santé	17
Revenus et répartition des revenus	17
Ménages en situation d'insécurité alimentaire	18
Logement	21
Racisme	22
Possibilités de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé	23
Santé des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain	24
Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain et déterminants sociaux de la santé	24
Comportements liés à la santé des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain	25
Possibilités de promotion de la santé auprès des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain	30
Tabac commercial	32
Tabagisme et risque de maladies chroniques	32
Le tabagisme en Ontario	32
Vapotage et santé	33
Politiques et programmes visant à réduire le tabagisme	34
Possibilités de réduire le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire	44
Consommation d'alcool	45
Alcool et risque de maladies chroniques	45
La consommation d'alcool en Ontario	45
Politiques et programmes visant à réduire la consommation d'alcool	47
Possibilités de réduction des effets néfastes liés à l'alcool	52
Alimentation saine	53
Alimentation et risque de maladies chroniques	53
L'alimentation saine en Ontario	53
Politiques et programmes visant à renforcer l'alimentation saine	54
Possibilités de renforcer l'alimentation saine	56
Activité physique	58
Activité physique et risque de maladies chroniques	58
Activité physique en Ontario	59
Politiques et programmes visant à renforcer l'activité physique	61
Possibilités d'accroître l'activité physique	64
Expositions dans l'environnement	65
Expositions dans l'environnement et risque de maladies chroniques	65
Expositions dans l'environnement en Ontario	65
Politiques et programmes visant à réduire les expositions dans l'environnement	65
Rayons ultraviolets	65
Radon	70
Particules fines	71
Possibilités de réduire les agents cancérigènes dans l'environnement	73
Expositions professionnelles	75
Expositions professionnelles et risque de maladies chroniques	75
Expositions professionnelles en Ontario	75

Politiques et programmes visant à réduire les expositions professionnelles	75
Amiante	76
Échappement des moteurs au diesel	78
Radon	79
Silice cristalline	80
Possibilités de réduire les expositions professionnelles	82
Agents infectieux	83
Agents infectieux et risque de maladies chroniques	83
Politiques et programmes visant à réduire les infections.....	83
VPH	84
Hépatite B.....	87
Possibilités de réduire les taux d'infection	88
Conclusion	89
Références.....	91

Figures

Figure 1 : Pourcentage de ménages en situation d'insécurité alimentaire, par degré d'insécurité, Ontario, 2018-2020 combinées.....	21
Figure 2 : Pourcentage d'adultes (20 ans et plus) ayant déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement, par quintiles de revenu du ménage, Ontario, 2017–2020 combinées.....	33
Figure 3 : Pourcentage d'adultes (20 ans et plus) ayant déclaré avoir fumé quotidiennement ou occasionnellement et arrêté complètement au moins 1 an auparavant, par quintiles de revenu du ménage, en Ontario, données combinées pour 2017-2020	42
Figure 4 : Pourcentage d'adultes (20 ans et plus) ayant déclaré avoir fumé quotidiennement ou occasionnellement et arrêté complètement au moins 1 an auparavant, par bureau de santé publique, en Ontario, données combinées pour 2017-2020	43
Figure 5 : Pourcentage d'adultes (19 ans et plus) ayant déclaré avoir bu plus de deux verres de boissons alcoolisées au cours de la semaine précédente, par quintiles de revenu du ménage, Ontario, 2017–2020 combinées.....	46
Figure 6 : Nombre total de magasins de vente d'alcool pour 10 000 habitants (15 ans ou plus), par bureau de santé publique, en Ontario, 2022.....	50
Figure 7 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) ayant déclaré faire moins que le niveau recommandé d'activité physique modérée à vigoureuse, par quintiles de revenu du ménage, Ontario, 2016-2018.....	60
Figure 8 : Pourcentage d'écoles élémentaires et secondaires financées par l'État en Ontario ayant au moins un enseignant spécialisé en éducation physique et en santé à temps plein ou partiel, années scolaires 2017-2018 à 2020-2021	63
Figure 9 : Hiérarchie des contrôles	76
Figure 10 : Couverture vaccinale actuelle contre le virus du papillome humain (%) chez les élèves de 12 ans en Ontario, de 2016-2017 à 2021-2022, avec vaccination de rattrapage pour 2019-2020 et 2020-2021	86

Tableaux

Tableau 1 : Taxes sur le tabac en tant que pourcentage du prix de détail moyen total du tabac par cartouche de 200 cigarettes, par province ou territoire, 2022	36
Tableau 2 : Politiques sur des espaces sans fumée dans les sociétés de logement locales, Ontario, 2022	39
Tableau 3 : Rigueur des politiques d'aménagement de zones ombragées dans les documents politiques d'aménagement des municipalités locales de l'Ontario ayant 100 000 habitants ou plus, 2022.....	68
Tableau 4 : Concentrations (µg/m3) moyennes annuelles, maximales quotidiennes et sur 10 ans de particules fines (PM2,5) dans l'air ambiant en Ontario, mesurées par des stations de surveillance de la pollution atmosphérique, 2020	72

Principales constatations

Les principales constatations énoncées ci-dessous représentent des conclusions de publications, ainsi que d'analyses entreprises par Santé Ontario dans le cadre de ce rapport. Les indicateurs de l'Indice 2023 montrent des améliorations dans certains domaines (p. ex., diminution du taux de tabagisme en Ontario de 2017 à 2020). Toutefois, il y a encore des possibilités d'améliorer la prévention des maladies chroniques en Ontario, notamment en nous assurant que les impôts sur le tabac et les prix minimum de l'alcool respectent le niveau recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé. Une collaboration avec nos partenaires pour mettre en œuvre des stratégies complètes dans divers secteurs et aux divers échelons du gouvernement peut permettre de renforcer davantage les efforts de prévention des maladies chroniques en Ontario.

Pour de plus amples renseignements ou pour les citations des documents en référence, veuillez consulter le rapport intégral à la page santeontario.ca/iqsp.



Déterminants sociaux de la santé

Les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent agissent directement sur leur santé et sont appelées les déterminants sociaux de la santé. De nombreuses recherches ont démontré un fort lien entre ces déterminants et les maladies chroniques. De faibles revenus, l'insécurité alimentaire, le logement et le racisme systémique sont des thèmes étudiés dans le rapport Indice 2023 :

- Les données de 2005 à 2012 montrent une plus grande prévalence de la multimorbidité (y compris les cancers, la BPCO, le diabète et les maladies cardiaques) dans le quintile inférieur de revenu comparé au quintile supérieur de revenu en Ontario.
- Les adultes en Ontario qui vivent dans des foyers confrontés à l'insécurité alimentaire avaient deux fois plus de risques de développer un diabète de type 2 que les foyers n'ayant pas ce problème.
- Le mauvais état des logements a une incidence sur le risque de développer des maladies chroniques, notamment à cause de l'exposition aux toxines par les voies respiratoires en raison du froid et de l'humidité, d'un surpeuplement et d'un sentiment de bien-être amoindri.
- Les données fondées sur la race collectées entre juin 2020 et avril 2021 ont démontré que les populations racialisées présentaient des taux d'infection par la COVID-19 jusqu'à 7 fois supérieurs à ceux des Ontariens blancs.



Santé des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain

Ensemble, les Premières Nations, les Inuits, les Métis et Autochtones en milieu urbain sont bien plus touchés sur le plan de la santé et du bien-être par les maladies chroniques que les autres populations du Canada. Ceci découle des traumatismes intergénérationnels du colonialisme et des violents efforts d'assimilation, y compris les pensionnats et les hôpitaux indiens, qui s'ajoutent aux inégalités constantes liées aux déterminants sociaux de la santé.

Les Premières Nations en Ontario

- La prévalence du diabète de type 2 est 3 à 5 fois supérieure chez les Premières Nations comparé au reste de la population ontarienne.
- Les Premières Nations ont un taux de prévalence des maladies cardiovasculaires 2,5 fois plus élevé que celui des autres personnes. Le taux de mortalité due à une maladie cardiovasculaire est également démesurément plus élevé chez les Premières Nations.
- En Ontario, l'incidence de certains cancers courants, y compris les cancers du poumon, du rein, du col de l'utérus, du foie et colorectal, est plus élevée chez les Premières Nations que dans le reste de la population. Les femmes issues des Premières Nations présentent une incidence plus élevée de tous les cancers combinés que les autres femmes.

Les Inuits en Ontario

- Les taux d'incidence de cancer du poumon chez les hommes et les femmes inuits vivant dans l'Arctique canadien sont les plus élevés au monde.
- Une étude portant sur le cancer dans la population vivant dans l'Inuit Nunangat a montré que les Inuits sont plus susceptibles de recevoir le diagnostic de cancer du poumon et de cancer colorectal que les autres Canadiens, et sont moins susceptibles d'être atteints du cancer du sein et de la prostate.

Les Métis en Ontario

- En comparaison avec la population générale de l'Ontario, les Métis présentent une prévalence de bronchopneumopathie chronique obstructive 1,6 fois plus élevée.
- Les Métis qui ont reçu un diagnostic d'insuffisance cardiaque congestive ont été plus souvent hospitalisés et se sont rendus plus souvent en salle d'urgence que les autres personnes de l'Ontario.

Les Autochtones en milieu urbain en Ontario

- Les services de santé offerts dans les zones urbaines ne sont pas toujours adaptés aux Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain. Des études ont démontré que les populations autochtones vivant en milieu urbain hésitent à se rendre dans les services de santé en raison du risque de stigmatisation et de discrimination.



Tabac commercial

Le tabagisme en Ontario

- Sur la période 2017-2020, 15,4 p. cent des adultes de 20 ans et plus en Ontario ont déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement du tabac commercial au moment de l'enquête.
- Le tabagisme est plus courant chez les adultes issus de ménages aux revenus plus faibles et diffère en fonction du statut d'immigrant et du groupe racial.

Taxe sur le tabac en Ontario

- En 2022, la taxe en Ontario représentait 57,5 p. cent du prix de détail moyen. L'Organisation mondiale de la Santé recommande une taxe relative de 75 p. cent pour un programme efficace de lutte contre le tabagisme.
- L'Ontario applique le troisième taux d'imposition le plus bas au Canada par rapport à toutes les provinces et tous les territoires. Ce classement a changé depuis 2018. L'Ontario était alors en cinquième position.

Exposition à la fumée secondaire en Ontario

- En 2019-2020, 9,5 p. cent des adultes non-fumeurs de 20 ans et plus en Ontario ont déclaré avoir subi une exposition à la fumée secondaire en public, 6,4 p. cent sur leur lieu de travail ou à l'école, 2,3 p. cent à leur domicile et 2,3 p. cent dans un véhicule privé.

Politiques sans fumée en Ontario

- En octobre 2022, 32 des 47 sociétés de logement locales (68 p. cent) avaient mis en place des politiques sur des espaces sans fumée s'appliquant à toutes leurs propriétés.
- L'Ontario peut profiter de l'élan local en adoptant une politique provinciale pour toutes les sociétés de logement locales ou utiliser des incitatifs pour encourager une plus grande adoption locale de cette pratique.

Programmes de renoncement au tabac en Ontario

- Sur la période 2017-2020, 54,1 p. cent des adultes en Ontario de 20 ans et plus ayant déclaré avoir fumé quotidiennement ou occasionnellement avaient arrêté de fumer complètement depuis au moins un an.
- Les adultes issus de ménages à revenu faible étaient moins susceptibles de renoncer au tabac à long terme.



Consommation d'alcool

Les *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* de 2023 du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) indiquent que toute consommation d'alcool est associée à un risque et doit être limitée. Actuellement, le CCDUS recommande 2 verres par semaine ou moins pour éviter les conséquences liées à l'alcool.

La consommation d'alcool en Ontario

- Sur la période 2017-2020, 31,1 p. cent des adultes de 19 ans et plus ont déclaré avoir bu plus de deux verres au cours de la semaine précédente.
- Les hommes (37,7 p. cent) étaient plus susceptibles que les femmes (24,8 p. cent) de dépasser les directives de consommation d'alcool, de même que les personnes vivant en milieu rural (37,1 p. cent) par rapport à celles en zone urbaine (30,5 p. cent) et les personnes du quintile supérieur de revenu comparées à celles des autres quintiles.

Prix minimum de l'alcool

- L'écart entre le prix minimum recommandé et le prix de détail le plus élevé par boisson standard s'est accentué depuis 2013, la plus grande différence ayant été constatée en 2022.
- Aucun type d'alcool (bière, vin, spiritueux) n'est vendu au prix minimum recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé, soit 1,97 \$ par boisson standard (17,05 millilitres d'alcool) en dollars de 2022.

La disponibilité de l'alcool en Ontario

- Pendant la pandémie de COVID-19, plusieurs réglementations ont été modifiées en Ontario pour accroître la disponibilité de l'alcool, y compris l'autorisation de la vente à emporter et de la livraison d'alcool avec de la nourriture par les établissements titulaires d'un permis de vente d'alcool, de la vente et du service d'alcool sur les bateaux à quai, ainsi que la réduction des frais minimum de livraison d'alcool et l'extension des heures de vente des épiceries et magasins d'alcool autorisés.



Alimentation saine

La pandémie de COVID-19 a probablement eu une incidence sur les habitudes alimentaires des ménages en Ontario, y compris la baisse de la consommation de fruits et légumes et la hausse de la consommation d'aliments sucrés et salés.

L'alimentation saine en Ontario

- Sur la période 2015-2017, 77,1 p. cent des adultes de 18 ans ou plus en Ontario ont déclaré manger moins de cinq fruits et légumes par jour.
- Les adultes issus de ménages à revenu faible en Ontario (82 p. cent) ont été plus nombreux à déclarer manger moins de cinq fruits et légumes par jour, que ceux issus de ménages à revenu élevé (74,7 p. cent).

Éducation alimentaire en Ontario

- Au cours de leurs années d'études secondaires en Ontario, moins d'un tiers des élèves ayant commencé leur 9^e année lors des années 2013-2014 à 2016-2017 ont obtenu un ou plusieurs crédits dans des cours ayant un volet sur l'éducation alimentaire.



Activité physique

Inactivité physique en Ontario

- Sur la période 2016-2018, 42,3 p. cent des adultes de 18 ans et plus en Ontario n'atteignaient pas les 150 minutes recommandées d'activité physique modérée à vigoureuse par semaine, et 73 p. cent des adolescents de 12 à 17 ans n'atteignaient pas les 60 minutes recommandées d'activité physique modérée à vigoureuse par jour.
- Les femmes (45,5 p. cent) étaient plus susceptibles que les hommes (38,9 p. cent) de déclarer des niveaux d'activité physique insuffisants, de même que les personnes à faible revenu. L'inactivité physique différait également selon le statut d'immigrant et le groupe racial.

Transports actifs en Ontario

- Sur la période 2016-2018, 48,8 p. cent des adultes déclaraient avoir eu recours à des modes de transport actif au cours de la semaine précédant l'enquête.
- Les personnes vivant dans des zones urbaines (49,8 p. cent) étaient plus enclines à déclarer utiliser des transports actifs que celles vivant en milieu rural (38,6 p. cent);
- Sur la période 2016-2018, 78,5 p. cent des adolescents en Ontario déclaraient avoir eu recours à des modes de transport actif au cours de la semaine précédant l'enquête.
- Les adolescents vivant en milieu urbain (79,6 p. cent) étaient plus nombreux que ceux en milieu rural (69,9 p. cent) à déclarer avoir eu recours à un mode de transport actif.

Éducation physique en Ontario

- Lors de l'année scolaire 2020-2021, 21,6 p. cent des écoles élémentaires et 15,1 p. cent des écoles secondaires ont déclaré avoir embauché au moins un enseignant spécialisé en éducation physique et en santé à temps plein ou à temps partiel.
- Sur les années scolaires 2017-2018 à 2020-2021, le pourcentage d'écoles secondaires ayant au moins un enseignant spécialisé a eu tendance à diminuer.



Expositions dans l'environnement

Rayons ultraviolets

- La majorité des cas de mélanome en Ontario découlent d'une exposition aux rayons ultraviolets.

POLITIQUES D'AMÉNAGEMENT DE ZONES OMBRAGÉES EN ONTARIO

- En novembre 2022, les 28 municipalités locales de l'Ontario ayant 100 000 habitants ou plus avaient des politiques d'aménagement de zones ombragées dans leurs documents politiques d'aménagement. Sur ces 28 municipalités, 4 avaient mis en place des politiques d'aménagement de zones ombragées strictes, ce qui représente une hausse par rapport à 2018 (3).

PROTECTION SOLAIRE EN ONTARIO

- Sur la période 2015-2016, 70,1 p. cent des adultes et 62,9 p. cent des adolescents de 12 à 17 ans en Ontario déclaraient utiliser une ou plusieurs mesures de protection contre le soleil.

Radon

- Le radon est un gaz radioactif invisible, inodore et qui nécessite un équipement particulier pour être détecté. La plupart des personnes en Ontario exposées de façon dangereuse le sont en milieu professionnel et à leur domicile.

Particules fines

- Les particules fines (PM_{2,5}) servent d'indicateur de la qualité de l'air, car il s'agit de l'un des polluants les plus inquiétants. Sur une période de 10 ans (de 2011 à 2020), les concentrations moyennes annuelles de PM_{2,5} en Ontario ont diminué de 17 p. cent au total.



Expositions professionnelles

Amiante

- L'exposition à l'amiante peut causer des maladies chroniques comme l'amiantose, le mésothéliome et le cancer du poumon. Les données de 2016 suggèrent que 77 000 travailleurs de l'Ontario ont été exposés à l'amiante, soit une hausse de 25 000 personnes par rapport à 2006 (soit 32 % de hausse).

Échappement des moteurs au diesel

- Les personnes fréquemment exposées à l'échappement des moteurs au diesel, comme les mineurs de fond, les agriculteurs, les livreurs, les conducteurs d'autobus, les conducteurs de véhicules de transport en commun, les chauffeurs de camion, les cheminots, les mécaniciens d'équipement lourd et les travailleurs du secteur de la construction, présentent un risque accru de développer des maladies pulmonaires professionnelles, notamment un cancer du poumon ou une BPCO.
- En 2016, 327 000 travailleurs de l'Ontario étaient exposés aux échappements des moteurs au diesel. Cela représente une hausse de 26 000 personnes par rapport à 2006 (soit 8 % de hausse), ce qui s'explique principalement par l'augmentation du nombre de travailleurs dans le secteur des transports et de l'entreposage.



Agents infectieux

Virus du papillome humain (VPH) et hépatite B en milieu scolaire

Le VPH et l'hépatite B peuvent être asymptomatiques après infection et peuvent entraîner des maladies limitant l'espérance de vie. Les programmes de détection précoce et de vaccination systématique sont recommandés.

- Selon les données disponibles (janvier 2023), la couverture vaccinale contre le VPH et l'hépatite B en milieu scolaire est restée à un niveau inférieur à celui d'avant la pandémie.

Introduction

Le rapport Indice de qualité du système de prévention 2023 est le sixième rapport de ce type publié par Santé Ontario. Le rapport présente un examen des déterminants sociaux de la santé et met en lumière la santé des Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain. Le rapport comprend également un examen approfondi des sept facteurs de risque des maladies chroniques et domaines d'exposition :

- Tabac commercial
- Consommation d'alcool
- Alimentation saine
- Activité physique
- Expositions dans l'environnement
- Expositions professionnelles
- Agents infectieux

L'Indice de qualité du système de prévention fournit des données probantes et des données pouvant aider les décideurs politiques, les influenceurs politiques et les planificateurs de programmes des gouvernements, des organismes non gouvernementaux et des organismes de santé publique locaux à mettre en œuvre des politiques et programmes de prévention des maladies chroniques en Ontario. Ce rapport est axé sur quatre grandes catégories de maladies chroniques, soit le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, comme la bronchopneumopathie chronique obstructive. Les chapitres portant sur chaque facteur de risque, type d'exposition ou population en quête d'équité :

- donnent un aperçu du lien entre le facteur de risque, le type d'exposition ou la population et la maladie chronique et son fardeau en Ontario;
- examinent les politiques et programmes pouvant permettre de réduire la prévalence des facteurs de risque ou des expositions ou améliorer les résultats pour les populations en quête d'équité;
- font état des indicateurs de mise en œuvre des politiques et programmes si des données sont disponibles pour l'Ontario;
- soulignent les possibilités de réduire le facteur de risque ou l'exposition ou de réduire les répercussions négatives sur la santé des groupes en quête d'équité en Ontario.

Une nouvelle partie de ce rapport repose sur les rapports d'Indice précédents et étudie de plus près les déterminants sociaux de la santé. Cette partie donne un aperçu des disparités en matière de santé qui existent pour les différents groupes en quête d'équité et apporte des données probantes sur les efforts de prévention visant à lutter contre ces inégalités. De plus, les facteurs de stratification de l'équité ont été indiqués pour les indicateurs inclus dans le rapport, lorsque cela était possible. Cette approche permet de s'assurer que les causes profondes des disparités en matière de santé sont prises en compte lors de nos échanges sur la prévention des maladies chroniques et concordent avec l'engagement de Santé Ontario envers la lutte contre le racisme et la discrimination, et la diminution des inégalités dans le système de santé, comme énoncé dans le Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme de Santé Ontario.

Les rapports précédents sur l'Indice de qualité du système de prévention donnent des descriptions détaillées de l'approche et des données probantes sur lesquelles reposent les indicateurs du rapport Indice de qualité du système de prévention 2023. Certaines conclusions liées aux indicateurs importantes sont décrites dans l'Indice 2023 pour mettre en lumière les inégalités notables, mais toutes les données se trouvent dans les tableaux supplémentaires disponibles en ligne. Il est à noter concernant les indicateurs reposant sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités

canadiennes, que les données de plusieurs années d'enquête ont été combinées pour augmenter la taille de l'échantillon. Les années correspondant aux données présentées pour chaque indicateur étaient les années consécutives les plus récentes pour les données disponibles au moment de la rédaction du présent rapport (mai 2023). Vous trouverez de plus amples renseignements dans les annexes techniques en ligne.

Toutes les politiques et tous les programmes décrits dans chaque chapitre ne correspondent pas à un indicateur, car les données permettant d'assurer le suivi de ces politiques et programmes en Ontario ne sont pas disponibles. Les données disponibles et utilisées pour les indicateurs dans le rapport comportent des limites inhérentes. Des informations détaillées sur les limites liées aux données, les définitions des indicateurs et la nouvelle méthodologie sont disponibles en ligne à la page de l'Indice de qualité du système de prévention 2023 : Annexes techniques.



Déterminants sociaux de la santé

Les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent agissent directement sur leur santé et sont appelées les déterminants sociaux de la santé^{1,2}. De nombreuses recherches ont démontré un fort lien entre ces déterminants et les maladies chroniques, comme les maladies cardiaques, le diabète et la bronchopneumopathie chronique obstructive³⁻⁶. La prévalence de ces maladies chroniques à l'intérieur et entre les différents groupes de population dépend de ces déterminants sociaux de la santé, que l'on sait maintenant être la cause des inégalités en matière de santé¹. Les déterminants sociaux de la santé influent également sur la mesure dans laquelle les maladies chroniques peuvent être évitées à l'échelle de la population et ont une incidence sur chaque facteur de risque et exposition indiqués dans ce rapport.

Les déterminants sociaux de la santé peuvent augmenter le risque de maladie chronique dans certains cas. En voici quelques exemples^{1,3-6} :

- Des ressources et soutiens insuffisants pour rester en bonne santé, y compris ne pas avoir les moyens de se payer de la nourriture saine, des médicaments ou un logement;
- Des conditions de vie ou de travail dangereuses ou inadéquates comme les personnes sans-abri, ayant un besoin impérieux de logement y compris en raison de moisissure dans le logement, et des conditions dangereuses au travail;
- Un stress chronique qui altère les réponses physiologiques (p. ex., hausse de la tension artérielle, du taux de cortisol ou de la glycémie);
- La discrimination fondée sur des identités sociales comme la race, le genre, le handicap et l'orientation sexuelle peut limiter les possibilités d'emploi ou d'autres soutiens sociaux;
- Le marketing ciblé envers des communautés précises sur des produits de tabac commercial, d'alcool et d'aliments malsains.

Ce chapitre reviendra plus en détail sur certains déterminants sociaux de la santé, mais il est important de noter que ces facteurs n'agissent pas indépendamment les uns des autres et n'ont pas le même effet d'une personne à l'autre^{2,7}. Le concept de l'intersectionnalité décrit la façon dont les catégories sociales comme la race, la classe, le genre sont interdépendants et permettent aux systèmes de discrimination et d'oppression de se chevaucher et d'interagir pour produire des iniquités en santé complexes qui varient entre les personnes ou les groupes^{2,7-12}. Par exemple, en raison du racisme systémique et des facteurs sociaux, les personnes noires présentent un risque plus élevé de développer des maladies cardiaques que d'autres groupes ethniques, mais les femmes noires en particulier ont plus de risques que les hommes noirs^{8,11,13,14}. L'intersectionnalité entre la race et le genre peut avoir différentes répercussions sur les femmes et sur les hommes noirs^{8,14}. De plus, la pandémie de COVID-19 a aggravé les iniquités en santé qui découlent des déterminants sociaux de la santé dans la population, ce qui souligne le besoin de modifier les pratiques de collecte de données à l'échelle de la population pour comprendre de quelle façon les systèmes de santé et les services sociaux influent sur les personnes avec diverses identités intersectionnelles^{15,16}.

Revenus et répartition des revenus

Les revenus et leur répartition au sein de la population constituent un déterminant important de la santé dont dépendent en grande partie les autres déterminants sociaux de la santé comme l'insécurité alimentaire du ménage et le logement¹⁶. Au Canada, le statut socioéconomique (comprend les revenus,

le niveau d'éducation et le métier) est un vaste concept utilisé pour comprendre les effets des faibles revenus et est connu pour être associé à plusieurs maladies chroniques, notamment la bronchopneumopathie chronique obstructive, le diabète sucré et les maladies cardiaques¹⁶. Voici des exemples de lien entre faibles revenus et risque de maladie chronique au Canada :

- Les adultes dans le quintile inférieur de revenu ont une prévalence du diabète 2,1 plus élevée que ceux du quintile supérieur¹⁷.
- Les adultes dans la tranche de revenu la plus basse étaient 1,3 fois plus susceptibles d'avoir de l'hypertension que ceux de la tranche la plus élevée, ce qui se traduit par 5 personnes de plus sur 100 personnes dans la tranche de revenu la plus basse¹⁷.
- Les personnes de la tranche de revenu la plus basse présentent des taux d'hospitalisation pour une bronchopneumopathie chronique obstructive trois fois supérieurs à ceux de la tranche la plus élevée¹⁸.
- Les personnes à faible revenu avaient presque deux fois plus de risque de recevoir un diagnostic de cancer du poumon, étaient plus susceptibles d'être diagnostiquées à un stade avancé, et moins susceptibles de survivre que les personnes à revenu plus élevé¹⁹.

Le Canada a connu une croissance rapide des inégalités de revenus dans les années 1980, ce qui a entraîné un écart stable entre les revenus faibles et les revenus plus élevés ces 25 dernières années^{20,21}. La pandémie de COVID-19 a mis en lumière des préoccupations croissantes quant à l'incidence de l'inégalité des revenus, les groupes en quête d'équité (travailleurs précaires, personnes à faible revenu et immigrants récents) étant les plus touchés par la pandémie en raison d'une perte de revenu à cause de la baisse du taux d'emploi²⁰.

Faible revenu et maladies chroniques en Ontario

En moyenne, 12,8 p. cent des personnes de l'Ontario vivaient dans la pauvreté entre 2015 et 2019, et n'avaient pas assez de revenus pour s'offrir un niveau de vie de base²². Les données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour la période 2005-2012 montrent une plus forte prévalence de la multimorbidité (avoir deux problèmes de santé à long terme ou plus, comme le cancer, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le diabète et les maladies cardiaques) dans le quintile de revenu le plus faible comparé au quintile de revenu le plus élevé en Ontario²³.

Une étude de 2020 a révélé que les faibles revenus étaient associés à une probabilité 1,4 fois plus élevée de se trouver dans les 5 p. cent des utilisateurs des soins de santé les plus onéreux au cours des cinq ans correspondant à la période de l'étude²⁴. De plus, un lien a été établi entre le fait de vivre en dessous du seuil de pauvreté en Ontario et la probabilité d'être sans-abri, en mauvaise santé et d'être confronté au système de justice pénale²².

En 2020, le soutien du revenu offert temporairement par le gouvernement fédéral pendant la première année de la pandémie de COVID-19 a contribué à une réduction considérable du taux de pauvreté de 8,3 p. cent en Ontario^{25,26}. L'Ontario s'est engagée envers une nouvelle Stratégie de réduction de la pauvreté (2020 à 2025) pour poursuivre l'amélioration des conditions économiques de certaines populations en quête d'équité qui recherchent la justice sociale et des indemnités, notamment les Premières Nations, Inuits et Métis et Autochtones en milieu urbain, les personnes noires et autres groupes racialisés et les immigrants récents²⁷.

Ménages en situation d'insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire dans les ménages se produit lorsqu'un ménage ne peut pas assumer les frais liés à une alimentation adéquate²⁸. L'insécurité alimentaire se produit à divers degrés de gravité, qui vont de

l'inquiétude de manquer de nourriture (insécurité minime), à ne pas être en mesure de se payer des repas équilibrés (insécurité modérée), à souffrir de la faim, sauter des repas ou dans les cas les plus sévères, ne pas se nourrir pendant plusieurs jours (insécurité sévère) en raison d'un manque d'argent pour payer la nourriture²⁹. Dans ce rapport, sauf indication contraire, le terme « insécurité alimentaire » se rapporte aux ménages classés comme en situation d'insécurité minime, modérée ou sévère au cours des 12 derniers mois²⁸. La prévalence de l'insécurité alimentaire dans les ménages est préoccupante, car une alimentation de mauvaise qualité et un stress élevé sont associés à un risque accru d'être en mauvaise santé^{30,31}. Les personnes en situation d'insécurité alimentaire sont plus susceptibles de présenter des taux élevés de plusieurs maladies chroniques, comme le diabète de type 2 et la dyslipidémie^{30,32}. De plus, lorsqu'elles sont en situation d'insécurité alimentaire, les personnes atteintes de maladies chroniques ont des difficultés à gérer leurs pathologies et à éviter d'autres complications^{33,34-36}.

En septembre 2022, le Rapport sur les prix alimentaires canadiens indiquait que les prix alimentaires avaient augmenté de 10,3 p. cent entre 2021 et 2022, soit la plus forte hausse depuis 40 ans³⁷. En Ontario, au cours de la même période, les prix alimentaires ont augmenté de 10,4 p. cent³⁸. Cette inflation peut être attribuée aux crises permanentes découlant de la pandémie de COVID-19, comme les interruptions de la chaîne d'approvisionnement et les pénuries de main-d'œuvre ainsi qu'aux événements climatiques, aux tensions géopolitiques, aux prix élevés du pétrole et à la dépréciation du dollar canadien³⁷. Pendant la pandémie de COVID-19, 41,6 p. cent des ménages canadiens confrontés à des interruptions de travail et dépendant des prestations liées à la COVID-19 étaient en situation d'insécurité alimentaire²⁹.

Les politiques visant à assurer un salaire minimum suffisant, une aide sociale et des impôts sur le revenu adéquats ont eu une incidence positive sur les revenus des ménages et l'insécurité alimentaire chez les familles avec des enfants³⁹ :

- Une hausse de un dollar du salaire minimum a permis une réduction de 5 p. cent du risque d'insécurité alimentaire³⁹.
- Une hausse de 1 000 \$ en aide sociale annuelle ou en revenu d'aide sociale a été associée à une réduction de 5 p. cent du risque d'insécurité alimentaire sévère³⁹.
- Une hausse de l'impôt sur le revenu pour les ménages à plus faible revenu a été associée à une hausse de 9 p. cent du risque d'insécurité alimentaire³⁹.

Insécurité alimentaire et maladies chroniques en Ontario

En Ontario en 2021, 67,2 p. cent des ménages dépendant de l'aide sociale étaient en situation d'insécurité alimentaire et 20,6 p. cent des enfants vivaient dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire²⁹. Une étude publiée en 2018 a révélé que les adultes en Ontario vivant dans des foyers en situation d'insécurité alimentaire modérée à sévère avaient plus de deux fois plus de risques de développer un diabète de type 2 que les adultes vivant dans des foyers en situation de sécurité alimentaire⁴⁰.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : MÉNAGES EN SITUATION D'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

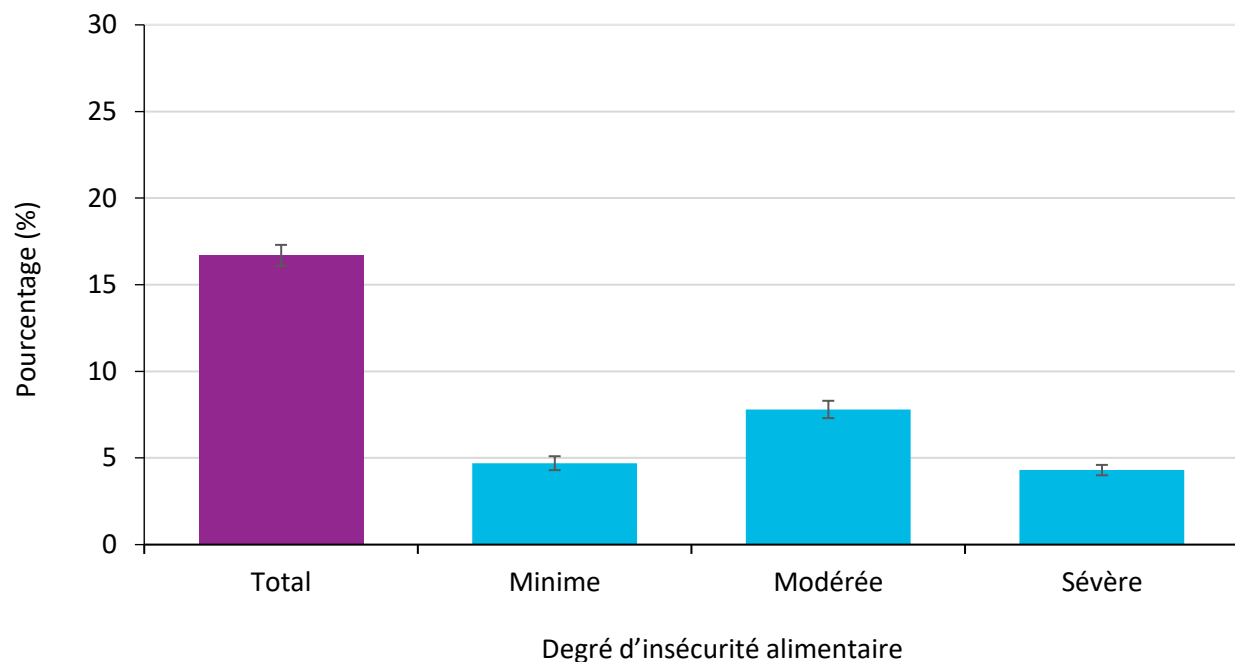
Cet indicateur porte sur le pourcentage de ménages en Ontario se déclarant en situation d'insécurité alimentaire lors de la période 2018-2020 de l'Enquête canadienne sur le revenu. Les données disponibles les plus récentes au moment de la rédaction du présent rapport ont été incluses (mai 2023). Dans ce rapport, les estimations sur la prévalence de l'insécurité alimentaire dans les ménages tirées de l'Enquête canadienne sur le revenu sont présentées à la place des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes dans les précédents rapports. Les données de l'Enquête canadienne sur le revenu sont présentées, car elles sont plus d'actualité et qu'elles donnent une estimation plus

représentative de la population en situation d'insécurité alimentaire que les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Par conséquent, les taux déclarés ici ne sont pas comparables à ceux des précédents rapports.

- Au cours des années combinées de l'enquête 2018-2020, 16,7 p. cent des ménages de l'Ontario ont connu un certain degré d'insécurité alimentaire (figure 1, tableau supplémentaire S1).
 - Parmi eux, 4,7 p. cent des ménages étaient en situation d'insécurité alimentaire minime, ce qui signifie qu'ils s'inquiétaient de manquer de nourriture, avaient des options alimentaires limitées, ou les deux (figure 1, tableau supplémentaire S1).
 - Aussi, 7,8 p. cent des ménages étaient en situation d'insécurité alimentaire modérée, ce qui signifie qu'ils avaient réduit la quantité ou la qualité de leur alimentation (figure 1, tableau supplémentaire S1).
 - Enfin, 4,3 p. cent des ménages étaient en situation d'insécurité alimentaire sévère, ce qui signifie qu'ils avaient sauté des repas ou passé un ou plusieurs jours sans manger (figure 1, tableau supplémentaire S1).
 - Les rapports préparés par les bureaux de santé publique ont montré que la prévalence globale de l'insécurité alimentaire dans les ménages était de 12,6 p. cent au plus bas et de 25,9 p. cent au plus haut dans différentes régions de l'Ontario (tableau supplémentaire S1).
- Les taux d'insécurité alimentaire dans les foyers restent relativement stables sur la période de trois ans.
 - En 2018, 17,1 p. cent des ménages ont connu un certain degré d'insécurité alimentaire, suivis par 17,1 p. cent en 2019 et 16,1 p. cent en 2020.

La vraie prévalence de l'insécurité alimentaire est probablement sous-estimée, car l'Enquête canadienne sur le revenu n'inclut pas certaines populations confrontées à un plus lourd fardeau de l'insécurité alimentaire, comme les Premières Nations dans les réserves et les sans-abris²⁹.

Figure 1 : Pourcentage de ménages en situation d'insécurité alimentaire, par degré d'insécurité, Ontario, 2018-2020 combinées



Source : Enquête canadienne sur le revenu, 2018-2020 (Statistique Canada).
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Captures instantanées : captures de l'insécurité alimentaire des ménages [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, c2023 [modifié le 31 mars 2023; cité le 18 avril 2023]. Source : <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/health-equity/household-food-insecurity>

Remarques : Le total comprend les foyers en situation d'insécurité minime, modérée et sévère. |—| représente 95 % d'intervalle de confiance. Les données sont présentées dans le tableau supplémentaire S1. Vous pouvez télécharger les tableaux supplémentaires à la page santeontario.ca/igsp.

Logement

De même que pour les revenus et d'autres déterminants sociaux de la santé, l'absence de logement abordable et adéquat a une incidence négative sur le risque de maladies chroniques⁴¹. L'accès au logement dépend de plusieurs autres déterminants sociaux de la santé, notamment les revenus, le niveau d'éducation, la race et l'origine ethnique ainsi que les politiques publiques⁴¹.

Un logement de mauvaise qualité influe sur le risque de maladies chroniques par l'exposition à des toxines par les voies respiratoires en raison du froid et de l'humidité, du surpeuplement et d'un sentiment de bien-être amoindri^{42,43}. Les aspects physiques et psychosociaux du bien-être peuvent être altérés par l'expérience du locataire, la qualité du logement et les soutiens offerts dans le quartier⁴¹. Les personnes de groupes en quête d'équité, comme les personnes issues des Premières Nations, Inuits et Métis et Autochtones en milieu urbain, les personnes racialisées et 2ELGBTQQIA+, peuvent être confrontées à des obstacles supplémentaires à l'accès à un logement adéquat à cause de la discrimination et du racisme systémique⁴⁴⁻⁴⁶.

L'expérience du sans-abrisme, définie comme une situation dans laquelle la personne n'a pas de logement stable, permanent et adéquat ou la possibilité d'en obtenir un immédiatement, est fortement associée aux maladies chroniques⁴⁷. Bien qu'il soit difficile de collecter des données dans la population de sans-abris, certaines données suggèrent que les problèmes de santé peuvent mener au sans-abrisme et que le sans-abrisme peut aggraver la prévalence des maladies chroniques et les résultats de santé⁴⁷. Par exemple, les taux de diabète et de maladies cardiaques peuvent être 3 à 6 fois plus élevés chez les sans-abris par rapport à la population générale, et la bronchopneumopathie chronique obstructive est considérée comme l'une des pathologies les plus courantes chez les sans-abris au Canada⁴⁸.

Logement et maladies chroniques en Ontario

En 2021, près d'une personne sur quatre en Ontario vivait dans un logement inabordable, soit une situation dans laquelle la personne dépense minimum 30 p. cent des revenus du ménage dans les frais de logement⁴⁹. Le « besoin impérieux en matière de logement » désigne les ménages vivant dans des logements inabordables, surpeuplés ou vétustes, ainsi que le fait d'être incapables de payer le loyer médian des logements acceptables situés dans leur localité⁵⁰. En 2021, 12,1 p. cent des personnes vivant en Ontario avaient un besoin impérieux en matière de logement⁵⁰. Les Ontariens vivant dans des logements inabordables avaient un revenu ménager médian de 43 200 \$, alors que les ménages dépensant moins de 30 p. cent de leur revenu dans les frais de logement avaient un revenu moyen de 110 000 \$⁵¹. En 2021, 11,3 p. cent des personnes racisées déclaraient vivre dans un logement inabordable, soit une proportion supérieure à celle déclarée dans la population générale⁵².

Racisme

La race est une construction sociale élaborée pour classer les personnes par catégories en fonction d'attributs physiques et non biologiques⁵³. Le racisme est fondé sur de fausses croyances selon lesquelles certaines races sont supérieures à d'autres. Il s'agit d'un déterminant de la santé important en Ontario⁵⁴⁻⁵⁶. Les formes évidentes de racisme comprennent les violences, l'exploitation et la discrimination, mais les formes omniprésentes de racisme sont parfois subtiles, ancrées dans les systèmes et structures qui régissent la société, notamment l'éducation, l'emploi, les soins de santé, les services judiciaires et sociaux⁵⁷⁻⁵⁹. Ces formes plus subtiles de racisme comprennent des interactions interpersonnelles nocives, l'exclusion de décisions institutionnelles et le racisme refoulé qui mène au manque de confiance en soi et d'estime de soi⁵⁷⁻⁶¹. Les recherches ont démontré qu'en raison des traumatismes historiques dus à l'esclavage et au colonialisme, les personnes noires et les Premières Nations, Inuits et Métis et Autochtones en milieu urbain sont plus susceptibles d'être confrontés à de la discrimination raciale au Canada^{57,62-67}. Dans ce rapport, les populations racialisées désignent les personnes qui ne sont pas issues des Premières Nations, Inuits et Métis et Autochtones en milieu urbain et ne sont pas les personnes blanches (voir le chapitre sur les Premières Nations, Inuits et Métis et Autochtones en milieu urbain pour plus de renseignements sur les expériences de ces populations)⁶⁷.

La discrimination raciale peut influencer sur les résultats de santé à travers les déterminants sociaux de la santé et une moins bonne santé mentale, ce qui entraîne des prédispositions accrues aux facteurs de risque des maladies chroniques⁶⁹. Par exemple, les populations noires ont beaucoup plus de risques de déclarer des maladies cardiovasculaires que les personnes blanches⁶⁸. Le racisme systémique peut également diminuer la confiance accordée au système de santé et augmenter les besoins de santé non satisfaits pour les populations ayant des prédispositions accrues à des problèmes de santé^{70,71}.

Racisme en Ontario

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière les disparités en matière de déterminants sociaux de la santé entre les groupes racialisés et les populations blanches¹⁶. Les données raciales collectées de

juin 2020 à avril 2021 ont révélé que les populations racialisées présentaient des taux d'infection à la COVID-19 jusqu'à 7 fois supérieurs à ceux des personnes blanches en Ontario¹⁶. Les quartiers en Ontario ayant les taux de diversité les plus élevés présentaient les taux de positivité à la COVID-19 les plus élevés⁷².

Le manque de données administratives sur la santé fondées sur la race constitue un obstacle majeur à la compréhension des inégalités raciales en Ontario et leurs répercussions sur les résultats de santé⁶². L'Ontario a élaboré un Plan stratégique triennal contre le racisme afin de lutter contre l'incidence croissante des cas de discrimination contre les Autochtones, les Noirs, les Asiatiques ainsi que pour combattre l'islamophobie et l'antisémitisme dans la province⁷³. Des efforts continus quant à la transparence des données racialisées seront nécessaires pour suivre les progrès de ce plan⁷⁴.

Possibilités de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé

Bien que certaines politiques s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé susmentionnés n'entrent pas dans le cadre de ce rapport, les iniquités en santé peuvent être plus efficacement réglées par des changements structurels au niveau des politiques publiques et d'importants changements sociaux⁷⁵. Se concentrer sur les déterminants de la santé en aval, comme les soins médicaux et les comportements liés à la santé, pour agir plus en amont sur les déterminants sociaux de la santé comme ceux susmentionnés, offre une occasion de s'attaquer aux causes profondes des iniquités en santé et des maladies⁷⁶.



Santé des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain

Les populations autochtones au Canada comprennent les Premières Nations, les Inuits, les Métis qui sont des peuples reconnus par la Constitution comme détenteurs de droits inhérents et issus des traités. Les Autochtones en milieu urbain désignent une population croissante de Premières Nations, Inuits et Métis vivant dans des villes et qui peuvent avoir des expériences et identités différentes des Autochtones vivant ailleurs⁷⁷. Ensemble, les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain sont bien plus touchés sur le plan de la santé et du bien-être par les maladies chroniques que les autres populations du Canada⁷⁸⁻⁸³. Ceci découle des traumatismes intergénérationnels du colonialisme et des violents efforts d'assimilation, y compris les pensionnats et les hôpitaux pour les Indiens⁸⁴⁻⁸⁶, qui s'ajoutent aux inégalités constantes quant aux déterminants sociaux de la santé par le biais de désavantages systémiques rencontrés dans les sphères sociales, économiques et politiques⁸⁷. Pour jeter les bases de la lutte contre les iniquités en santé en partenariat avec les Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain, il faut commencer par établir des relations de confiance pour élaborer des pratiques respectueuses de la culture qui honorent les croyances et les valeurs de ces populations^{88,89}. L'appel à l'action lancé en 2015 par la Commission de vérité et réconciliation vise à corriger les répercussions du colonialisme et est un guide important pour honorer les différents besoins en matière de santé des Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain⁸⁹.

Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain et déterminants sociaux de la santé

Le racisme envers les Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain trouve directement ses racines dans le colonialisme et a une incidence sur la santé de ces peuples depuis plusieurs générations⁹⁰. Le système de santé de l'Ontario a été créé selon des convictions coloniales qui méprisent les croyances des Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain sur la santé et le bien-être^{91,92}. Si rien n'est prévu pour reconnaître les croyances traditionnelles et l'identité de ces peuples, les iniquités se créent dans les services de santé pour les Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain de tout l'Ontario^{91,92}. Même lorsque ces personnes parviennent à accéder aux services de santé, elles peuvent être rejetées, méprisées ou ignorées dans les salles d'urgence et laissées en souffrance au détriment de leur santé^{91,92}. Une étude publiée en 2020 dans la revue canadienne de santé publique a conclu à partir d'un échantillon d'Autochtones en milieu urbain vivant à Toronto, que près d'un Autochtone sur trois (28,5 p. cent) a déclaré avoir été victime de discrimination de la part de fournisseurs de soins de santé et 27,3 p. cent ont déclaré avoir des besoins en santé non satisfaits⁹³. Il y a beaucoup à faire au sein du système de santé et en dehors pour assurer la bonne santé et la longévité de toutes les personnes issues des Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain au Canada.

Les traumatismes historiques et intergénérationnels associés au colonialisme ont entraîné une perte du statut socioéconomique parmi les Premières Nations, Inuits et Métis et Autochtones en milieu urbain, ce qui a eu une incidence sur les autres déterminants sociaux de la santé⁹⁴. En 2015, les populations non issues des Premières Nations, Inuits et Métis et Autochtones en milieu urbain ont déclaré un revenu d'emploi moyen qui était presque le double de celui des Premières Nations vivant dans une réserve⁹⁵.

Pendant la pandémie, une plus grande proportion de Premières Nations, Inuits et Métis et Autochtones en milieu urbain ont perdu leur emploi et ont souffert financièrement d'un manque de liquidités et d'autres sources de revenu²⁹. Le stress lié à des revenus précaires ou faibles peut avoir des conséquences négatives sur la santé, comme l'insécurité alimentaire⁹⁶.

De plus, les pratiques racistes de longue date forçant les Premières Nations à vivre dans des logements sous-développés dans les réserves ont entraîné de mauvaises conditions de logement dans ces communautés^{87,94}. Comme nous l'avons indiqué dans la section précédente, le logement fait partie intégrante de la santé^{97,98}. En 2021, près de 20 p. cent des Premières Nations, Inuits et Métis et Autochtones en milieu urbain au Canada ont déclaré vivre dans des logements surpeuplés et vétustes⁹⁶⁻⁹⁸. Les données montrent qu'il y a eu des améliorations depuis 2017, mais les Premières Nations, Inuits et Métis et Autochtones en milieu urbain sont toujours deux fois plus susceptibles de vivre dans des logements surpeuplés que les autres⁹⁶⁻⁹⁸. En janvier 2022, le gouvernement de l'Ontario a annoncé un engagement de 10 millions de dollars sous la forme d'un nouveau financement annuel pour offrir des solutions de logement à long terme gérées par ces peuples aux Premières Nations, Inuits et Métis et Autochtones en milieu urbain en situation de sans-abrisme ou risquant de l'être⁹⁹.

Les Premières Nations, Inuits et Métis et Autochtones en milieu urbain ont néanmoins fait preuve d'une capacité à survivre, et à s'épanouir, malgré des difficultés écrasantes. La résilience personnelle, familiale et communautaire, la restauration et la mise en valeur des identités de ces peuples, la préservation des cultures et langues et l'autonomie ont eu des répercussions positives sur leur santé et leur bien-être^{100,101}. Par exemple, certaines recherches ont démontré que l'identité culturelle peut permettre de promouvoir la santé des Premières Nations en général, alors que la participation à des activités culturelles s'est révélée efficace pour réduire les taux de consommation de substances et d'alcool^{100,101}. Les peuples des Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain adoptent une approche holistique pour lutter contre les iniquités en santé découlant des déterminants sociaux de la santé. Cette approche repose sur leur vision de la santé et du bien-être, qui est un équilibre entre quatre dimensions liées à la santé (physique, mentale, émotionnelle et spirituelle) rencontrées à toutes les étapes de la vie¹⁰².

Comportements liés à la santé des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain

En raison des mesures historiques prises pour soumettre les Autochtones et de certaines actions qui perdurent de nos jours, les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain connaissent une forte prévalence disproportionnée de plusieurs facteurs de risque de comportement qui augmentent leur risque de développer des maladies chroniques¹⁰³. Par exemple, l'abandon des pratiques traditionnelles à cause de la colonisation a entraîné des changements alimentaires et d'activités majeurs qui ont encore un effet sur ces peuples à ce jour¹⁰⁴. L'érosion des pratiques culturelles et la baisse de la chasse et de la consommation d'aliments traditionnels ont transformé les régimes alimentaires des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain, passant d'aliments traditionnels complets et sains à une nourriture occidentale transformée, y compris des boissons sucrées¹⁰⁵. L'accès à des aliments sains est également entravé par la hausse des prix de l'alimentation survenue pendant la pandémie et la disponibilité limitée de ces aliments, en particulier dans le Nord de l'Ontario^{105,106}.

Le lien entre activité physique et culture autochtone traditionnelle est très fort. Toutefois, il existe d'importants obstacles à la pratique d'une activité physique pour de nombreuses communautés des Premières Nations, notamment l'accès à des lieux sûrs pour se promener et jouer en plein air dans la

réserve, le manque d'infrastructure et de personnel formé pour l'activité physique, et le coût de l'équipement et du transport¹⁰³. L'effet du colonialisme et du génocide culturel a également causé un traumatisme intergénérationnel sous la forme de dépendances, notamment une forte consommation d'alcool et de tabac chez les Autochtones en milieu urbain^{107,108}. Les recherches montrent que les jeunes autochtones sont moins susceptibles de fumer lorsqu'ils ont la possibilité d'adopter d'autres comportements favorables à la santé comme l'activité physique¹⁰⁹.

Santé des Premières Nations

Les Premières Nations dans les réserves vivent dans de mauvaises conditions socioéconomiques qui ont une incidence sur la disponibilité alimentaire¹¹⁰. Une étude de 2021 a révélé que près de la moitié des ménages de Premières Nations étaient considérés en situation d'insécurité alimentaire, ce qui peut entraîner des maladies chroniques liées à la nutrition comme l'obésité et le diabète de type 2¹¹¹.

Les niveaux d'activité physique sont plus élevés chez les jeunes des Premières Nations que dans le reste de la population, mais les taux d'obésité et de diabète déclarés sont quand même supérieurs¹¹²⁻¹¹⁴. Les données préliminaires des jeunes et adultes Premières Nations vivant dans les réserves révèlent des taux de sédentarité, de surpoids et d'obésité plus élevés, mais des recherches supplémentaires doivent être réalisées sur les populations des Premières Nations à l'intérieur et à l'extérieur des centres urbains^{112,113}. De 2007 à 2013, les femmes des Premières Nations vivant dans les réserves et âgées de 18 ans et plus étaient bien plus susceptibles d'être inactives physiquement (73,5 p. cent) que les femmes des Premières Nations hors réserve (50,3 p. cent) et les femmes non autochtones (52,1 p. cent)¹⁰³. Les hommes des Premières Nations vivant dans les réserves étaient également bien plus susceptibles d'être inactifs physiquement (56,1 p. cent) que les hommes des Premières Nations hors réserve (40,2 p. cent) et les hommes non autochtones (46,6 p. cent)¹⁰³. Les femmes des Premières Nations dans les réserves ou hors réserve et les femmes non autochtones étaient considérablement plus susceptibles d'être physiquement inactives que les hommes¹⁰³. Pour supporter le traumatisme intergénérationnel et le désespoir, les Premières Nations en Ontario consomment plus d'alcool et de tabac que le reste de la population^{108,115,116}.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : TABAGISME, RENONCEMENT AU TABAC À LONG TERME ET CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS ADULTES

Ces indicateurs mesurent le pourcentage de Premières Nations adultes de 20 ans et plus qui ont déclaré fumer des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement, avoir fumé des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement et avoir arrêté complètement au moins un an auparavant, et boire plus de deux verres par semaine. Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2015 à 2020 ont été combinées.

- Il y avait 39,7 p. cent des Premières Nations adultes qui ont déclaré fumer des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement, 43 p. cent des hommes et 35,6 p. cent des femmes ont déclaré être fumeurs actuellement (tableau supplémentaire S2).
- Il y avait 32,4 p. cent des Premières Nations adultes qui ont déclaré avoir fumé des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement et avoir arrêté complètement au moins un an auparavant. Au total, 30 p. cent des hommes des Premières Nations et 36,8 p. cent des femmes ont déclaré avoir arrêté de fumer à long terme (tableau supplémentaire S2).
- Il y avait 38,9 p. cent des Premières Nations adultes qui ont déclaré avoir bu plus de deux verres de boissons alcoolisées au cours de la semaine précédente, dont 44,5 p. cent étaient des hommes et 33,5 p. cent des femmes (tableau supplémentaire S2).

PREMIÈRES NATIONS ET MALADIES CHRONIQUES EN ONTARIO

Les Premières Nations vivant dans des réserves sont confrontées à davantage de disparités que les personnes non issues des Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain dans la province¹¹⁷. Par exemple, la prévalence du diabète de type 2 est trois à cinq fois supérieure chez les Premières Nations à celle des autres habitants de l'Ontario^{79,83}. Une étude de 2020 a estimé, à l'aide de l'outil Diabetes Population Risk Tool, que de 2015 à 2025, les adultes Premières Nations vivant dans les communautés des Premières Nations en Ontario ont 9,6 p. cent de risque de développer un diabète de type 2⁸⁸. L'étude corroborait les conclusions selon lesquelles le diabète apparaît plus tôt chez les Premières Nations que dans la population générale^{118,119}.

De même, les Premières Nations ont une prévalence de maladies cardiovasculaires 2,5 fois plus élevée que celle des autres personnes¹²⁰. La mortalité due aux maladies cardiovasculaires est également disproportionnellement plus élevée. Certaines études estiment que le taux de mortalité est 30 p. cent plus élevé chez les hommes des Premières Nations et 76 p. cent plus élevé chez les femmes des Premières Nations que celui du reste de la population¹²⁰. Un fort lien a été établi entre une situation socioéconomique favorisée et un niveau de scolarité supérieur et des facteurs de risques cardiaques plus faibles pour les Premières Nations, et les difficultés d'accès à des soins de routine et l'incapacité à se payer des médicaments sur ordonnance ont été associés à des risques plus élevés¹¹⁹. Une rapide analyse réalisée en 2022 corroborait le fait que les Premières Nations connaissent des écarts considérables dans l'accès aux soins cardiovasculaires qui peuvent aggraver l'issue d'une maladie¹²⁰. Puisque la majorité des communautés des Premières Nations en Ontario est située dans le Nord de la province, une région éloignée qui n'est pas accessible par la route toute l'année, il est nécessaire de mieux allouer les ressources pour réduire les obstacles et améliorer l'accès aux soins sur le plan géographique^{118,121}.

En Ontario, l'incidence de certaines formes de cancer, y compris le cancer du poumon, du rein, du col de l'utérus, du foie et colorectal, est plus élevée chez les Premières Nations que dans le reste de la population⁷⁸. Les femmes des Premières Nations présentent un taux d'incidence pour tous les cancers combinés supérieur à celui des autres femmes⁷⁸. Les populations des Premières Nations présentent également de moins bons taux de survie du cancer que le reste de l'Ontario^{78,122}. Les plus faibles taux de survie du cancer du sein chez les femmes des Premières Nations sont en partie dus au diagnostic qui survient à un stade plus avancé et à une plus forte prévalence des comorbidités, en particulier le diabète¹²³.

Santé des Inuits

Les Inuits qui vivent au Canada, appelé l'Inuit Nunangat, se trouvent principalement dans les régions du Nord hors de l'Ontario¹²⁴. Il y a donc peu de données sur la prévalence des facteurs de risque (p. ex., activité physique, habitudes alimentaires) et le fardeau des maladies chroniques chez les Inuits de l'Ontario en particulier. On trouve des renseignements sur les déterminants sociaux de la santé pour l'Inuit Nunangat dans le rapport de Santé Ontario (Action Cancer Ontario) [*Cancer Risk Factors and Screening Among Inuit in Ontario and other Canadian regions*](#) (en anglais seulement). Par exemple, chez les Inuits adultes, qui consacrent moins de temps aux activités traditionnelles, on a constaté un déclin de l'activité physique et de la qualité de l'alimentation ces 50 dernières années¹²⁵.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : TABAGISME, RENONCEMENT AU TABAC À LONG TERME ET CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES INUITS ADULTES

Ces indicateurs mesurent le pourcentage d'Inuits adultes de 20 ans et plus qui ont déclaré fumer des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement, avoir fumé des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement et avoir arrêté complètement au moins un an auparavant, et boire plus de deux

verres par semaine. Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2015 à 2020 ont été combinées. Ces indicateurs doivent être interprétés avec précaution en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

- Il y avait 41,3 p. cent des Inuits adultes qui ont déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement (tableau supplémentaire S3).
- Il y avait 49,6 p. cent des Inuits adultes qui ont déclaré avoir fumé des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement et avoir arrêté complètement au moins un an auparavant (tableau supplémentaire S3).
- Il y avait 34,9 p. cent des Inuits adultes qui ont déclaré avoir bu plus de deux verres de boissons alcoolisées au cours de la semaine précédente (tableau supplémentaire S3).

INUITS ET MALADIES CHRONIQUES

La dernière Enquête sur la santé des Inuits nationale réalisée de 2007 à 2008 indiquait que les taux d'Inuits atteints de diabète de type 2 sont comparables à ceux de la population générale au Canada et qu'il s'agit d'un problème de plus en plus préoccupant^{126,127}. Depuis les années 1970, les maladies cardiaques étaient considérées comme rares chez les Inuits, mais des études plus récentes ont montré des taux de maladies cardiovasculaires comparables à ceux de la population générale du pays¹²⁸. Les recherches sur le risque de cancer et l'issue de cette maladie chez les Inuits au Canada sont principalement axées sur les populations de l'Inuit Nunangat, qui sont des populations inuites vivant au Canada¹²⁸. Les taux d'incidence du cancer du poumon chez les Inuits vivant dans l'Arctique canadien sont les plus élevés au monde¹²⁹. Une étude du cancer dans la population vivant dans l'Inuit Nunangat a montré que les Inuits sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de cancer du poumon et de cancer colorectal que les autres populations du Canada, et qu'il est moins probable qu'ils soient atteints d'un cancer du sein et de la prostate¹³⁰. Il existe une enquête sur la santé et le bien-être des Inuits menée et déterminée par des Inuits, intitulée *Qanuippitaa? National Inuit Health Survey (QNIHS)* qui est en cours et devrait nous permettre de mieux comprendre les expériences de cette population dans les prochaines années¹³¹.

Il y a peu de données sur la prévalence du fardeau des maladies chroniques chez les Inuits de l'Ontario.

Santé des Métis

Les Métis en Ontario ont des poids similaires à ceux des personnes non autochtones en Ontario, mais les Métis adultes sont plus susceptibles d'être obèses¹³². De plus, environ 70 p. cent des Métis adultes en Ontario ne suivent pas les recommandations relatives à la consommation quotidienne de fruits et légumes¹³². Près de la moitié de tous les Métis adultes en Ontario sont inactifs et un peu moins de 75 p. cent sont considérés sédentaires¹³². Les Métis adultes ayant un faible revenu du ménage étaient significativement plus susceptibles d'être physiquement inactifs que les Métis adultes ayant un revenu plus élevé (53,1 p. cent du quintile de revenu le plus faible comparé à 33,5 p. cent du quintile de revenu le plus élevé)¹⁰³. Les Métis adultes ayant des niveaux de scolarité plus bas étaient également considérablement plus susceptibles d'être physiquement inactifs que les Métis adultes avec des niveaux de scolarité plus élevés (58,3 p. cent pour les adultes ayant atteint moins que le niveau secondaire et 40,3 p. cent pour ceux ayant obtenu un diplôme d'études postsecondaires)¹⁰³. Des niveaux similaires de sédentarité ont été observés chez les Métis vivant dans le Nord et dans le Sud de l'Ontario, et pour les hommes et les femmes¹⁰³.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : TABAGISME, RENONCEMENT AU TABAC À LONG TERME ET CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES MÉTIS ADULTES

Ces indicateurs mesurent le pourcentage de Métis adultes de 20 ans et plus qui ont déclaré fumer des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement, avoir fumé des cigarettes quotidiennement ou

occasionnellement et avoir arrêté complètement au moins un an auparavant, et boire plus de deux verres par semaine. Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2015 à 2020 ont été combinées.

- Il y avait 29,4 p. cent des Métis adultes qui ont déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement (tableau supplémentaire S4).
- Il y avait 42,2 p. cent des Métis adultes qui ont déclaré avoir fumé des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement et avoir arrêté complètement au moins un an auparavant, dont 39,9 p. cent d'hommes et 44,2 p. cent de femmes (tableau supplémentaire S4).
- Il y avait 38,4 p. cent des Métis adultes qui ont déclaré avoir bu plus de deux verres de boissons alcoolisées au cours de la semaine précédente, dont 47 p. cent d'hommes et 30,1 p. cent de femmes (tableau supplémentaire S4).

MÉTIS ET MALADIES CHRONIQUES

Une étude sur la mortalité due au cancer menée dans tout l'Ontario a révélé que de 1991 à 2001, les femmes métisses présentaient des taux de décès par cancer considérablement plus élevés que les femmes non autochtones¹³³. Les femmes métisses présentaient également des taux considérablement plus élevés de décès, en particulier pour les cancers du poumon et de l'utérus, probablement car les femmes métisses développent plus de cancers du col de l'utérus¹³³. Le taux de décès par cancer chez les hommes métis était similaire à celui des hommes non autochtones¹³³.

MÉTIS ET MALADIES CHRONIQUES EN ONTARIO

Par rapport à la population générale de l'Ontario, les Métis ont une prévalence de bronchopneumopathie chronique obstructive 1,6 fois plus élevée^{81,132}. On estime que la bronchopneumopathie chronique obstructive pourrait toucher de manière disproportionnée ces communautés en raison des forts taux de tabagisme et des mauvaises conditions de logement^{134,135}. Les Métis adultes avaient également des taux de prévalence des maladies cardiovasculaires et des résultats associés (AVC, hypertension, insuffisance cardiaque congestive) 25 à 77 p. cent supérieurs aux taux de prévalence de la population générale de l'Ontario¹²⁰. De plus, les Métis adultes diagnostiqués avec une insuffisance cardiaque congestive étaient plus souvent hospitalisés et se rendaient plus souvent aux urgences que les personnes non issues des Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain en Ontario¹³⁶. Les taux de diabète chez les Métis étaient 26 p. cent plus élevés que ceux de la population générale ontarienne, et les Métis sont plus susceptibles d'être hospitalisés et de se rendre aux services d'urgence^{132,137}. Les Métis atteints de diabète sont 86 p. cent plus susceptibles d'être hospitalisés à cause d'un arrêt cardiaque ou de symptômes avant-coureurs que les personnes atteintes de diabète dans la population générale¹³². Les Métis en Ontario sont plus susceptibles de recevoir des soins d'un spécialiste du diabète et de bénéficier des soins de la vue recommandés¹³². On en sait très peu sur les profils de cancers chez les Métis de l'Ontario.

Santé des Autochtones en milieu urbain

Les Autochtones en milieu urbain sont plus susceptibles d'être en situation d'insécurité alimentaire, de pauvreté et de sans-abrisme que les Premières Nations, Inuits et Métis vivant dans des zones rurales ou des réserves, ou que le reste de la population, ce qui augmente leur risque de développer des maladies chroniques^{77,97,98}. De plus, les jeunes Autochtones en milieu urbain déclarent des taux de tabagisme et de consommation d'alcool supérieurs à ceux des autres jeunes au Canada, et ils s'initient à ces consommations plus jeunes que les autres¹⁰⁸.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : TABAGISME, RENONCEMENT AU TABAC À LONG TERME ET CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES AUTOCHTONES EN MILIEU URBAIN ADULTES

Ces indicateurs mesurent le pourcentage d'Autochtones en milieu urbain adultes de 20 ans et plus qui ont déclaré fumer des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement, avoir fumé des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement et avoir arrêté complètement au moins un an auparavant, et boire plus de deux verres par semaine. Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2015 à 2020 ont été combinées.

- Il y avait 36,6 p. cent des Autochtones en milieu urbain adultes qui ont déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement (tableau supplémentaire S5).
- Il y avait 36,4 p. cent des Autochtones en milieu urbain adultes qui ont déclaré avoir fumé des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement et avoir arrêté complètement au moins un an auparavant (Tableau S5).
- Il y avait 38,7 p. cent des Autochtones en milieu urbain adultes qui ont déclaré avoir bu plus de deux boissons alcoolisées au cours de la semaine précédente, dont 46,5 p. cent d'hommes et 31,5 p. cent de femmes (tableau supplémentaire S5).

AUTOCHTONES EN MILIEU URBAIN ET MALADIES CHRONIQUES

Les services de soins de santé offerts dans les zones urbaines ne sont pas adaptés aux personnes issues des Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain, et des études montrent que ces derniers hésitent à se rendre dans des services de santé en raison du risque de stigmatisation et de discrimination⁷⁷.

Il y a peu de données sur la prévalence des maladies chroniques, ainsi que de leurs facteurs de risque, chez les Autochtones en milieu urbain en Ontario.

Possibilités de promotion de la santé auprès des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain

- Établir des partenariats fructueux avec les communautés des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain pour élaborer des enquêtes fondées sur la population et des indicateurs de santé propres à la nation, représentatifs, pertinents et adaptés à la culture.
- Financer des politiques et programmes élaborés conjointement et pertinents sur le plan culturel pour lutter contre les maladies chroniques parmi les populations des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain.
- Améliorer la sécurité culturelle au sein du système de santé du Canada pour les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain afin de réduire les obstacles à l'accès aux soins.
- Créer des lieux sûrs pour l'activité physique, élaborer une stratégie pour promouvoir l'équité en matière d'infrastructure pour les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain.
- Éliminer les obstacles socioéconomiques aux comportements favorables à la santé comme l'activité physique, les aliments sains et les autres déterminants sociaux de la santé pour les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain.
- Élaborer et mettre en œuvre un plan coordonné visant à prévenir la consommation de tabac commercial et d'alcool chez les enfants et les jeunes des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain.

- Établir des programmes et services communautaires spécialisés de renoncement au tabac adaptés à la culture dans les communautés des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones en milieu urbain, comme le programme Téléassistance pour fumeurs de la Société canadienne du cancer et le Programme pour la lutte contre le tabagisme chez les peuples autochtones ainsi que des mesures antitabac communautaires qui respectent les droits de ces peuples.
- Veiller à ce qu'il existe des programmes de traitement et de prévention de l'alcoolisme acceptables et pertinents sur le plan culturel pour les Premières Nations, les Inuits, les Métis et les Autochtones en milieu urbain.



Tabac commercial

Tabagisme et risque de maladies chroniques

Le tabagisme reste la principale cause de décès prématurés et évitables au Canada. En effet, les fumeurs présentent des taux de mortalité deux à trois fois plus élevés que les personnes qui ne fument pas¹³⁸⁻¹⁴⁰. Le tabagisme est également un facteur de risque pour plusieurs maladies chroniques, notamment au moins 20 formes de cancer^{141,142}. Il s'agit d'une cause majeure bien connue du cancer du poumon et il représente 72 p. cent des cas de cancer du poumon au Canada^{143,144}. Le tabagisme est également la principale cause de morbidité et de mortalité dues à la bronchopneumopathie chronique obstructive. On estime que les fumeurs sont 4 fois plus susceptibles de développer une bronchopneumopathie chronique obstructive que les non-fumeurs¹⁴⁵⁻¹⁴⁷. De plus, le tabagisme est un facteur de risque des maladies cardiovasculaires, notamment l'athérosclérose, la coronaropathie, la cardiopathie ischémique et l'AVC¹⁴⁸. Les données suggèrent également un lien entre le tabagisme et le diabète de type 2; les fumeurs ont en effet 30 à 40 p. cent plus de risques de développer du diabète que les autres¹⁴⁸⁻¹⁵⁰.

Le tabagisme en Ontario

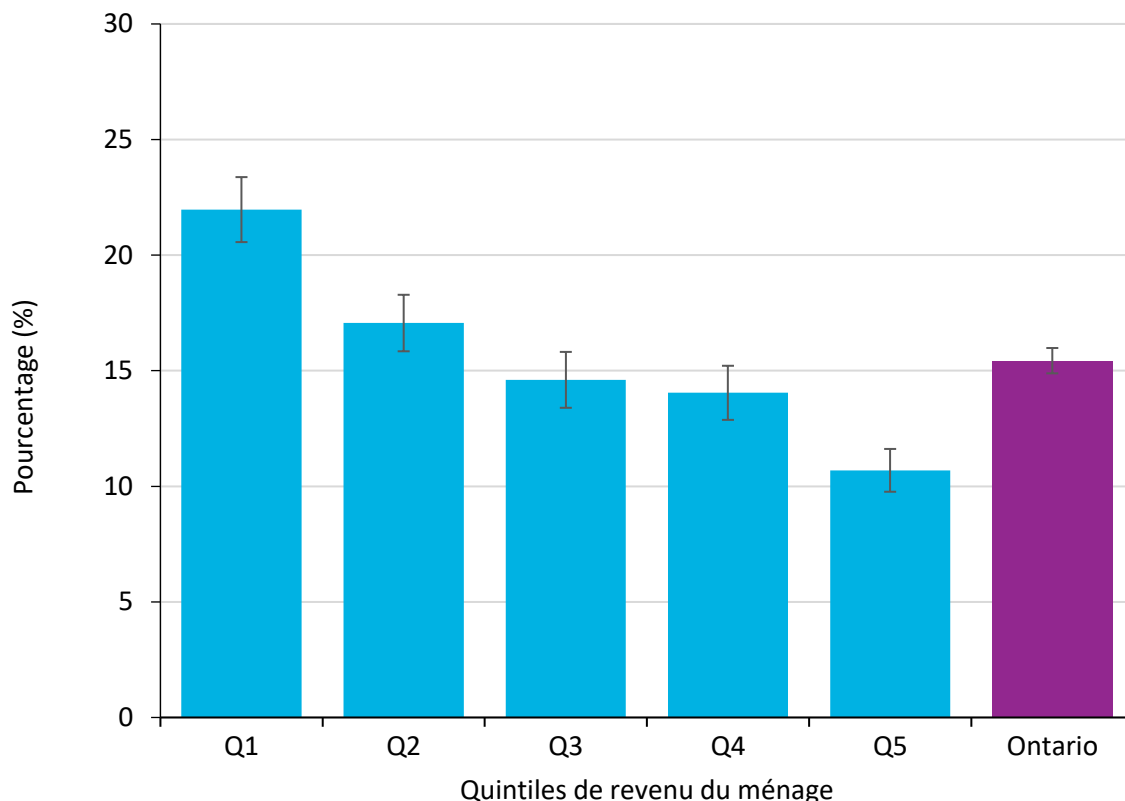
En Ontario, 17 p. cent des décès, 8,7 p. cent des hospitalisations et 3,4 p. cent des visites au service d'urgence toutes causes confondues sont attribuables au tabagisme¹⁵¹. En 2020, le fardeau économique du tabagisme dans la province était estimé à 7 milliards de dollars en soins de santé, en perte de productivité, en justice pénale et autres coûts directs¹⁵⁰. En raison d'une baisse de la prévalence du tabagisme, les coûts économiques associés au tabagisme devraient diminuer au cours des 20 prochaines années en Ontario^{150,152}. Malgré cette baisse, les dépenses en soins de santé attribuables au tabagisme s'élèveront à environ 164 milliards de dollars au total pour la période allant de 2003 à 2041 en raison des effets sur la santé à long terme, même une fois que les personnes ont arrêté de fumer¹⁵².

Conclusions liées aux indicateurs : tabagisme chez les adultes

Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes de 20 ans et plus ayant déclaré fumer des cigarettes quotidiennement ou occasionnellement. Il intègre les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2017 à 2020.

- Sur la période 2017-2020, 15,4 p. cent des adultes de 20 ans et plus en Ontario ont déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement du tabac au moment de l'enquête (tableau supplémentaire S6).
- Le tabagisme est actuellement plus fréquent chez les hommes (18,8 p. cent) que chez les femmes (12,2 p. cent). Il est aussi plus courant chez les adultes en zones rurales (21 p. cent) que ceux en zones urbaines (14,9 p. cent) (tableau supplémentaire S6).
- Le tabagisme est plus fréquent chez les adultes de ménages au faible revenu (figure 2), et diffère selon le statut d'immigrant et le groupe racial (tableau supplémentaire S6).

Figure 2 : Pourcentage d'adultes (20 ans et plus) ayant déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement, par quintiles de revenu du ménage, Ontario, 2017–2020 combinées



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2017-2020 (Statistique Canada)
 Remarques : —I— représente 95 % d'intervalle de confiance. « Q1 » représente le quintile de revenu du ménage le plus bas et « Q5 » le quintile le plus haut. Les données sont présentées dans le tableau supplémentaire S6. Télécharger les tableaux supplémentaires à la page santeontario.ca/igsq. Les estimations sont ajustées en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 2011.

La pandémie de COVID-19 pourrait avoir aggravé les disparités en matière de taux de tabagisme¹⁵³⁻¹⁵⁷. Les données de l'étude de 2020 indiquaient que les personnes qui ont atteint un niveau de scolarité secondaire ou moins étaient trois fois plus susceptibles de fumer plus pendant la pandémie de COVID-19^{158,159}. Une autre étude a révélé que les inscriptions aux programmes de renoncement au tabac en Ontario ont diminué de 69 p. cent au cours du mois suivant le début de la pandémie et que les consultations ont diminué de 42 p. cent par rapport à la moyenne de la même période au cours des deux années précédentes¹⁶⁰.

Vapotage et santé

De plus en plus de données indiquent que le vapotage et les cigarettes électroniques contenant de la nicotine peuvent aider les personnes à arrêter de fumer. Toutefois, l'option la plus saine reste celle de renoncer à tous les produits à base de nicotine^{161,162}. Il existe également des inquiétudes au sujet d'autres effets sur la santé du vapotage, notamment un fort lien avec l'asthme et la

bronchopneumopathie chronique obstructive¹⁶³. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les risques liés au vapotage et son utilisation comme mesure d'aide au renoncement au tabac à la page [Vaping products including e-cigarettes](#) (en anglais seulement).

Politiques et programmes visant à réduire le tabagisme

La Stratégie canadienne sur le tabac vise à réduire le taux de tabagisme à moins de 5 p. cent d'ici 2035¹⁶⁴. En l'absence d'une approche axée sur l'équité, la lutte contre le tabagisme peut aggraver les iniquités en santé¹⁶⁵⁻¹⁶⁷. Des politiques de lutte contre le tabagisme efficaces et fondées sur l'équité comprennent des mesures de fixation des prix ou des mesures fiscales qui permettent de cibler précisément la réduction de la consommation parmi les groupes de statut socioéconomique inférieur¹⁶⁸⁻¹⁷⁰. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac jette les bases de la lutte contre le tabagisme pour tous les pays, ce qui comprend l'utilisation de six mesures MPOWER pour réduire la consommation totale à l'échelle de la population¹⁷¹ :

M-(Monitor) Surveiller la consommation de tabac (et les politiques et programmes de prévention responsables)

P-(Protect) Protéger la population contre la fumée du tabac (p. ex., politiques visant à augmenter les environnements sans fumée)

O-(Offer) Offrir une aide pour arrêter le tabac (p. ex., programmes ciblés pour des populations précises)

W-(Warn) Mettre en garde contre les méfaits du tabagisme (p. ex., avertissements sur les emballages de cigarettes)

E-(Enforce) Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage (p. ex., réglementation des affichages de produits du tabac)

R-(Raise) Augmenter les taxes sur le tabac (p. ex., mesures de tarification et mesures fiscales pour réduire la demande de tabac)

En Ontario, la *Loi de 2017 favorisant un Ontario sans fumée* prévoit la mise en œuvre de certaines politiques en conformité avec les recommandations de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac afin de réduire les taux de tabagisme dans la province et protéger les gens des méfaits de la fumée secondaire, même s'il existe des écarts entre ces politiques et la Convention-cadre en matière de disponibilité du tabac et de mesures fiscales^{171,172}.

Taxe sur le tabac

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DE L'AUGMENTATION DES TAXES SUR LE TABAC

Augmenter le prix des produits du tabac commercial est une mesure rentable pour réduire la consommation à l'échelle de la population, en particulier chez les personnes issues de milieux socioéconomiques défavorisés^{171,173}. De récentes données longitudinales provenant du Royaume-Uni et de l'Australie ont confirmé qu'une hausse de l'impôt sur le tabac permet de réduire considérablement la prévalence du tabagisme parmi tous les groupes de statuts socioéconomiques. Toutefois, la consommation a repris au fil du temps dans le groupe de statut socioéconomique inférieur¹⁷⁴⁻¹⁷⁶. Cette reprise de la prévalence du tabagisme suggère qu'une approche à plusieurs niveaux pourrait être nécessaire pour promouvoir le renoncement au tabac à long terme parmi les groupes en quête d'équité¹⁷⁶. Les données montrent que les hausses d'impôts devraient être appliquées de la même manière à tous les produits du tabac commercial, pour s'assurer qu'un produit n'en remplace pas un autre¹⁷⁷. Il est également important de s'adapter à l'inflation pour prendre en compte la croissance du revenu et l'abordabilité^{173,177}.

LES TAXES SUR LE TABAC COMMERCIAL EN ONTARIO

En vertu de la *Loi de la taxe sur le tabac* et de son Règlement en Ontario, la taxe sur les produits du tabac (cigarettes, cigares, tabac haché fin et tabac à priser) à l'exception du tabac en feuilles, est _____

directement imputée aux consommateurs, sauf aux membres des Premières Nations¹⁷⁸. Tous les produits du tabac vendus en Ontario sont également soumis aux impôts fédéraux (TVH) et aux droits d'accises qui sont ajustés chaque année le 1^{er} avril en fonction de l'Indice des prix à la consommation¹⁷⁹. La plus récente hausse de l'impôt fédéral (le 1^{er} avril 2023) sur les droits d'accises était de 15,83 cents par cigarette¹⁷⁹. La dernière hausse provinciale de la taxe d'accise est restée la même depuis le 29 mars 2018, à 18,475 cents par cigarette¹⁷⁹.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : LA TAXE COMME POURCENTAGE DU PRIX DE DÉTAIL DU TABAC COMMERCIAL

Cet indicateur utilise le prix annuel moyen à l'échelle de la province en 2022, transmis par Statistique Canada.

- Le taux d'imposition en Ontario est de 57,5 p. cent du prix de détail moyen (tableau 1, tableau supplémentaire S7). L'Organisation mondiale de la Santé recommande un impôt relatif de 75 p. cent sur les produits du tabac (adapté à l'inflation) pour assurer l'efficacité des mesures de lutte contre le tabagisme¹⁷¹.
- En 2022, l'Ontario avait le troisième taux d'imposition le plus faible au Canada comparé à toutes les provinces et tous les territoires (tableau 1, tableau supplémentaire S7). Ce classement a changé depuis les dernières données obtenues en 2018, qui montrent que l'Ontario a atteint la cinquième place.
- Les taxes devraient passer à 101,20 \$ par boîte de 200 cigarettes par rapport aux niveaux de 2022 pour atteindre les 75 p. cent du prix de vente au détail recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé.

Tableau 1 : Taxes sur le tabac en tant que pourcentage du prix de détail moyen total du tabac par cartouche de 200 cigarettes, par province ou territoire, 2022

Province ou territoire	Prix avant taxe (\$)	Taxes totales (\$)	Prix de détail moyen total (\$)	Taxe en tant que pourcentage du prix de détail total (%)
Colombie-Britannique	64,22	102,74	166,96	61,5 %
Manitoba	62,16	108,02	170,18	63,5 %
Nouvelle-Écosse	63,70	107,11	170,81	62,7 %
Saskatchewan	53,98	103,38	157,36	65,7 %
Québec	52,77	65,21	117,98	55,3 %
Terre-Neuve-et-Labrador	61,86	118,29	180,15	65,7 %
Île-du-Prince-Édouard	45,68	109,01	154,69	70,5 %
Nouveau-Brunswick	58,84	101,78	160,62	63,4 %
Ontario	61,54	83,42	144,96	57,5 %
Alberta	59,36	92,00	151,36	60,8 %
Yukon	59,82	101,47	161,29	62,9 %
Nunavut	87,16	98,64	185,80	53,1 %
Territoires du Nord-Ouest	65,44	106,79	172,23	62,0 %

Source : Données sur les taxes totales trouvées sur les sites Web des gouvernements des provinces et territoires pour les taxes sur le tabac en vigueur ou annoncées en 2022. Prix de détail annuel moyen (après taxe) des cartouches de cigarettes, déclarations aux douanes (Statistique Canada).

Remarques : Les données sont présentées dans le tableau supplémentaire S7. Télécharger les tableaux supplémentaires à la page santeontario.ca/iqsp. Les données sur le prix de détail total représentent un simple prix unitaire réglementaire des cartouches de cigarettes dans les diverses zones géographiques, consigné dans l'indice des prix à la consommation. Il est recommandé aux utilisateurs de faire preuve de prudence lorsqu'ils comparent ces chiffres au tableau des prix moyens (pondérés) officiels publiés par Statistique Canada, car les méthodes de calcul sont différentes. Les prix moyens ne doivent pas être utilisés comme mesure des fluctuations des prix purs au fil du temps, car l'échantillon de produits et de points de vente peut varier d'un mois à l'autre.

Tabac commercial

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DE LA LIMITATION DE LA DISPONIBILITÉ DU TABAC

Les recherches montrent un lien entre le fait de vivre dans une zone plus dense en détaillants de tabac et à proximité de détaillants de tabac et la probabilité de fumer ou de reprendre après une tentative de renoncement au tabac¹⁸⁰. Une méta-analyse menée en 2021 a révélé que le fait de vivre dans une zone moins dense en détaillants de tabac (le nombre de détaillants dans une zone donnée) et à une plus grande distance des détaillants est associé à une réduction de 2,5 p. cent du risque de consommation de tabac commercial¹⁸¹.

Les gouvernements peuvent mettre en œuvre des politiques visant à réduire le nombre total d'établissements vendant des produits de tabac commercial dans une zone donnée, à limiter les types de magasins autorisés à vendre des produits de tabac commercial ou à limiter les ventes près des zones où les adolescents sont nombreux, notamment près des établissements scolaires¹⁸¹. Les données indiquent que le fait de réduire la densité des détaillants et la proximité des écoles pourrait être

particulièrement important pour prévenir le début de l'usage du tabac et la consommation de tabac commercial chez les enfants et les adolescents¹⁸¹⁻¹⁸³. Les mesures de réduction de la densité et de la proximité sont également plus efficaces sur les personnes à faible revenu que sur les personnes à revenu élevé¹⁸¹. Les politiques visant à réduire le nombre de détaillants de tabac peuvent être efficaces en tant qu'approche équitable de diminution de la consommation de tabac commercial dans les niveaux de population parmi tous les groupes de revenu¹⁸¹.

DISPONIBILITÉ DU TABAC COMMERCIAL EN ONTARIO

La concentration de détaillants de tabac est plus importante dans les zones à plus faible revenu en Ontario^{184,185}. Une étude de 2023 a révélé que les cigarettes coûtaient moins cher dans les milieux socioéconomiques défavorisés et dans les réserves des Premières Nations¹⁸⁴⁻¹⁸⁶. Par conséquent, les efforts menés à l'échelle provinciale pour diminuer le nombre de détaillants de tabac doivent également limiter l'accès aux cigarettes à des coûts inférieurs, tout en permettant aux communautés des Premières Nations de générer des recettes grâce à la taxe sur le tabac commercial¹⁸⁶. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac reconnaît les préjudices disproportionnés causés par le tabac commercial sur les communautés des Premières Nations et recommande la mise en œuvre de mesures pour réduire la disponibilité du tabac commercial grâce à une collaboration avec les dirigeants des Premières Nations¹⁸⁷⁻¹⁸⁹. La modélisation suggère que la restriction de la disponibilité du tabac commercial à seulement 50 p. cent des magasins d'alcool pourrait être une mesure efficace pour réduire la prévalence globale du tabagisme et la consommation de tabac chez les Autochtones^{187,190}.

Exposition à la fumée secondaire

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DES POLITIQUES ET PROGRAMMES VISANT À RÉDUIRE L'EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE

L'inhalation de fumée secondaire peut être néfaste pour la santé des non-fumeurs^{191,192}. L'exposition à la fumée secondaire est associée à des cancers du poumon, du sein, du col de l'utérus et colorectal¹⁹³. Les données montrent également un lien entre la fumée secondaire et les maladies cardiaques, la bronchopneumopathie chronique obstructive et les AVC^{191,193}. De plus, les populations vulnérables comme les nourrissons peuvent présenter un risque accru de syndrome de mort subite du nourrisson et les adolescents peuvent présenter un risque accru de mauvais résultats scolaires et de cancer du poumon^{191,193}. La seule stratégie éprouvée pour réduire la fumée secondaire consiste à l'éliminer complètement grâce à des lois anti-tabac¹⁹⁴. On détient moins de renseignements sur l'exposition à la fumée secondaire de cannabis, mais les produits chimiques toxiques similaires présents dans le tabac et les produits du cannabis pourraient également entraîner une détérioration de l'état de santé à cause de la fumée de cannabis¹⁹⁵⁻¹⁹⁷.

POLITIQUES ET PROGRAMMES VISANT À RÉDUIRE L'EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE EN ONTARIO

En Ontario, il est largement interdit de fumer dans les espaces publics (intérieur et extérieur), mais il n'y a pas d'interdiction législative de fumer dans les résidences privées, comme les immeubles, les copropriétés et les coopératives d'habitation dans les immeubles à logements multiples^{198,199}. Les logements sociaux en Ontario sont principalement des complexes d'habitation comme des immeubles d'appartements. De même que les comportements en matière de consommation du tabac, les populations en quête d'équité, y compris les personnes de faible statut socioéconomique, sont plus susceptibles d'être exposées à la fumée secondaire en raison de leurs conditions de vie comme les logements sociaux. Une étude de 2020 a révélé que les Canadiens déclaraient le plus haut niveau d'exposition à la fumée secondaire dans les immeubles à logements multiples par rapport aux personnes du Royaume-Uni et des États-Unis^{200,201}.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE CHEZ LES ADULTES

Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes non-fumeurs de 20 ans et plus ayant déclaré une exposition à la fumée secondaire quotidienne ou quasi quotidienne, par lieu d'exposition. Il intègre les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2019 à 2020.

- De 2019 à 2020, les adultes non-fumeurs en Ontario de 20 ans et plus ont déclaré être exposés à la fumée secondaire plus souvent en public (9,5 p. cent) qu'au travail ou à l'école (6,4 p. cent), à domicile (2,3 p. cent) ou dans une voiture ou un autre véhicule privé (2,3 p. cent) (tableau supplémentaire S8).

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE CHEZ LES ADOLESCENTS

Cet indicateur mesure le pourcentage d'adolescents non-fumeurs de 12 ans à 19 ans ayant déclaré une exposition à la fumée secondaire quotidienne ou quasi quotidienne, par lieu d'exposition. Il intègre les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2019 à 2020.

- De 2019 à 2020, les adolescents non-fumeurs en Ontario de 12 ans à 19 ans ont déclaré être exposés à la fumée secondaire plus souvent en public (14 p. cent) qu'au travail ou à l'école (8,9 p. cent), à domicile (6,4 p. cent) ou dans une voiture ou un autre véhicule privé (3,3 p. cent) (tableau supplémentaire S9).

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : POLITIQUES SANS FUMÉE DANS LES LOGEMENTS SOCIAUX

Cet indicateur porte sur le nombre de fournisseurs de logements sociaux ou de sociétés de logement locales en Ontario ayant mis en œuvre une politique sur des espaces sans fumée dans toutes leurs propriétés.

Il existe des exemples de provinces ou territoires qui ont mis en œuvre une interdiction totale de fumer dans tous les logements sociaux. La Yukon Housing Corporation et la Saskatchewan Housing Corporation ont mis en œuvre des politiques territoriales/provinciales sans fumée dans toutes leurs propriétés^{202,203}. En 2018, le Department of Housing and Urban Development des États-Unis a mis en œuvre une politique sur des espaces sans fumée dans tous les logements sociaux subventionnés par le gouvernement fédéral²⁰⁴.

- En octobre 2022, 32 des 47 fournisseurs de logements sociaux (68 p. cent) avaient mis en place une telle politique s'appliquant à toutes leurs propriétés (tableau 2, tableau supplémentaire S10). Certains fournisseurs de logements sociaux ont précisé avoir mis en place une politique sur des espaces sans fumée pour des bâtiments désignés ou neufs.
- Trois fournisseurs de logements sociaux ont mis en place ces politiques depuis le 1^{er} janvier 2020.
- L'Ontario peut poursuivre sur cette lancée en adoptant une politique provinciale s'appliquant à toutes les sociétés de logement locales ou peut utiliser des mesures incitatives pour encourager la mise en œuvre locale.

Tableau 2 : Politiques sur des espaces sans fumée dans les sociétés de logement locales, Ontario, 2022

Politique sur des espaces sans fumée	Sociétés de logement locales
La société de logement locale a mis en œuvre une politique sur des espaces sans fumée dans toutes ses propriétés.	Algoma - Conseil d'administration des services du district d'Algoma, services de logement Bruce County Housing Corporation Chatham-Kent Housing Services City of Cornwall, Housing Services Division CityHousing Hamilton Cochrane District Social Services Administration Board County of Wellington Housing Services District Municipality of Muskoka Social Housing District of Timiskaming Social Services Administration Board Dufferin County Housing Corporation Durham Regional Local Housing Corporation Grey County and Owen Sound Housing Corporation Hastings Local Housing Corporation Housing York Inc. Huron County Housing Corporation Kenora District Services Board Lanark County Housing Corporation Manitoulin-Sudbury District Services Board, Community Housing Northumberland County Housing Corporation Ottawa - Logement communautaire d'Ottawa Peel Housing Corporation operating as Peel Living* Perth & Stratford Housing Corporation Prescott-Russell Housing Services Prince Edward-Lennox & Addington Housing Corporation Rainy River District Social Services Administration Board Renfrew County Housing Corporation Sault Ste. Marie Housing Corporation Simcoe - Société de logement du comté de Simcoe* Thunder Bay - Conseil d'administration des services sociaux du district de Thunder Bay The United Counties of Leeds and Grenville, Social Housing Dept. Waterloo Region Housing Windsor Essex Community Housing Corporation
La société de logement locale n'a PAS mis en œuvre une politique sur des espaces sans fumée dans toutes ses propriétés.	Brant and Brantford Local Housing Corporation* County of Lambton District of Nipissing Social Services Administration Board, Social Housing* District of Parry Sound Social Services Administration Board* Greater Sudbury Housing Corporation Haldimand-Norfolk Housing Corporation Halton Community Housing Corporation Kawartha Lakes Haliburton Housing Corporation Kingston and Frontenac Housing Corporation London Middlesex - Société de logement de London et Middlesex* Niagara Regional Housing Oxford County Housing Corporation* Peterborough Housing Corporation St. Thomas and Elgin County Housing Corporation* Toronto Community Housing Corporation

Source :	Sociétés de logement locales
Remarques :	Des renseignements détaillés sur les politiques sans fumée sont présentés au tableau supplémentaire S10. Télécharger les tableaux supplémentaires à la page santeontario.ca/igsdp . L'existence d'une politique sans fumée pour chaque société de logement locale a été établie par l'étude de leurs sites Web et en communiquant avec chaque société pour vérifier l'information trouvée. * Les renseignements proviennent du site Web de la société seulement; la société n'a pas vérifié ou confirmé cette information.

Renoncement au tabac

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DES INTERVENTIONS DE RENONCEMENT AU TABAC

La dépendance et l'accoutumance à la nicotine sont considérées comme une maladie chronique en raison des nombreuses rechutes qui surviennent après des tentatives de renoncement au tabac²⁰⁵. Les lignes directrices cliniques recommandent la thérapie de remplacement de la nicotine comme traitement de première intention pour le renoncement au tabac avec des médicaments sur ordonnance (bupropion et varenicline)²⁰⁵. Bien que les thérapies fondées sur des données probantes soient considérées comme efficaces pour aider les gens à arrêter de fumer, il peut exister des difficultés en fonction de la volonté de la personne, de la gravité de l'accoutumance à la nicotine et des symptômes de sevrage²⁰⁵.

En 2022, 87 p. cent des centres de cancérologie du Canada offraient des services de soutien au renoncement au tabac²⁰⁶. Une ligne sans frais nationale permet de consulter un accompagnateur en renoncement au tabac et des services de soutien gratuits offerts par des professionnels formés sont également disponibles dans la province²⁰⁶. Santé Canada a élaboré des lignes directrices cliniques sur le renoncement au tabac pour de nombreuses populations, notamment²⁰⁷ :

- les Autochtones;
- les populations en milieu hospitalier;
- les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et d'autres dépendances;
- les personnes enceintes et allaitantes;
- les jeunes (enfants et adolescents);
- la population générale.

PROGRAMMES DE RENONCEMENT AU TABAC EN ONTARIO

L'Ontario propose plusieurs types de soutien pour arrêter de fumer, ainsi que des approches ciblées pour certaines populations, notamment²⁰⁸⁻²¹⁰ :

- du counseling individuel par un médecin de famille;
- le Programme d'abandon du tabagisme offert en pharmacie de l'Ontario (limité aux prestataires du Programme de médicaments de l'Ontario);
- Santé811 pour des services de soutien en renoncement au tabac;
- Téléassistance pour fumeurs de la Société canadienne du cancer;
- Je te laisse : une appli mobile gratuite pour aider les jeunes à cesser de fumer;
- les programmes de traitement et les cliniques de la dépendance à la nicotine du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH);
- le programme Smoking Cessation (Abandon du tabac) au centre de cancérologie Princess Margaret, à l'hôpital général de Toronto et au Toronto Western Hospital de l'University Health Network;
- le programme de renoncement au tabac de l'Université Lakehead;
- le Programme d'abandon du tabac de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa;

- le Programme pour la lutte contre le tabagisme chez les peuples autochtones.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : TENTATIVES DE RENONCEMENT AU TABAC

Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes de 25 ans et plus qui ont déclaré fumer quotidiennement ou occasionnellement ou avoir fumé au cours du moins précédent et avoir fumé plus de 100 cigarettes dans leur vie, et qui ont déclaré avoir fait une ou plusieurs tentatives sérieuses de renoncement au tabac au cours des 12 derniers mois. Une « tentative sérieuse » désigne le fait d'arrêter de fumer pendant au moins 24 heures. Cet indicateur comprend les données de 2022 du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), préparées par Santé publique Ontario.

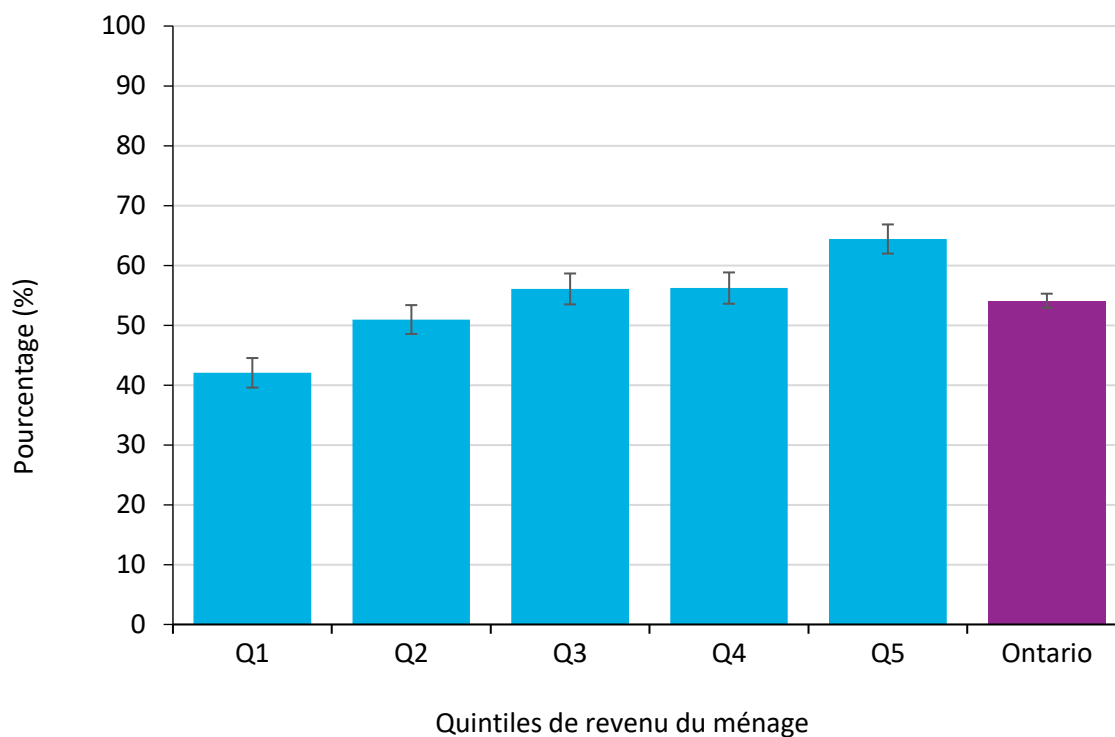
- En 2022, 47,8 p. cent des adultes fumeurs ont fait une ou plusieurs tentatives de renoncement au tabac au cours des 12 mois précédant l'enquête (tableau supplémentaire S11). Les analyses complémentaires par âge, sexe, niveau de revenu, lieu de résidence (zone rurale ou urbaine), statut d'immigrant et groupe racial sont disponibles au tableau supplémentaire S11.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : RENONCEMENT AU TABAC À LONG TERME

Cet indicateur, également appelé rapport de renoncement au tabac, mesure le pourcentage d'adultes de 20 ans et plus déclarant avoir fumé quotidiennement ou occasionnellement et avoir complètement arrêté de fumer il y a au moins un an. Il intègre les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2017 à 2020.

- De 2017 à 2020, 54,1 p. cent des adultes en Ontario de 20 ans et plus ont déclaré avoir fumé quotidiennement ou occasionnellement et avoir arrêté complètement au moins un an auparavant (tableau supplémentaire S12).
- Les adultes de ménages à plus faible revenu étaient moins susceptibles de déclarer un renoncement au tabac à long terme (figure 3, tableau supplémentaire S12).
- Une analyse réalisée par un bureau de santé publique a montré que la prévalence du renoncement au tabac à long terme était de 46,9 p. cent au plus bas et 62,8 p. cent au plus haut dans différentes régions de l'Ontario (figure 4, tableau supplémentaire S13).

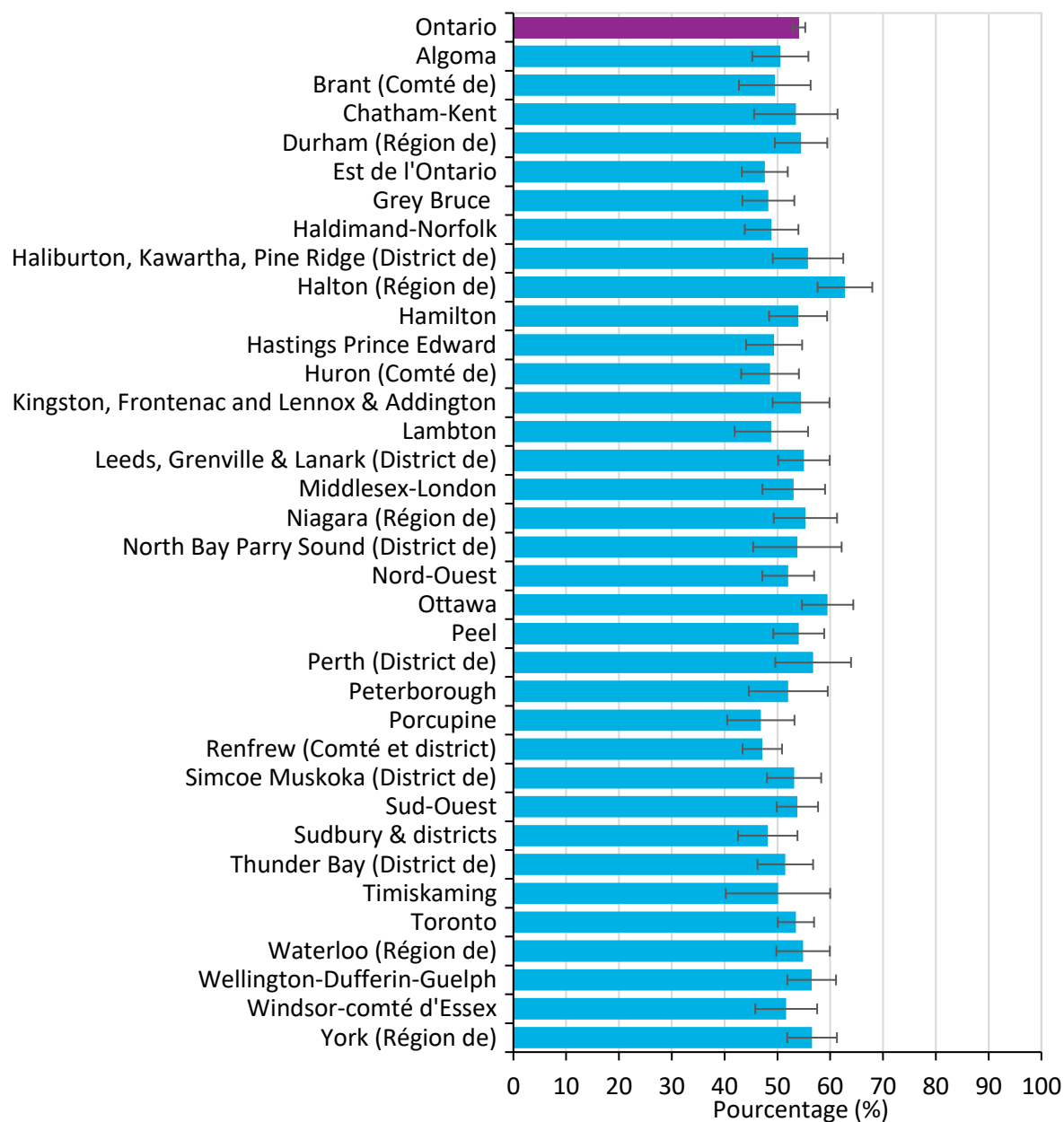
Figure 3 : Pourcentage d'adultes (20 ans et plus) ayant déclaré avoir fumé quotidiennement ou occasionnellement et arrêté complètement au moins 1 an auparavant, par quintiles de revenu du ménage, en Ontario, données combinées pour 2017-2020



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2017-2020 (Statistique Canada)

Remarques : —|— représente 95 % d'intervalle de confiance. « Q1 » représente le quintile de revenu du ménage le plus bas et « Q5 » le quintile le plus haut. Les données sont présentées dans le tableau supplémentaire S12. Télécharger les tableaux supplémentaires à la page santeontario.ca/igsq. Les estimations sont ajustées en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 2011.

Figure 4 : Pourcentage d'adultes (20 ans et plus) ayant déclaré avoir fumé quotidiennement ou occasionnellement et arrêté complètement au moins 1 an auparavant, par bureau de santé publique, en Ontario, données combinées pour 2017-2020



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2017-2020 (Statistique Canada)

Remarques : —|— représente 95 % d'intervalle de confiance. Les données sont présentées dans le tableau supplémentaire S13. Télécharger les tableaux supplémentaires à la page santeontario.ca/igsdp. Les estimations sont ajustées en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 2011.

Possibilités de réduire le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire

- Augmenter les prix du tabac grâce à l'imposition afin que les taxes représentent au moins 75 p. cent du prix de vente au détail.
- Mettre en œuvre des politiques visant à réduire la disponibilité des détaillants de tabac en Ontario.
- Mettre en œuvre des politiques pour réduire la densité et la proximité des détaillants de tabac.
- Augmenter le nombre de logements sociaux et autres complexes d'habitation ayant mis en place des politiques sur les espaces sans fumée.
- Augmenter les fonds destinés aux programmes de renoncement au tabac pour garantir l'accès gratuit aux services de counseling et à la pharmacothérapie, en particulier pour les populations en quête d'équité.



Consommation d'alcool

Alcool et risque de maladies chroniques

Les données montrent un lien entre la consommation d'alcool et le risque de maladies chroniques^{211,212}. Les boissons alcoolisées sont classées comme des agents cancérogènes par le Centre International de Recherche sur le Cancer, et leur consommation même à petites doses augmente le risque de développer des cancers de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du foie, colorectal et du sein chez la femme^{143,213-216}. Les données suggèrent également que la consommation d'alcool est un facteur de risque des maladies cardiovasculaires y compris l'hypertension, la cardiomyopathie, la fibrillation auriculaire et l'AVC. Toutefois, le lien est complexe et diffère selon la quantité d'alcool consommé²¹⁷. De récentes recherches ont démontré que n'importe quel niveau de consommation d'alcool est néfaste pour la santé générale²¹⁷⁻²²⁰, ce qui remet en question des conclusions antérieures sur les effets protecteurs d'une petite quantité d'alcool contre les maladies cardiovasculaires et le diabète^{151,221-225}.

Les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada 2023* par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage des substances indiquent que tout niveau de consommation d'alcool est associé à un risque et que la consommation doit être réduite au maximum²²⁶. Chez les personnes en bonne santé, l'approche de réduction des méfaits indique que deux verres standards ou moins par semaine entraîne des risques faibles à négligeables, et ces risques deviennent modérés et plus pour les personnes qui consomment trois verres par semaine ou plus²²⁶.

La consommation d'alcool en Ontario

Au cours d'une année moyenne en Ontario, 4,3 p. cent des décès, 3,7 p. cent des visites au service d'urgence et 2,1 p. cent des hospitalisations toutes causes confondues sont attribuables à la consommation d'alcool¹⁵¹. Les données suggèrent que le fardeau des méfaits liés à l'alcool est supérieur chez les personnes à faible revenu, même si leurs niveaux de consommation sont inférieurs^{227,228}. Par exemple, les personnes dans le quintile de revenu du quartier le plus faible ont plus que doublé le taux de visites au service d'urgence liées à l'alcool par rapport aux personnes dans le quintile de revenu le plus élevé^{227,228}.

En 2020, le total des coûts en Ontario associés à la consommation d'alcool était le plus haut, avec 7,1 milliards de dollars par rapport aux autres substances utilisées à des fins récréatives comme le tabac (4,1 milliards de dollars) et les opioïdes (2,7 milliards de dollars)^{226,229}.

Conclusions liées aux indicateurs : consommation d'alcool chez les adultes

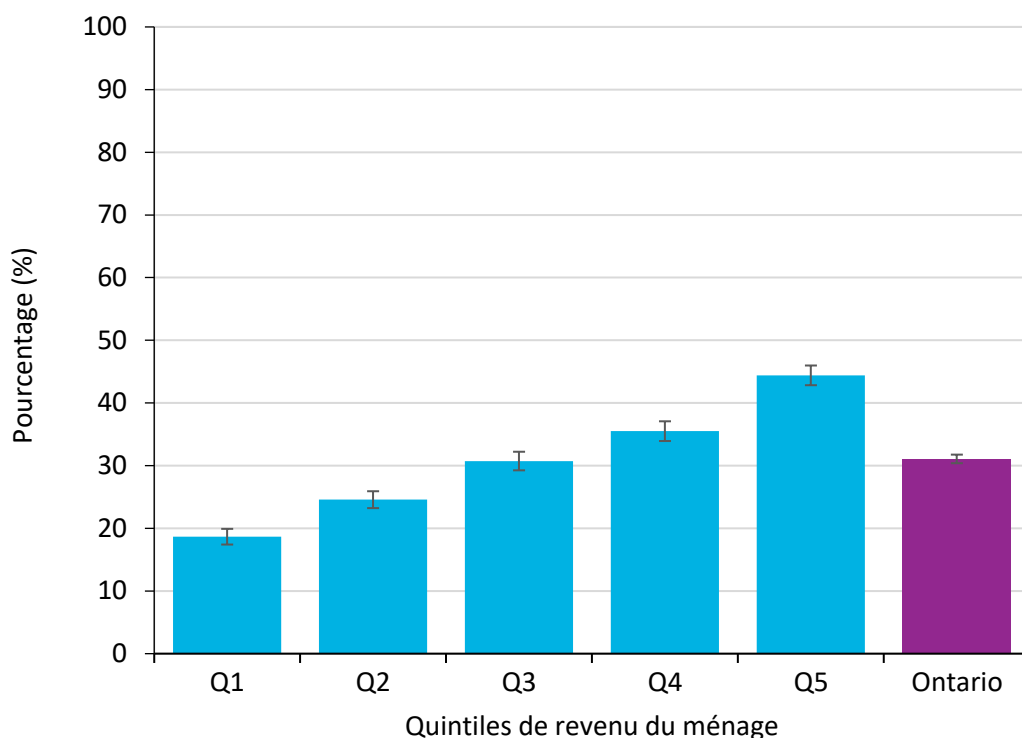
Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes de 19 ans et plus ayant déclaré avoir bu plus de deux verres de boissons alcoolisées au cours de la semaine précédant l'enquête. Il intègre les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2017 à 2020.

- De 2017 à 2020, 31,1 p. cent des adultes de 19 ans et plus ont déclaré avoir bu plus de deux verres de boissons alcoolisées au cours de la semaine précédente, dépassant ainsi le seuil de faible risque recommandé par les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* du CCDUS (tableau supplémentaire S14).
- Les hommes (37,7 p. cent) étaient plus susceptibles que les femmes (24,8 p. cent) de dépasser les directives en matière de consommation d'alcool, ainsi que les personnes vivant en zones

rurales (37,1 p. cent) comparé aux personnes vivant en zones urbaines (30,5 p. cent) (tableau supplémentaire S14).

- Les personnes du quintile de revenu du ménage le plus élevé étaient plus susceptibles de dépasser les directives de consommation d'alcool que les personnes des autres quintiles (figure 5, tableau supplémentaire S14).
- La consommation d'alcool variait également selon le groupe racial et le statut d'immigrant (tableau supplémentaire S14).

Figure 5 : Pourcentage d'adultes (19 ans et plus) ayant déclaré avoir bu plus de deux verres de boissons alcoolisées au cours de la semaine précédente, par quintiles de revenu du ménage, Ontario, 2017–2020 combinées



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2017-2020 (Statistique Canada)

Remarques : I—I représente 95 % d'intervalle de confiance. « Q1 » représente le quintile de revenu du ménage le plus bas et « Q5 » le quintile le plus haut. Les données sont présentées dans le tableau supplémentaire S14. Télécharger les tableaux supplémentaires à la page santeontario.ca/igsp. Les estimations sont ajustées en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 2011.

La prévalence de consommation d'alcool est soumise aux limites des données autodéclarées, comme d'autres indicateurs présentés dans ce rapport qui dépendent des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. La consommation d'alcool est probablement sous-déclarée²³⁰. Les conclusions de ce rapport ont démontré que les personnes dans le quintile de revenu du ménage le plus élevé étaient plus susceptibles de dépasser les directives de consommation d'alcool que celles des autres quintiles, mais des études ont révélé que les personnes ayant un faible niveau socioéconomique sont touchées de façon disproportionnée par les effets néfastes de l'alcool, bien plus que celles ayant un

niveau socioéconomique plus élevé, malgré des niveaux de consommation d'alcool similaires ou inférieurs²³¹.

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, les comportements liés à la consommation d'alcool peuvent avoir changé en Ontario²³². La Série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes (SEPC) de Statistique Canada révélait en mars 2021 une hausse de l'hyperalcoolisation rapide (définie comme la consommation de cinq verres ou plus en une occasion), et une hausse de 30 p. cent en Ontario, soit la plus élevée de toutes les provinces^{232,233}. Des conclusions similaires ont été indiquées par le CCDUS dans le cadre de son sondage de mai 2020, qui a révélé que près de 10 p. cent des Canadiens déclaraient boire plus souvent en mai qu'en avril 2020²³⁴. Les raisons indiquées de cette hausse de la consommation étaient l'absence d'horaire régulier, l'ennui et le stress²³⁴.

Politiques et programmes visant à réduire la consommation d'alcool

Le Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030 de l'Organisation mondiale de la Santé annonce que la réduction de la consommation néfaste d'alcool est une priorité de santé publique^{235,236}. Les politiques en matière d'alcool les plus rentables sont celles liées à la tarification de l'alcool (augmentation des taxes sur les boissons alcoolisées), de la disponibilité de l'alcool (restriction de la disponibilité physique des détaillants d'alcool) et l'interdiction des publicités pour l'alcool dans divers médias^{235,237,238}. En raison des effets d'une forte consommation d'alcool sur les violences sexistes et le renforcement des iniquités existantes, la réduction de la consommation mondiale d'alcool concorde également avec plusieurs Objectifs de développement durable (ODD) pour 2030 des Nations unies sur l'éradication de la pauvreté, l'atteinte de l'égalité des sexes et la promotion de la paix et de la justice^{235,238-241}.

Tarification de l'alcool

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DE LA HAUSSE DU PRIX DE L'ALCOOL

Une étude canadienne de 2020 a révélé que les taxes d'accises sur l'alcool ajustées à l'inflation sont plus efficaces que les taxes par volume seules pour réduire les décès et hospitalisations liés à l'alcool²⁴². La fixation du prix unitaire minimum est liée au degré d'alcool (pourcentage d'alcool) qui est supérieur pour les boissons les plus fortes²⁴². La modélisation comprenant des mesures supplémentaires comme une tarification unitaire minimum (p. ex., 1,75 \$ par boisson standard) montrait une réduction des dommages liés à l'alcool tout en augmentant les recettes fédérales²⁴². Des politiques de fixation du prix minimum sont en place dans 10 provinces sur 13 au Canada. Toutefois, elles ne sont pas aussi efficaces que les politiques de prix unitaire minimum corrigé en fonction de l'inflation²⁴².

LA TARIFICATION DE L'ALCOOL EN ONTARIO

En 2021, l'Ontario a baissé les prix de gros de l'alcool pour soutenir les entreprises touchées par la pandémie de COVID-19, y compris les restaurants et les bars²⁴³. Ce changement a permis aux entreprises servant de l'alcool d'économiser 20 p. cent par rapport aux prix de détail²⁴³. Cela signifie également que le prix des spiritueux vendus dans des établissements détenteurs d'un permis a baissé²⁴³. De plus, l'augmentation de la taxe de base sur la bière prévue au 1^{er} mars 2022 a été reportée à 2023 pour soutenir les brasseurs de bières²⁴³.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : PRIX MINIMUM DE L'ALCOOL

L'indicateur du prix unitaire minimum présente les données transmises par la Régie des alcools de l'Ontario (LCBO) depuis environ dix ans (2013 à 2022). Cet indicateur montre que le coût de la bière, en particulier la bière contenant moins de 6 p. cent d'alcool par volume, est très inférieur au prix minimum recommandé pour réduire la consommation d'alcool à l'échelle de la population.

- Selon les prix établis par la LCBO le 1^{er} mars 2022, les prix minimum pour l'alcool (par boisson standard) vendu dans les magasins de détail et à consommer hors établissement en Ontario

allaient de 1,06 \$ (bière contenant moins de 5 p. cent d'alcool par volume) à 1,63 \$ (spiritueux contenant 40 p. cent d'alcool par volume) (tableau supplémentaire S15).

- Aucun type de produit contenant de l'alcool (bière, vin, spiritueux) ne respecte le prix unitaire minimum recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé, qui est de 1,97 \$ par boisson standard (17,05 millilitres d'alcool) en dollars de 2022.
- L'écart entre le prix minimum recommandé et le prix réel de détail par boisson standard s'est creusé depuis 2013, la plus grande différence ayant été observée en 2022, ce qui signifie que les prix de l'alcool augmentent à un rythme inférieur à celui recommandé par l'OMS.

Disponibilité de l'alcool

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DE LA LIMITATION DE LA DISPONIBILITÉ DE L'ALCOOL

Les données montrent un lien entre la consommation d'alcool et la disponibilité des détaillants d'alcool²⁴⁴. Une étude de 2022 démontrait un lien entre une zone plus dense en détaillants d'alcool et une plus grande consommation d'alcool, et le nombre de verres consommés par jour diminuait à mesure qu'on s'éloignait des détaillants d'alcool²⁴⁴. Pour être efficaces, les réglementations visant à réduire la consommation d'alcool devraient comprendre un plus grand contrôle des ventes d'alcool à consommer sur place (bars et restaurants) et à emporter (détaillants d'alcool et épiceries), ainsi que des heures de vente au détail limitées²⁴⁵.

Pendant la pandémie de COVID-19, plusieurs réglementations ont été modifiées en Ontario pour accroître la disponibilité de l'alcool, y compris l'autorisation de la vente à emporter et de la livraison d'alcool avec de la nourriture par les établissements titulaires d'un permis de vente d'alcool, de la vente et du service d'alcool sur les bateaux à quai, ainsi que la réduction des frais minimum de livraison d'alcool et l'extension des heures de vente des épiceries et magasins d'alcool autorisés²⁴⁶. Les chercheurs ont constaté que les ventes d'alcool ont augmenté, représentant une hausse de plus de 250 millions de dollars au cours du premier trimestre de la pandémie de COVID-19 par rapport à la même période avant la pandémie²⁴⁷. En effet, l'année 2021 a connu la plus importante hausse des ventes annuelles d'alcool de la décennie²⁴⁸.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : MAGASINS DE VENTE D'ALCOOL PRIVÉS

Cet indicateur mesure le pourcentage de détaillants d'alcool (points de vente d'alcool à consommer hors établissement, qui sont des magasins où les clients achètent de l'alcool pour le consommer ailleurs) privés en Ontario, par bureau de santé publique. Cela comprend les données de 2022 tirées de diverses sources.

- En 2022, 74,7 p. cent des détaillants d'alcool en Ontario étaient des entreprises privées (tableau supplémentaire S16), ce qui représente 4,6 p. cent de moins qu'en 2019 (79,3 p. cent d'entreprises privées, selon les données de l'Indice de qualité du système de prévention 2020) et 1,2 p. cent de moins qu'en 2015 (75,9 p. cent d'entreprises privées, selon les données de l'Indice de qualité du système de prévention 2016).
- Une analyse réalisée par un bureau de santé publique a montré que le pourcentage de détaillants d'alcool privés était de 46,2 p. cent au plus bas et 83,1 p. cent au plus haut dans différentes régions de l'Ontario (tableau supplémentaire S16).

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : DENSITÉ DES DÉTAILLANTS D'ALCOOL

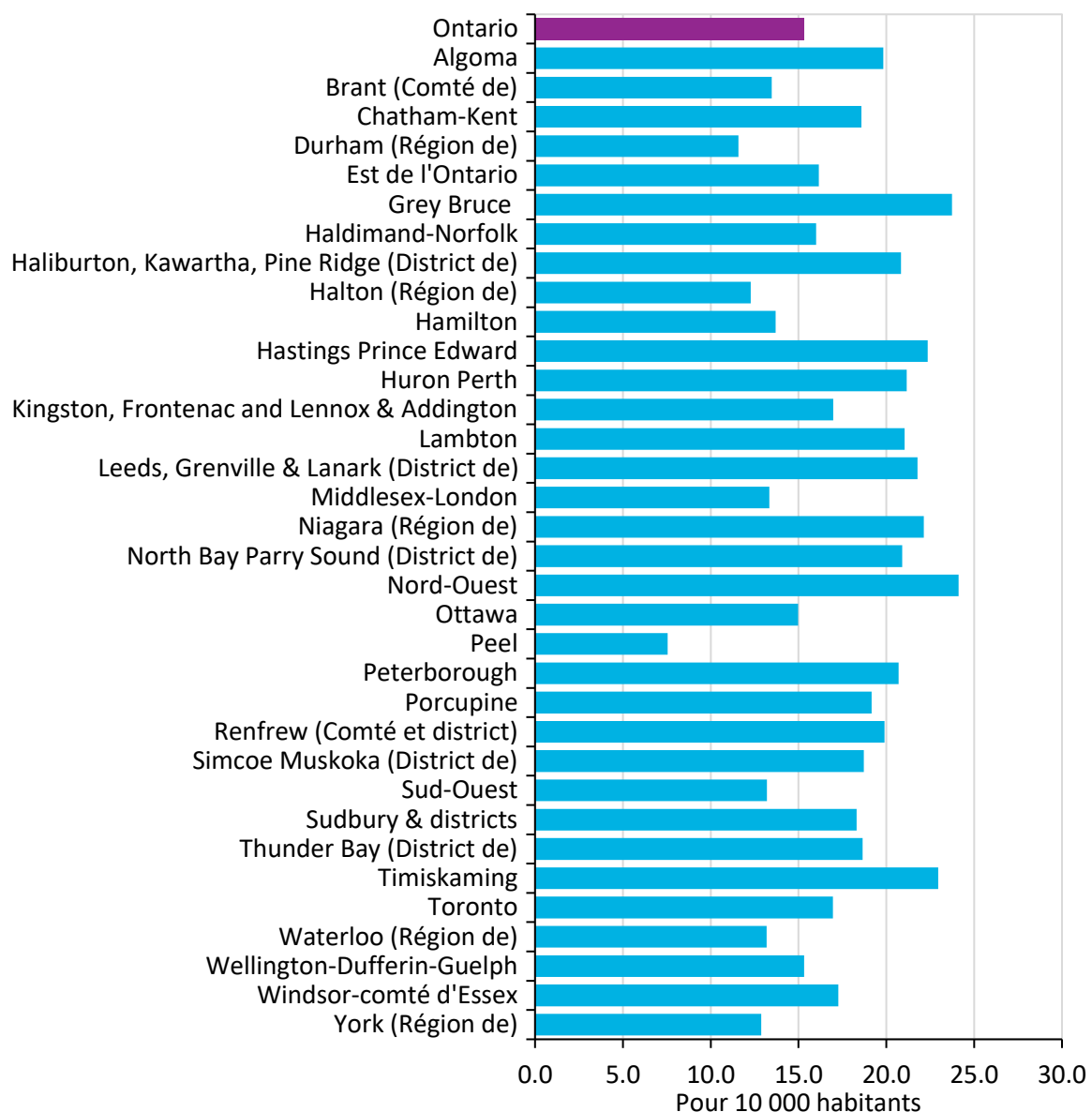
Cet indicateur mesure le nombre de détaillants de ventes d'alcool à consommer sur place et hors établissement pour 10 000 habitants (de 15 ans et plus) en Ontario, par bureau de santé publique. Cela comprend les données de 2022 tirées de diverses sources.

- En 2022, la densité totale des détaillants d'alcool (à consommer sur place et hors établissement) en Ontario était de 15,3 pour 10 000 habitants (de 15 ans et plus) (figure 6,

tableau supplémentaire S17). Une analyse réalisée par un bureau de santé publique a montré que la densité des détaillants d'alcool était de 7,6 pour 10 000 habitants au plus bas et 24,1 pour 10 000 habitants au plus haut dans différentes régions de l'Ontario (figure 6, tableau supplémentaire S17).

- La densité des détaillants de vente d'alcool à consommer sur place (lieux où les clients achètent de l'alcool à consommer sur place, comme les restaurants et les bars) en Ontario était de 13,2 pour 10 000 habitants (de 15 ans et plus) (tableau supplémentaire S17).
- La densité des points de vente d'alcool à consommer hors établissement (détaillants où les clients achètent de l'alcool à consommer ailleurs, comme les LCBO) en Ontario était de 2,1 pour 10 000 habitants (de 15 ans et plus) (tableau supplémentaire S17).

Figure 6 : Nombre total de magasins de vente d'alcool pour 10 000 habitants (15 ans ou plus), par bureau de santé publique, en Ontario, 2022



Source : The Beer Store, Commission des alcools et des jeux de l'Ontario, Régie des alcools de l'Ontario. Estimations de la population, ministère des Finances, 2022 (Statistique Canada)

Remarques : Le nombre total de points de vente d'alcool correspond à la somme du nombre de points de vente d'alcool à consommer sur place et hors établissement. Les points de vente d'alcool à consommer sur place sont les établissements où les clients achètent de l'alcool qu'ils consomment sur place (p. ex., restaurants et bars). Les points de vente d'alcool à consommer hors établissement sont les magasins où les clients achètent de l'alcool qu'ils consommeront ailleurs. Les données sont présentées dans le tableau supplémentaire S17. Télécharger les tableaux supplémentaires à la page santeontario.ca/iqsp.

Marketing, promotion et publicité sur l'alcool

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DE LA RÉGLEMENTATION DU MARKETING, DE LA PROMOTION ET DE LA PUBLICITÉ DE L'ALCOOL

Les entreprises d'alcool utilisent souvent des campagnes de marketing en ligne sophistiquées pour cibler les jeunes adultes et les grands buveurs²⁴⁹. Dans son rapport de 2022 *Réduire les méfaits de l'alcool en réglementant les activités transfrontalières de marketing, de publicité et de promotion de l'alcool*, l'Organisation mondiale de la Santé aborde les inquiétudes liées au marketing numérique et la façon dont les réglementations devront être harmonisées à l'échelle mondiale pour tenir compte du public transnational²⁴⁹. Les données suggèrent que les fabricants de produits alcoolisés qui ciblent les jeunes dans leurs activités de marketing pourraient promouvoir des comportements favorables à la consommation d'alcool²⁵⁰.

Les publicités sur l'alcool ciblant des mineurs sont interdites en Ontario dans les médias traditionnels comme la télévision, la radio et la presse écrite. Toutefois, les plateformes de médias sociaux sont relativement nouvelles et les publicités liées à l'alcool peuvent ne pas être bien contrôlées²⁵⁰. La Suède et la Finlande ont interdit la publicité sur l'alcool sur les plateformes des médias sociaux et veillent au respect de cette réglementation par le biais d'une surveillance active²⁴⁹⁻²⁵¹. Ces deux pays ont alors constaté une réduction de la consommation d'alcool chez les mineurs par rapport au reste de l'Europe²⁴⁹⁻²⁵¹. Les publicités sur l'alcool, associées à une plus grande disponibilité des boissons à des prix réduits, pourraient accroître la facilité d'accès pour les jeunes et les jeunes adultes qui présentent un risque accru de subir des conséquences négatives de la consommation d'alcool^{250,252,253}.

DONNÉES PROBANTES POUR L'ÉTIQUETAGE DE L'ALCOOL

Un autre outil pour lutter contre les activités de marketing et promotion de l'alcool comprend les étiquettes d'avertissement²⁵⁴. Ces stratégies sont efficaces lorsqu'elles sont employées conjointement avec d'autres réglementations des activités de marketing de l'alcool^{249,254}. Un rapide examen de 2022 sur l'étiquetage de l'alcool a révélé que les étiquettes d'avertissement sur les risques pour la santé liés à l'alcool, comme le risque de développer un cancer, permettent de sensibiliser davantage les consommateurs aux dangers de l'alcool et pourrait réduire l'intention d'en consommer à l'excès²⁵⁵. Sur le territoire du Yukon, un projet pilote d'étiquetage de l'alcool avec des avertissements concernant le cancer du sein et le cancer du côlon a été lancé^{254,256}. Toutefois, les menaces de procès des fabricants de produits alcoolisés ont entraîné l'annulation du projet quatre semaines après son lancement²⁵⁴. Néanmoins, les chercheurs ont tout de même été capables de déterminer que la sensibilisation accrue concernant l'effet cancérigène de l'alcool a réduit la consommation et a encouragé les consommateurs à soutenir d'autres mesures politiques visant à réduire la consommation d'alcool^{255,257,258}.

Gestion des risques modérés et élevés liés à la consommation d'alcool

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DES MESURES DE GESTION DES RISQUES MODÉRÉS ET ÉLEVÉS LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Comme déclaré par l'Institut canadien d'information sur la santé, les hospitalisations dues à l'alcool ont augmenté pendant la pandémie de COVID-19 en Ontario²⁵⁹. Une étude de 2021 a révélé que les visites au service d'urgence dues à l'alcool étaient plus fréquentes chez les personnes vivant en zones rurales et dans des quartiers à faible revenu²⁶⁰.

Le trouble lié à la consommation d'alcool peut imposer un lourd fardeau sur le système de soins, en raison de ses effets néfastes sur le bien-être physique, social et économique²⁶¹. En janvier 2021, le ministre de la Santé a annoncé l'octroi de fonds pour l'élaboration des premières lignes directrices nationales sur la consommation d'alcool à risque élevé et le trouble de l'usage de l'alcool²⁶². Ces lignes directrices permettront aux professionnels de la santé de repérer rapidement les habitudes de

consommation nocives afin d’agir sur celles-ci, grâce à des ressources adaptées à des populations précises comme les personnes enceintes et les Autochtones²⁶². Le dépistage systématique d’un problème de consommation d’alcool devrait cibler les populations à risque en plus des personnes atteintes d’un trouble lié à la consommation d’alcool^{261,263}. De plus, les médicaments utilisés pour traiter le trouble lié à la consommation d’alcool sont souvent payés par le patient ou par des régimes d’assurance privés, ce qui pourrait être un obstacle pour les personnes à faible revenu²⁶³. Des politiques systémiques devraient permettre d’assurer le financement public des médicaments comme la naltrexone et l’acamprosate, qui sont des outils efficaces pour traiter les troubles sévères liés à l’alcool²⁶³. Les autres mesures d’intervention efficaces pour améliorer le traitement des troubles liés à la consommation d’alcool sont l’augmentation de l’accès au counseling pendant le traitement médicamenteux, le triage immédiat pour orienter la personne vers des programmes contre l’alcoolisme et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé²⁶³.

GESTION DES RISQUES MODÉRÉS ET ÉLEVÉS LIÉS À LA CONSOMMATION D’ALCOOL EN ONTARIO

En 2018, environ 17,6 p. cent des personnes de 12 ans et plus en Ontario déclaraient consommer de l’alcool en grande quantité au moins une fois par mois au cours de cette année-là^{261,264}. Il y a eu une légère diminution en 2020, avec 15 p. cent des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré avoir consommé quatre verres ou plus pour les femmes et cinq ou plus pour les hommes en une occasion au moins une fois par mois au cours de cette année-là²⁶⁵. Il manque des données pour les jeunes âgés de 12 à 17 ans en Ontario, mais les chiffres de Statistique Canada suggèrent une légère augmentation de la consommation excessive d’alcool dans cette tranche d’âge et chez les jeunes adultes (18 à 34 ans) de 2020 à 2021^{264,265}. Bien souvent, les personnes atteintes de troubles liés à la consommation d’alcool ont subi des traumatismes de l’enfance ou ont des problèmes de santé mentale comorbides^{261,266,267}. Pour répondre à ces problèmes de santé mentale, l’Ontario met en place un nouveau système de gestion de la santé mentale et des dépendances appelé *Feuille de route vers le mieux-être*, qui aidera à coordonner les services et à assurer une gestion et un soutien à long terme^{261,267}.

Possibilités de réduction des effets néfastes liés à l’alcool

- Augmenter le prix unitaire minimum de l’alcool afin de respecter les recommandations de l’Organisation mondiale de la Santé.
- Appuyer les politiques visant à réduire la disponibilité de l’alcool, y compris l’examen des réglementations assouplies pendant la pandémie.
- Appuyer et faire appliquer les réglementations liées à l’alcool sur les plateformes de médias sociaux qui font la promotion de produits alcoolisés auprès des jeunes.
- Appuyer le renforcement et le caractère obligatoire des étiquettes d’avertissement sur les produits alcoolisés pour sensibiliser davantage les consommateurs et réduire le risque de consommation excessive.
- Réduire les obstacles d’accès aux médicaments pour traiter les troubles liés à la consommation d’alcool.



Alimentation saine

Alimentation et risque de maladies chroniques

Une alimentation saine est associée à une diminution du risque de développer des maladies chroniques :

- La consommation de céréales complètes, de produits laitiers allégés et d'aliments riches en fibres est susceptible de réduire le risque de développer un cancer colorectal^{268,269}, alors que les régimes riches en viandes rouges ou transformées augmentent ce risque²⁶⁹.
- Les légumes non amylacés et les fruits sont susceptibles de réduire le risque de développer un cancer des voies respiratoires supérieures ou un cancer du tube digestif²⁷⁰.
- Les alimentations riches en fruits, légumes et céréales complètes permettent de réduire le risque de développer des maladies cardiométaboliques²⁷¹. De plus, la diminution de l'apport en sel peut contribuer à une réduction de 20 p. cent du risque d'AVC et de maladies cardiaques²⁷².
- La consommation de produits laitiers allégés peut permettre de réduire le risque de développer un diabète de type 2, alors que les boissons sucrées peuvent augmenter ce risque²⁷³⁻²⁷⁶.
- Une importante consommation de légumes, de fruits et de fibres est associée à une diminution du risque de développer une bronchopneumopathie chronique obstructive, alors que la consommation de viandes rouges et transformées, de desserts et de céréales raffinées pourrait augmenter ce risque²⁷⁷⁻²⁸⁰.

Recommandations en matière d'alimentation saine

Le Guide alimentaire canadien 2019 et le World Cancer Research Fund recommandent ce qui suit en matière d'alimentation saine :

- Choisir des aliments contenant des céréales complètes, des haricots et des légumes le plus souvent possible^{281,282}.
- Manger cinq portions de fruits et légumes non amylacés par jour²⁸².
- Réduire la consommation de viande rouge à trois portions par semaine^{281,283}.
- Choisir des gras non saturés plus sains provenant d'aliments comme les noix, les graines, les avocats et le poisson gras²⁸¹.
- Limiter les boissons sucrées et boire de l'eau ou des boissons non sucrées^{281,284}.
- Réduire la consommation d'aliments traités à forte teneur en matières grasses, en amidons et en sucres ajoutés^{281,285}.

Le rapport 2020 de l'IQSP comprenait un examen des programmes alimentaires communautaires et d'approvisionnement en aliments sains; toutefois, en raison du peu de nouvelles informations dans ce domaine, ce contenu n'a pas été ajouté au rapport 2023.

L'alimentation saine en Ontario

Conclusions liées aux indicateurs : alimentation saine en Ontario

Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes (18 ans et plus) et d'adolescents (12 à 17 ans) ayant déclaré manger moins de cinq portions de fruits et légumes par jour. Il intègre les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2015 à 2017.

- Sur la période 2015-2017, 77,1 p. cent des adultes de 18 ans et plus en Ontario ont déclaré manger moins de cinq portions de fruits et légumes par jour (tableau supplémentaire S18).

- Les adultes du quintile de revenu du ménage le plus faible étaient plus nombreux (82 p. cent) à déclarer une consommation insuffisante de fruits et légumes par rapport à ceux du quintile de revenu du ménage le plus élevé (74,7 p. cent) (tableau supplémentaire S18).
- De même, les hommes étaient plus nombreux (83 p. cent) à déclarer une consommation insuffisante que les femmes (71,5 p. cent) (tableau supplémentaire S18).
- Sur la période 2015-2017, 79,4 p. cent des adolescents de 12 ans à 17 ans en Ontario ont déclaré manger moins de cinq portions de fruits et légumes par jour (tableau supplémentaire S19).
 - De même que pour les adultes, les adolescents du quintile de revenu du ménage le plus faible étaient plus nombreux (82,7 p. cent) à déclarer une consommation insuffisante de fruits et légumes par rapport à ceux du quintile de revenu du ménage le plus élevé (72,8 p. cent) (tableau supplémentaire S19).

La pandémie de COVID-19 a probablement eu une incidence sur les habitudes alimentaires des ménages en Ontario. Une étude a révélé que du 24 avril 2020 au 13 juillet 2020, la prévalence d'adultes en Ontario ayant déclaré manger moins de cinq portions de fruits et légumes par jour a diminué par rapport aux données d'avant la pandémie²⁸⁶. Selon une autre étude réalisée en Ontario entre mai et août 2020, 54 p. cent des répondants ont déclaré que leurs habitudes alimentaires avaient changé, le changement le plus fréquent étant une hausse des collations sucrées ou salées²⁸⁷.

En Ontario, la mauvaise alimentation représente environ 1,9 milliard de dollars en coûts de santé directs annuels, et 3,7 milliards de dollars en coûts indirects, soit 5,6 milliards de dollars au total¹⁵⁰. Sur ce fardeau économique total, 1,8 milliard de dollars peuvent être attribués à une consommation insuffisante de fruits et légumes (584 millions de dollars en coûts directs et 1,2 milliard de dollars en coûts indirects)¹⁵⁰.

Les habitants de l'Ontario en situation d'insécurité alimentaire sont confrontés à de nombreux obstacles d'accès à des aliments sains, ce dont nous avons parlé dans la section « Déterminants sociaux de la santé ».

Politiques et programmes visant à renforcer l'alimentation saine

La Stratégie sur l'alimentation et la nutrition de l'Ontario, élaborée par des partenaires de plusieurs secteurs, reste un guide pertinent pour promouvoir l'accès à des aliments sains, à des systèmes alimentaires sains et l'amélioration de la littératie alimentaire dans la province²⁸⁸. Les politiques énoncées dans ce rapport seront axées sur les recommandations de la stratégie liées à la littératie alimentaire et l'environnement alimentaire.

Littératie alimentaire

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DU RENFORCEMENT DE L'ÉDUCATION ALIMENTAIRE

Un certain nombre de facteurs interconnectés influencent l'éducation alimentaire, parmi lesquels les connaissances sur les différents aliments et la nutrition, la capacité à choisir des aliments sains, la capacité à préparer la nourriture (compétences culinaires) et la confiance nécessaire pour acheter et préparer de la nourriture²⁸⁹. Une bonne littératie alimentaire peut favoriser une meilleure prise de décisions relatives aux choix nutritifs. Un examen systématique récent a révélé que des compétences pratiques (y compris, savoir cuisiner, goûter des aliments et jardiner) contribuaient à l'amélioration de l'alimentation saine chez les enfants^{290,291}. Le renforcement de la littératie alimentaire est de plus en plus soutenu au Canada avec un plus grand nombre d'initiatives en cours, comme les étiquettes alimentaires sur le devant de l'emballage pour repérer facilement les aliments malsains²⁹². Certaines

données indiquent que les Canadiens pourraient avoir acquis une plus grande littératie alimentaire pendant la pandémie, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que certains adultes avaient plus de temps pour cuisiner et jardiner²⁹³.

PROGRAMMES D'ÉDUCATION ALIMENTAIRE EN ONTARIO

En octobre 2020, le projet de loi 216, *Loi de 2020 sur la littératie alimentaire des élèves*, a été adopté en deuxième lecture²⁹⁴. Ce projet de loi vise à modifier la *Loi sur l'éducation* pour inclure des programmes d'études en littératie alimentaire fondée sur l'expérience et en alimentation saine pour les élèves ontariens de la 1^{re} à la 12^e année²⁹⁴. Le projet de loi doit encore être soumis à un débat final et à un vote. De plus, le ministère de l'Éducation de l'Ontario a mis à jour le programme scolaire de septembre 2022 pour les élèves de la 1^{re} à la 8^e année afin d'inclure des renseignements sur l'agriculture, les changements climatiques et la biodiversité au sein des systèmes alimentaires²⁹⁵. Pour les Ontariens de tout âge, il existe des programmes de littératie alimentaire offerts par des organismes locaux de santé publique, des centres de santé communautaires et des organismes communautaires²⁹⁶.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : MISE EN PLACE DE L'ÉDUCATION ALIMENTAIRE DANS LES ÉCOLES SECONDAIRES

- Au cours de leurs années d'études secondaires en Ontario, moins d'un tiers des élèves ayant commencé leur 9^e année lors des années 2013-2014 à 2016-2017 ont obtenu un ou plusieurs crédits dans des cours ayant un volet sur l'éducation alimentaire (tableau supplémentaire S20).
- La proportion d'élèves ayant obtenu un ou plusieurs crédits était similaire dans chacune des quatre cohortes d'élèves ayant commencé leur 9^e année lors des années 2013-2014 à 2016-2017 (tableau supplémentaire S20).
- Aucun des cours pris en compte pour cet indicateur n'est obligatoire, et ils ne sont pas toujours proposés dans toutes les écoles.

Environnement alimentaire

L'environnement alimentaire du consommateur influe sur ce qu'il mange²⁹⁷. Voici quelques mesures politiques visant à améliorer l'environnement alimentaire :

- Augmenter la disponibilité des magasins et services d'aliments sains^{297,298};
- Renforcer les incitations à manger des aliments sains grâce à des normes obligatoires d'étiquetage des informations nutritionnelles et à la restriction des publicités sur l'alimentation²⁹⁹;
- Proposer plus d'aliments abordables à l'aide d'outils visant à influencer sur les prix, comme des taxes et des subventions^{288,297-299}.

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DU RENFORCEMENT DE LA DISPONIBILITÉ DES ALIMENTS SAINS ET POLITIQUES ACTUELLES

Magasins d'aliments sains

Les recherches montrent qu'un mauvais accès à des aliments sains dans notre environnement bâti peut contribuer à des régimes alimentaires de mauvaise qualité qui aggravent l'issue des maladies chroniques^{300,301}. Un nouvel ensemble de données a été élaboré par Statistique Canada pour déterminer les environnements de l'alimentation au détail dans les quartiers urbains³⁰¹. Cet ensemble de données permettra de repérer les quartiers offrant peu d'accès aux magasins d'aliments sains et de cibler les interventions dans les zones où il y a moins de choix alimentaires sains³⁰¹. L'une des limites de ces indicateurs d'environnement de l'alimentation est qu'ils ne sont utiles que dans les zones urbaines³⁰². Il faut recueillir plus de renseignements sur les collectivités du Nord rurales et éloignées, qui présentent souvent des taux de maladies chroniques liées à l'alimentation bien plus élevés que le reste de la population^{303,304}. De plus, l'Ontario ne dispose pas de politique d'incitation financière ou de zonage qui

influe sur l'emplacement des supermarchés et des restaurants-minute. Ces types de politiques pourraient augmenter le nombre de magasins d'aliments sains dans les quartiers²⁹⁸.

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI D'UN CHANGEMENT DES REPÈRES ENVIRONNEMENTAUX ET POLITIQUES ACTUELLES

Étiquetage des menus et des aliments

L'engagement de Santé Canada en 2021 dans le cadre de sa stratégie en faveur de l'alimentation saine comprend l'amélioration de l'environnement alimentaire pour permettre aux consommateurs de faire des choix plus sains plus facilement²⁹². Les stratégies comprennent des initiatives visant à renforcer l'observance du dernier Guide alimentaire canadien en aidant les consommateurs à repérer facilement les aliments à forte teneur en sucre, en sel et en gras saturés²⁹². De nouvelles réglementations prises en juillet 2022 exigent que les fabricants ajoutent des étiquettes de nutrition à l'avant de l'emballage d'ici le 1^{er} janvier 2026 afin de mieux informer les consommateurs sur la nourriture qu'ils achètent²⁹².

Publicités sur les boissons et les aliments

Des études ont démontré un lien entre l'exposition des enfants au marketing sur des boissons et aliments malsains et un mauvais régime alimentaire³⁰⁵. La majorité de cette exposition a lieu par la télévision, les médias numériques, l'emballage des produits et dans les établissements scolaires et autres lieux de vie commune des enfants (centre sportif, centre de loisirs, etc.)³⁰⁵. La vaste majorité (plus de 80 p. cent) des publicités ciblant les adolescents vivant en Ontario font la promotion d'aliments malsains (aliments pauvres en éléments nutritifs et très énergétiques)³⁰⁵⁻³⁰⁷. Pour atténuer cette influence, Santé Canada a proposé de nouveaux plans visant à limiter les publicités destinées aux enfants de moins de 13 ans sur les produits alimentaires à forte teneur en sucre, en sel et en gras saturés³⁰⁸. Santé Canada œuvre à faire progresser ces plans, y compris par la mobilisation des intervenants en 2023³⁰⁸. Il n'y a actuellement pas de restrictions relatives aux publicités sur les boissons et les aliments en Ontario.

Données probantes à l'appui de l'utilisation d'outils économiques et politiques actuelles

Les boissons sucrées constituent une source majeure de sucre dans l'alimentation canadienne et ces produits sont plus consommés par les personnes à faible revenu ou en situation d'insécurité alimentaire^{309,310}. Des données de 2015 sur la consommation des boissons sucrées prévoyaient une hausse de la prévalence des maladies suivantes sur les 25 prochaines années au Canada si la consommation n'est pas réduite : diabète de type 2, cancer, maladies cardiaques, maladies rénales chroniques et AVC³¹⁰. Toutefois, une taxe de 20 p. cent sur les boissons sucrées, recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé, devrait permettre de réduire la consommation d'environ 20 p. cent et de prévenir 449 732 cas d'obésité au Canada^{310,311}. En septembre 2022, la province de Terre-Neuve-et-Labrador est devenue la première au Canada à imposer une taxe sur les boissons sucrées³¹². La politique prévoyait une taxe de 20 cents par litre sur les boissons sucrées, y compris les jus de fruits avec sucres ajoutés³¹². Il n'existe actuellement pas de politiques de taxation des boissons sucrées en Ontario.

Possibilités de renforcer l'alimentation saine

- Mettre en œuvre des stratégies d'incitation fiscale et de zonage pour influencer sur l'emplacement des supermarchés et des restaurants-minute.
- Adopter le projet de loi 216, *Loi de 2020 sur la littératie alimentaire des élèves*.
- Modifier le programme d'études des écoles secondaires de l'Ontario pour exiger l'obtention d'au moins un crédit ayant un volet sur l'éducation alimentaire.
- Interdire la publicité sur les boissons et les aliments malsains ciblant les enfants.

- Mettre en œuvre une taxe provinciale sur les boissons sucrées en Ontario (p. ex, 20 p. cent recommandés par l'OMS).
- Réduire l'insécurité alimentaire en mettant en œuvre des politiques provinciales de réduction de la pauvreté, notamment en augmentant le salaire minimum et les mesures de soutien du revenu.



Activité physique

Activité physique et risque de maladies chroniques

Un lien a été établi entre l'inactivité physique et le développement de divers cancers, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires et diabète de type 2 selon une relation dose-réponse, ce qui signifie que des niveaux plus élevés d'activité physique sont associés à des risques plus faibles³¹³⁻³¹⁶. Plus particulièrement, de solides données épidémiologiques suggèrent que l'activité physique permet de réduire le risque de développer des cancers du côlon, du sein, de l'endomètre, de l'œsophage, de l'estomac, de la vessie et du rein^{315,317}. L'inactivité physique est également un facteur de risque majeur des maladies cardiovasculaires comme la coronaropathie, l'AVC et l'hypertension^{316,318}. De plus, l'inactivité est un facteur de risque modifiable pour le diabète de type 2 et la pratique d'une activité physique régulière pourrait empêcher ou repousser son développement^{319,320}.

Recommandations relatives à l'activité physique

Les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures recommandent de pratiquer minimum 150 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse chaque semaine pour les adultes et au moins 60 minutes par jour pour les enfants et adolescents âgés de 5 à 17 ans³²¹. De plus, les exercices de renforcement musculaire sont recommandés deux fois par semaine pour les adultes et trois fois par semaine pour les adolescents³²¹. Les Directives rappellent qu'une activité légère, y compris le fait de rester debout, est mieux que la sédentarité^{321,322}. Ces directives concordent avec les recommandations de l'OMS selon lesquelles n'importe quelle activité est préférable à l'absence d'activité, et qui conseillent d'augmenter progressivement son niveau d'activité pour atteindre les directives nationales³²³. Pour prévenir l'apparition de maladies chroniques, divers types d'activité physique sont recommandés, y compris l'activité aérobique modérée (p. ex., marche, vélo, danse), le renforcement musculaire (p. ex., entraînement avec poids libres) et l'activité aérobique vigoureuse (p. ex., course à pied, sport)³²⁴.

Le rapport 2020 de l'IQSP comprenait un examen des programmes alimentaires communautaires; toutefois, en raison du peu de nouvelles informations dans ce domaine recueillies pendant la pandémie, ce contenu n'a pas été ajouté au rapport 2023. Les experts s'entendent pour recommander la mise en œuvre de politiques sur l'activité physique dans les milieux scolaires afin de promouvoir l'apprentissage axé sur les mouvements et limiter le temps des devoirs sédentaires³²⁵. Par exemple, l'Approche globale de la santé en milieu scolaire de l'Organisation mondiale de la Santé est axée sur la promotion de la santé et l'apprentissage, en mobilisant les milieux scolaires à tous les niveaux afin de promouvoir un environnement sain et offrir de nombreuses possibilités pour respecter la dignité des personnes³²⁶.

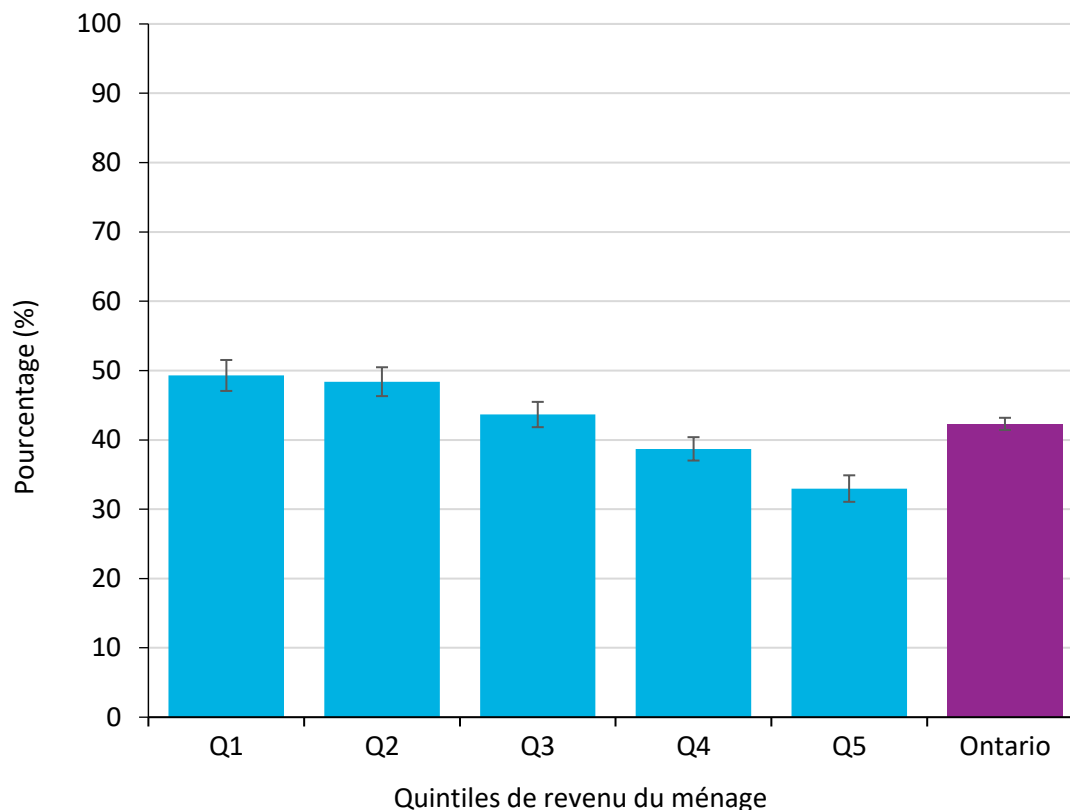
Activité physique en Ontario

Conclusions liées aux indicateurs : inactivité physique

Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes (18 ans et plus) et d'adolescents (12 à 17 ans) ayant déclaré faire moins que le niveau recommandé d'activité physique modérée à vigoureuse. Il intègre les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2016 à 2018.

- Sur la période allant de 2016 à 2018, 42,3 p. cent des adultes de 18 ans et plus en Ontario n'atteignaient pas les 150 minutes recommandées d'activité physique modérée à vigoureuse par semaine (tableau supplémentaire S21).
 - Les femmes étaient plus nombreuses (45,5 p. cent) que les hommes (38,9 p. cent) à déclarer un niveau d'activité physique insuffisant, et les personnes issues de ménages à faible revenu étaient plus susceptibles de déclarer une inactivité physique (non-conformité aux recommandations) (figure 7, tableau supplémentaire S21).
 - L'inactivité physique différait également selon le statut d'immigrant et le groupe racial (tableau supplémentaire S21).
- Sur la même période, 73 p. cent des adolescents de 12 ans à 17 ans en Ontario n'atteignaient pas les 60 minutes recommandées d'activité physique modérée à vigoureuse par jour (tableau supplémentaire S22).
 - Les adolescentes étaient plus nombreuses (78,3 p. cent) que les adolescents (68,1 p. cent) à déclarer des niveaux insuffisants d'activité physique, de même que ceux dans le quintile de revenu du ménage le plus faible comparé à ceux du quintile le plus haut (tableau supplémentaire S22).

Figure 7 : Pourcentage d'adultes (18 ans et plus) ayant déclaré faire moins que le niveau recommandé d'activité physique modérée à vigoureuse, par quintiles de revenu du ménage, Ontario, 2016-2018



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2016-2018 (Statistique Canada)
 Remarques : I—I représente 95 % d'intervalle de confiance. « Q1 » représente le quintile de revenu du ménage le plus bas et « Q5 » le quintile le plus haut. Les données sont présentées dans le tableau supplémentaire S21. Télécharger les tableaux supplémentaires à la page santeontario.ca/iqsp. Les estimations sont ajustées en fonction de la répartition par âge de la population canadienne de 2011.

La pandémie de COVID-19 a eu une incidence sur les niveaux d'activité physique des adolescents (12 à 17 ans) dans tout le Canada³²⁷. En décembre 2020, une chute de 14 p. cent a été déclarée dans un échantillon représentatif d'adolescents qui respectaient les recommandations en matière d'activité comparé aux adolescents de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2018³²⁷. Les adolescents vivant en Ontario ont connu la plus importante baisse de l'activité physique entre 2018 et 2020 par rapport à ceux du Québec, de la Colombie-Britannique, des Prairies et des provinces de l'Atlantique³²⁷. Les adolescents vivant dans des zones urbaines ont déclaré une plus importante baisse de l'activité physique que ceux vivant dans des zones rurales³²⁷. À l'inverse, les adultes de 18 à 64 ans n'ont pas modifié leurs niveaux d'activité physique sur la période 2018-2020³²⁷. Depuis la pandémie, l'inactivité physique a touché de façon disproportionnée les jeunes de certaines communautés, y compris les Autochtones, les populations racialisées, les immigrants et les handicapés³²⁸. Ces populations présentent également un plus grand risque de développer des maladies chroniques comme le diabète de type 2 et l'obésité³²⁸.

Le fardeau économique de l'inactivité physique en Ontario est estimé à 2,6 milliards de dollars au total par an, avec 980 millions de dollars en coûts de soins de santé directs et 1,65 milliard de dollars en coûts indirects¹⁵⁰.

Politiques et programmes visant à renforcer l'activité physique

Les niveaux d'activité physique sont liés à de nombreux facteurs, comme l'environnement bâti, le milieu social et les politiques qui influent sur l'utilisation des terres^{329,330}.

Transports actifs

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI D'UNE HAUSSE DES TRANSPORTS ACTIFS

Les transports actifs constituent un mode de transport à propulsion humaine, comme la marche ou la bicyclette³³¹. Les personnes qui utilisent des modes de transport actif présentent des niveaux accrus d'activité physique globale³³¹⁻³³⁴. Une étude fondée sur l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007 à 2011 a révélé que les personnes du Canada vivant dans des quartiers urbains utilisables par les piétons étaient considérablement plus actives physiquement³³⁵. L'utilisation des transports actifs dépend de certaines composantes dans l'environnement bâti, notamment la présence des écoles, lieux de travail, magasins ou autres destinations à distance de marche ou de bicyclette du domicile; les routes, les trottoirs, les pistes cyclables qui relient ces destinations et qui permettent de se déplacer facilement et en sécurité, et l'accès aux transports publics^{334,336}. Pour encourager le recours aux transports actifs à l'échelle nationale, le Canada a lancé la Stratégie nationale de transport actif et engagé un financement de 400 millions de dollars³³⁷. Cette nouvelle initiative permettra de développer des environnements sûrs pour les transports actifs afin de promouvoir l'activité physique³³⁷.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : TRANSPORT ACTIF CHEZ LES ADULTES ET LES ADOLESCENTS

Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes (de 18 ans et plus) et d'adolescents (12 à 17 ans) qui ont déclaré avoir utilisé les transports actifs (marche ou vélo pour se déplacer) au cours de la semaine précédente. Il intègre les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2016 à 2018.

- Sur la période de 2016 à 2018, 48,8 p. cent des adultes en Ontario ont déclaré avoir utilisé des transports actifs au cours de la semaine précédente (tableau supplémentaire S23). Les personnes vivant dans des zones urbaines (49,8 p. cent) étaient bien plus susceptibles de déclarer avoir recours aux transports actifs que celles des zones rurales (38,6 p. cent) (tableau supplémentaire S23).
- Sur la période de 2016 à 2018, 78,5 p. cent des adolescents en Ontario ont déclaré avoir utilisé des transports actifs au cours de la semaine précédente (tableau supplémentaire S24). Les adolescents habitant en zones urbaines (79,6 p. cent) étaient plus nombreux que ceux vivant en zone rurale (69,9 p. cent) à déclarer avoir recours aux transports actifs (tableau supplémentaire S24).

En 2022, l'Ontario a publié quatre plans de transport régionaux (Est de l'Ontario, Sud-Ouest de l'Ontario, Nord de l'Ontario et région élargie du Golden Horseshoe) pour améliorer les réseaux de transport qui offriront plus de choix de transports actifs et amélioreront les options de transport en commun³³⁸. Dans l'est de l'Ontario, des plans d'élargissement des pistes cyclables le long des routes et sur les sentiers des parcs régionaux sont déjà en cours³³⁸. Dans les grandes villes comme Toronto et Ottawa, les règlements provinciaux ont été promulgués en janvier 2020 pour un projet pilote quinquennal autorisant les trottinettes électriques sur les routes publiques³³⁸. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une forme de transports

actifs en soi, un examen de 2021 révélait que les trottinettes électriques pourraient être utiles pour diminuer la dépendance aux voitures et qu'elles pourraient compléter d'autres modes de transports actifs comme la marche³³⁹.

Activité physique dans les écoles

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI D'UN RENFORCEMENT DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LES ÉCOLES

Les cours d'éducation physique dispensés dans les écoles publiques pourraient permettre d'augmenter l'activité physique globale des enfants et adolescents³⁴⁰⁻³⁴². Il y a une occasion d'améliorer le niveau de littératie en activité physique chez les enfants grâce à des interventions tenant compte des facteurs physiques et psychosociaux qui encouragent l'activité physique³⁴¹.

ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LES ÉCOLES DE L'ONTARIO

La politique d'Activité physique quotidienne (APQ) de l'Ontario vise à assurer que les enfants d'écoles élémentaires pratiquent au moins 20 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse chaque jour d'école³⁴³. Une étude de 2022 a révélé que seulement 23 p. cent des enseignants d'écoles élémentaires de l'Ontario respectaient ce mandat³⁴⁴. Parmi les obstacles à la mise en œuvre, on citait une formation inadéquate dans le domaine³⁴⁴. De plus, l'embauche de spécialistes en éducation physique disposant d'une formation en activité physique peut permettre d'améliorer la qualité des cours d'éducation physique et d'augmenter le temps passé par les élèves à pratiquer une activité physique pendant le cours³⁴⁵. Plusieurs organismes et organes nationaux et provinciaux, notamment l'Ontario Society of Physical Activity Promoters in Public Health et le médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario, ont recommandé que des spécialistes en éducation physique dispensent les cours de santé et d'éducation physique dans les écoles de l'Ontario^{346,347}.

Les fermetures d'établissements scolaires pendant la pandémie ont eu un effet disproportionné sur l'activité physique et ont favorisé les activités sédentaires chez les enfants et les adolescents³⁴⁸.

L'édition 2022 du Bulletin des enfants et des jeunes de ParticipACTION donnait une note globale de « D » pour les niveaux d'activité physique des enfants et des jeunes au Canada, car seuls 28 p. cent des enfants et des jeunes atteignaient les niveaux recommandés par les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures³⁴⁸. Seuls 17,5 p. cent des enfants atteignaient les niveaux recommandés par les Directives pendant le pic de la pandémie et le pourcentage de jeunes atteignant ces niveaux a baissé, passant de 51 p. cent avant la pandémie à 37 p. cent après³⁴⁸. En fonction du pourcentage d'écoles possédant des politiques et programmes actifs donnant l'occasion de pratiquer une activité physique, l'édition 2022 du Bulletin des enfants et des jeunes de ParticipACTION donnait une note globale de « B- », soit une baisse par rapport au « B » obtenu en 2016³⁴⁸.

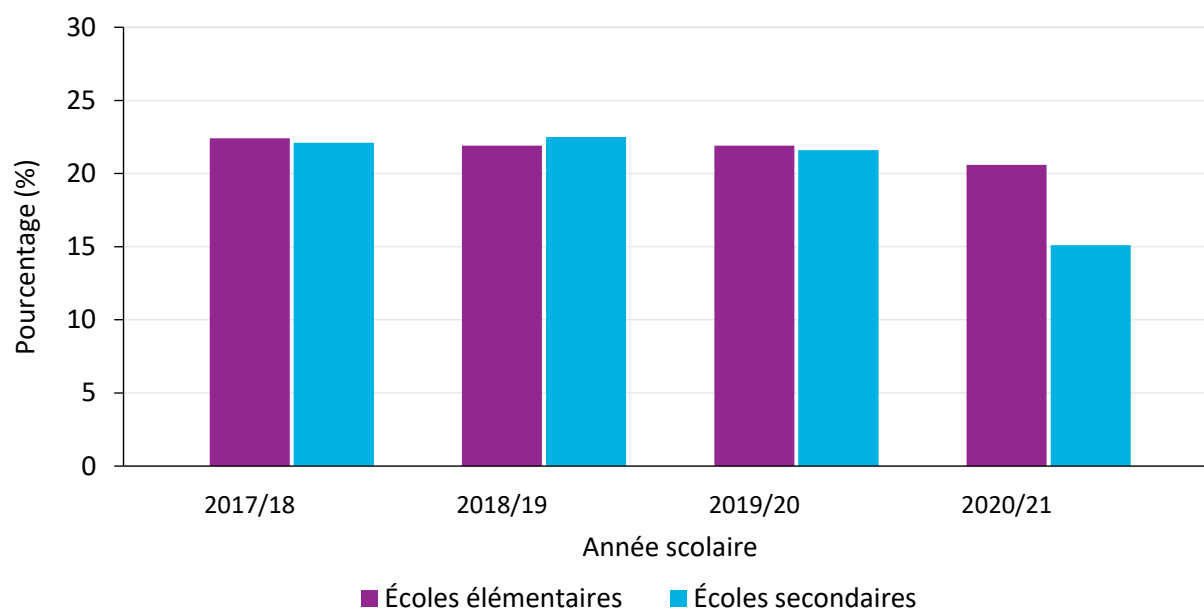
Les données actuellement disponibles offraient un aperçu limité des niveaux d'activité physique dans les écoles et du niveau des élèves. Il faut recueillir plus de données pour évaluer les niveaux de littératie en activité physique, en particulier parmi les jeunes venant de communautés victimes de discrimination systémique³⁴⁸.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : ENSEIGNANTS SPÉCIALISÉS EN ÉDUCATION PHYSIQUE ET EN SANTÉ DANS LES ÉCOLES

Cet indicateur mesure le pourcentage d'écoles élémentaires et secondaires ontariennes financées par l'État ayant au moins un enseignant spécialisé en éducation physique et en santé travaillant à temps plein ou partiel pour les années scolaires allant de 2017-2018 à 2020-2021. Il utilise les données du Système d'information scolaire de l'Ontario.

- Lors de l'année scolaire 2020-2021, 20,6 p. cent des écoles élémentaires et 15,1 p. cent des écoles secondaires ont déclaré avoir embauché au moins un enseignant spécialisé en éducation physique et en santé à temps plein ou partiel (figure 8, tableau supplémentaire S25).
- Pour les années scolaires 2017-2018 à 2020-2021, le pourcentage d'écoles secondaires ayant au moins un enseignant spécialisé en éducation physique et en santé a eu tendance à augmenter (tableau supplémentaire S25). Toutefois, la baisse n'est pas statistiquement importante sur les quatre années.
- Au cours de l'année scolaire 2020-2021, le rapport d'élèves (dans les écoles dotées d'un enseignant spécialisé en éducation physique et en santé) par enseignant spécialisé en éducation physique et en santé équivalent plein temps était de 232 pour les écoles élémentaires et 769 pour les écoles secondaires (tableau supplémentaire S26).

Figure 8 : Pourcentage d'écoles élémentaires et secondaires financées par l'État en Ontario ayant au moins un enseignant spécialisé en éducation physique et en santé à temps plein ou partiel, années scolaires 2017-2018 à 2020-2021



Source : Système d'information scolaire de l'Ontario, 2017-2018 à 2020-2021 (ministère de l'Éducation)

Remarques : Les données sont présentées dans le tableau supplémentaire S25. Télécharger les tableaux supplémentaires à la page santeontario.ca/iqsp. Plein temps signifie un équivalent temps plein (ETP) ≥ 1 . Veuillez noter qu'un ETP ≥ 1 ne signifie pas nécessairement qu'il y a un ou plusieurs enseignants spécialisés à temps plein, car il suffit de minimum deux enseignants spécialisés à temps partiel pour compter comme un ETP ≥ 1 . Temps partiel signifie un ETP > 0 et < 1 .

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : INSCRIPTION À DES COURS D'ÉDUCATION PHYSIQUE ET DE SANTÉ

On a observé que l'activité physique diminue chez les adolescents³⁴⁹. L'obligation d'obtenir un crédit en éducation physique et en santé chaque année pourrait être un moyen d'améliorer les niveaux d'activité physique. Cet indicateur mesure le pourcentage d'élèves dans les écoles secondaires publiques ayant obtenu un ou plusieurs crédits en éducation physique et en santé, par année, en Ontario sur les années scolaires 2017-2018 à 2020-2021. Il utilise les données du Système d'information scolaire de l'Ontario.

- Au cours de l'année scolaire 2020-2021, 84,2 p. cent des élèves de 9^e année en Ontario ont obtenu le crédit obligatoire en éducation physique et en santé (tableau supplémentaire S27).
- La participation aux cours d'éducation physique et de santé a tendance à diminuer au fil des ans. Au cours de l'année scolaire 2020-2021, 28,6 p. cent des élèves de 12^e année ont obtenu un crédit en éducation physique et santé (tableau supplémentaire S27).

Possibilités d'accroître l'activité physique

- Appuyer la mise en œuvre de politiques en matière d'activité physique dans les milieux scolaires (p. ex., par le biais des écoles-santé de l'OMS ou de l'Approche globale de la santé en milieu scolaire).
- Continuer de mettre en place des infrastructures, des politiques et des plans dans les municipalités pour encourager les transports actifs.
- Renforcer l'accès à des spécialistes en santé et éducation physique dans les établissements scolaires de toute la province.
- Rendre obligatoire l'obtention de crédits en éducation physique et en santé pour chaque année d'études secondaires.
- Mettre en œuvre des politiques rendant les activités sportives et de loisirs informelles et organisées accessibles aux personnes à faible revenu.



Expositions dans l'environnement

Expositions dans l'environnement et risque de maladies chroniques

Les expositions dans l'environnement sont des contaminants, des polluants ou des dangers auxquels sont exposées les personnes dans leur quotidien. Ces expositions peuvent contribuer à un risque accru de maladies chroniques graves. Cette section porte sur les rayons ultraviolets du soleil, le radon dans l'air intérieur et les particules fines (Pm_{2,5}) dans la pollution de l'air ambiant. Les trois expositions sont classifiées par le Centre International de Recherche sur le Cancer comme des agents cancérogènes, le radon et les PM_{2,5} étant des causes confirmées de cancer du sein et les rayons ultraviolets une cause confirmée de cancer de la peau, y compris le mélanome³⁵⁰⁻³⁵². Les particules fines (PM_{2,5}) sont également associées à la bronchopneumopathie chronique obstructive, à des maladies cardiaques et au diabète de type 2³⁵²⁻³⁵⁴. Tous ces polluants ont des niveaux d'exposition sécuritaires et le risque de maladie chronique augmente avec le niveau d'exposition^{350,352,355}.

Le rapport 2020 de l'IQSP comprenait un examen des politiques et programmes visant à réduire l'exposition aux rayons ultraviolets chez les enfants, les jeunes et les travailleurs en extérieur, ainsi que les rayons dus à l'utilisation des lits de bronzage. Toutefois, en raison du peu d'informations nouvelles dans ce domaine, ce contenu n'a pas été inclus dans le rapport 2023.

Expositions dans l'environnement en Ontario

Il est prévu que plus de 90 p. cent du fardeau environnemental du cancer en Ontario découle d'expositions aux rayons ultraviolets, aux particules fines et au radon³⁵⁶.

Politiques et programmes visant à réduire les expositions dans l'environnement

Cette section porte sur les politiques et programmes qui peuvent aider à contrôler l'exposition aux rayons ultraviolets, au radon dans l'air intérieur et aux particules fines (PM_{2,5}) pour les personnes vivant en Ontario. Les trois types d'expositions sont néfastes pour les personnes à de fortes concentrations et nécessitent des approches à plusieurs niveaux à l'échelle de la ville, de la municipalité et de la province pour être gérés efficacement.

Rayons ultraviolets

La mise en œuvre de plusieurs programmes ou politiques dans deux milieux ou plus (p. ex., établissements scolaires, services de garde d'enfants) dans une collectivité, une ville ou une région peut aider à réduire l'exposition aux rayons ultraviolets³⁵⁷. Les interventions visant à réduire l'exposition aux rayons ultraviolets comprennent la mise en place de politiques visant la création de zones ombragées^{357,358} et une association de politiques de protection solaire et de programmes pédagogiques dans divers milieux (écoles, lieux de travail, etc.)^{357,359-361}. De plus, des campagnes médiatiques visant à améliorer les connaissances sur la protection solaire, les attitudes et les comportements dans ce domaine font souvent partie des initiatives liées à la réduction de cette exposition³⁵⁷.

Rayons ultraviolets et maladies chroniques en Ontario

La majorité des cas de mélanome en Ontario découlent d'une exposition aux rayons ultraviolets, et en 2022, selon les estimations, il y a eu 4 724 cas de mélanome et 568 décès liés au mélanome. Le mélanome est donc devenu la sixième forme de cancer la plus fréquemment diagnostiquée et la dix-septième cause de décès par cancer en Ontario³⁶². Bien que le cancer de la peau à mélanome soit le type de cancer de la peau le plus mortel, les types les plus courants de cancers de la peau sont des cancers sans présence de mélanome comme les carcinomes basocellulaires et squameux³⁵¹. Bien que les données sur l'incidence du cancer sans présence de mélanome soient limitées, les estimations antérieures prévoyaient 12 fois plus de cancers de la peau sans mélanome que de cancers avec mélanome en Ontario³⁵⁶. Les enfants et adolescents sont particulièrement sensibles à l'exposition aux rayons ultraviolets, car les dommages causés par ces rayons au cours de cette période entraînent un risque de cancer de la peau accru plus tard dans la vie³⁶³. En plus de l'exposition aux rayons ultraviolets du soleil, les personnes sont également exposées aux rayons ultraviolets artificiels, comme avec les lits de bronzage³⁶³. Pendant la pandémie de COVID-19, lorsque les activités de plein air étaient limitées, il y a eu une diminution du temps passé à jouer à l'extérieur chez les enfants et les jeunes³⁶⁴. Bien que cela ait pu avoir des conséquences négatives sur d'autres aspects de la santé des enfants et des jeunes, cela a probablement réduit leur exposition aux rayons ultraviolets³⁶⁴. Toutefois, une fois que quelques restrictions ont été levées, le temps passé à l'extérieur peut avoir augmenté. Par exemple, Parcs Ontario a déclaré un nombre record de visiteurs au cours de l'été 2020³⁶⁵.

Zones ombragées

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DU DÉVELOPPEMENT DES ZONES OMBRAGÉES

Les structures bâties et les canopées arborées denses peuvent fournir de l'ombre et protéger les personnes contre l'exposition aux rayons ultraviolets, parmi de nombreux autres avantages connexes pour la santé (meilleurs écosystèmes, refroidissement de l'air, etc.)^{358,366}. L'ombre peut protéger de l'exposition aux rayons ultraviolets de façon plus sûre qu'une protection solaire³⁶⁶. Les politiques axées sur les zones ombragées peuvent permettre d'accroître la disponibilité de ces structures et des arbres dans des lieux où les personnes passent du temps en extérieur, comme les parcs publics, les arrêts de bus, les aires de jeux pour enfants et les trajets empruntés dans le cadre des transports actifs³⁵⁸. De plus, la disponibilité des zones ombragées est souvent répartie de manière inéquitable, les quartiers au statut socioéconomique inférieur disposant de moins d'ombre³⁶⁷.

L'évaluation de la disponibilité des zones ombragées dans les quartiers au statut socioéconomique inférieur est importante pour évoluer dans la mise en œuvre des politiques d'aménagement de zones ombragées au fil du temps. Toutefois, il n'y a pas de données pour évaluer la mise en œuvre dans toute la province. La première étude publiée portant sur l'étendue des zones ombragées dans les aires de jeux publiques au Canada a révélé qu'environ deux tiers des aires évaluées n'avaient pas de zones ombragées³⁶⁸.

POLITIQUES D'AMÉNAGEMENT DE ZONES OMBRAGÉES EN ONTARIO

La Déclaration de principes provinciale de l'Ontario apporte une orientation provinciale sur les principales questions relatives à l'aménagement du territoire, notamment la protection de la santé et la sécurité publique³⁶⁹. Elle enjoint les municipalités à intégrer des caractéristiques précises à l'environnement bâti, mais ne donne pas de directive sur la protection contre l'exposition aux rayons ultraviolets ou l'augmentation des zones ombragées³⁶⁹. La Déclaration de principes provinciale est mise à jour régulièrement, ce qui offre l'occasion de promouvoir les zones ombragées et la protection contre l'exposition aux rayons ultraviolets.

Les municipalités de l'Ontario ont des documents politiques d'aménagement, comme des plans officiels et des lignes directrices d'aménagement urbain pour les sites privés et municipaux. Ces documents doivent intégrer et s'appuyer sur des politiques énoncées dans la Déclaration³⁶⁹. Ces documents orientent également l'évaluation des aménagements pour les nouvelles constructions et les projets de rénovation qui peuvent contenir des énoncés sur les zones ombragées. Les énoncés sur les zones ombragées dans les documents politiques d'aménagement peuvent aider à développer les zones ombragées dans les nouvelles constructions et les projets de rénovation.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : POLITIQUES D'AMÉNAGEMENT DE ZONES OMBRAGÉES DANS LES MUNICIPALITÉS LOCALES

Pour cet indicateur, les énoncés sur les zones ombragées dans les documents politiques d'aménagement sont appelés des politiques d'aménagement de zones ombragées. Cet indicateur étudie les politiques d'aménagement de zones ombragées des municipalités locales ayant 100 000 habitants ou plus (selon le recensement de 2021). Les municipalités régionales ont été exclues afin que les municipalités locales ne soient pas comptabilisées plus d'une fois. En novembre 2022, les 28 municipalités locales de l'Ontario ayant 100 000 habitants ou plus avaient des politiques d'aménagement de zones ombragées dans leurs documents politiques d'aménagement. Dans les documents politiques d'aménagement des 28 municipalités locales (Tableau 3, tableau supplémentaire S28) :

- quatre municipalités locales déclaraient que des zones ombragées devraient être offertes dans un large éventail de sites privés et municipaux (appelées politiques d'aménagement de zones ombragées strictes); le nombre de municipalités ayant mis en place des politiques d'aménagement de zones ombragées strictes a augmenté, puisqu'on en comptait 3 en 2018;
- vingt municipalités locales n'avaient pas mis en place de politique d'aménagement de zones ombragées stricte, mais indiquaient dans les documents politiques d'aménagement que des zones ombragées devaient être proposées dans un petit nombre de sites privés ou municipaux (appelées politiques d'aménagement de zones ombragées modérées);
- quatre municipalités locales indiquaient que les zones ombragées devraient être envisagées, mais qu'elles n'étaient pas obligatoires, pour un ou plusieurs types de sites privés ou municipaux (appelées politiques d'aménagement de zones ombragées limitées).

Des mises à jour périodiques apportées aux plans officiels et lignes directrices d'aménagement offrent une possibilité aux municipalités locales de l'Ontario de renforcer la rigueur de leurs politiques d'aménagement de zones ombragées. La collaboration entre les spécialistes de la santé publique et les planificateurs peut permettre de sensibiliser davantage aux questions sanitaires lors de l'aménagement. Le tableau supplémentaire S28 présente toutes les conclusions détaillées, par municipalité, liées à cet indicateur.

Tableau 3 : Rigueur des politiques d'aménagement de zones ombragées dans les documents politiques d'aménagement des municipalités locales de l'Ontario ayant 100 000 habitants ou plus, 2022

Rigueur des politiques d'aménagement de zones ombragées	Novembre 2022
Politiques d'aménagement de zones ombragées strictes	Ajax Kingston* Kitchener Waterloo
Politiques d'aménagement de zones ombragées de niveau modéré	Barrie Burlington* Cambridge Clarington† Grand Sudbury Guelph Hamilton London Markham Milton Oakville Oshawa Ottawa Richmond Hill St. Catharines Thunder Bay Toronto Vaughan Whitby Windsor
Politiques d'aménagement de zones ombragées de niveau limité	Brampton Brantford† Chatham-Kent Mississauga
Politiques d'aménagement de zones ombragées non intégrées	Aucune

Source : Documents politiques d'aménagement municipaux (p. ex., plans officiels, lignes directrices d'aménagement urbain, règlements relatifs aux plans de situation) publiés en ligne ou documents complémentaires envoyés par courriel par la municipalité pour chacune des 28 municipalités locales de l'Ontario ayant 100 000 habitants ou plus.

Remarque : Le tableau supplémentaire S28 présente les politiques d'aménagement de zones ombragées évaluées et indique si les renseignements ont été vérifiés par la municipalité. Télécharger les tableaux supplémentaires à la page santeontario.ca/iqsp.

* La politique d'aménagement de zones ombragées de la municipalité a été renforcée depuis l'examen de 2019 à 2022.

† Brantford et Clarington ont été ajoutés à l'indicateur de 2022, car leur population est passée à plus de 100 000 habitants lors du recensement de 2021.

Mesures d'évitement et de protection contre les rayons UV

DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DES MESURES D'ÉVITEMENT ET DE PROTECTION CONTRE LES RAYONS UV

Les recommandations nationales visant à réduire l'exposition personnelle aux rayons ultraviolets indiquent que les Canadiens devraient utiliser l'ombre, les vêtements, les chapeaux, les lunettes de soleil et l'écran solaire avec un facteur de protection solaire d'au moins 30 pour se protéger et qu'ils devraient éviter d'utiliser des lits de bronzage³⁷⁰. Pour mieux encourager ces comportements dans les milieux à fort risque, des programmes pédagogiques complets liés aux politiques de protection solaire sont nécessaires dans les garderies, les écoles, les centres de loisirs et les lieux de travail³⁵⁹. Ces politiques et programmes peuvent porter sur les mesures suivantes : réduire le temps passé dehors aux heures d'ensoleillement maximal, permettre l'accès à des zones ombragées dans des lieux extérieurs et enseigner les pratiques de protection solaire^{359,360,371}.

MESURES D'ÉVITEMENT ET DE PROTECTION CONTRE LES RAYONS UV EN ONTARIO

En Ontario, il n'existe pas encore de législation provinciale obligeant les écoles et les centres de garde d'enfants à mettre en place des politiques de réduction de l'exposition aux rayons ultraviolets³⁷². Les organismes locaux de santé publique de l'Ontario ont le mandat d'aider les écoles et les conseils scolaires à répondre aux besoins en matière de santé, ce qui peut comprendre la réduction de l'exposition aux rayons ultraviolets si cela est jugé prioritaire^{198,373}. Le programme Soleil sans souci de la Société canadienne du cancer est un programme national de sensibilisation à la protection solaire qui aide les écoles élémentaires à protéger les élèves et le personnel contre l'exposition néfaste aux rayons ultraviolets³⁷⁴.

La *Loi sur la santé et la sécurité au travail* de l'Ontario exige que les employeurs prennent des mesures de sécurité raisonnables pour protéger les travailleurs des dangers présents sur le lieu de travail³⁷⁵. Le ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences définit les rayons ultraviolets comme un danger et offre des lignes directrices sur les mesures pour limiter l'exposition à ces rayons³⁷⁵. Sun Safety at Work Canada propose des ressources pour aider les petites et grandes entreprises à élaborer et mettre en œuvre des programmes de protection solaire³⁷⁶.

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : PROTECTION SOLAIRE CHEZ LES ADULTES ET LES ADOLESCENTS

Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes (18 ans et plus) et d'adolescents (12 à 17 ans) ayant déclaré utiliser une ou plusieurs mesures de protection solaire. Ces mesures comprenaient le fait de passer moins de 30 minutes au soleil ou plus de 30 minutes au soleil en utilisant au moins une autre mesure comme se mettre à l'ombre, porter un chapeau ou des vêtements longs ou utiliser une crème solaire ayant un facteur de protection solaire de 30+. Cet indicateur intègre les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2015 à 2016.

- Sur la période de 2015 à 2016, 70,1 p. cent des adultes de 18 ans et plus en Ontario ont déclaré utiliser une ou plusieurs mesures de protection solaire (tableau supplémentaire S29). Les femmes ont été plus nombreuses (75,6 p. cent) que les hommes (64,2 p. cent) à déclarer utiliser une protection solaire (tableau supplémentaire S29).
- Au cours de cette période, 62,9 p. cent des adolescents de 12 à 17 ans ont également déclaré utiliser au moins une méthode de protection solaire, et plus de filles (68,5 p. cent) que de garçons (57,4 p. cent) ont déclaré cela (tableau supplémentaire S29).

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : ADULTES AYANT DÉCLARÉ AVOIR PRIS DES COUPS DE SOLEIL AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE

Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes de 18 ans et plus ayant déclaré avoir pris des coups de soleil au cours de l'année précédente. Il intègre les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2015 à 2016.

- Sur la période de 2015 à 2016, 31,2 p. cent des adultes de 18 ans et plus en Ontario ont déclaré avoir pris des coups de soleil au cours de l'année précédente (tableau supplémentaire S30).
- Les coups de soleil étaient plus fréquents chez les hommes (34,1 p. cent) que chez les femmes (28,6 p. cent) et chez les personnes vivant en zone rurale (43,6 p. cent) que chez celles en zone urbaine (30 p. cent) (tableau supplémentaire S30).

CONCLUSIONS LIÉES AUX INDICATEURS : ADULTES AYANT DÉCLARÉ AVOIR PRIS AU MOINS UN COUP DE SOLEIL AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE, QUI ONT DÉCLARÉ UTILISER UNE OU PLUSIEURS MESURES DE PROTECTION SOLAIRE

Cet indicateur mesure le pourcentage d'adultes (18 ans et plus) ayant déclaré avoir pris au moins un coup de soleil au cours de l'année précédente, qui ont déclaré utiliser une ou plusieurs mesures de protection solaire. Il intègre les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2015 à 2016.

- Parmi les adultes qui ont déclaré utiliser une protection solaire, 64,7 p. cent ont déclaré avoir pris un coup de soleil, les femmes (69,4 p. cent) étant plus susceptibles d'avoir pris un coup de soleil que les hommes (60,6 p. cent) sur la période 2015-2016 (tableau supplémentaire S31).

Radon

Le radon est un gaz radioactif produit par la désintégration naturelle de l'uranium dans le sol et la roche³⁵⁰. Le radon est invisible, inodore et nécessite un équipement particulier pour détecter sa présence^{350,377}. Il peut atteindre des niveaux nocifs dans les maisons et autres bâtiments, en particulier dans les sous-sols et les étages inférieurs si l'étanchéité d'une fondation depuis le sol n'est pas complète et si le gaz n'est pas dirigé vers l'extérieur^{377,378}. En dehors des milieux professionnels, la plupart des personnes en Ontario sont confrontées à de plus fortes expositions au radon dans leur domicile³⁷⁹.

Données probantes à l'appui des politiques et programmes

L'Organisation mondiale de la Santé recommande la mise en place de programmes nationaux encourageant la réalisation de tests de détection du radon par les propriétaires, la réduction des niveaux de radon lorsque ceux-ci sont jugés élevés et la mise en œuvre de codes du bâtiment visant à limiter les niveaux de radon³⁷⁷. Les programmes peuvent comprendre des aides financières ou des incitatifs pour encourager les propriétaires de maisons et d'entreprises à prendre des mesures de réduction des concentrations intérieures de radon³⁷⁷. L'installation d'un système d'échappement dans les fondations est une méthode courante pour diriger le radon vers l'extérieur³⁵⁰.

L'Organisation mondiale de la Santé recommande de se baser sur un niveau de référence de 100 Bq/m³ pour évaluer si des changements sont nécessaires pour réduire les niveaux de radon³⁷⁷. Dans les zones où il est difficile de garder les niveaux moyens sous 100 Bq/m³, comme dans les zones où la concentration d'uranium dans le sol est élevée, la référence devrait être de 300 Bq/m³ maximum³⁷⁷. La valeur de référence canadienne actuelle pour le radon est de 200 Bq/m³³⁵⁰. L'Enquête pancanadienne sur les concentrations de radon dans les résidences a révélé qu'en Ontario, une estimation pondérée selon la population de 4,6 p. cent des foyers dépassait le niveau de référence de 200 Bq/m³, mais cette estimation n'a pas été mise à jour depuis le rapport de 2012³⁷⁹.

Politiques et programmes sur le radon en Ontario

Le Code du bâtiment de l'Ontario exige que les nouveaux logements comprennent une membrane de protection contre les gaz émanant du sol et un ventilateur-récupérateur de chaleur pour prévenir et limiter la pénétration du radon dans l'air intérieur³⁸⁰. Pour les logements plus anciens, l'Ontario n'offre pas de trousse de détection du radon à domicile gratuites ou subventionnées, ou d'aides ou d'incitatifs pour les rénovations en cas de forte présence de radon³⁸⁰.

Particules fines

Les particules fines (PM_{2,5}) désignent toutes particules solides ou gouttelettes mesurant au maximum 2,5 micromètres (ou microns) de diamètre³⁸¹. Les particules fines servent d'indicateur de la qualité de l'air, car il s'agit d'un des polluants les plus préoccupants³⁸². Les particules fines viennent principalement des véhicules à moteur, des centrales, des installations industrielles, des cheminées résidentielles, des poêles à bois, du brûlage de déchets agricoles et des feux de forêt³⁸³. Une importante contribution provient également du flux transfrontalier de pollution atmosphérique allant de la frontière des États-Unis à l'Ontario (contribution d'environ 25 à 87 p. cent des concentrations de particules fines de la province)³⁸⁴.

Particules fines et maladies chroniques en Ontario

Les particules fines (PM_{2,5}) demeurent dans l'air plus longtemps que les particules de taille plus importante, et peuvent être inspirées dans les poumons et pénétrer dans le système sanguin³⁸¹. L'étude *Ontario Population Health and Environment Cohort (ONPHEC)* a montré que pour chaque hausse de 10 µg/m³ de l'exposition aux particules fines (PM_{2,5}), il y avait une augmentation de 11 p. cent de l'incidence du diabète, de 43 p. cent des décès dus à une ischémie myocardique et 64 p. cent des décès liés à un infarctus aigu du myocarde³⁸³. Heureusement, la qualité globale de l'air en Ontario s'est améliorée avec le temps, les concentrations de PM_{2,5} ont diminué de 20 p. cent de 2009 à 2019³⁸⁴.

Données probantes à l'appui des politiques et programmes

L'Organisation mondiale de la Santé indique que des politiques visant à réduire l'exposition aux particules fines devraient cibler la baisse des émissions dans les domaines des transports, de l'industrie, de la gestion des déchets et de la consommation et la production d'énergie³⁵⁵. L'OMS a défini la valeur de référence pour la qualité de l'air à une moyenne annuelle de 10 µg/m³ pour les particules PM_{2,5}³⁸⁵. La norme canadienne de qualité de l'air ambiant pour les particules PM_{2,5} a fixé la moyenne annuelle à 8,8 µg/m³ et un maximum de 27 µg/m³ pour 24 heures à compter de 2020³⁸⁶. Ces deux limites vont de pair pour protéger les gens contre les effets néfastes pour la santé des expositions à long terme et à court terme aux particules fines³⁸⁷.

Conclusions liées aux indicateurs : Concentrations de particules fines (PM_{2,5}) dans l'air ambiant

Cet indicateur porte sur les variations moyennes annuelles, maximales quotidiennes et sur 10 ans des concentrations de particules fines dans l'air ambiant en Ontario, qui sont mesurées par des stations de surveillance de la pollution atmosphérique. Des données collectées par le ministère de l'Environnement, de la Protection de la nature et des Parcs par le biais du réseau de 40 stations de surveillance de l'air ambiant (Ontario Continuous Ambient Air Monitoring Network) ont été présentées dans le Rapport sur la qualité de l'air en Ontario de 2020.

- Sur 10 ans (de 2011 à 2020), les concentrations moyennes annuelles de particules fines en Ontario ont diminué de 17 p. cent dans l'ensemble³⁸⁴.

- En 2020, 14 des 38 stations de surveillance en Ontario ont mesuré des concentrations supérieures aux Critères de qualité de l'air ambiant de 27 µg/m³ sur 24 heures à au moins une occasion (tableau 4, tableau supplémentaire S32).
- Il n'y a pas eu de dépassement des Critères de qualité de l'air ambiant annuels en Ontario en 2020³⁸⁴.

Tableau 4 : Concentrations (µg/m³) moyennes annuelles, maximales quotidiennes et sur 10 ans de particules fines (PM_{2,5}) dans l'air ambiant en Ontario, mesurées par des stations de surveillance de la pollution atmosphérique, 2020

Station de surveillance	Moyenne annuelle 2020	Maximum pour 24 h	Nombre de fois où les concentrations ont dépassé les Critères de qualité de l'air ambiant sur 24 heures	Variation de la moyenne annuelle sur 10 ans (%)
Barrie	6,8	29,38	1	-4,5
Belleville	6,3	21,58	0	-6,6
Brampton	6,7	25,17	0	-17,3*
Brantford	6,7	26,25	0	-18,7*
Burlington	6,4	24,50	0	-28,7*
Chatham	6,7	21,79	0	-20*
Cornwall	6,0	23,79	0	-22,5*
Dorset	4,5	16,13	0	-19,5*
Grand Bend	4,8	15,46	0	-42,7*
Guelph	6,9	30,96	2	-12,6*
Hamilton (Centre-ville de)	8,1	33,00	1	-24*
Hamilton Mountain	7,1	25,54	0	-21,8*
Hamilton Ouest	7,8	31,38	1	-21,5*
Kingston	5,6	17,42	0	-31,1*
Kitchener	6,6	29,42	1	-20,8*
London	6,5	28,38	1	-27,7*
Milton**	7,1	31,67	1	-16,2*
Mississauga	6,6	28,67	1	-18,1*
Newmarket	5,9	25,83	0	-21,1*
North Bay	4,6	17,63	0	-17,7*
Oakville	6,3	25,13	0	-18,1*
Oshawa	6,2	21,00	0	-20,3*
Ottawa (Centre-ville de)	6	27,33	1	-13,6*
Parry Sound	4,4	18,29	0	-32,7*
Petawawa	4,2	12,21	0	-22,8*
Peterborough	5,6	18,58	0	-19,5*
Port Stanley	6,5	22,29	0	-18,4*

Station de surveillance	Moyenne annuelle 2020	Maximum pour 24 h	Nombre de fois où les concentrations ont dépassé les Critères de qualité de l'air ambiant sur 24 heures	Variation de la moyenne annuelle sur 10 ans (%)
Sarnia	7,1	23,13	0	-36,1*
Sault Ste. Marie	4,5	16,67	0	-18,6*
St. Catharines	6,3	21,75	0	-22,7*
Sudbury	5,1	19,83	0	2,3
Thunder Bay	5,5	15,42	0	-16,6*
Tiverton	4,8	15,83	0	-21,9*
Toronto (Centre-ville de)	7,6	28,88	2	S.O.
Toronto Est	6,7	26,50	0	-17,4*
Toronto Nord	6,4	27,13	1	-29,5*
Toronto Ouest	6,9	28,46	1	-24,9*
Windsor (Centre-ville de)	7,1	28,54	1	-25,6*
Windsor Ouest	8,8	31,92	3	-14*

Source : Qualité de l'air en Ontario, 2020 (ministère de l'Environnement, de la Protection de la nature et des Parcs)

Remarques : Les données sont présentées dans le tableau supplémentaire S32. Télécharger les tableaux supplémentaires à la page santeontario.ca/iqsp. Les valeurs en caractère gras dépassent la moyenne annuelle de 8,8 µg/m³ ou les concentrations maximales sur 24 heures de 27 µg/m, les niveaux de référence pour les particules PM_{2,5} établis par la norme canadienne de qualité de l'air ambiant, entrée en vigueur en 2020. S.O. La station de surveillance a été déplacée en 2019, par conséquent, il n'a pas été possible de faire une comparaison sur 10 ans entre les deux emplacements.

* Importante pente avec la méthode Sen (tendance importante détectée).

** La station de surveillance de Milton a été ajoutée à la région depuis le rapport 2020 de l'IQSP.

Politiques et programmes sur les particules fines en Ontario

De nombreuses politiques et de nombreux programmes ont probablement contribué à améliorer la qualité de l'air en Ontario, notamment les efforts du ministère de l'Environnement, de la Protection de la nature et des Parcs pour réglementer les contaminants atmosphériques à usage industriel et commercial, limiter les émissions des camions et autobus et mieux comprendre les mouvements des polluants des États-Unis jusqu'en Ontario.

Possibilités de réduire les agents cancérigènes dans l'environnement

- Fournir une orientation sur la protection contre l'exposition aux rayons ultraviolets et l'offre de zones ombragées dans la Déclaration de principes provinciale.
- Renforcer les politiques municipales d'aménagement de zones ombragées et surveiller la mise en œuvre et les répercussions de ces politiques.
- Élaborer des politiques ciblées sur les rayons ultraviolets et l'aménagement de zones ombragées et investir dans des programmes destinés aux travailleurs extérieurs, aux établissements scolaires, aux centres de loisirs et aux enfants et jeunes dans les centres de garde d'enfants et aux camps d'été.
- Assurer la surveillance des concentrations de radon dans les logements et lieux de travail de l'Ontario avec une campagne pédagogique visant à sensibiliser à l'importance de la surveillance.

- Promouvoir les tests de détection du radon et la réduction des concentrations, ce qui peut comprendre des aides financières et des incitatifs pour les propriétaires de logements et d'entreprises dans lesquels de fortes concentrations sont détectées.
- Envisager d'établir la valeur de référence canadienne du radon à 100 Bq/m³.
- Modifier le Code du bâtiment de l'Ontario pour rendre obligatoires les mesures de réduction et de prévention de la présence de radon lors de la construction de nouvelles habitations et de rénovations.
- Continuer à réduire les émissions de particules PM_{2,5} dans les secteurs des transports, de l'industrie, de la consommation et de la production d'énergie.



Expositions professionnelles

Expositions professionnelles et risque de maladies chroniques

De nombreux travailleurs sont principalement exposés aux substances toxiques en milieu de travail par inhalation³⁸⁸. Bien qu'il y ait de nombreux types d'expositions professionnelles pouvant être néfastes, ce chapitre est axé sur quatre substances toxiques (l'amiante, l'échappement des moteurs au diesel, le radon et la silice cristalline), qui contribuent à un risque accru de développer des maladies pulmonaires chroniques³⁸⁸. Certaines maladies pulmonaires professionnelles causées par une ou plusieurs de ces expositions comprennent le cancer du poumon, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'amiantose, le mésothéliome et la silicose^{351,388-390}.

Le rapport 2020 de l'IQSP comprenait un examen du nickel et du formaldéhyde; toutefois, en raison du peu de nouvelles informations sur ces dangers, ce contenu n'a pas été ajouté au rapport 2023.

Expositions professionnelles en Ontario

Les maladies pulmonaires abordées ici sont souvent diagnostiquées des années après l'exposition du travailleur, ce qui rend leur désignation de maladie professionnelle compliquée³⁸⁸. De plus, le cancer du poumon et la bronchopneumopathie chronique obstructive ont plusieurs causes, et de nombreuses personnes pensent qu'elles ne sont provoquées que par la fumée de cigarette, même si les dangers en milieu de travail peuvent être des facteurs contributifs³⁸⁸.

Le Centre de recherche sur le cancer professionnel a récemment élaboré le système de surveillance des maladies professionnelles qui permet de repérer des profils et des tendances dans les maladies professionnelles en Ontario³⁸⁸. Certains travaux de recherche énoncés dans cette section sur les groupes présentant un risque élevé proviennent du rapport *Chronic Respiratory Disease Report 2022* du Centre, fondé sur les données du Système de surveillance³⁸⁸.

Le ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences de l'Ontario a élaboré une stratégie quinquennale pour le système de santé et de sécurité au travail intitulée « La prévention, ça marche » (2021 à 2026)³⁹¹. La stratégie, entre autres choses, vise à réduire ou éliminer les expositions aux dangers présentant le plus grand risque de maladie³⁹¹. Certains de ses objectifs sont de compiler et d'utiliser les dernières données probantes, d'améliorer les connaissances et les pratiques en matière de santé et de sécurité au travail, et d'encourager les lieux de travail à assumer leurs rôles et responsabilités en matière de santé et de sécurité au travail³⁹².

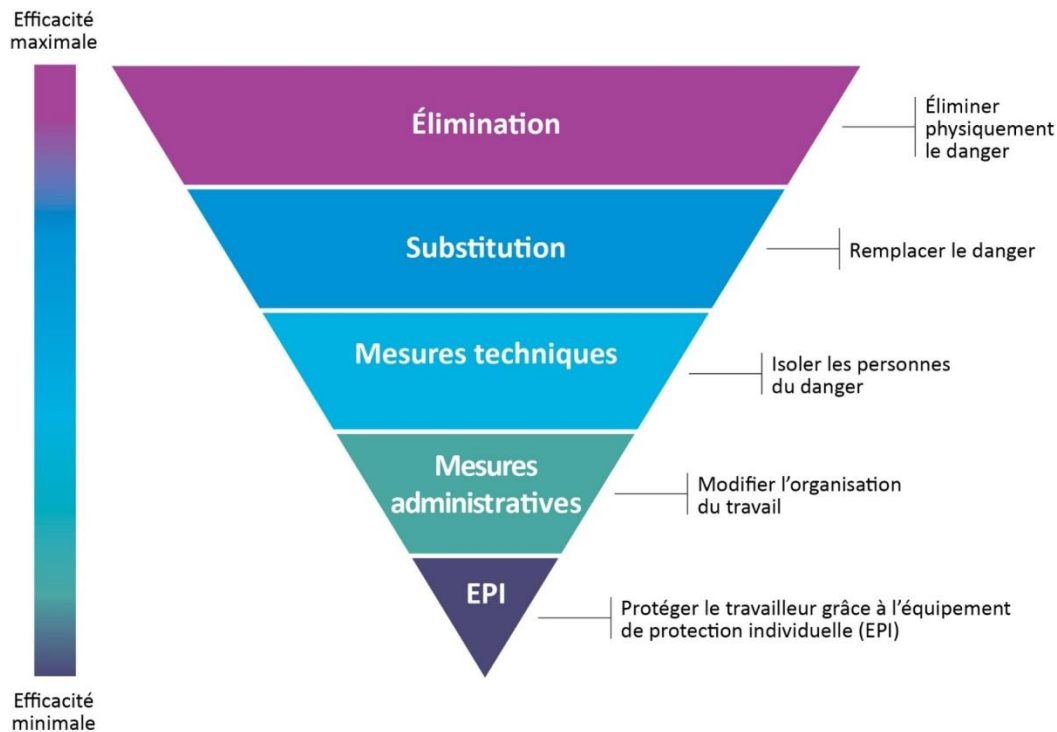
Politiques et programmes visant à réduire les expositions professionnelles

La hiérarchie des contrôles (figure 9) est un cadre de santé et de sécurité au travail largement reconnu qui permet de protéger les travailleurs des dangers présents en milieu de travail³⁹³. Le cadre définit les mesures de contrôle des dangers de la plus efficace à la moins efficace, soit :

- Éliminer le danger (élimination);

- Remplacer le danger par un substitut plus sûr (substitution);
- Créer des séparations physiques entre les travailleurs et le danger (mesure d'ingénierie);
- Modifier les processus de travail pour limiter l'exposition au danger (mesure administrative);
- Utiliser un équipement de protection individuelle (EPI) lorsque le travail est effectué en présence du danger.

Figure 9 : Hiérarchie des contrôles



Source : À la disposition du public sans autorisation nécessaire à la page [cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/](https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/) (en anglais seulement)

La *Loi sur la santé et la sécurité au travail* de l'Ontario réglemente les limites d'exposition aux substances chimiques³⁹⁴. Elle exige également que les employeurs recherchent la présence de ces substances sur le lieu de travail³⁹⁴. Le cas échéant, des réglementations exigent que les employeurs respectent un ensemble de mesures et de procédures spéciales pour protéger les travailleurs³⁹⁴.

Amiante

L'amiante est un terme qui désigne six minéraux fibreux présents dans certaines roches et certains sols³⁹⁵. En raison de sa durabilité et de sa résistance à la chaleur, l'amiante a été largement utilisé dans les matériaux de construction, et les produits industriels et de consommation³⁹⁵. Lorsque l'amiante ou les matériaux contenant de l'amiante sont perturbés ou endommagés, des fibres peuvent être rejetées dans l'air et inhalées dans les poumons, entraînant des maladies chroniques chez les personnes exposées³⁹⁵.

Depuis décembre 2018, l'utilisation de l'amiante est interdite au Canada³⁹⁶. L'amiante et les produits en contenant ne peuvent plus être fabriqués, vendus, importés, exportés ou utilisés au Canada, sauf

quelques exceptions³⁹⁶. L'interdiction imposée par le Canada sera utile pour limiter l'exposition à l'amiante à l'avenir, mais il est peu probable qu'elle permette de réduire les maladies respiratoires liées à l'amiante parmi les travailleurs du secteur de la construction actuels participant aux travaux de réparation et de restauration de bâtiments ou parmi les travailleurs des services de nettoyage et d'entretien responsables de vieux bâtiments où l'exposition aux matériaux contenant de l'amiante a toujours lieu³⁹⁷.

En 2021, le Groupe CSA a publié son rapport *Gestion de l'amiante au Canada : Évaluer le besoin d'une norme nationale*, qui visait à étudier les lacunes et les pratiques exemplaires en matière de gestion de l'amiante et à déterminer la nécessité d'élaborer une norme nationale³⁹⁸. Le rapport révélait que le cadre réglementaire pour l'amiante était assez solide, mais que des lacunes et incohérences demeuraient dans la gestion de l'amiante au Canada³⁹⁸. Le premier est que la responsabilité législative et la supervision de la gestion de l'amiante sont réparties entre les autorités fédérales, provinciales, territoriales et municipales³⁹⁸. Cela crée des difficultés pour les employeurs et les consultants qui désirent se conformer et qui travaillent dans différentes provinces et différents territoires, ainsi que des difficultés en matière d'application pour les organismes de réglementation³⁹⁸. Partout au pays, il existe des définitions contradictoires de ce qui constitue l'amiante et les matériaux amiantifères³⁹⁸. Non seulement cela complique l'identification et la documentation de l'amiante, mais cela entraîne également des difficultés dans l'évaluation des risques, le choix de mesures de réduction appropriées pour atténuer le risque et la gestion et l'élimination sécuritaire des déchets d'amiante³⁹⁸. Dans l'ensemble du pays, il y a des différences importantes quant aux approches adoptées en matière de formation des travailleurs et des superviseurs exposés à l'amiante et de détermination de la compétence des personnes participant à la gestion de l'amiante³⁹⁸.

Amiante et maladies chroniques en Ontario

L'exposition à l'amiante peut entraîner des maladies chroniques comme l'amiantose, le mésothéliome, le cancer du poumon et la bronchopneumopathie chronique obstructive^{399,400}. L'amiantose se caractérise par la formation de tissus cicatriciels accumulés dans les poumons, ce qui entraîne des difficultés à respirer, une toux et un essoufflement³⁸⁸. Le mésothéliome est une forme rare et agressive de cancer qui touche la membrane de la cage thoracique ou la cavité abdominale⁴⁰¹. L'amiantose, comme son nom l'indique, est causée par une exposition à l'amiante et le mésothéliome est principalement causé par une exposition à l'amiante, alors que le cancer du poumon et la bronchopneumopathie chronique obstructive peuvent être causés par de nombreuses expositions en milieu de travail³⁸⁸.

En raison d'une longue période de latence entre l'exposition et l'apparition de la maladie, les maladies liées à l'amiante sont souvent associées à des expositions qui ont eu lieu il y a 10 à 40 ans⁴⁰². Cette longue période de latence complique l'association de ces maladies à leurs expositions professionnelles et l'obtention d'une indemnisation⁴⁰².

Les estimations fondées sur les données du recensement de 2016 suggèrent que 77 000 travailleurs ontariens ont été exposés à l'amiante⁴⁰². Le plus grand groupe professionnel exposé à l'amiante est celui des travailleurs de la construction, suivi par ceux de l'administration publique, des services d'enseignement et des hôpitaux⁴⁰².

Les données du système de surveillance des maladies professionnelles (SSMP) montrent que les travailleurs de l'Ontario ayant une forte probabilité d'exposition à l'amiante présentent des risques accrus de développer plusieurs maladies respiratoires chroniques³⁸⁸. Par exemple, les travailleurs de

l'industrie minière de l'amiante en Ontario présentaient 20 fois plus de risque de développer une amiantose et plus de 200 fois de risque de développer un mésothéliome par rapport que les autres travailleurs^{388,403}. Ces travailleurs présentaient également un risque accru de cancer du poumon⁴⁰⁴. Les professionnels de l'isolation qui peuvent avoir été exposés par le passé en installant ou en retirant des matériaux d'isolation contenant de l'amiante, ont 30 fois plus de risque de développer une amiantose et plus de 20 fois plus de risque de développer un mésothéliome, ainsi qu'un risque accru de cancer du poumon et de bronchopneumopathie chronique obstructive par rapport au reste de la population³⁸⁸. De plus, les travailleurs de l'industrie de la fabrication de produits minéraux non métalliques, qui peuvent avoir fabriqué des produits contenant de l'amiante comme des plaquettes, des joints et des tuyaux en amiante-ciment présentent un risque accru d'amiantose, de mésothéliome, de cancer du poumon et de bronchopneumopathie chronique obstructive³⁸⁸.

Politiques et programmes visant à réduire l'exposition à l'amiante en Ontario

En Ontario, la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* classe l'amiante comme substance désignée avec une limite d'exposition professionnelle, même si la limite sécuritaire n'a pas encore été déterminée⁴⁰⁵. Une autre disposition de la Loi exige des propriétaires de bâtiments contenant de l'amiante qu'ils élaborent des plans de gestion de l'amiante et informent les constructeurs de la présence d'amiante avant tous travaux de construction ou de réparation, entre autres exigences⁴⁰⁵. Dans l'ensemble, l'Ontario possède un ensemble de réglementations sur l'amiante relativement solides par rapport à d'autres provinces et territoires du Canada⁴⁰⁵. Toutefois, l'autorité législative est répartie entre différents organismes, ce qui peut entraîner un manque d'uniformité et de la confusion. Par exemple, les règlements sur la santé et la sécurité au travail et de l'environnement utilisent différentes définitions pour déterminer si un matériau contient de l'amiante³⁹⁸.

Le ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences maintient un registre des travailleurs exposés à l'amiante⁴⁰⁶. Un travailleur est informé lorsqu'il a accumulé 2 000 heures d'exposition documentée, et on lui conseille de se soumettre à un examen médical⁴⁰⁶. Le Centre de recherche sur le cancer professionnel a couplé les données de l'Asbestos Worker Register avec des données de santé pour mieux déterminer les maladies liées à l'amiante⁴⁰⁷.

Échappement des moteurs au diesel

L'échappement des moteurs au diesel contient un mélange complexe de gaz et de particules fines de diesel suffisamment fines pour être inhalées et pénétrer en profondeur dans les poumons⁴⁰⁸, ce qui peut endommager le tissu pulmonaire et entraîner des maladies pulmonaires, comme la bronchopneumopathie chronique obstructive et le cancer du poumon^{409,410}.

Les meilleures mesures de protection des travailleurs contre l'exposition aux gaz d'échappement des moteurs au diesel associent différentes approches que l'on retrouve dans le cadre de Hiérarchie des contrôles⁴¹¹. Ces mesures comprennent le passage aux moteurs électriques ou l'utilisation d'autres carburants (substitution), l'amélioration de la ventilation ou l'utilisation de filtres de gaz d'échappement (mesures d'ingénierie) et la restriction de la marche au ralenti (mesures administratives)⁴¹¹.

Selon le rapport *Burden of occupational cancer in Canada: Major workplace carcinogens and prevention of exposure*, le Centre de recherche sur le cancer professionnel recommande aux administrations canadiennes d'adopter une limite de 20 µg/m³ de carbone élémentaire pour l'industrie minière et de 5 µg/m³ de carbone élémentaire pour les autres lieux de travail (le carbone élémentaire est utilisé comme mesure de substitution pour l'évaluation des taux d'échappement des moteurs au diesel)⁴¹². Ces

recommandations tiennent compte des préoccupations relatives à la faisabilité; d'autres groupes ont proposé des limites fondées sur la santé à un niveau très bas de $1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de carbone élémentaire⁴¹³.

Échappement des moteurs au diesel et maladies chroniques en Ontario

L'échappement des moteurs au diesel est l'une des formes d'exposition professionnelle les plus courantes en Ontario⁴¹². Selon les données du recensement de 2016, CAREX (CARcinogen Exposure) Canada a estimé que 327 000 travailleurs ontariens sont exposés à l'échappement des moteurs au diesel⁴¹⁴. Les personnes fréquemment exposées à l'échappement des moteurs au diesel, comme les mineurs de fond, les agriculteurs, les chauffeurs de camion, les livreurs, les conducteurs d'autobus, les conducteurs de véhicules de transport en commun, les cheminots, les mécaniciens d'équipement lourd et les travailleurs du secteur de la construction, présentent un risque accru de développer des maladies pulmonaires professionnelles^{388,408}. Parmi ces maladies, on compte le cancer du poumon et la bronchopneumopathie chronique obstructive^{409,410}.

Dans le système de surveillance des maladies professionnelles (SSMP), plusieurs groupes professionnels qui travaillent fréquemment dans des machines à moteur diesel ou à proximité présentaient un risque accru de développer un cancer du poumon et une bronchopneumopathie chronique obstructive³⁸⁸. Par exemple, les conducteurs de camion et les ouvriers de travaux de terrassement, d'excavation et de bitumage présentent un risque accru de développer les deux maladies par rapport aux autres travailleurs dans le SSMP³⁸⁸. Les exploitants ferroviaires ont un risque accru de cancer du poumon, alors que les travailleurs agricoles, qui peuvent conduire des tracteurs à moteur diesel, ont un risque accru de développer une bronchopneumopathie chronique obstructive³⁸⁸.

Politiques visant à réduire l'exposition à l'échappement des moteurs au diesel en Ontario

Actuellement, l'Ontario impose une limite d'exposition professionnelle pour l'échappement des moteurs au diesel qui s'applique seulement aux industries minières, fixée à $400 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de carbone total (qui passera à $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de carbone élémentaire à compter du 1^{er} septembre 2023)^{415,416}. Cette limite est bien plus élevée que celle des $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de carbone élémentaire suggérée par le Centre de recherche sur le cancer professionnel⁴¹⁵, et il n'y a pas de limite d'exposition professionnelle pour l'échappement des moteurs au diesel qui s'applique aux industries en dehors du secteur minier⁴¹².

Radon

Pour une description plus détaillée du radon, veuillez consulter la section « Expositions dans l'environnement ». Le radon n'est pas utilisé à des fins purement industrielles importantes, mais des personnes peuvent être exposées si elles travaillent dans des espaces clos où le radon peut s'accumuler et atteindre des niveaux élevés, en particulier le travail souterrain, comme les travaux miniers^{350,388}.

Au Canada, le radon est la deuxième cause de cancer du poumon, après le tabagisme³⁵⁰. Les travailleurs, et d'autres personnes, qui fument et sont exposés au radon, présentent un risque encore plus grand de développer un cancer du poumon que les non-fumeurs³⁵⁰.

Radon et maladies chroniques en Ontario

Selon les estimations faites à partir des données du recensement de 2016, 34 000 travailleurs ontariens sont exposés au radon en milieu de travail à des niveaux dépassant $200 \text{ Bq}/\text{m}^3$.⁴¹⁷ De plus, 112 000 personnes supplémentaires sont exposées à des niveaux de radon allant de 100 à $200 \text{ Bq}/\text{m}^3$.⁴¹⁸

L'exposition au radon est bien documentée chez les travailleurs de mines d'uranium⁴¹⁹. Dans le système de surveillance des maladies professionnelles (SSMP), les anciens travailleurs de l'industrie minière d'uranium en Ontario ont environ 1,9 fois plus de risques de développer un cancer du poumon que d'autres travailleurs³⁸⁸.

Données probantes à l'appui des politiques et programmes visant à réduire l'exposition au radon

Une association de mesures de réduction de la concentration de radon dans les nouveaux bâtiments et d'atténuation dans les anciens bâtiments constitue la stratégie idéale pour réduire l'exposition³⁷⁷. La réduction de l'exposition au radon en milieu de travail commence par la surveillance des concentrations dans le cadre d'un programme de surveillance⁴²⁰. Les autres mesures qui peuvent être prises pour réduire l'exposition au radon sont notamment l'installation de systèmes d'atténuation du radon, des systèmes de ventilation adaptés, la sélection de matériaux contenant peu de radon et l'élaboration d'un programme de réduction du radon⁴²⁰.

Le Comité de radioprotection fédéral-provincial-territorial est chargé de faire avancer l'élaboration et l'harmonisation de pratiques et de normes dans toutes les administrations fédérales, provinciales et territoriales⁴²¹. Le Comité a élaboré les Lignes directrices canadiennes pour la gestion des matières radioactives naturelles (MRN)⁴²¹. Les lignes directrices recommandent des niveaux de radon inférieurs à 200 Bq/m³, ce qui est supérieur aux recommandations de l'OMS de réduire les niveaux de radon à moins de 100 Bq/m³^{377,420}. Certains travailleurs canadiens qui peuvent être confrontés à de hauts niveaux d'exposition (travailleurs dans des mines d'uranium, etc.) font l'objet d'une surveillance annuelle par le biais du Fichier dosimétrique national⁴²⁰.

Politiques et programmes en Ontario

La *Loi sur la santé et la sécurité au travail* énonce que les employeurs doivent prendre toutes les précautions raisonnables dans les circonstances pour assurer la protection du travailleur, notamment la protection contre les dangers de l'exposition au radon⁴²². Dans les mines, l'exposition au radon doit être surveillée de près et est mesurée différemment que dans les autres milieux de travail. En dehors des mines, les lignes directrices sur les MRN sont utilisées, mais il n'y a pas d'obligation de surveillance de l'exposition⁴²².

Silice cristalline

La silice cristalline est l'un des minéraux naturellement présents les plus couramment trouvés dans le sol, le sable et les pierres⁴²³. Elle est utilisée dans de nombreuses applications industrielles et peut être trouvée dans des matériaux comme le béton, le mortier et la brique^{423,424}. Les processus professionnels de meulage, découpage, perçage ou écaillage des matériaux contenant de la silice créent une poussière qui peut poser des problèmes de santé en cas d'inhalation⁴²³. Les travailleurs les plus susceptibles d'être exposés à la silice sont notamment les ouvriers du secteur de la construction, les conducteurs d'équipement lourd, les plâtriers, les poseurs de cloison sèche et les plombiers⁴²³.

Le Centre International de Recherche sur le Cancer a classé la silice cristalline dans les substances cancérigènes du groupe 1⁴²³. Plus précisément, l'inhalation de silice cristalline augmente le risque de cancer du poumon chez les travailleurs⁴²³. L'inhalation de silice cristalline cause également la silicose (une pneumopathie fibrosante irréversible) et est liée au développement de la bronchopneumopathie chronique obstructive⁴²³.

Silice cristalline et maladies chroniques en Ontario

Selon les données du recensement de 2016, CAREX Canada a estimé que 153 000 travailleurs ontariens sont exposés à la silice cristalline⁴²⁵.

Les activités minières peuvent produire de fortes concentrations de poussière de silice⁴²⁶; dans le système de surveillance des maladies professionnelles (SSMP), les travailleurs occupant des postes liés aux activités minières présentaient les risques les plus élevés de développer une silicose³⁸⁸. Par exemple, les travailleurs dans l'industrie minière ont plus de 10 fois de plus de risques de développer une silicose que les autres travailleurs du SSMP, ainsi qu'un risque accru de développer un cancer du poumon et une bronchopneumopathie chronique obstructive⁴²⁷. Les autres groupes accomplissant des tâches qui libèrent de fortes quantités de silice dans l'air présentaient également un risque accru de maladie. Par exemple, les finisseurs de béton ont un risque accru de développer une bronchopneumopathie chronique obstructive, alors que les travailleurs de traitement et de façonnage de l'argile, du verre et de la pierre ont un risque accru de développer une bronchopneumopathie chronique obstructive et un cancer du poumon³⁸⁸. Les travailleurs dans les fonderies de fer, où la silice est utilisée dans les moules et les briques du four, ont un risque accru de développer une silicose, une bronchopneumopathie chronique obstructive et un cancer du poumon, par rapport aux autres travailleurs dans le SSMP³⁸⁸.

Données probantes à l'appui des politiques et programmes visant à réduire l'exposition à la silice

La première façon de protéger les travailleurs de l'exposition à la silice est de remplacer les produits contenant de la silice par d'autres produits moins dangereux ou d'éliminer les procédés qui produisent de la poussière de silice⁴²⁰. Des mesures d'ingénierie peuvent être également utilisées pour réduire l'exposition, comme l'amélioration de la ventilation et l'isolement des procédés produisant de la silice pour prévenir la libération de poussière dans l'environnement de travail⁴²⁰. De plus, une formation adéquate destinée aux travailleurs est importante pour réduire l'exposition à la silice⁴²⁰.

Politiques et programmes en Ontario

La *Loi sur la santé et la sécurité au travail* reconnaît la silice comme substance désignée. Par conséquent, les employeurs sont tenus de prendre toutes les précautions raisonnables lorsque la silice présente un danger en milieu de travail⁴²⁸. Les employeurs ontariens doivent s'assurer que l'exposition professionnelle ne dépasse pas 0,10 mg/m³ d'air par volume de quartez et de tripoli (des types de silice) et 0,05 mg/m³ d'air par volume pour un autre type de silice, la cristobalite⁴²⁹. Ces limites sont supérieures à la limite de 0,025 mg/m³ de silice cristalline respirable adoptée par de nombreuses administrations canadiennes et recommandée par l'American Conference of Governmental Industrial Hygienists⁴²³.

Possibilités de réduire les expositions professionnelles

- Investir dans des systèmes de surveillance de l'exposition professionnelle pour repérer les fortes expositions avant qu'elles n'entraînent des maladies.
- Créer un registre public de tous les bâtiments et lieux de travail contenant de l'amiante.
- Contribuer à l'élaboration d'une norme de gestion nationale de l'amiante pour faciliter l'harmonisation des réglementations et des pratiques exemplaires dans tout le Canada.
- Adopter des limites d'exposition professionnelle pour l'échappement des moteurs au diesel de $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de carbone élémentaire pour l'industrie minière et de $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de carbone élémentaire pour les autres lieux de travail.
- Adopter les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'exposition au radon et limiter l'exposition au radon à moins de $100 \text{ Bq}/\text{m}^3$.
- Adopter la limite d'exposition professionnelle recommandée de $0,025 \text{ mg}/\text{m}^3$ pour toutes les formes de silice cristalline respirable.



Agents infectieux

Agents infectieux et risque de maladies chroniques

Les agents infectieux (p. ex., bactérie, virus, champignons et parasites) peuvent déclencher une réponse immunitaire du corps et augmenter le risque de développer certaines maladies chroniques^{430,431}. Par exemple, une infection par la COVID-19 peut entraîner des complications cardiovasculaires qui augmentent le risque de développer une maladie cardiovasculaire par la suite⁴³²⁻⁴³⁴. Ce chapitre portera sur cet ensemble croissant de données probantes et sera axé sur deux agents infectieux majeurs au Canada, le virus du papillome humain (VPH) et l'hépatite B.

La famille de virus du VPH comprend de nombreuses souches, et ces virus sont le plus souvent transmis par contact sexuel peau-à-peau⁴³⁵. Les infections découlant principalement de 12 souches du VPH présentant un risque élevé sont responsables du plus lourd fardeau des cancers d'origine infectieuse en Ontario. Le VPH peut entraîner des cancers de la gorge, de l'anus, de la tête, du cou, du pénis, de la vulve, du vagin et le cancer le plus évitable chez les femmes, le cancer du col de l'utérus^{435,436}. Une souche du VPH en particulier (souche 9) est fortement cancérigène et il est important de prévenir son infection grâce à la vaccination^{435,437}. Le lien entre le VPH et les maladies chroniques est en cours d'étude et des études préliminaires pourraient confirmer un lien entre le VPH et les maladies cardiovasculaires⁴³⁸. Par exemple, une étude a révélé que les femmes positives au VPH étaient plus susceptibles de développer une maladie cardiovasculaire que les femmes négatives au VPH^{438,439}.

L'hépatite B se transmet par contact avec du sang et des fluides corporels infectés (p. ex., par contact sexuel, partage d'aiguilles ou d'autres équipements d'injection de drogue, et de la mère à l'enfant lors de l'accouchement)⁴⁴⁰. L'infection par l'hépatite B peut causer une maladie aiguë résolutive ou peut progresser en maladie chronique et au fil du temps entraîner des conséquences graves comme la cirrhose ou le carcinome hépatocellulaire (cancer du foie)^{440,441}. L'hépatite B est l'une des infections les plus courantes dans le monde. Toutefois, en raison de sa nature asymptomatique, de nombreuses personnes sont infectées sans le savoir⁴⁴². Les personnes touchées de façon disproportionnée par l'hépatite B sont notamment les immigrants et les réfugiés venant de pays où la maladie est endémique, les personnes qui consomment des drogues injectées, les Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain, les sans-abris ou les prisonniers et les travailleurs du sexe, ainsi que les personnes gaies, bisexuelles et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes⁴⁴⁰. Il n'existe pas de traitement contre l'hépatite B, mais un traitement antiviral à vie peut ralentir la progression de la maladie et améliorer la survie à long terme⁴⁴². La vaccination peut également prévenir le développement du carcinome hépatocellulaire chez les personnes qui ont été infectées par l'hépatite B^{443,444}.

Politiques et programmes visant à réduire les infections

Le VPH et l'hépatite B peuvent être asymptomatiques après infection et peuvent entraîner des maladies limitant l'espérance de vie. La détection précoce et de vaccination systématique sont des mesures utiles pour prévenir la propagation de ces virus, de même que les ressources gratuites comme l'accès aux préservatifs et la sensibilisation aux pratiques sexuelles sans risque par le biais de programmes communautaires⁴⁴⁵. Santé Sexuelle Ontario, une initiative provinciale dirigée par Santé publique Ontario, offre des ressources gratuites sur les infections transmissibles sexuellement, notamment des

renseignements sur la prévention des transmissions, les symptômes à surveiller et les options actuelles de dépistage et de traitement disponibles en Ontario⁴⁴⁵.

VPH

Données probantes à l'appui des politiques et programmes VISANT À prévenir les infections au VPH

Les essais cliniques montrent que les vaccins contre le VPH sont très efficaces pour prévenir l'infection anale et du col de l'utérus avant l'exposition par contact sexuel^{446,447}. Même si une infection au VPH entraîne des changements cellulaires cancéreux, les vaccins peuvent réduire le risque de progression de la maladie^{437,446,448}. On estime que 75 p. cent de la population canadienne sexuellement active contractera une infection au VPH en l'absence de vaccin^{446,449}. Au Canada, les vaccins contre le VPH sont recommandés aux personnes de 9 ans à 26 ans, y compris celles chez qui ont eu des anomalies cellulaires au niveau du col de l'utérus, un cancer du col de l'utérus ou des crêtes-de-coq et les personnes de 27 ans et plus qui présentent un risque continu d'exposition^{446,449}.

Politiques et programmes pour réduire les infections au VPH

De nouveaux efforts provinciaux pour le dépistage des types de VPH à haut risque sont en cours afin d'améliorer la détection précoce et le suivi des infections⁴⁵⁰. Santé Ontario travaille avec le ministère de la Santé pour mettre en œuvre le dépistage du VPH dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus, qui permet aux personnes sexuellement actives possédant un col de l'utérus et âgées de 25 ans et plus (ou 21 ans et plus si la personne est immunodéprimée) ou aux personnes présentant des anomalies visibles au niveau du col de l'utérus de bénéficier d'un test de dépistage du VPH⁴⁵⁰. Toute personne ayant des cellules anormales sera ensuite orientée vers un service de colposcopie⁴⁵⁰.

L'Ontario a mis en place un programme de vaccination contre le VPH depuis 2017. Il permet aux élèves de 7^e année de 12 ans et plus de recevoir le vaccin Gardasil 9 contre la souche 9 du VPH^{446,451}. Ce vaccin est gratuit pour tous les élèves jusqu'à la dernière année d'école secondaire (12^e année)⁴⁵¹. La pandémie de COVID-19 a retardé les programmes de vaccination en milieu scolaire et des cliniques de rattrapage dans les communautés et les écoles ont été mises en place pour assurer la vaccination à un âge approprié. Des activités locales de rattrapage à divers niveaux ont été menées tout au long de l'année scolaire; toutefois, les bureaux de santé publique ont été confrontés à des difficultés de prestation des programmes de vaccination en milieu scolaire dues à la fermeture des établissements et à la réaffectation des ressources des bureaux en faveur des mesures de lutte contre la pandémie. Le ministère de la Santé a prolongé l'admissibilité jusqu'au 31 août 2023 pour les élèves de sexe féminin qui ont obtenu leur diplôme pendant les années scolaires de la pandémie⁴⁵². Le programme ontarien de vaccination contre le VPH pour les personnes à risque élevé a également étendu l'admissibilité aux hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (de 26 ans ou moins) qui se déclarent gais, bisexuels ou trans et qui n'ont pas commencé leur série de vaccins contre le VPH avant 2017.

Conclusions liées aux indicateurs : Couverture vaccinale contre le VPH en milieu scolaire

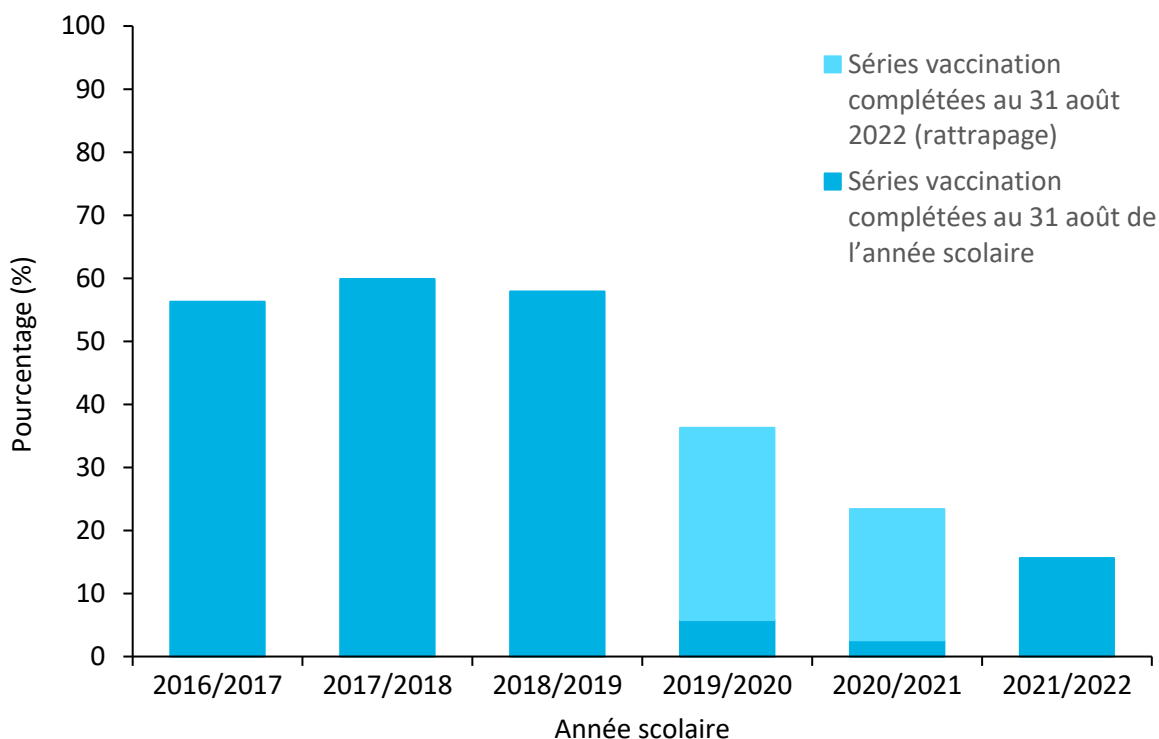
Cet indicateur mesure la couverture vaccinale actuelle du vaccin contre le VPH chez les élèves de 12 ans (7^e année) avec des données actuelles pour l'année scolaire 2021-2022. Ces estimations sont déclarées par Santé publique Ontario dans une analyse des données des registres sur les élèves et la vaccination saisies par les bureaux de santé publique dans le Data Health Information Repository. La couverture actuelle pour une année scolaire reflète la proportion d'élèves qui avaient reçu un nombre de doses valides du vaccin contre le VPH convenant à leur âge au 31 août de l'année scolaire en question. La couverture actuelle avec la vaccination de rattrapage dans ce rapport reflète les vaccins administrés au

31 août 2022, les estimations sur la vaccination de rattrapage sont seulement disponibles pour les années scolaires 2019-2020 et 2020-2021. Cet indicateur ne reflète pas les doses de vaccin reçues en dehors du programme de vaccination en milieu scolaire ou dans les cliniques de rattrapage en dehors des établissements scolaires ou des programmes affiliés de santé publique, sauf si les doses ont été déclarées au bureau de santé publique qui les a saisies dans le Data Health Information Repository.

Il n'y a actuellement pas de registre de la population qui consigne toutes les doses du vaccin administrées en centre de soins, mais ce type de registre permettrait d'avoir un meilleur aperçu des taux globaux de vaccination en Ontario.

- La couverture vaccinale contre le VPH chez les enfants de 12 ans pour les trois années scolaires touchées par la pandémie de COVID-19 était de 5,8 p. cent en 2019-2020, de 2,6 p. cent en 2020-2021 et de 15,6 p. cent en 2021-2022 (tableau supplémentaire S33).
- Les programmes de rattrapage menés au cours des années scolaires après 2019-2020 et 2020-2021 ont entraîné une importante augmentation de la couverture vaccinale (qui est passée de 5,8 p. cent à 36,3 p. cent et de 2,6 p. cent à 23,4 p. cent, respectivement) au 31 août 2022 (tableau supplémentaire S33).
- Malgré les augmentations de la couverture vaccinale grâce aux programmes de rattrapage, les taux de vaccination contre le VPH sont restés inférieurs à ceux d'avant la pandémie.
- Il y a eu une importante variabilité géographique et temporelle dans la couverture vaccinale entre les bureaux de santé publique. Pour l'année scolaire 2021-2022, la couverture vaccinale des élèves de 12 ans allait de moins de 1 p. cent à 62,7 p. cent (tableau supplémentaire S33).

Figure 10 : Couverture vaccinale actuelle contre le virus du papillome humain (%) chez les élèves de 12 ans en Ontario, de 2016-2017 à 2021-2022, avec vaccination de rattrapage pour 2019-2020 et 2020-2021



Source : Répertoire numérique des immunisations, 2016/2017-2021/2022 (ministère de la Santé et des Soins de longue durée.) Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Rapport sur la couverture vaccinale des élèves visés par les programmes d'immunisation scolaires en Ontario : années scolaires 2019-2020, 2020-2021 et 2021-2022 ainsi que sur les conséquences des programmes de rattrapage. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 et Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Rapport de Santé publique Ontario sur la couverture vaccinale des élèves des écoles de l'Ontario pour l'année scolaire 2018-2019. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020.

Remarques : Les données sont présentées dans le tableau supplémentaire S33. La couverture vaccinale est évaluée pour tous les genres chez les élèves de 12 ans au 31 août de l'année scolaire concernée. Les données pour 2019-2020 et 2020-2021 comprennent les estimations des programmes de rattrapage pour des vaccins administrés au plus tard le 31 août 2022. Les données sur la couverture vaccinale avec les programmes de rattrapage pour 2021-2022 ne sont pas encore disponibles. Télécharger les tableaux supplémentaires à la page santeontario.ca/igsp.

Le Partenariat canadien contre le cancer a élaboré un plan d'action pour éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici 2040 grâce à la vaccination contre le VPH, au dépistage et à un meilleur suivi⁴⁵³. Pour renforcer l'adoption du vaccin, la Société canadienne de pédiatrie recommande d'informer les élèves et les parents sur l'innocuité et les bénéfices du vaccin et sur l'importance de l'immunité collective, d'accroître l'accessibilité, notamment d'offrir des rendez-vous rapides et facilement accessibles pour les personnes qui souhaitent être vaccinées en dehors du programme en milieu scolaire. Elle recommande également d'améliorer la tenue de registres qui peuvent être utilisés pour inviter les parents à faire

vacciner leurs enfants et leur envoyer un rappel lorsqu'ils ont dépassé la date de vaccination⁴⁵⁴. Une récente méta-analyse a révélé que l'éducation, les interventions ciblant les fournisseurs y compris la formation, les rappels destinés aux médecins, les cliniques en milieu scolaire, les mesures d'incitation financière, les interventions politiques y compris les initiatives provinciales, les interventions à plusieurs volets et plusieurs niveaux ont été associés avec une hausse de la couverture vaccinale contre le VPH chez les enfants et les adolescents⁴⁵⁵.

Hépatite B

Données probantes à l'appui des politiques et programmes pour réduire les infections au virus de l'hépatite B

L'Ontario a rapporté le deuxième plus haut taux d'hépatite B aiguë (après le Nouveau-Brunswick) et le sixième taux le plus élevé d'hépatite B chronique⁴⁵⁶. Les données disponibles sur l'hépatite B aiguë sous-estiment probablement le vrai fardeau de la maladie^{443,456,457}.

L'Organisation mondiale de la Santé a appelé à une diminution de 95 p. cent des cas d'hépatite B chronique d'ici 2030⁴⁵⁸. Depuis le début des années 1990, toutes les provinces et tous les territoires ont mis en place des programmes de vaccination universelle qui ont entraîné d'importantes baisses des taux d'infection aiguë^{442,457}. L'Association pour la microbiologie médicale et l'infectiologie Canada recommande la vaccination contre l'hépatite B à tous les nourrissons de moins de 1 an, et pour toute personne n'ayant pas reçu le vaccin enfant⁴⁵⁷.

Politiques et programmes pour réduire les infections au virus de l'hépatite B

Une étude de 2022 a révélé que l'Ontario ne parvenait pas à atteindre l'objectif de l'OMS en raison d'un retard dans les campagnes de vaccination, de dépistage et de traitement⁴⁵⁸. L'Ontario a mis en place un programme de vaccination en milieu scolaire financé par l'État pour les élèves de 7^e année (12 ans)⁴⁵⁷. Bien que de nombreuses administrations au Canada offrent la vaccination après la naissance, l'âge de la vaccination varie d'une province et d'un territoire à l'autre⁴⁵⁶. De nombreux enfants pourraient également ne pas avoir été vaccinés ces dernières années en raison des fermetures d'écoles dues à la COVID-19⁴⁵⁹, toutefois, les élèves peuvent recevoir les doses manquantes chez leur médecin de vaccin ou dans les cliniques de rattrapage par le biais des bureaux de santé publique⁴⁶⁰. Les fermetures d'établissements scolaires et les mesures de lutte contre la pandémie de COVID-19 ont entraîné des lacunes en matière de prestation et d'évaluation de la vaccination en milieu scolaire. Le ministère de la Santé de l'Ontario a étendu l'admissibilité à la vaccination contre l'hépatite B jusqu'à la fin de la 12^e année⁴⁵².

De plus, toute personne immigrant d'un pays où l'hépatite B est une maladie endémique doit faire l'objet d'un dépistage pour permettre la détection précoce et le suivi⁴⁶¹. Actuellement, les personnes en Ontario ont seulement accès au dépistage prénatal de l'hépatite B⁴⁶¹. Une récente étude réalisée en Ontario a révélé que près de 40 p. cent des gens ayant développé des complications de l'hépatite B (cirrhose ou cancer du foie) ont été diagnostiqués dans les six mois suivant le début des complications⁴⁶². Une vaccination précoce et des efforts de dépistage accrus sont les meilleures approches pour prévenir des complications d'une hépatite B asymptomatique^{458,461,462}.

Conclusions liées aux indicateurs : Couverture vaccinale contre l'hépatite B en milieu scolaire

Cet indicateur mesure la couverture vaccinale actuelle du vaccin contre l'hépatite B chez les élèves de 12 ans (7^e année) avec des données actuelles pour l'année scolaire 2021-2022. La couverture actuelle pour une année scolaire reflète la proportion d'élèves qui avaient reçu un nombre de doses valides du vaccin contre l'hépatite B convenant à leur âge au 31 août de l'année scolaire en question. La couverture actuelle avec la vaccination de rattrapage dans ce rapport reflète les vaccins administrés au

31 août 2022, les estimations sur la vaccination de rattrapage sont seulement disponibles pour les années scolaires 2019-2020 et 2020-2021.

Ces estimations ont été déclarées par Santé publique Ontario dans une analyse des données des registres sur les élèves et la vaccination saisies par les bureaux de santé publique dans le Data Health Information Repository. Les doses reçues chez les fournisseurs de soins primaires ou en dehors des programmes assurés par les bureaux de santé publique peuvent ne pas être incluses sauf si elles ont été déclarées au bureau de santé publique pour être saisies dans le Data Health Information Repository.

- La couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les enfants de 12 ans pour les trois années scolaires touchées par la pandémie de COVID-19 était de 26,2 p. cent en 2019-2020, de 19,2 p. cent en 2020-2021 et de 29,8 p. cent en 2021-2022 (tableau supplémentaire S34).
- Les programmes de rattrapage menés au cours des années scolaires après 2019-2020 et 2020-2021 ont entraîné une importante augmentation de la couverture vaccinale (qui est passée de 26,2 p. cent à 50,8 p. cent et de 19,2 p. cent à 37,5 p. cent, respectivement) au 31 août 2022 (tableau supplémentaire S34).
- Malgré les augmentations de la couverture vaccinale grâce aux programmes de rattrapage, les taux de vaccination contre l'hépatite B sont restés inférieurs à ceux d'avant la pandémie.
- Il y a eu une importante variabilité géographique et temporelle dans la couverture vaccinale entre les bureaux de santé publique. Pour l'année scolaire 2021-2022, la couverture vaccinale des élèves de 12 ans allait de 3,2 p. cent à 69,2 p. cent (tableau supplémentaire S34).

Une liste complète des taux de vaccination contre l'hépatite B par bureau de santé publique pour la période allant de l'année scolaire 2019-2020 à 2021-2022 se trouve dans le tableau supplémentaire S34.

L'information continue des élèves et parents par les professionnels de la santé publique et les fournisseurs de soins de santé permettra de renforcer les connaissances sur les bénéfices et l'innocuité des vaccins, et d'augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B⁴⁵⁸. Des campagnes de promotion du vaccin pourraient encourager des attitudes plus favorables à l'égard du vaccin contre l'hépatite B⁴⁵⁸.

Possibilités de réduire les taux d'infection

- Élaborer un registre provincial pour déclarer la couverture vaccinale contre le VPH et l'hépatite B dans la population.
- Élaborer des campagnes de sensibilisation gratuites pour promouvoir des attitudes positives envers la vaccination et répondre à la réticence à la vaccination et soutenir l'éducation gratuite.
- Mettre en œuvre des interventions à plusieurs niveaux comprenant des programmes pour augmenter la sensibilisation à la vaccination, les interventions ciblant les fournisseurs y compris la formation des médecins, les rappels, les cliniques en milieu scolaire, les mesures d'incitation financière et les interventions en matière de politique, notamment les initiatives provinciales.
- Mettre en œuvre des tests de dépistage du VPH dans le Programme ontarien de dépistage du col de l'utérus.
- Mettre en œuvre de meilleurs programmes de dépistage et de vaccination précoce pour l'hépatite B chez les personnes à haut risque.

Conclusion

Les constatations du rapport *Indice de qualité du système de prévention 2023* suggèrent que l'Ontario a réalisé des progrès limités quant à la mise en place de politiques et programmes à l'échelle du système visant à réduire les facteurs de risque de maladies chroniques et les expositions à ces facteurs.

Toutefois, il existe toujours de nombreuses possibilités d'améliorer la prévention des maladies chroniques dans la province. Les données probantes montrent que la meilleure façon de prévenir les maladies chroniques est de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. Sans politiques adéquates pour s'occuper des causes économiques profondes, les facteurs de risque des maladies chroniques continueront d'avoir une incidence négative sur toutes les populations en Ontario. De plus, l'adaptation de programmes aux besoins des Premières Nations, Inuits, Métis et Autochtones en milieu urbain, ainsi que des personnes noires et racialisées sera bénéfique pour les populations qui n'ont pas suffisamment accès aux soins de santé. Pour assurer la prévention des maladies chroniques, il faudra adopter une approche multidimensionnelle et multisectorielle. Les meilleures solutions devraient être accessibles et permettre à toutes les personnes de l'Ontario de faire des choix plus sains et plus faciles. Une collaboration avec nos partenaires pour mettre en œuvre des stratégies complètes dans divers secteurs et aux divers échelons du gouvernement peut permettre d'améliorer davantage les efforts de prévention des maladies chroniques en Ontario.

Les conclusions liées aux indicateurs qui sont encourageantes indiquent ce qui suit :

- Les taux de tabagisme en Ontario ont diminué, passant de 17,7 p. cent de 2015 à 2017 à 15,4 p. cent de 2017 à 2020.
- Trois sociétés de logement locales supplémentaires ont mis en œuvre des politiques sur des espaces sans fumée dans toutes leurs propriétés depuis le 1^{er} janvier 2020.
- Trois municipalités locales supplémentaires ont renforcé leurs politiques d'aménagement de zones ombragées depuis 2018.
- Les concentrations moyennes annuelles de PM_{2,5} en Ontario ont diminué de 17 p. cent au cours des 10 dernières années.

Des améliorations pourraient être apportées par rapport aux indicateurs suivants :

- Les taxes sur le tabac en Ontario, qui demeurent bien en dessous du niveau recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé;
- Les prix minimums de l'alcool, qui demeurent en dessous du montant nécessaire pour observer des réductions considérables de la consommation d'alcool en Ontario;
- Le pourcentage d'écoles élémentaires et secondaires ayant embauché des enseignants spécialisés en éducation physique et en santé a diminué entre l'année scolaire 2017-2018 et l'année scolaire 2020-2021;
- La participation aux cours d'éducation physique et de santé dans les écoles secondaires a tendance à diminuer au fil des ans;
- L'insécurité alimentaire dans les ménages, qui montre que 16,7 p. cent des ménages de l'Ontario sur la période 2018-2020 ont connu un certain niveau d'insécurité alimentaire au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Les analyses des indicateurs en fonction des nouvelles stratifications de l'équité en santé ont montré des différences dans les indicateurs par groupe racial, statut d'immigrant et emplacement géographique. Ces différences viennent s'ajouter aux stratifications des précédents rapports par sexe et quintiles de revenu. Une ventilation détaillée de ces différences se trouve dans les tableaux supplémentaires consultables en ligne.

Le rapport *Indice de qualité du système de prévention 2023* repose sur les rapports précédents et met en lumière les meilleures données disponibles sur l'Ontario pour aider à réduire les facteurs de risque et les expositions liés au cancer. Une collaboration avec des partenaires de différents secteurs et aux divers échelons du gouvernement est nécessaire pour améliorer davantage les efforts de prévention du cancer en Ontario.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Social determinants of health [Internet]. [cité le 4 janv. 2023]. Source : <https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage/social-determinants-of-health>.
2. Gouvernement du Canada. Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé [Internet]. 2022 [mise à jour le 14 juin 2022, cité le 3 févr. 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
3. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.* 2014;129 Suppl 2(Suppl 2):19-31.
4. Cockerham WC, Hamby BW, Oates GR. The Social Determinants of Chronic Disease. *Am J Prev Med.* 2017;52(1S1):S5-S12.
5. Mira R, Newton T, Sabbah W. Inequalities in the progress of multiple chronic conditions: A systematic review of longitudinal studies. *PLoS One.* 2022;17(2):e0263357.
6. Whitman A DLN, Chappel A, Aysola V, Zuckerman R, Sommers BD. Addressing social determinants of health: Examples of successful evidence-based strategies and current federal efforts. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of Health Policy; 2022 Apr 1.
7. Schillinger D. The Intersections Between Social Determinants of Health, Health Literacy, and Health Disparities. *Stud Health Technol Inform.* 2020;269:22-41.
8. Black Health Alliance. Health inequities: Chronic disease [Internet]. Toronto, ON: Black Health Alliance; 2018 [coté le 13 févr. 2023].
9. Carbado DW, Crenshaw KW, Mays VM, Tomlinson B. INTERSECTIONALITY: Mapping the Movements of a Theory. *Du Bois Rev.* 2013;10(2):303-12.
10. Schillinger D. The intersections between social determinants of health, health literacy, and health disparities. *Studies in health technology and informatics.* 2020 Jun 6;269:22.
11. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. L'intersectionnalité : Parlons-en [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier. [Source : <https://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-intersectionality>].
12. López N GV. Health inequities, social determinants, and intersectionality. *National Academy of Medicine.* 5 déc. 2016:1-15.
13. Chiu M, Maclagan LC, Tu JV, Shah BR. Temporal trends in cardiovascular disease risk factors among white, South Asian, Chinese and black groups in Ontario, Canada, 2001 to 2012: a population-based study. *BMJ Open.* 2015;5(8):e007232.
14. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. L'intersectionnalité : Parlons-en [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 5 juil. 2023]. [Source : <https://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-intersectionality>].
15. Abdi S, Bennett-AbuAyyash C, MacDonald L, Hohenadel K, Johnson KO, Leece P. Provincial implementation supports for socio-demographic data collection during COVID-19 in Ontario's public health system. *Can J Public Health.* 2021;112(5):853-61.

16. McKenzie K, Dube, S., Peterson, S., & Santé Ontario. Suivre la progression de la COVID-19 à partir des données sur la race [Internet]. 27 sept. 2022 [cité le 4 janv. 2023]. Source : <https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2021-08/Tracking%20COVID%2019%20Through%20Race%20Based%20Data-FR.pdf>.
17. Agence de la santé publique du Canada. Inégalités en matière de diabète et de facteurs de risque connexes: Comparaison des adultes canadiens selon le niveau de revenu [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2022 [mise à jour le 7 juil. 2022; cité le 11 avril 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/services/sante/publications/science-recherche-et-donnees/inegalites-matiere-diabete-facteurs-risque-connexes-comparaison-adultes-canadiens-niveau-revenu.html>.
18. Canadian Institute for Health Information. Trends in income-related health inequalities in Canada. Canadian Institute for Health Information; 2015.
19. Partenariat canadien contre le cancer. Rapport sur le cancer du poumon et l'équité [Internet]. Toronto, ON : Partenariat canadien contre le cancer; 2020 [mise à jour 2022 cité le 11 avril 2023]. Source : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/lung-cancer-equity/outcomes/>.
20. Burkinshaw S, Terajima, Y., Wilkins, C.. Income Inequality in Canada [Internet]. 26 juil. 2022 [cité le 4 févr. 2023]. Source : <https://www.bankofcanada.ca/wp-content/uploads/2022/07/sdp2022-16.pdf>
21. Yalnizyan A. Canadian Centre for Policy Alternatives: The Rise of Canada's Richest 1% [Internet]. Déc. 2010 [mise à jour déc. 2010; cité le 3 févr. 2023]. Source : <https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2010/12/Richest%201%20Percent.pdf>
22. Lee CR, A. Briggs. The Cost of Poverty in Ontario: 10 Years Later [Internet]. Toronto, Ontario: Feed Ontario; 1^{er} oct. 2019 [cité le 10 mars 2023]. Source : <https://feedontario.ca/research/cost-of-poverty-2019/>.
23. Mondor L, Cohen D, Khan AI, Wodchis WP. Income inequalities in multimorbidity prevalence in Ontario, Canada: a decomposition analysis of linked survey and health administrative data. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):90.
24. Mondor L, Watson T, Kornas K, Bornbaum C, Wodchis WP, Rosella LC. Direct and indirect pathways between low income status and becoming a high-cost health care user in Ontario, Canada: a mediation analysis of health risk behaviors. *Ann Epidemiol*. 2020;51:28-34 e4.
25. Statistique Canada. Tendances désagrégées en matière de pauvreté tirées du Recensement de la population de 2021. [Internet]. 9 nov. 2022 [cité le 4 janv. 2023]. Source : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021009/98-200-x2021009-fra.cfm>
26. Gouvernement du Canada. Transformer nos systèmes : le rapport 2022 du Conseil consultatif national sur la pauvreté. [Internet]. 2022 [cité le 4 févr. 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/reduction-pauvrete/conseil-consultatif-national/rapports/annuel-2022.html>
27. Gouvernement de l'Ontario. Établir une base solide pour la réussite : Réduire la pauvreté en Ontario (2020-2025). [Internet]. [cité le 4 févr. 2023]. Source :

<https://www.ontario.ca/fr/page/etablir-une-base-solide-pour-la-reussite-reduire-la-pauvrete-en-ontario-2020-2025>.

28. Tarasuk V L, T, Farfard St-Germain, A. Household food insecurity in Canada, 2021. Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF). Toronto; 2022.
29. Tarasuk V L, T, Farfard St-Germain, A. Household food insecurity in Canada, 2021. Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF). Toronto; 2022.
30. Hutchinson J, Tarasuk V. The relationship between diet quality and the severity of household food insecurity in Canada. *Public Health Nutr.* 2022;25(4):1013-26.
31. Laraia BA. Food insecurity and chronic disease. *Advances in Nutrition.* 2013;4(2):203-12.
32. Seligman HK, Laraia BA, Kushel MB. Food insecurity is associated with chronic disease among low-income NHANES participants. *The Journal of nutrition.* 2010;140(2):304-10.
33. Gucciardi E, Vahabi M, Norris N, Del Monte JP, Farnum C. The Intersection between Food Insecurity and Diabetes: A Review. *Curr Nutr Rep.* 2014;3(4):324-32.
34. Men F, Gundersen C, Urquia ML, Tarasuk V. Association between household food insecurity and mortality in Canada: a population-based retrospective cohort study. *CMAJ.* 2020;192(3):E53-E60.
35. Men F, Gundersen C, Urquia ML, Tarasuk V. Food Insecurity Is Associated With Higher Health Care Use And Costs Among Canadian Adults: Study examines the association of food insecurity with acute care hospitalization, same-day surgery, and acute care costs among Canadian adults. *Health Affairs.* 2020;39(8):1377-85.
36. Tarasuk V, Cheng J, Gundersen C, de Oliveira C, Kurdyak P. The relation between food insecurity and mental health care service utilization in Ontario. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2018;63(8):557-69.
37. Dalhousie University, The University of British Columbia, University of Guelph, University of Saskatchewan. Canada's Food price Report 2023. 2023.
38. Statistique Canada. Indice des prix à la consommation, données mensuelles, variation en pourcentage, non désaisonnalisées, Canada, provinces, Whitehorse et Yellowknife – Aliment [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2023 [mise à jour 25 mai 2023; cité le 25 mai 2023]. Source : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1810000403&pickMembers%5B0%5D=1.14&cubeTimeFrame.startMonth=04&cubeTimeFrame.startYear=2023&referencePeriods=20230401%2C20230401&request_locale=fr.
39. PROOF. Provincial policy levers to reduce household food insecurity. Toronto: University of Toronto; 2021.
40. Tait CA, L'Abbe MR, Smith PM, Rosella LC. The association between food insecurity and incident type 2 diabetes in Canada: A population-based cohort study. *PLoS One.* 2018;13(5):e0195962.
41. Rolfe S, Garnham L, Godwin J, Anderson I, Seaman P, Donaldson C. Housing as a social determinant of health and wellbeing: developing an empirically-informed realist theoretical framework. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1138.
42. Krieger J, Higgins DL. Housing and health: time again for public health action. *Am J Public Health.* 2002;92(5):758-68.

43. Wimalasena NN, Chang-Richards A, Wang KI, Dirks KN. Housing Risk Factors Associated with Respiratory Disease: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6).
44. Currie CL, Motz T, Copeland JL. The Impact of Racially Motivated Housing Discrimination on Allostatic Load among Indigenous University Students. *J Urban Health*. 2020;97(3):365-76.
45. Leon S JJ. Forced out: Evictions, race, and poverty in Toronto. [Internet]. Wellesley Institute; 2020 Aug [cité le 4 févr. 2023]. Source : <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2020/08/Forced-Out-Evictions-Race-and-Poverty-in-Toronto-.pdf>
46. Randle J HZ, Thurston Z. Expériences en matière de logement au Canada : les personnes noires en 2018 [Internet]. 22 nov. 2021 [cité le 4 févr. 2023]. Source : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/46-28-0001/2021001/article/00006-fra.htm>.
47. Observatoire canadien sur l'itinérance. What is homelessness? [Internet]. Homeless Hub; 2021 [cité le 26 juin 2023]. Source : <https://www.homelesshub.ca/about-homelessness/homelessness-101/what-homelessness#:~:text=According%20to%20the%20Canadian%20Definition,and%20ability%20of%20acquiring%20it.%E2%80%9D>.
48. Observatoire canadien sur l'itinérance. Top ten health issues facing homeless people [Internet]. Homeless hub; 2021 [cité le 26 juin 2023]. Source : <https://www.homelesshub.ca/blog/top-ten-health-issues-facing-homeless-people>.
49. Statistique Canada. Acheter ou louer : le marché du logement continue d'être transformé par plusieurs facteurs alors que les Canadiens sont à la recherche d'un chez-soi abordable [Internet]. 21 sept. 2022 [cité le 7 févr. 2023]. Source : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/dq220921b-fra.htm>.
50. Statistique Canada. Besoins impérieux en matière de logement au Canada [Internet]. 21 sept. 2022 [cité le 24 avr. 2023]. Source : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2022056-fra.htm>.
51. Statistique Canada. Tableau : 98-10-0252-01 Rapport des frais de logement au revenu selon le mode d'occupation : Canada, provinces et territoires, régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement [Internet]. 24 avr. 2023 [cité le 24 avr. 2023]. Source : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=9810025201&request_locale=fr.
52. Statistique Canada. Les conditions de logement des groupes racisés : un aperçu [Internet]. 23 janv. 2023 [cité le 24 avr. 2023]. Source : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230123/dq230123b-fra.htm>.
53. Williams DR, Lavizzo-Mourey R, Warren RC. The concept of race and health status in America. *Public Health Rep*. 1994;109(1):26-41.
54. Gouvernement du Canada. Inégalités en matière de santé chez les adultes racisés au Canada [Internet]. 7 juil. 2022 [cité le 4 janv. 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/inegalites-matiere-sante-adultes-racises-18-ans-plus-canada.html>.
55. Agence de la santé publique du Canada. Social Déterminants sociaux et iniquités en santé des Canadiens Noirs : un aperçu [Internet]. 8 sept. 2020 [cité le 4 janv. 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante/determinants-sociaux-iniquites-canadiens-noirs-apercu.html>.

56. National Collaborating Centre for Determinants of Health. Let's Talk: Racism and Health Equity [Internet]. 2018 [cité le 4 janv. 2023].
57. Gouvernement du Canada. Groupe consultatif de la ministre de la Défense nationale sur le racisme systémique et la discrimination – Rapport final. [Internet]. Janv. 2022 [cité le 23 janv. 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/ministere-defense-nationale/organisation/rapports-publications/2022-rapport-final-racisme-systemique.html>.
58. Fridares J. L'Encyclopédie canadienne : Racisme. [Internet]. 7 févr. 2006 [cité le 23 janv. 2023]. Source : <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/racisme>
59. Pager D, Shepherd H. The Sociology of Discrimination: Racial Discrimination in Employment, Housing, Credit, and Consumer Markets. *Annu Rev Sociol.* 2008;34:181-209.
60. Aspen Institute. Glossary for understanding the dismantling structural racism/promoting racial equity analysis. [Internet]. 2013 [cité le 4 janv. 2023]. Source : <https://www.aspeninstitute.org/wp-content/uploads/files/content/docs/rcc/RCC-Structural-Racism-Glossary.pdf>
61. David EJ ST, Fernandez J,. Internalized racism: A systematic review of the psychological literature on racism's most insidious consequence. *Journal of Social Issues.* Déc. 2019;75(4):1057-86.
62. Datta G, Siddiqi A, Lofters A. Transforming race-based health research in Canada. *CMAJ.* 2021;193(3):E99-E100.
63. Siddiqi A, Shahidi FV, Ramraj C, Williams DR. Associations between race, discrimination and risk for chronic disease in a population-based sample from Canada. *Soc Sci Med.* 2017;194:135-41.
64. Veenstra G, Patterson AC. Black-White Health Inequalities in Canada. *J Immigr Minor Health.* 2016;18(1):51-7.
65. Henry N. Esclavage des Noirs au Canada [Internet]. 16 juin 2016 [cité janv. 2023]. Source : <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/black-enslavement>
66. Commission ontarienne des droits de la personne. La discrimination raciale. [Internet]. [cité le 4 janv. 2023]. Source : <https://www.ohrc.on.ca/fr/la-discrimination-raciale-brochure>
67. Statistique Canada. Aperçu de la participation sociale, politique et économique des groupes racisés [Internet]. 17 mai 2022 [cité le 4 janv. 2023]. Source : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220517/dq220517c-fra.htm>
68. Lacey KK, Briggs AQ, Park J, Jackson JS. Social and economic influences on disparities in the health of racial and ethnic group Canadian immigrants. *Can J Public Health.* 2021;112(3):482-92.
69. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2015;10(9):e0138511.
70. Benjamins MR, Whitman S. Relationships between discrimination in health care and health care outcomes among four race/ethnic groups. *J Behav Med.* 2014;37(3):402-13.
71. Mahabir DF, O'Campo P, Lofters A, Shankardass K, Salmon C, Muntaner C. Experiences of everyday racism in Toronto's health care system: a concept mapping study. *Int J Equity Health.* 2021;20(1):74.
72. Santé publique Ontario. La COVID-19 en Ontario – Un regard sur la diversité des quartiers, du 26 février 2020 au 31 décembre 2022 [Internet]. Ontario : avril 2022 [cité le 4 janv. 2023].

Source : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/epi/2020/06/covid-19-epi-diversity.htm>

73. Gouvernement de l'Ontario. Rapport d'étape annuel 2021 : Plan stratégique de l'Ontario contre le racisme. [Internet]. 2021 [cité le 31 janv. 2023]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/page/rapport-detape-annuel-2021-plan-strategique-de-lontario-contre-le-racisme>
74. Institut canadien d'information sur la santé. Collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada – rapport supplémentaire. Ottawa, ON : CIHI; 2022
75. Santé Ontario. Cadre en matière d'équité, d'inclusion, de diversité et d'anti-racisme de Santé Ontario [Internet]. Ontario: 14 juin 2022 [cité le 13 juil. 2023]. Source : <https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2020-12/Equity%20Framework%20French.pdf>.
76. Zhang K, Ran B. Active Health Governance—A Conceptual Framework Based on a Narrative Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(4):2289.
77. Poitras M-E, Vaillancourt VT, Canapé A, Boudreault A, Bacon K, Hatcher S. Culturally safe interventions in primary care for the management of chronic diseases of urban Indigenous People: a scoping review. *Family Medicine and Community Health*. 2022;10(Suppl 1).
78. Chiefs of Ontario, Action Cancer Ontario et Institute for Clinical Evaluative Sciences,. Cancer in First Nations People in Ontario: Incidence, Mortality, Survival and Prevalence. Toronto; 2017.
79. First Nations Information Governance Centre. First Nations Regional Health Survey (RHS) 2008/10: national report on adults, youth and children living in First Nations communities. Ottawa; 2012.
80. Foulds HJA, Bredin SSD, Warburton DER. Cardiovascular dynamics of Canadian Indigenous peoples. *Int J Circumpolar Health*. 2018;77(1):1421351.
81. Gershon AS, Khan S, Klein-Geltink J, Wilton D, To T, Crighton EJ, et al. Asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) prevalence and health services use in Ontario Metis: a population-based cohort study. *PLoS One*. 2014;9(4):e95899.
82. Reading J. Confronting the Growing Crisis of Cardiovascular Disease and Heart Health Among Aboriginal Peoples in Canada. *Can J Cardiol*. 2015;31(9):1077-80.
83. Slater M, Green ME, Shah B, Khan S, Jones CR, Sutherland R, et al. First Nations people with diabetes in Ontario: methods for a longitudinal population-based cohort study. *CMAJ Open*. 2019;7(4):E680-E8.
84. Miller JR. Pensionnats autochtones au Canada [Internet]. 10 oct. 2012 [mise à jour 6 janv. 2023; cité le 4 févr. 2023]. Source : <https://thecanadianencyclopedia.ca/en/article/residential-schools>
85. Phillips-Beck W, Sinclair S, Campbell R, Star L, Cidro J, Wicklow B, et al. Early-life origins of disparities in chronic diseases among Indigenous youth: pathways to recovering health disparities from intergenerational trauma. *J Dev Orig Health Dis*. 2019;10(1):115-22.

86. Parrot Z. L'Encyclopédie canadienne : Peuples autochtones au Canada [Internet]. 13 mars 2007 [mise à jour 11 janv. 2023, cité le 4 févr. 2023]. Source : <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/peuples-autochtones>.
87. Roberts C, Barton G, McDonald A. Supporting First Nations, Inuit and Metis (FNIM) in an oncology setting-My experience as a FNIM Nurse Navigator. *Can Oncol Nurs J*. 2020;30(4):300-3.
88. Rosella LC, Kornas K, Green ME, Shah BR, Walker JD, Frymire E, et al. Characterizing risk of type 2 diabetes in First Nations people living in First Nations communities in Ontario: a population-based analysis using cross-sectional survey data. *CMAJ Open*. 2020;8(1):E178-E83.
89. Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action [Internet]. 2015 [cité le 4 févr. 2023]. Source : https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l-Action_French.pdf.
90. Benoit AC CJ, O'Brien-Teengs D, Greene S, Beaver K, Zoccole A, Loutfy M,. Racism experiences of urban indigenous women in Ontario, Canada: "We all have that story that will break your heart". *International indigenous policy journal*. 2019 Apr 1;10(2).
91. Boyer Y. Healing racism in Canadian health care. *CMAJ*. 2017;189(46):E1408-E9.
92. Hacker KA, Briss PA, Richardson L, Wright J, Petersen R. COVID-19 and Chronic Disease: The Impact Now and in the Future. *Prev Chronic Dis*. 2021;18:E62.
93. Kitching GT, Firestone M, Schei B, Wolfe S, Bourgeois C, O'Campo P, et al. Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an Indigenous population in Toronto, Canada. *Can J Public Health*. 2020;111(1):40-9.
94. Statistique Canada. Répercussions sur les peuples autochtones [Internet]. 20 oct. 2020 [cité le 14 févr. 2023]. Source : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/2020004/s7-fra.htm>
95. Statistique Canada. Un aperçu : Membres inscrits des Premières Nations au Canada. 20 avr. 2021.
96. Statistique Canada. Les conditions de logement des Premières Nations, des Métis et des Inuit au Canada selon les données du Recensement de 2021 [Internet]. 21 sept. 2022 [cité le 14 févr. 2023]. Source : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021007/98-200-x2021007-fra.cfm>.
97. Belanger YD AO, Weasel Head G,. Homelessness, urban Aboriginal people, and the need for a national enumeration. *Aboriginal Policy Studies*. 2013 Feb 19;2(2).
98. Parsons H. More than Just a number: addressing the homelessness, addiction, and mental health crisis in the North [Internet]. Août 2022 [cité le 14 févr. 2023]. Source : <https://www.aptnnews.ca/wp-content/uploads/2022/08/homelessness-mental-health-and-addiction.pdf>
99. Gouvernement de l'Ontario. L'Ontario investit dans le logement avec services de soutien pour les Autochtones [Internet]. 13 janv. 2022 [cité le 14 févr. 2023]. Source : <https://news.ontario.ca/fr/release/1001419/ontario-investit-dans-le-logement-avec-services-de-soutien-pour-les-autochtones>
100. McIvor O, Napoleon A, Dickie KM. Language and culture as protective factors for at-risk communities. *International Journal of Indigenous Health*. 2009;5(1):6-25.

101. Wilson K, Rosenberg MW. Exploring the determinants of health for First Nations peoples in Canada: can existing frameworks accommodate traditional activities? *Social science & medicine*. 2002;55(11):2017-31.
102. Action Cancer Ontario. Rapport : Voies de prévention – Recommandations pour réduire les maladies chroniques chez les Premières nations, Inuits et Métis. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016. Source : <https://www.ccohealth.ca/fr/rapport-voies-de-prevention>
103. Action Cancer Ontario. Indice de qualité du système de prévention 2018. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018. Source : <https://www.cancercareontario.ca/fr/statistical-reports/indice-de-qualit%C3%A9-du-syst%C3%A8me-de-pr%C3%A9vention-2018>
104. Chiefs of Ontario et Action Cancer Ontario. Cancer in First Nations in Ontario: Risk Factors and Screening. Toronto; 2016. Source : <https://www.cancercareontario.ca/fr/statistical-reports/cancer-first-nations-people-ontario-incidence-mortality-survival-and-prevalence>
105. Johnson S, First Nations Health Authority. Healthy Food Guidelines for First Nations Communities [Internet]. 2016 [cité le 14 févr. 2023]. Source : https://www.fnha.ca/documents/healthy_food_guidelines_for_first_nations_communities.pdf
106. CBC News. Grocery prices up nearly 20 per cent for some in Thunder Bay district. [Internet]. 16 déc. 2022 [cité le 2 mai 2023]. Source : <https://www.cbc.ca/news/canada/thunder-bay/thunder-bay-grocery-prices-1.6687634>.
107. Elton-Marshall T, Leatherdale ST, Burkhalter R. Tobacco, alcohol and illicit drug use among Aboriginal youth living off-reserve: results from the Youth Smoking Survey. *CMAJ*. 2011;183(8):E480-6.
108. Sikorski C, Leatherdale S, Cooke M. Tobacco, alcohol and marijuana use among Indigenous youth attending off-reserve schools in Canada: cross-sectional results from the Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2019;39(6-7):207-15.
109. Ritchie AJ, Reading JL. Tobacco smoking status among Aboriginal youth. *Int J Circumpolar Health*. 2004;63 Suppl 2:405-9.
110. Statistiques sur le faible revenu pour la population vivant dans les réserves et dans le Nord fondées sur les données du Recensement de 2016 [Internet]. 21 sept. 2021 [cité le 14 févr. 2023]. Source : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210921/dq210921d-fra.htm>
111. Batal M, Chan HM, Fediuk K, Ing A, Berti PR, Mercille G, et al. First Nations households living on-reserve experience food insecurity: prevalence and predictors among ninety-two First Nations communities across Canada. *Can J Public Health*. 2021;112(Suppl 1):52-63.
112. Alexander Y SJ, Caroline C,. Cancer risk factors and screening in First Nations in Ontario. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice*. Juin 2017;37(6):186.
113. Baillie CP JA, Drane S, LePage R, Whitecrow D, Lévesque L,. For the community, by the community: working with youth to understand the physical activity-environment relationship in First Nations communities. *Youth Engagement in Health Promotion*. 27 sept. 2016;1(2).

114. Findlay LC. Physical activity among First Nations people off reserve, Metis and Inuit. *Health Rep.* 2011;22(1):47-54.
115. Bruce SG, Riediger ND, Lix LM. Chronic disease and chronic disease risk factors among First Nations, Inuit and Metis populations of northern Canada. *Chronic Dis Inj Can.* 2014;34(4):210-7.
116. Stewart SH, Sherry SB, Comeau MN, Mushquash CJ, Collins P, Van Wilgenburg H. Hopelessness and Excessive Drinking among Aboriginal Adolescents: The Mediating Roles of Depressive Symptoms and Drinking to Cope. *Depress Res Treat.* 2011;2011:970169.
117. Hele K. L'Encyclopédie canadienne : Réserves en Ontario [Internet]. 14 juin 2019 [mise à jour 11 nov. 2022; cité le 17 avril 2023]. Source : <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/reserves-en-ontario>.
118. Turin TC, Saad N, Jun M, Tonelli M, Ma Z, Barnabe CCM, et al. Lifetime risk of diabetes among First Nations and non-First Nations people. *CMAJ.* 2016;188(16):1147-53.
119. Anand SS, Abonyi S, Arbour L, Balasubramanian K, Brook J, Castleden H, et al. Explaining the variability in cardiovascular risk factors among First Nations communities in Canada: a population-based study. *Lancet Planet Health.* 2019;3(12):e511-e20.
120. Vervoort D, Kimmaliardjuk DM, Ross HJ, Fremes SE, Ouzounian M, Mashford-Pringle A. Access to Cardiovascular Care for Indigenous Peoples in Canada: A Rapid Review. *CJC Open.* 2022;4(9):782-91.
121. Garaszczuk R, Yong JHE, Sun Z, de Oliveira C. The Economic Burden of Cancer in Canada from a Societal Perspective. *Curr Oncol.* 2022;29(4):2735-48.
122. Chiefs of Ontario, Cancer Care Ontario and Institute for Clinical Evaluation Sciences,. Lung cancer in First Nations people in Ontario: incidence, mortality, survival and prevalence. Toronto, ON: Chiefs of Ontario, Cancer Care Ontario and Institute for Clinical Evaluation Sciences; 2017.
123. Sheppard AJ, Chiarelli AM, Marrett LD, Mirea L, Nishri ED, Trudeau ME, et al. Detection of later stage breast cancer in First Nations women in Ontario, Canada. *Canadian Journal of Public Health.* 2010;101:101-5.
124. Tungasuvvingat Inuit and Cancer Care Ontario. Cancer Risk Factors and Screening Among Inuit in Ontario and Other Canadian Regions. Toronto; 2017.
125. Akande VO, Hendriks AM, Ruiter RA, Kremers SP. Determinants of dietary behavior and physical activity among Canadian Inuit: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2015;12:84.
126. Egeland GM, Cao Z, Young TK. Hypertriglyceridemic-waist phenotype and glucose intolerance among Canadian Inuit: the international polar year Inuit health survey for adults 2007–2008. *CMAJ.* 2011;183(9):E553-E8.
127. Services aux Autochtones Canada. Diabète [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2021 [mise à jour le 8 juin 2021; cité le 3 mai 2023]. Source : <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1569960595332/1569960634063>.
128. Tvermosegaard M, Dahl-Petersen IK, Nielsen NO, Bjerregaard P, Jørgensen ME. Cardiovascular disease susceptibility and resistance in circumpolar inuit populations. *Canadian Journal of Cardiology.* 2015;31(9):1116-23.

129. Action Cancer Ontario. Rapport : Voies de prévention. Recommandations pour réduire les maladies chroniques chez les Premières nations, Inuits et Métis. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016. Source : <https://www.ccohealth.ca/fr/rapport-voies-de-prevention>
130. Healey S, Plaza D, Osborne G. A Ten-Year Profile of Cancer in Nunavut. Iqaluit, NU: Nunavut Department of Health and Social Services. 2003.
131. Quanuippitaa? National Health Survey. About [Internet]. Quanuippitaa? National Health Survey; 2021 [cité le 3 mai 2023]. Source : <https://nationalinuithealthsurvey.ca/about/>.
132. Métis Nation of Ontario. Chronic disease and risk factors in the Métis population of Ontario: key research findings [Internet]. Ottawa, ON: 2015 [cité le 3 mai 2023]. Source : https://www.metisnation.org/wp-content/uploads/2020/04/key20findings-factsheet-en_6.pdf.
133. Tjepkema M, Wilkins R, Senécal S, Guimond É, Penney C. Mortality of Métis and registered Indian adults in Canada: an 11-year follow-up study. Health Rep. 2009;20(4):31-51.
134. Khan S, Henry DA, Gershon AS. Chronic airways disease in First Nations, Inuit and Metis in Canada. Can Respir J. 2012;19(6):353-4.
135. Kovesi T, Gilbert NL, Stocco C, Fugler D, Dales RE, Guay M, et al. Indoor air quality and the risk of lower respiratory tract infections in young Canadian Inuit children. CMAJ. 2007;177(2):155-60.
136. Atzema CL, Khan S, Lu H, Allard YE, Russell SJ, Gravelle MR, et al. Cardiovascular disease rates, outcomes, and quality of care in Ontario Métis: a population-based cohort study. PLoS One. 2015;10(3):e0121779.
137. Shah BR, Cauch-Dudek K, Pigeau L. Diabetes prevalence and care in the Métis population of Ontario, Canada. Diabetes care. 2011;34(12):2555-6.
138. Baliunas D, Patra J, Rehm J, Popova S, Kaiserman M, Taylor B. Smoking-attributable mortality and expected years of life lost in Canada 2002: conclusions for prevention and policy. Chronic Dis Can. 2007;27(4):154-62.
139. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE, et al. Smoking and mortality--beyond established causes. N Engl J Med. 2015;372(7):631-40.
140. Gouvernement du Canada. Le tabac et les décès précoces. 21 sept. 2011 [cité le 12 dec. 2022]. Source : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-concerns/tobacco/legislation/tobacco-product-labelling/smoking-mortality.html>.
141. Loretan CG CM, Jamal A, Cheng YJ, Homa DM. Cigarette Smoking Among US Adults With Selected Chronic Diseases Associated With Smoking, 2010–2019. Preventing Chronic Disease. 2022 Sep 29;19(E62).
142. Liu Y, Pleasants RA, Croft JB, Wheaton AG, Heidari K, Malarcher AM, et al. Smoking duration, respiratory symptoms, and COPD in adults aged ≥ 45 years with a smoking history. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015;10:1409-16.
143. Centre international de recherche sur le cancer. Personal habits and indoor combustions. Genève, Suisse : OMS; 2012.
144. Société canadienne du cancer. La dure vérité sur la cigarette[Internet]. [cité le 10 avril 2023]. Source : <https://cancer.ca/fr/cancer-information/reduce-your-risk/live-smoke-free/cigarettes-the-hard-truth>.

145. Jiang C, Chen Q, Xie M. Smoking increases the risk of infectious diseases: A narrative review. *Tob Induc Dis*. 2020;18:60.
146. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking Is Associated With COVID-19 Progression: A Meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(9):1653-6.
147. Primatesta P, Falaschetti E, Gupta S, Marmot MG, Poulter NR. Association between smoking and blood pressure: evidence from the health survey for England. *Hypertension*. 2001;37(2):187-93.
148. U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA; 2020
149. Maddatu J, Anderson-Baucum E, Evans-Molina C. Smoking and the risk of type 2 diabetes. *Transl Res*. 2017;184:101-7.
150. Action Cancer Ontario, Santé publique Ontario. Rapport : Le fardeau des maladies chroniques en Ontario, ON : CCO et Santé publique Ontario; 2019. Source : <https://www.ccohealth.ca/fr/prevention-des-maladies-chroniques/rapport-le-fardeau-des-maladies-chroniques-en-ontario>.
151. Santé Ontario et Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Fardeau des affections attribuables au tabac et à l'alcool par circonscription sanitaire en Ontario. Toronto : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; fév. 2023. Source : <https://www.ontariohealth.ca/fr/planification-du-systeme/fardeau-des-affections-attribuables-au-tabac-et-alcool>.
152. Manuel DG WA, Rohit Dass A, Laporte A, Gandhi S, Bennett C. Health Care Cost of Smoking in Ontario, 2003 to 2041. Toronto ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2018.
153. Kim-Mozeleski JE, Pandey R, Tsoh JY. Psychological distress and cigarette smoking among U.S. households by income: Considering the role of food insecurity. *Prev Med Rep*. 2019;16:100983.
154. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. How cigarette smoking may increase the risk of anxiety symptoms and anxiety disorders: a critical review of biological pathways. *Brain Behav*. 2013;3(3):302-26.
155. Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Cigarette smoking as a coping strategy: negative implications for subsequent psychological distress among lesbian, gay, and bisexual youths. *J Pediatr Psychol*. 2011;36(7):731-42.
156. Skov-Ettrup LS, Nordestgaard BG, Petersen CB, Tolstrup JS. Does High Tobacco Consumption Cause Psychological Distress? A Mendelian Randomization Study. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(1):32-8.
157. Tomioka K, Shima M, Saeki K. Association between heaviness of cigarette smoking and serious psychological distress is stronger in women than in men: a nationally representative cross-sectional survey in Japan. *Harm Reduct J*. 2021;18(1):27.
158. Fairman RT, Weaver SR, Nyman AL, Popova L, Massey Z, Reynolds RM, et al. Disparities among smokers during the COVID-19 pandemic: Examination of COVID-19-related worries by sociodemographic factors in a U.S. Nationally representative survey. *Prev Med Rep*. 2022;28:101835.
159. Jackson SE, Brown J, Shahab L, Steptoe A, Fancourt D. COVID-19, smoking and inequalities: a study of 53 002 adults in the UK. *Tob Control*. 2021;30(e2):e111-e21.

160. Minian N, Veldhuizen S, Tanzini E, Duench S, deRuiter WK, Barker M, et al. Changes in the reach of a smoking cessation program in Ontario, Canada, during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Canadian Medical Association Open Access Journal*. 2021;9(4):E957-E65.
161. Hartmann-Boyce J, Lindson N, Butler AR, McRobbie H, Bullen C, Begh R, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;11(11):CD010216.
162. Park JA, Crotty Alexander LE, Christiani DC. Vaping and Lung Inflammation and Injury. *Annu Rev Physiol*. 2022;84:611-29.
163. Wills TA, Soneji SS, Choi K, Jaspers I, Tam EK. E-cigarette use and respiratory disorders: an integrative review of converging evidence from epidemiological and laboratory studies. *Eur Respir J*. 2021;57(1).
164. Gouvernement du Canada. Stratégie canadienne sur le tabac. [Internet]. 7 févr. 2022 [mise à jour 19 déc. 2022; cité le 8 déc. 2022]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-tabac-canada.html>.
165. Chaiton M, Callard C. Mind the Gap: Disparities in Cigarette Smoking in Canada. *Tob Use Insights*. 2019;12:1179173X19839058.
166. Gostin LO. Tobacco endgame: the poverty conundrum. *Hastings Cent Rep*. 2014;44(3):10-1.
167. Reid JL, Hammond D, Boudreau C, Fong GT, Siahpush M, Collaboration ITC. Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res*. 2010;12 Suppl(Suppl 1):S20-33.
168. Hill S, Amos A, Clifford D, Platt S. Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tob Control*. 2014;23(e2):e89-97.
169. Smith CE, Hill SE, Amos A. Impact of population tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: a systematic review and appraisal of future research directions. *Tob Control*. 2020;30(e2):e87-95.
170. Thomas S, Fayter D, Misso K, Ogilvie D, Petticrew M, Sowden A, et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tob Control*. 2008;17(4):230-7.
171. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
172. Santé publique Ontario. Ontario Sans Fumée : L'étape suivante – 2018. [Internet]. 2018 [cité le 13 déc. 2022]. Source : <https://www.publications.gov.on.ca/fr/smoke-free-ontario-the-next-chapter-2018-for-a-healthier-ontario>.
173. Nazar GP, Sharma N, Chugh A, Abdullah SM, Lina S, Mdege ND, et al. Impact of tobacco price and taxation on affordability and consumption of tobacco products in the South-East Asia Region: A systematic review. *Tob Induc Dis*. 2021;19:97.
174. Blakely T, Gartner C. Tobacco taxes have mixed effects on socioeconomic disparities. *Lancet Public Health*. 2019;4(12):e595-e6.

175. Partos TR, Hiscock R, Gilmore AB, Branston JR, Hitchman S, McNeill A. Impact of tobacco tax increases and industry pricing on smoking behaviours and inequalities: a mixed-methods study. *Public Health Research*. 2020.
176. Wilkinson AL, Scollo MM, Wakefield MA, Spittal MJ, Chaloupka FJ, Durkin SJ. Smoking prevalence following tobacco tax increases in Australia between 2001 and 2017: an interrupted time-series analysis. *Lancet Public Health*. 2019;4(12):e618-e27.
177. Sheikh ZD, Branston JR, Gilmore AB. Tobacco industry pricing strategies in response to excise tax policies: a systematic review. *Tob Control*. 2023;32(2):239-50.
178. Gouvernement de l'Ontario. Taxe sur le tabac [Internet]. 24 févr. 2022 [cité le 15 déc. 2022]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/document/taxe-sur-le-tabac>.
179. Gouvernement du Canada. Taux des droits d'accise [Internet]. 12 déc. 2022 [mise à jour 3 mars 2022; cité le 15 déc. 2022]. Source : <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/formulaires-publications/publications/edrates/taux-droits-accise.html>.
180. Chaiton M, Mecredy G, Rehm J, Samokhvalov AV. Tobacco retail availability and smoking behaviours among patients seeking treatment at a nicotine dependence treatment clinic. *Tob Induc Dis*. 2014;12(1):19.
181. Lee JGL, Kong AY, Sewell KB, Golden SD, Combs TB, Ribisl KM, et al. Associations of tobacco retailer density and proximity with adult tobacco use behaviours and health outcomes: a meta-analysis. *Tob Control*. 2022;31(e2):e189-e200.
182. Agaku IT, Adisa AO, Omaduvie UT, Vardavas CI. The relationship between proximity of tobacco retail outlets to schools and tobacco use among school personnel in sub-Saharan Africa. *Prev Med*. 2014;69:21-7.
183. Finan LJ, Lipperman-Kreda S, Abadi M, Grube JW, Kaner E, Balassone A, et al. Tobacco outlet density and adolescents' cigarette smoking: a meta-analysis. *Tob Control*. 2019;28(1):27-33.
184. Chaiton MO, Mecredy GC, Cohen JE, Tilson ML. Tobacco retail outlets and vulnerable populations in Ontario, Canada. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(12):7299-309.
185. Guindon GE, Montreuil A, Driezen P, Stahlbaum R, Giolat D, Baskerville NB. Do cigarette prices near secondary schools vary by area-level socioeconomic status? Findings from a field study in Ontario and Quebec, Canada. *Health Place*. 2023;79:102936.
186. Driezen P, Guindon GE, Hammond D, Thompson ME, Quah ACK, Fong GT. Contraband Cigarette Purchasing from First Nation reserves in Ontario and Quebec: Findings from the 2002-2014 ITC Canada Survey. *Int J Drug Policy*. 2020;75:102612.
187. Jetty R, Canadian Paediatric Society FNI, Metis Health Committee OO. Tobacco use and misuse among Indigenous children and youth in Canada. *Paediatr Child Health*. 2017;22(7):395-405.
188. Maddox R, Waa A, Lee K, Nez Henderson P, Blais G, Reading J, et al. Commercial tobacco and indigenous peoples: a stock take on Framework Convention on Tobacco Control progress. *Tob Control*. 2019;28(5):574-81.
189. Palmer M CM, Schwartz R,. Commercial Tobacco Reduction in Indigenous Communities: 2017 Literature Update [Internet]. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit. Mars 2017 [cité le 23 déc. 2022].

190. Pearson AL, Cleghorn CL, van der Deen FS, Cobiac LJ, Kvizhinadze G, Nghiem N, et al. Tobacco retail outlet restrictions: health and cost impacts from multistate life-table modelling in a national population. *Tob Control*. 2016.
191. Fischer F, Kraemer A. Meta-analysis of the association between second-hand smoke exposure and ischaemic heart diseases, COPD and stroke. *BMC Public Health*. 2015;15:1202.
192. Mariano LC, Warnakulasuriya S, Straif K, Monteiro L. Secondhand smoke exposure and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Tob Control*. 2022;31(5):597-607.
193. Poirier AE, Ruan Y, Grevers X, Walter SD, Villeneuve PJ, Friedenreich CM, et al. Estimates of the current and future burden of cancer attributable to active and passive tobacco smoking in Canada. *Preventive medicine*. 2019;122:9-19.
194. Murthy VH. Reducing Exposure to Secondhand Smoke: Let's Keep the Momentum Going. *Public Health Rep*. 2016;131(4):515-7.
195. Driezen P, Kaufman P, Chaiton M, Goodman S, Hammond D. Prevalence and factors associated with self-reported exposure to secondhand cannabis smoke in the United States and Canada in 2019. *Prev Med*. 2022;157:107006.
196. Ghasemiesfe M, Ravi D, Vali M, Korenstein D, Arjomandi M, Frank J, et al. Marijuana Use, Respiratory Symptoms, and Pulmonary Function: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2018;169(2):106-15.
197. Holitzki H, Dowsett LE, Spackman E, Noseworthy T, Clement F. Health effects of exposure to second- and third-hand marijuana smoke: a systematic review. *CMAJ Open*. 2017;5(4):E814-E22.
198. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Ligne directrice sur la santé en milieu scolaire, 2018. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018.
199. Smoke-free Housing Ontario. Second-hand smoke in multi-unit housing: a tenant's guide. [Internet]. 2015 [cité le 23 déc. 2022]. Source : https://smokefreehousingon.ca/wp-content/uploads/2015/12/SFO-Tenants-Guide_Web-Use.pdf
200. Driezen P, Fong GT, Hyland A, Craig LV, Sansone G, Hitchman SC, et al. Self-Reported Exposure to Secondhand Smoke and Support for Complete Smoking Bans in Multiunit Housing Among Smokers in the United States, Canada, and the United Kingdom. *Prev Chronic Dis*. 2020;17:E147.
201. King BA, Travers MJ, Cummings KM, Mahoney MC, Hyland AJ. Prevalence and predictors of smoke-free policy implementation and support among owners and managers of multiunit housing. *Nicotine Tob Res*. 2010;12(2):159-63.
202. Gouvernement du Yukon. Politique de la Société d'habitation du Yukon concernant les logements sans fumée. Whitehorse : Imprimeur de la Reine pour le Yukon [Internet]. 6 sept. 2018 [cité le 12 oct. 2022]. Source : <https://yukon.ca/fr/politique-de-la-societe-dhabitation-du-yukon-concernant-les-logements-sans-fumee>.
203. Saskatchewan Go. Saskatchewan Housing Corporation Introduces No-Smoking Policy [Internet]. Regina: Publications Saskatchewan; 2018 Jun 20 [cité 12 oct. 2022]. Source : <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2018/june/20/no-smoking-policy>
204. U.S Housing and Urban Development. Smoke-free Public Housing [Internet]. Washington, DC: [cité le 23 oct. 2022]. Source : <https://www.hud.gov/smokefreepublichousing>

205. Choi HK, Ataucuri-Vargas J, Lin C, Singrey A. The current state of tobacco cessation treatment. *Cleve Clin J Med*. 2021;88(7):393-404.
206. Gouvernement du Canada. Cesser de fumer : Services provinciaux et territoriaux [Internet]. 10 nov. 2022 [cité le 23 déc. 2022]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/tabagisme-et-tabac/cesser-fumer/services-provinciaux-territoriaux.html>
207. Centre de toxicomanie et de santé mentale. CANftADaAoP-iTT. Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline [Internet]. Toronto, Canada: 2011 [
208. Partenariat canadien contre le cancer. Priorités stratégiques. [Internet]. N.D. [cité le 23 déc. 2022]. Source : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/cancer-strategy/strategic-priorities/priority-1-decrease-risk/>
209. Gouvernement de l'Ontario. Aide pour cesser de fumer [Internet]. 2022 [mise à jour 22 avr. 2022, cité le 23 déc. 2022]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/page/aide-pour-cesser-de-fumer>.
210. Rzepka AM, Wong L, Chaudhry M, Sproule BA, He N, Cadarette SM. The Ontario Pharmacy Evidence Network Atlas of Smoking Cessation Services. *Can Pharm J (Ott)*. 2022;155(4):194-9.
211. Barberia-Latasa M, Gea A, Martinez-Gonzalez MA. Alcohol, Drinking Pattern, and Chronic Disease. *Nutrients*. 2022;14(9).
212. Zhong L, Chen W, Wang T, Zeng Q, Lai L, Lai J, et al. Alcohol and Health Outcomes: An Umbrella Review of Meta-Analyses Base on Prospective Cohort Studies. *Front Public Health*. 2022;10:859947.
213. World Cancer Research Fund. Alcohol drinks and the risk of cancer. London, UK: World Cancer Reaserch Fund International; 2018.
214. Freedman ND, Abnet CC. Reducing Alcohol Use for Cancer Prevention. *JAMA Netw Open*. 2022;5(8):e2228552.
215. Klein WMP, Jacobsen PB, Helzlsouer KJ. Alcohol and Cancer Risk: Clinical and Research Implications. *Jama*. 2020;323(1):23-4.
216. Rumgay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I, et al. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *Lancet Oncol*. 2021;22(8):1071-80.
217. World Heart Federation. The impact of alcohol consumption on cardiovascular health: Myths and measures.
218. Griswold MG FN, Hawley C, Arian N, Zimsen SR, Tymeson HD, Venkateswaran V, Tapp AD, Forouzanfar MH, Salama JS, Abate KH. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2018 Sep 22;392(10152):1015-35.
219. Kellerborg K, Danielsson AK, Allebeck P, Coates MM, Agardh E. Disease burden attributed to alcohol: How methodological advances in the Global Burden of Disease 2013 study have changed the estimates in Sweden. *Scand J Public Health*. 2016;44(6):604-10.
220. Zhao J, Stockwell T, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Alcohol consumption and mortality from coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2017;78(3):375-86.

221. Brien SE, Ronksley PE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of interventional studies. *Bmj*. 2011;342:d636.
222. Knott C, Bell S, Britton A. Alcohol Consumption and the Risk of Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Dose-Response Meta-analysis of More Than 1.9 Million Individuals From 38 Observational Studies. *Diabetes care*. 2015;38(9):1804-12.
223. Schrieke IC, Heil AL, Hendriks HF, Mukamal KJ, Beulens JW. The effect of alcohol consumption on insulin sensitivity and glycemic status: a systematic review and meta-analysis of intervention studies. *Diabetes care*. 2015;38(4):723-32.
224. Stockwell T, Naimi T. Study raises new doubts regarding the hypothesised health benefits of 'moderate' alcohol use. *Evid Based Med*. 2016;21(4):156.
225. Yang JH, Jeong JA, Kweon SS, Lee YH, Choi SW, Ryu SY, et al. Causal Association Between Alcohol Consumption and Atrial Fibrillation: A Mendelian Randomization Study. *Korean Circ J*. 2022;52(3):220-30.
226. Paradis, C., Butt, P., Shield, K., Poole, N., Wells, S., Naimi, T., Sherk, A., & the Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report. Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023.
227. Myran D, Hsu A, Kunkel E, Rhodes E, Imsirovic H, Tanuseputro P. Socioeconomic and Geographic Disparities in Emergency Department Visits due to Alcohol in Ontario: A Retrospective Population-level Study from 2003 to 2017. *Can J Psychiatry*. 2022;67(7):534-43.
228. Myran DT, Hsu AT, Smith G, Tanuseputro P. Rates of emergency department visits attributable to alcohol use in Ontario from 2003 to 2016: a retrospective population-level study. *CMAJ*. 2019;191(29):E804-E10.
229. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada 2007-2020. Ottawa, ON : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2023.
230. Stockwell T, Zhao J. Estimates of compliance with Canada's guidelines for low and moderate risk alcohol consumption: the importance of adjustment for underreporting in self-report surveys. *Canadian Journal of Public Health*. 2023:1-6.
231. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *The Lancet Public Health*. 2020;5(6):e324-e32.
232. Hobin E, Smith B. Is another public health crisis brewing beneath the COVID-19 pandemic? *Revue canadienne de santé publique*. 2020;111:392-6.
233. Myran DT, Smith BT, Cantor N, Li L, Saha S, Paradis C, et al. Changes in the dollar value of per capita alcohol, essential, and non-essential retail sales in Canada during COVID-19. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1-9.
234. Centre canadien sur les dépendances et l'usage des substances. Boredom and Stress Drives Increased Alcohol Consumption during COVID-19: NANOS Poll Summary Report. 2020.

235. Organisation mondiale de la Santé. Projet de plan d'action (2022-2030) pour mettre en œuvre de manière efficace la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique. 11 janv. 2022.
236. Zhang R, Tang Z, Xu W, Ding Y, Zhang M, Guan Q, et al. Risk factors and protective factors for alcohol-related liver disease: A systematic review and meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 2022;46(12):2128-36.
237. Naimi T, Stockwell, T., Giesbrecht, N., Wettlaufer, A., Vallance, K., Farrell-Low, A., Farkouh, E., Ma, J., Priore, B., Vishnevsky, N., Price, T., Asbridge, M., Gagnon, M., Hynes, G., Shelley, J., Sherk, A., Shield, K., Solomon, R., Thomas, G. & Thompson, K. Canadian Alcohol Policy Evaluation (CAPE) 3.0: Methodology and Evidence (Federal and Provincial/Territorial). Victoria, BC: Canadian Institute for Substance Use Research, University of Victoria; 2023.
238. Organisation mondiale de la Santé. No Place for cheap alcohol: the potential value of minimum pricing for protecting lives [Internet]. 2022 [cité le 15 nov. 2022]. Source : <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058094>
239. Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(7):1222-34.
240. Nations Unies. Rapport sur les objectifs de développement durable [Internet]. 2022 [cité le 10 nov. 2022]. Source : <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022.pdf>
241. Udmuangpia T YM, Laughon K, Saywat T, Bloom TL. Prevalence, risks, and health consequences of intimate partner violence during pregnancy among young women: A systematic review. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2020 Jul 9;24(3):412-29.
242. Stockwell T, Churchill S, Sherk A, Sorge J, Gruenewald P. How many alcohol-attributable deaths and hospital admissions could be prevented by alternative pricing and taxation policies? Modelling impacts on alcohol consumption, revenues and related harms in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2020;40(5-6):153-64.
243. Gouvernement de l'Ontario. Salle de presse : L'Ontario réduit les prix de l'alcool vendu en gros pour aider les restaurants et les bars. [Internet]. 15 déc. 2021 [cité le 15 nov. 2022]. Source : <https://news.ontario.ca/fr/release/1001350/lontario-reduit-les-prix-de-lalcool-vendu-en-gros-pour-aider-les-restaurants-et-les-bars>.
244. Auchincloss AH, Niamatullah S, Adams M, Melly SJ, Li J, Lazo M. Alcohol outlets and alcohol consumption in changing environments: prevalence and changes over time. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2022;17(1):7.
245. Österberg E. Availability of alcohol. Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches. Copenhagen, : WHO Regional Office for Europe; 2012. 83-8.
246. Commission des alcools et des jeux de l'Ontario. Information Bulletin: Highlights of Recent Liquor Reforms to Support Businesses [Internet]. 3 déc. 2020 [cité le 20 mars 2023]. Source : <https://www.agco.ca/fr/bulletin/2020/bulletin-dinformation-points-forts-des-recentes-reformes-du-secteur-des-boissons>.
247. Zipursky JS, Stall NM, Silverstein WK, Huang Q, Chau J, Hillmer MP, et al. Alcohol Sales and Alcohol-Related Emergencies During the COVID-19 Pandemic. *Ann Intern Med*. 2021;174(7):1029-32.

248. Statistique Canada. Contrôle et vente des boissons alcoolisées, 1er avril 2020 au 31 mars 2021 [Internet]. 15 fév. 2022 [cité le 16 déc. 2022]. Source : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220215/dq220215a-fra.htm>
249. Organisation mondiale de la Santé. Réduire les méfaits de l'alcool en réglementant les activités transfrontalières de marketing, de publicité et de promotion de l'alcool : résumé analytique. Genève; 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO
250. Paradis C ZJ, Stockwell T, Joy-Goatley S. Recherche quantitative originale – Publications non conformes des bars populaires sur les plateformes de médias sociaux : une invitation à améliorer la réglementation de la publicité sur l'alcool [Internet]. [mise à jour janv. 2021; cité le 19 déc. 2022]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-40-no-5-6-2020/bars-populaires-plateformes-medias-sociaux-ameliorer-reglementation-publicite-alcool.html>
251. Finan LJ, Lipperman-Kreda S, Grube JW, Balassone A, Kaner E. Alcohol Marketing and Adolescent and Young Adult Alcohol Use Behaviors: A Systematic Review of Cross-Sectional Studies. *J Stud Alcohol Drugs Suppl.* 2020;Sup 19(Suppl 19):42-56.
252. Raninen J, Livingston M, Ramstedt M, Zetterqvist M, Larm P, Svensson J. 17 Is the New 15: Changing Alcohol Consumption among Swedish Youth. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(3).
253. Tigerstedt C, Makela P, Karlsson T, Harkonen J, Lintonen T, Warpenius K. Change and continuity in Finnish drinking in the 21st century. *Nordisk Alkohol Nark.* 2020;37(6):609-18.
254. Jane-Llopis E, Kokole D, Neufeld M, Hasan OSM, Rehm J. What is the current alcohol labelling practice in the WHO European Region and what are barriers and facilitators to development and implementation of alcohol labelling policy? Copenhagen:2020. p.
255. Giesbrecht N, Reisdorfer E, Rios I. Alcohol Health Warning Labels: A Rapid Review with Action Recommendations. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(18).
256. Picard A. Removing warning labels from Yukon liquor is shameful. *The Globe and Mail* [Internet]. 2 janv. 2018 [cité le 20 déc. 2022]. Source : <https://www.theglobeandmail.com/%0Aopinion/removing-warning-labels-on-yukon-liquor-is-shameful/article%0A37459759>. .
257. Hobin E, Schoueri-Mychasiw N, Weerasinghe A, Vallance K, Hammond D, Greenfield TK, et al. Effects of strengthening alcohol labels on attention, message processing, and perceived effectiveness: A quasi-experimental study in Yukon, Canada. *Int J Drug Policy.* 2020;77:102666.
258. Zhao J, Stockwell T, Vallance K, Hobin E. The Effects of Alcohol Warning Labels on Population Alcohol Consumption: An Interrupted Time Series Analysis of Alcohol Sales in Yukon, Canada. *J Stud Alcohol Drugs.* 2020;81(2):225-37.
259. Institut canadien d'information sur la santé. Renseignements sur Hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool – Ontario [Internet]. 2022 [cité le 19 déc. 2022]. Source : <https://yourhealthsystem.cih.ca/hsp/indepth?lang=en#/indicator/061/2/C5001/N4lgKgTgpgdgJgeQG5QmAlgWygYQC4QA2IAXKAMYD2MAZunLOVAJlx6pICGhAzqSHhABfIUa>

260. Myran DT, Cantor N, Pugliese M, Hayes T, Talarico R, Kurdyak P, et al. Sociodemographic changes in emergency department visits due to alcohol during COVID-19. *Drug Alcohol Depend.* 2021;226:108877.
261. Norme de qualité Santé Ontario. Consommation problématique d'alcool et trouble de consommation d'alcool [Internet]. 6 déc. 2020 [cité le 20 déc. 2022]. Source : <https://www.hqontario.ca/Am%C3%A9liorer-les-soins-gr%C3%A2ce-aux-donn%C3%A9es-prochantes/Normes-de-qualit%C3%A9/Voir-toutes-les-normes-de-qualit%C3%A9/Consommation-probl%C3%A9matique-d'alcool-et-trouble-de-consommation-d'alcool>.
262. Santé Canada. Le gouvernement du Canada soutient l'élaboration des premières lignes directrices nationales sur la consommation d'alcool à risque élevé et le trouble de l'usage de l'alcool [Internet]. 29 janv. 2021 [cité le 20 déc. 2022]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2021/01/le-gouvernement-du-canada-soutient-lelaboration-des-premieres-lignes-directrices-nationales-sur-la-consommation-d'alcool-a-risque-eleve-et-le-troubl.html>
263. Spithoff S, Turner S. A systemic failure to address at-risk drinking and alcohol use disorders: the Canadian story. *CMAJ.* 2015;187(7):479-80.
264. Statistique Canada. Tableau : 13-10-0096-11 Consommation abusive d'alcool, selon le groupe d'âge. [Internet]. 26 août 2022 [cité le 20 déc. 2022]. Source : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009611&pickMembers%5B0%5D=1.7&pickMembers%5B1%5D=3.1&cubeTimeFrame.startYear=2020&cubeTimeFrame.endYear=2021&referencePeriods=20200101%2C20210101&request_locale=fr
265. Statistique Canada. Consommation abusive d'alcool. Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2018.
266. Schwandt ML, Heilig M, Hommer DW, George DT, Ramchandani VA. Childhood trauma exposure and alcohol dependence severity in adulthood: mediation by emotional abuse severity and neuroticism. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013;37(6):984-92.
267. Gouvernement de l'Ontario. Vers le mieux-être : un plan pour bâtir le système ontarien de santé mentale et de lutte contre les dépendances [Internet]. 28 mars 2020[cité le 20 déc. 2022]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/page/feuille-de-route-vers-le-mieux-etre-plan-delaboration-du-systeme-de-sante-mentale-et-de-lutte-contre>.
268. Papadimitriou N, Markozannes G, Kannellopoulou A, Critselis E, Alhardan S, Karafousia V, et al. An umbrella review of the evidence associating diet and cancer risk at 11 anatomical sites. *Nature communications.* 2021;12(1):4579.
269. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Colorectal cancer [Internet]. Londres, Royaume-Uni : World Cancer Research Fund International; 2022 [cité le 20 déc. 2022]. Source : <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/cancer-types/colorectal-cancer/>.
270. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Meat, fish, dairy and cancer risk [Internet]. Londres, Royaume-Uni : World Cancer Research Fund International; 2022 [cité le 20 déc. 2022]. Source : <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/risk-factors/meat-fish-dairy-and-cancer-risk/>.
271. Kahleova H, Salas-Salvadó J, Rahelić D, Kendall CW, Rembert E, Sievenpiper JL. Dietary patterns and cardiometabolic outcomes in diabetes: a summary of systematic reviews and meta-analyses. *Nutrients.* 2019;11(9):2209.

272. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. Les régimes alimentaires particuliers. [Internet]. Toronto, ON : HSFC; 2020 [cité le 20 déc. 2022]. Source : <https://www.coeuretavc.ca/vivez-sainement/saine-alimentation/regimes-alimentaires-particuliers>.
273. Gijsbers L, Ding EL, Malik VS, De Goede J, Geleijnse JM, Soedamah-Muthu SS. Consumption of dairy foods and diabetes incidence: a dose-response meta-analysis of observational studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2016;103(4):1111-24.
274. Schwingshackl L, Hoffmann G, Lampousi A-M, Knüppel S, Iqbal K, Schwedhelm C, et al. Food groups and risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European journal of epidemiology*. 2017;32:363-75.
275. Greenwood D, Threapleton D, Evans C, Cleghorn C, Nykjaer C, Woodhead C, et al. Association between sugar-sweetened and artificially sweetened soft drinks and type 2 diabetes: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *British Journal of Nutrition*. 2014;112(5):725-34.
276. Imamura F, O'Connor L, Ye Z, Mursu J, Hayashino Y, Bhupathiraju SN, et al. Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. *Bmj*. 2015;351.
277. Zheng P-F, Shu L, Si C-J, Zhang X-Y, Yu X-L, Gao W. Dietary patterns and chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2016;13(4):515-22.
278. Parvizian MK, Dhaliwal M, Li J, Satia I, Kurmi OP. Relationship between dietary patterns and COPD: a systematic review and meta-analysis. *ERJ Open Research*. 2020;6(2).
279. Seyedrezazadeh E, Moghaddam MP, Ansarin K, Jafarabadi MA, Sharifi A, Sharma S, et al. Dietary factors and risk of chronic obstructive pulmonary disease: a systemic review and meta-analysis. *Tanaffos*. 2019;18(4):294.
280. Annesi-Maesano I, Roche N. Healthy behaviours and COPD. 2014;23(134):410-5.
281. Santé Canada. Recommandations en matière d'alimentation saine. [Internet]. Ottawa, ON : Santé Canada; 2019 [cité le 12 oct. 2022]. Source : <https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/recommandations-en-matiere-dalimentation-saine/>
282. World Cancer Research Fund. Eat wholegrains, vegetables, fruit and beans [Internet]. London, UK: World Cancer Research Fund; 2022 [cité le 29 mars 2023]. Source : <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/cancer-prevention-recommendations/eat-wholegrains-vegetables-fruit-and-beans/>.
283. World Cancer Research Fund. Limit red and processed meat [Internet]. Londres, Royaume-Uni : World Cancer Research Fund International; 2022 [mise à jour 28 avr. 2022; cité le 29 mars 2023]. Source : <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/cancer-prevention-recommendations/limit-red-and-processed-meat/>.
284. World Cancer Research Fund. Limit sugar sweetened drinks [Internet]. Londres, Royaume-Uni : World Cancer Research Fund International; 2022 [mise à jour 28 avr. 2022; cité le 29 mars 2023]. Source : <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/cancer-prevention-recommendations/limit-sugar-sweetened-drinks/>.

285. World Cancer Research Fund. Limit 'fast food' [Internet]. Londres, Royaume-Uni : World Cancer Research Fund International; 2022 [mise à jour 28 avr. 2022; cité le 29 mars 2023]. Source : <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/cancer-prevention-recommendations/limit-fast-foods/>.
286. Shillington KJ, Vanderloo LM, Burke SM, Ng V, Tucker P, Irwin JD. Ontario adults' health behaviors, mental health, and overall well-being during the COVID-19 pandemic. BMC Public Health. 2021;21:1-15.
287. Knezevic I, Dong B, Tyson H. Food Access, Concerns and Perceptions During Covid-19 First Wave: Ontario Survey. Ottawa, ON: School of Journalism and Communication, Carleton University; 2020.
288. Ontario Food and Nutrition Strategy Group. Ontario food and nutrition strategy: a comprehensive evidence informed plan for healthy food and food systems in Ontario. Toronto, ON: Ontario Food and Nutrition Strategy Group; 2017.
289. Locally Driven Collaborative Project. A call to action for healthy eating: using a food literacy framework for public health program planning, policy, and evaluation. Toronto, ON; 2017.
290. Varman SD, Cliff DP, Jones RA, Hammersley ML, Zhang Z, Charlton K, et al. Experiential learning interventions and healthy eating outcomes in children: a systematic literature review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(20):10824.
291. Vaitkeviciute R, Ball LE, Harris N. The relationship between food literacy and dietary intake in adolescents: a systematic review. Public health nutrition. 2015;18(4):649-58.
292. Santé Canada. Stratégie de Santé Canada en matière de saine alimentation [Internet]. Ottawa, ON : Santé Canada; 2022 [cité le 17 oct. 2022]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/strategie-saine-alimentation.html>.
293. Charlebois S, Music J, Faires S. The impact of COVID-19 on Canada's food literacy: results of a cross-national survey. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(10):5485.
294. Assemblée législative de l'Ontario. Projet de loi 216, Loi de 2020 sur la littératie alimentaire des élèves [Internet]. Toronto, ON : 2020 [cité le 18 oct. 2022]. Source : <https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-42/session-1/projet-loi-216>.
295. Ministère de l'Éducation de l'Ontario. L'Ontario modernise son programme-cadre de sciences [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2022 [cité le 8 mars 2022]. Source : <https://news.ontario.ca/fr/release/1001722/lontario-modernise-son-programme-cadre-de-sciences>.
296. Nutrition Connections. Food literacy programming in Ontario: a focus on programs offered to children, youth, parents and caregivers. Toronto, ON: Nutrition Connections; 2019.
297. Vanderlee L, Goorang S, Karbasy K, Vandevijvere S, L'Abbé MR. Policies to create healthier food environments in Canada: experts' evaluation and prioritized actions using the Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI). International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16(22):4473.
298. Vanderlee L, Goorang S, Karbasy K, Schermel A, L'Abbé MR. Creating healthier food environments in Canada: current policies and priority actions-Ontario report. Toronto, ON: Université de Toronto; 2017.

299. World Cancer Research Fund. NOURISHING framework: Our Policy framework to promote healthy diets and reduce obesity [Internet]. Londres, Royaume-Uni : World Cancer Research Fund International; 2022 [mise à jour 28 avr. 2022; cité le 29 mars 2023]. Source : <https://www.wcrf.org/policy/policy-databases/nourishing-framework>.
300. Arenas DJ, Beltrán S, Pharel M, Lopez-Hinojosa I, Vilá-Arroyo G, DeLisser HM. A Systematic Review and Meta-Analysis of Food Insecurity and Dyslipidemia. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2022;35(4):656-67.
301. Stevenson AC, Kaufmann C, Colley RC, Minaker LM, Widener MJ, Burgoine T, et al. A pan-Canadian dataset of neighbourhood retail food environment measures using Statistics Canada's Business Register. 2022.
302. Santé Canada. Mesure de l'environnement alimentaire au Canada; 2013 [cité le 19 oct. 2022]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/saine-alimentation/rapports-politique-nutrition/mesure-environnement-alimentaire-canada.html>.
303. Ahalya M, Éric R, Marc L, Tina M. Geographic retail food environment measures for use in public health. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice*. 2017;37(10):357.
304. Association of Public Health Epidemiologists in Ontario. Core Indicators Development Subgroup: The built environment [Internet]. Association of Public Health Epidemiologists in Ontario; 2018 [cité le 29 mars 2023]. Source : <https://www.apheo.ca/core-indicators-built-environment-subgroup>.
305. Kent MP, Hatoum F, Wu D, Remedios L, Bagnato M. Benchmarking unhealthy food marketing to children and adolescents in Canada: a scoping review. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice*. 2022;42(8):307.
306. Potvin MP, Dubois L, Wanless A. A nutritional comparison of foods and beverages marketed to children in two advertising policy environments. *Obesity*. 2012;20(9):1829-37.
307. Rachel P. Food marketing to children in Canada: a settings-based scoping review on exposure, power and impact. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice*. 2017;37(9):274.
308. Santé Canada. Mise à jour de la politique sur la restriction de la publicité alimentaire destinée principalement aux enfants : Aperçu. [Internet]. Ottawa, ON: Santé Canada; 2023 [cité 2023 Oct 5]. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/strategie-saine-alimentation/mise-jour-politique-restriction-publicite-alimentaire-destinee-principalement-enfants.html>.
309. Warren C, Hobin E, Manuel DG, Anderson LN, Hammond D, Jessri M, et al. Socioeconomic position and consumption of sugary drinks, sugar-sweetened beverages and 100% juice among Canadians: a cross-sectional analysis of the 2015 Canadian Community Health Survey–Nutrition. *Canadian Journal of Public Health*. 2022;113(3):341-62.
310. Jones AC, Veerman JL, Hammond D. The health and economic impact of a tax on sugary drinks in Canada. Waterloo (ON): University of Waterloo. 2017.
311. Organisation mondiale de la Santé. Taxes on sugar drinks: Why do it? : OMS; 2017.
312. Assemblée législative de Terre-Neuve et du Labrador. Projet de loi 29 – act to amend the revenue administration act no.3 [Internet]. Assemblée législative de Terre-Neuve et du

Labrador; 2022 [cité le 29 mars 2023]. Source : <https://www.assembly.nl.ca/HouseBusiness/Bills/ga50session1/bill2129.htm>.

313. Bachman V. Physical Activity and Risks of Breast Cancer, Colon Cancer, Diabetes, Ischemic Heart Disease and Ischemic Stroke Events: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.
314. Booth FW, Roberts CK, Thyfault JP, Rueggsegger GN, Toedebusch RG. Role of inactivity in chronic diseases: evolutionary insight and pathophysiological mechanisms. *Physiological reviews*. 2017.
315. World Cancer Research Fund. Physical activity and the risk of cancer. London, UK: World Cancer Research Fund International; 2018.
316. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité. Genève, Suisse : OMS; 2010.
317. Centre International de Recherche sur le Cancer. World cancer report: Cancer research for cancer prevention. Genève, Suisse : IARC; 2020.
318. Lavie CJ, Ozemek C, Carbone S, Katzmarzyk PT, Blair SN. Sedentary behavior, exercise, and cardiovascular health. *Circulation research*. 2019;124(5):799-815.
319. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le diabète. Genève, Suisse : OMS; 2016.
320. Colberg SR, Sigal RJ, Yardley JE, Riddell MC, Dunstan DW, Dempsey PC, et al. Physical activity/exercise and diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes care*. 2016;39(11):2065-79.
321. Société canadienne de physiologie de l'exercice. Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures. Ottawa, ON : Société canadienne de physiologie de l'exercice; 2020. Source : <http://csepguidelines.ca/language/fr/>.
322. Ross R, Chaput J-P, Giangregorio LM, Janssen I, Saunders TJ, Kho ME, et al. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Adults aged 18–64 years and Adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. 2020;45(10):S57-S102.
323. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'oeil. Genève, Suisse : OMS; 2020.
324. Agence de la santé publique du Canada. Conseils sur l'activité physique pour les adultes (18-64 ans) [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2018 [mise à jour 1^{er} oct. 2018; cité le 30 mars 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/conseils-activite-physique-adultes-18-64-ans.html>.
325. Saunders TJ, Rollo S, Kuzik N, Demchenko I, Belanger S, Brisson-Boivin K, et al. International school-related sedentary behaviour recommendations for children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2022;19(1):39.
326. Pan-Canadian Joint Consortium for School Health. Comprehensive School Health [Internet]. Canada: 2023 [cité le 17 mai 2023]. Source : <http://www.jcsh-cces.ca/en/concepts/comprehensive-school-health/>.
327. Colley RC, Watt J. The unequal impact of the COVID-19 pandemic on the physical activity habits of Canadians. *Health Reports*. 2022;33(5):22-33.

328. Agence de la santé publique du Canada. Le gouvernement du Canada investit dans des programmes d'activité physique pour les enfants et les jeunes [Internet]. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2022 [cité le 3 nov. 2022]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2022/01/le-gouvernement-du-canada-investit-dans-des-programmes-dactivite-physique-pour-les-enfants-et-les-jeunes.html>.
329. Tcymbal A, Demetriou Y, Kelso A, Wolbring L, Wunsch K, Wäsche H, et al. Effects of the built environment on physical activity: a systematic review of longitudinal studies taking sex/gender into account. *Environmental health and preventive medicine*. 2020;25(1):1-25.
330. Laddu D, Paluch AE, LaMonte MJ. The role of the built environment in promoting movement and physical activity across the lifespan: Implications for public health. *Progress in cardiovascular diseases*. 2021;64:33-40.
331. Wanner M, Götschi T, Martin-Diener E, Kahlmeier S, Martin BW. Active transport, physical activity, and body weight in adults: a systematic review. *American journal of preventive medicine*. 2012;42(5):493-502.
332. Larouche R, Saunders TJ, Faulkner GEJ, Colley R, Tremblay M. Associations between active school transport and physical activity, body composition, and cardiovascular fitness: a systematic review of 68 studies. *Journal of physical Activity and health*. 2014;11(1):206-27.
333. Schoeppe S, Duncan MJ, Badland H, Oliver M, Curtis C. Associations of children's independent mobility and active travel with physical activity, sedentary behaviour and weight status: a systematic review. *Journal of science and medicine in sport*. 2013;16(4):312-9.
334. Smith M, Hosking J, Woodward A, Witten K, MacMillan A, Field A, et al. Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport—an update and new findings on health equity. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*. 2017;14(1):1-27.
335. Thielman J, Manson H, Chiu M, Copes R, Rosella LC. Residents of highly walkable neighbourhoods in Canadian urban areas do substantially more physical activity: a cross-sectional analysis. *Canadian Medical Association Open Access Journal*. 2016;4(4):E720-E8.
336. Community Prevention Services Task Force. Physical activity: built environment approaches combining transportation system interventions with land use and environmental design. Atlanta, GA: Centres for disease Control and Prevention 2016.
337. Infrastructure Canada. La Stratégie nationale de transport actif 2021-2026. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2021.
338. Ministère des Transports de l'Ontario. Relier l'Est : Une ébauche de plan de transport pour l'est de l'Ontario. Toronto, ON : Ministère des Transports de l'Ontario; 2022. Source : <https://www.ontario.ca/fr/page/relier-lest-une-ebauche-de-plan-de-transport-pour-lest-de-ontario>
339. Wang K, Qian X, Circella G, Lee Y, Malik J, Fitch DT. What Mobility Modes Do Shared E-Scooters Displace? A Review of Recent Research Findings. *Transportation Research Board 100th Annual Meeting*. 2021.
340. Silva DAS, Chaput J-P, Katzmarzyk PT, Fogelholm M, Hu G, Maher C, et al. Physical education classes, physical activity, and sedentary behavior in children. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2018;50(5):995-1004.

341. Naiman DI, Leatherdale ST, Gotay C, Mâsse LC. School factors associated with the provision of physical education and levels of physical activity among elementary school students in Ontario. *Canadian Journal of Public Health*. 2015;106:e290-e6.
342. Errisuriz V, Golaszewski N, Born K, Bartholomew J. Systematic review of physical education-based physical activity interventions among elementary school children. *The journal of primary prevention*. 2018;39:303-27.
343. Tao C, Zhu L, Strudwick G, Hopkins J, Bennington M, Fitzpatrick S, et al. The Impact of Physical Activity on Mental Health Outcomes during the COVID-19 Pandemic. *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table*; 2022. 3(62).
344. Martyn L, Bigelow H, Graham JD, Ogrodnik M, Chiodo D, Fenesi B. A mixed method investigation of teacher-identified barriers, facilitators and recommendations to implementing daily physical activity in Ontario elementary schools. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1-15.
345. Hollis JL, Williams AJ, Sutherland R, Campbell E, Nathan N, Wolfenden L, et al. A systematic review and meta-analysis of moderate-to-vigorous physical activity levels in elementary school physical education lessons. *Preventive medicine*. 2016;86:34-54.
346. Chief Medical Officer of Health. 2004 Chief Medical Officer of Health report: Healthy weights, healthy lives. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2004.
347. Ontario Society of Physical Activity Promoters in Public Health. Key messages and policy recommendations for physical literacy. Ontario Society of Physical Activity Promoters in Public Health; 2014.
348. ParticipACTION. Lost & Found: Pandemic-related challenges and opportunities for physical activity. Toronto, ON : ParticipACTION; 2022.
349. Allison KR, Adlaf EM, Dwyer JJ, Lysy DC, Irving HM. The decline in physical activity among adolescent students: a cross-national comparison. *Canadian Journal of Public Health*. 2007;98:97-100.
350. CAREX (CARcinogen EXposure) Canada. Radon [Internet]. Burnaby, C.-B. : CAREX Canada; 2019 [mise à jour 24 janv. 2023; cité le 6 févr. 2023]. Source : <https://www.carexcanada.ca/fr/profile/radon/>.
351. Centre International de Recherche sur le Cancer. Rayonnements. Volume 100 D. *Revue des cancérrogènes pour l'homme*. Lyon, FR : Organisation mondiale de la Santé 2012.
352. Société canadienne du cancer. Profitez du soleil en toute sécurité. Les rayons UV augmentent votre risque de cancer de la peau [Internet]. Société canadienne du cancer; 2023 [cité le 15 févr. 2023]. Source : <https://cancer.ca/fr/cancer-information/reduce-your-risk/be-sun-safe/enjoy-the-sun-safely>.
353. Pearson JF, Bachireddy C, Shyamprasad S, Goldfine AB, Brownstein JS. Association between fine particulate matter and diabetes prevalence in the US. *Diabetes care*. 2010;33(10):2196-201.
354. Krämer U, Herder C, Sugiri D, Strassburger K, Schikowski T, Ranft U, et al. Traffic-related air pollution and incident type 2 diabetes: results from the SALIA cohort study. *Environmental health perspectives*. 2010;118(9):1273-9.
355. Organisation mondiale de la Santé. Pollution de l'air ambiant (extérieur) [Internet]. Lyon, FR: Organisation mondiale de la Santé; 2022 [mise à jour 19 déc. 2022; cité le 15 févr. 2023].

Source : [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health).

356. Action Cancer Ontario, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Environmental burden of cancer in Ontario. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016. Source : <https://www.cancercareontario.ca/fr/statistical-reports/cancer-risk-factors-ontario-environmental-burden>.
357. Sandhu PK, Elder R, Patel M, Saraiya M, Holman DM, Perna F, et al. Community-wide interventions to prevent skin cancer: two community guide systematic reviews. American journal of preventive medicine. 2016;51(4):531-9.
358. Holman DM, Kapelos GT, Shoemaker M, Watson M. Shade as an environmental design tool for skin cancer prevention. American journal of public health. 2018;108(12):1607-12.
359. Community Prevention Services Task Force. Preventing skin cancer: child care center-based interventions. Atlanta, GA: Centre for Disease Control and Prevention; 2013.
360. Community Prevention Services Task Force. Preventing skin cancer: primary and middle school interventions. Atlanta, GA: Centre for Disease Control and Prevention; 2014.
361. Community Prevention Services Task Force. Preventing skin cancer: interventions in outdoor occupational settings. Atlanta, GA: Centres for Disease Control and Prevention; 2014.
362. Santé Health (Action Cancer Ontario). Ontario Cancer Statistics 2022. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2022.
363. Organisation mondiale de la Santé. Rayonnement ultraviolet [Internet]. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2022 [cité le 28 févr. 2023]. Source : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ultraviolet-radiation>.
364. de Lannoy L, Rhodes RE, Moore SA, Faulkner G, Tremblay MS. Regional differences in access to the outdoors and outdoor play of Canadian children and youth during the COVID-19 outbreak. Canadian Journal of Public Health. 2020;111:988-94.
365. Morgan R. Concern over conservation rising as number of visitors to Ontario parks soars [Internet]. Ottawa, ON: Capital Current; 2021 [cité le 7 mars 2023]. Source : <https://capitalcurrent.ca/concern-over-conservation-rising-as-number-of-visitors-to-ontario-parks-soars/>.
366. Linos E, Keiser E, Fu T, Colditz G, Chen S, Tang JY. Hat, shade, long sleeves, or sunscreen? Rethinking US sun protection messages based on their relative effectiveness. Cancer Causes & Control. 2011;22:1067-71.
367. BC Centre for Disease Control. Fact sheet: Supporting health equity through the built environment. Vancouver, BC: BC Centre for Disease Control; 2017.
368. Cimino A, McWhirter JE, Papadopoulos A. An evaluation of the amount, type and use of shade at public playgrounds in Guelph, Ontario, Canada. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2022;42(5):209-17.
369. Ministère des Affaires municipales et du Logement de l'Ontario. Déclaration de principes provinciale de 2020 [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020 [cité le 30 déc. 2022]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/page/declaration-de-principes-provinciale-de-2020>.

370. Santé Canada. Les bases de la protection solaire [Internet]. 26 janv. 2022 [cité le 18 juillet 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/securite-soleil/bases-protection-solaire.html>.
371. Action Cancer Ontario, Société canadienne du cancer. Insight on cancer: Sun exposure and protective behaviours in Ontario. Toronto, ON: Action Cancer Ontario, Société canadienne du cancer; 2010.
372. Partenariat canadien contre le cancer. Protection contre les rayonnements UV solaires : politiques provinciales et territoriales sur la protection solaire dans les écoles [Internet]. Toronto, ON : Partenariat canadien contre le cancer; 2019 [mise à jour 1^{er} févr. 2019; cité le 28 févr. 2023]. Source : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/solar-uvr-protection-provincial-and-territorial-sun-safety-policies-in-schools/>.
373. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario : Toronto, ON; 2021.
374. Société canadienne du cancer. Soleil sans souci. [Internet]. Toronto, ON : Environnement et Changement climatique Canada; [Source : <https://ccs-scc.my.site.com/SunSense/s/about-sunsense?language=fr>].
375. Gouvernement de l'Ontario. Rayonnement ultraviolet dans les lieux de travail [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2022 [cité le 28 févr. 2023].
376. Sun Safety at Work (SSAWC). Enhancing sun safety in Canadian workplaces [Internet]. Toronto, ON: Sun Safety at Work 2023. Source : <https://sunsafetyatwork.ca/>.
377. Organisation mondiale de la Santé. WHO handbook on indoor radon, a public health perspective. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2009.
378. Gouvernement du Canada. Radon : Au sujet [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2019 [mise à jour 13 oct. 2022; cité le 7 févr. 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/securite-et-risque-pour-sante/radiation/radon.html>.
379. Santé Canada. Enquête pancanadienne sur les concentrations de radon dans les habitations – Rapport final. Ottawa, ON : ministère de la Santé; 2012.
380. Santé publique Ottawa. Le radon dans votre maison [Internet]. Ottawa, ON : Santé publique Ottawa; 2023 [cité le 8 mars 2023]. Source : <https://www.santepubliqueottawa.ca/fr/public-health-topics/radon-in-your-home.aspx>.
381. United States Environmental Protection Agency. Particulate matter (PM) basics [Internet]. Washinton, DC: United States Government; 2016 [mise à jour 18 juil. 2022; cité le 28 févr. 2023]. Source : <https://www.epa.gov/pm-pollution/particulate-matter-pm-basics>.
382. Ministère de l'Environnement, de la Protection de la nature et des Parcs de l'Ontario. Rapport sur la qualité de l'air en Ontario de 2019 [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2019 [mise à jour 4 mars 2022; cité le 22 févr. 2023]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/document/rapport-sur-la-qualite-de-lair-en-ontario-de-2019>.
383. Ministère de l'Environnement, de la Protection de la nature et des Parcs de l'Ontario. Particules fines [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2019 [cité le 28 févr. 2023]. Source : <https://www.qualifiedelairontario.com/science/pollutants/particulates.php>.

384. Ministère de l'Environnement, de la Protection de la nature et des Parcs de l'Ontario. Rapport sur la qualité de l'air en Ontario de 2019 [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2019 [mise à jour 21 déc. 2022; cité le 28 févr. 2023]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/document/rapport-sur-la-qualite-de-lair-en-ontario-de-2020/tendances-sur-10-ans-et-resultats-annuels>.
385. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices OMS relatives à la qualité de l'air : particules (PM_{2,5} et PM₁₀), ozone, dioxyde d'azote, dioxyde de soufre et monoxyde de carbone. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé 2021.
386. Gouvernement du Canada. Exposition de la population aux polluants atmosphériques extérieurs [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; [mise à jour 31 mars 2021; cité le 28 févr. 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/environnement-changement-climatique/services/indicateurs-environnementaux/exposition-population-polluants-atmospheriques-exterieurs.html>.
387. United States Environmental Protection Agency. The national ambient air quality standards for particle pollution. Washington, DC: Unites States Government 2012.
388. Occupational Cancer Research Centre. Chronic respiratory disease report: highlights from the occupational disease surveillance system. Toronto, ON : Santé Ontario; 2022.
389. Centre international de recherche sur le cancer. Métaux, arsenic, poussières et fibres. Organisation mondiale de la Santé; 2012.
390. Centre international de recherche sur le cancer. Cancérogénicité des gaz échappement des moteurs diesel et des moteurs essence ainsi que de certains nitroarènes. Organisation mondiale de la Santé; 2013.
391. Ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences de l'Ontario. La prévention, ça marche! – stratégie quinquennale [Internet]. Imprimeur du Roi pour l'Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2021 [mise à jour 16 juin 2022; cité le 8 févr. 2023]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/document/la-prevention-ca-marche/la-prevention-ca-marche-strategie-quinquennale>.
392. Ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences de l'Ontario. La prévention, ça marche! le système de santé et de sécurité au travail de l'Ontario [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2021 [cité le 7 févr. 2023].
393. Centres for Disease Control and Prevention, The National Institute for Occupational safety and Health (NIOSH). Hierarchy of controls [Internet]. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2015 [mise à jour 17 janv. 2023; cité le 27 janv. 2023]. Source : <http://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/>.
394. Loi sur la santé et la sécurité au travail, L.R.O. 1990, chap. O.1, R.S.O. 1990, c. O.1 [Internet]. 1990 [cité le 27 janv. 2023]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90o01>.
395. Centre canadien d'hygiène et de santé au travail. Amiante – Qu'ets-ce que c'est? [Internet]. Hamilton, ON : Centre canadien d'hygiène et de santé au travail; 2019 [cité le 27 janv. 2023]. Source : <https://www.cchst.ca/oshanswers/chemicals/asbestos/whatis.html>.
396. Environnement et Changement climatique Canada. Le gouvernement du Canada prend des mesures pour interdire l'amiante et les produits qui en contiennent [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2018 [mise à jour 18 oct. 2018; cité le 27 janv. 2023]. Source :

<https://www.canada.ca/fr/environnement-changement-climatique/nouvelles/2018/10/le-gouvernement-du-canada-prend-des-mesures-pour-interdire-lamiant-et-les-produits-qui-en-contiennent.html>.

397. Arrandale VH, Demers P, Berriault C, Genesove L, DeBono N, Song C. RF-112 Asbestos-related disease in the Ontario Asbestos Workers Register. BMJ Publishing Group Ltd; 2021.
398. Keefe A, Demers P, Pahwa M, Parelkar S. Asbestos Management in Canada: Assessing the Need for a National Standard. Toronto, ON: Canadian Standards Association; 2021.
399. Centre international de recherche sur le cancer. Métaux, arsenic, poussières et fibres. Lyon, FR. Organisation mondiale de la Santé; 2012.
400. Omland Ø, Würtz ET, Aasen TB, Blanc P, Brisman J, Miller MR, et al. Occupational chronic obstructive pulmonary disease: a systematic literature review. Scandinavian journal of work, environment & health. 2014;19:35.
401. Gouvernement du Canada. L'amiante et votre santé [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2012 [mise à jour 14 oct. 2021; cité le 30 janv. 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/qualite-air/contaminants-air-interieur/risques-pour-sante-associes-amiante.html>.
402. CAREX (CARcinogen EXposure) Canada. Asbestos occupational exposures [Internet]. Burnaby, C.-B. : CAREX Canada; 2019 [mise à jour 18 janv. 2022; cité le 30 janv. 2023]. Source : <https://www.carexcanada.ca/profile/asbestos-occupational-exposures/>.
403. DeBono NL, Warden H, Logar-Henderson C, Shakik S, Dakouo M, MacLeod J, et al. Incidence of mesothelioma and asbestosis by occupation in a diverse workforce. American Journal of Industrial Medicine. 2021;64(6):476-87.
404. Jung JK, Feinstein SG, Lazgare LP, Macleod JS, Arrandale VH, McLeod CB, et al. Examining lung cancer risks across different industries and occupations in Ontario, Canada: the establishment of the Occupational Disease Surveillance System. Occupational and Environmental Medicine. 2018;75(8):545-52.
405. Ministère du Travail de l'Ontario. L'amiante sur les lieux de travail [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2022 [mise à jour 16 nov. 2022; cité le 1^{er} févr. 2023]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/page/lamiant-sur-les-lieux-de-travail>.
406. Ministère du Travail de l'Ontario. Guide sur le règlement relatif à l'amiante dans les chantiers de construction, les édifices et les travaux de réparation [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2022 [mise à jour 3 mai 2022; cité le 3 févr. 2023]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/document/guide-sur-le-reglement-relatif-lamiant-dans-les-chantiers-de-construction-les-edifices-12>.
407. Occupational Cancer Research Centre. Occupational cancer and asbestosis among asbestos-exposed workers in Ontario [Internet]. 2018 [cité le 26 juin 2023]. Source : <https://www.occupationalcancer.ca/2018/occupational-cancer-and-asbestosis-among-asbestos-exposed-workers-in-ontario/>.
408. CAREX (CARcinogen EXposure) Canada. Diesel engine exhaust profile [Internet]. Burnaby, BC: CAREX Canada; 2019 [mise à jour 9 déc. 2021; cité le 2 févr. 2023]. Source : https://www.carexcanada.ca/profile/diesel_engine_exhaust/.

409. Centre international de recherche sur le cancer. Les gaz d'échappement des moteurs diesel cancérogènes, communiqué de presse no 213; 2012. [cité le 1^{er} févr. 2023]. Source : https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/07/pr213_F.pdf
410. Hart JE, Eisen EA, Laden F. Occupational diesel exhaust exposure as a risk factor for chronic obstructive pulmonary disease. *Current opinion in pulmonary medicine*. 2012;18(2):151-4.
411. Emploi et Développement social Canada. Mesures de contrôle des émissions d'échappement des moteurs diesel en milieu de travail [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2016 [mise à jour 9 sept. 2022; cité le 2 févr. 2022]. Source : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/services/sante-securite/rapports/controle-emissions-diesel.html>.
412. Occupational Cancer Research Centre, Santé Ontario. Burden of occupational cancer in Ontario: major workplace carcinogens and prevention of exposure. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2017. Source : <https://www.cancercareontario.ca/fr/statistical-reports/burden-occupational-cancer>
413. Health Council of the Netherlands. Diesel engine exhaust [Internet]. Health Council of the Netherlands; 2019 [cité le 26 juin 2023]. Source: <https://www.healthcouncil.nl/documents/advisory-reports/2019/03/13/diesel-engine-exhaust>.
414. CAREX (CARcinogen EXposure) Canada. Diesel engine exhaust occupational exposure [Internet]. Burnaby, C.-B. : CAREX Canada; 2019 [mise à jour 21 août 2021; cité le 2 févr. 2023]. Source : https://www.carexcanada.ca/profile/diesel_engine_exhaust-occupational-exposures/.
415. R.R.O. 1990, Règl. 854 : MINES ET INSTALLATIONS MINIÈRES [Internet]. 1990 Source : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/900854>.
416. Gouvernement de l'Ontario. L'Ontario introduit de nouvelles règles pour assurer la sécurité des travailleurs miniers; 2023 [cité le 27 juin 2023]. Source : <https://news.ontario.ca/fr/release/1002918/ontario-introduit-de-nouvelles-regles-pour-assurer-la-securite-des-travailleurs-miniers>.
417. CAREX (CARcinogen EXposure) Canada. Radon occupational exposures [Internet]. Burnaby, C.-B. : CAREX Canada; 2019 [mise à jour 30 sept. 2021; cité le 6 févr. 2023]. Source : <https://www.carexcanada.ca/profile/radon-occupational-exposures/>.
418. Brobbey A, Rydz E, Fenton S, Demers P, Ge C, Peters C. Characterizing occupational radon exposure greater than 100 Bq/m³ in a highly exposed country. *Scientific Reports*. 2022;12(1):21323.
419. Navaranjan G, Berriault C, Do M, Villeneuve PJ, Demers PA. Cancer incidence and mortality from exposure to radon progeny among Ontario uranium miners. *Occupational and Environmental Medicine*. 2016;73(12):838-45.
420. Occupational Cancer Research Centre, Santé Ontario. Controlling occupational exposure to carcinogens [Internet]. Toronto, ON : Santé Ontario; 2019 [cité le 7 févr. 2023]. Source : <https://www.occupationalcancer.ca/2019/exposure-controls/>.
421. Gouvernement du Canada. Federal provincial territorial radiation protection committee [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2004 [mise à jour 31 août 2022; cité le 7 févr. 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/securite-et-risque-pour-sante/radiation/comprendre/comite-radioprotection-federal-provincial-territorial.html>.

422. Ministère du Travail de l'Ontario. La présence du radon sur le lieu de travail [Internet]. Toronto, ON: King's Printer for Ontario; 2022 [cité le 1^{er} févr. 2023]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/page/la-presence-du-radon-sur-le-lieu-de-travail>.
423. CAREX (CARcinogen EXposure) Canada. Silica (crystalline) profile [Internet]. Burnaby, C.-B. : CAREX Canada; 2019 [mise à jour 31 janv. 2023; cité le 7 févr. 2023]. Source : https://www.carexcanada.ca/profile/silica_crystalline/.
424. CAREX (CARcinogen EXposure) Canada. Silica (crystalline) occupational exposure [Internet]. Burnaby, C.-B. : CAREX Canada; 2019 [mise à jour 8 oct. 2021; cité le 7 févr. 2023]. Source : https://www.carexcanada.ca/profile/silica_crystalline-occupational-exposures/.
425. CAREX (CARcinogen EXposure) Canada, Ontario Cancer Research Centre. Crystalline silica: Burden of occupational cancer fact sheet [Internet]. Burnaby, C.-B. : CAREX Canada; 2019 mise à jour 7 févr. 2023]. Source : https://www.carexcanada.ca/CAREX_OCRC_Burden_of_Occupational_Cancer_Silica_factsheet.pdf.
426. Jumat MI, Hayati F, Rahim SSSA, Saupin S, Lukman KA, Jeffree MS, et al. Occupational lung disease: A narrative review of lung conditions from the workplace. *Annals of Medicine and Surgery*. 2021;64:102245.
427. Occupational Cancer Research Centre. Data outputs from Ontario Occupational Disease Statistics tool [Internet]. [cité 27 juin 2023]. Source : <https://www.occdiseasestats.ca/#/?locale=fr>.
428. Ontario Ministry of Labour. L'exposition à la silice sur les chantiers de construction : Les exigences légales et réglementaires [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2022 [cité le 7 févr. 2023]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/document/lexposition-la-silice-sur-les-chantiers-de-construction/les-exigences-legales-et>.
429. R.R.O. 1990, Règl. 845 : SUBSTANCE DÉSIGNÉE – SILICE [Internet]. 1990 [cité le 7 févr. 2023]. Source : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/900845>.
430. Bjerke W. The impact of infectious disease on chronic disease: a review of contemporary findings. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*. 2011;5(1):45-57.
431. Gargano LM, Hughes JM. Microbial origins of chronic diseases. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:65-82.
432. Omid F, Hajikhani B, Kazemi SN, Tajbakhsh A, Riaz S, Mirsaeidi M, et al. COVID-19 and Cardiomyopathy: A Systematic Review. *Front Cardiovasc Med*. 2021;8:695206.
433. Pellicori P, Doolub G, Wong CM, Lee KS, Mangion K, Ahmad M, et al. COVID-19 and its cardiovascular effects: a systematic review of prevalence studies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;3(3):CD013879.
434. Xie Y, Xu E, Bowe B, Al-Aly Z. Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19. *Nat Med*. 2022;28(3):583-90.
435. Schiffman M, Doorbar J, Wentzensen N, de Sanjose S, Fakhry C, Monk BJ, et al. Carcinogenic human papillomavirus infection. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16086.
436. Centre international de recherche sur le cancer. Agents biologiques. *Revue des cancérogènes pour l'homme*. Lyon, FR : Organisation mondiale de la Santé; 2012.

437. Lei J, Ploner A, Elfstrom KM, Wang J, Roth A, Fang F, et al. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. *N Engl J Med*. 2020;383(14):1340-8.
438. Brito LMO, Brito HO, Correa R, de Oliveira Neto CP, Costa JPL, Monteiro SCM, et al. Human Papillomavirus and Coronary Artery Disease in Climacteric Women: Is There an Association? *ScientificWorldJournal*. 2019;2019:1872536.
439. Action Cancer Ontario. Burden of cancer caused by infections in Ontario. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.; 2018.
440. Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur l'hépatite B et l'hépatite C au Canada : 2017. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2019. Source : <https://www.canada.ca/fr/services/sante/publications/maladies-et-affections/rapport-hepatite-b-c-canada-2017.html>
441. Tang LSY, Covert E, Wilson E, Kottitil S. Chronic Hepatitis B Infection: A Review. *Jama*. 2018;319(17):1802-13.
442. Gouvernement du Canada. Rapport sur la surveillance de l'hépatite B et l'hépatite C au Canada : 2019. [Internet]. 2022 [mise à jour 17 janv. 2022; cité le 3 mars 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/rapport-hepatite-b-c-canada-2019.html>
443. Campbell K. Hepatitis B and the liver cancer endgame. *Nature*. 2022;603(7903):S64-S5.
444. Nguyen MH, Wong G, Gane E, Kao JH, Dusheiko G. Hepatitis B Virus: Advances in Prevention, Diagnosis, and Therapy. *Clin Microbiol Rev*. 2020;33(2).
445. Santé publique Ontario. Santé Sexuelle Ontario [Internet]. [cité le 2 mars 2023]. Source : <https://sexualhealthontario.ca/fr/accueil>.
446. National Cancer Institute. Human Papillomavirus (HPV) Vaccines [Internet]. 25 mai 2021 [cité le 2 mars 2023]. Source : <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-vaccine-fact-sheet>
447. Porras C, Tsang SH, Herrero R, Guillen D, Darragh TM, Stoler MH, et al. Efficacy of the bivalent HPV vaccine against HPV 16/18-associated precancer: long-term follow-up results from the Costa Rica Vaccine Trial. *Lancet Oncol*. 2020;21(12):1643-52.
448. Dehlendorff C, Baandrup L, Kjaer SK. Real-World Effectiveness of Human Papillomavirus Vaccination Against Vulvovaginal High-Grade Precancerous Lesions and Cancers. *J Natl Cancer Inst*. 2021;113(7):869-74.
449. Gouvernement du Canada. Vaccins contre le virus du papillome humain (VPH) : Guide canadien d'immunisation. [Internet]. Mai 2017 [cité le 2 mars 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-9-vaccin-contre-virus-papillome-humain.html>
450. Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Ontario Cervical Screening Program (OCSP) Screening Recommendations Summary. Ontario: Queen's Printer; 2022 Jan.
451. Gouvernement de l'Ontario. Information for parents. 2017 [cité le 2 mars 2023].
452. Ministère de la Santé de l'Ontario. Conseils pour les services de vaccination de routine et de rattrapage [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2021 [cité le _____]

- 29 déc. 2022]. Source : https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/immunization/docs/Guidance_for_Routine_CatchUp_Immunization_Services.pdf.
453. Partenariat canadien contre le cancer. Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020-2030. Canada; N.D. ISBN 978-1-988000-48-0. Source : <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/elimination-cervical-cancer-action-plan/>
454. Robinson JL. Potential strategies to improve childhood immunization rates in Canada. *Paediatr Child Health*. 2018;23(5):353-6.
455. Siddiqui FA, Padhani ZA, Salam RA, Aliani R, Lassi ZS, Das JK, et al. Interventions to Improve Immunization Coverage Among Children and Adolescents: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2022;149(Suppl 5).
456. Gouvernement du Canada. L'hépatite B au Canada : Mise à jour des données de surveillance de 2020; 3 mars 2023 [cité le 26 mai 2023]. Source : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/hepatite-b-canada-mise-a-jour-donnees-surveillance-2020.html>.
457. Coffin CS, Fung SK, Alvarez F, Cooper CL, Doucette KE, Fournier C, et al. Management of Hepatitis B Virus Infection: 2018 Guidelines from the Canadian Association for the Study of Liver Disease and Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada. *Can Liver J*. 2018;1(4):156-217.
458. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021 : vers l'élimination de l'hépatite virale. [Internet]. Juin 2016 [cité le 6 mars 2023]. Source : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250577/WHO-HIV-2016.06-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
459. Canadian Broadcasting Corporation. Thousands of Ontario students behind on vaccines usually administered in schools [Internet]. 5 avril 2022 [cité le 6 mars 2023]. Source : <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ont-students-vaccines-1.6409216>
460. Santé publique Ontario. Recommandations : calendrier de vaccination de rattrapage contre l'hépatite B pour les adolescents de 16 à 18 ans. Ontario; 11 août 2022.
461. Tian F, Feld JJ, Feng Z, Sander B, Wong WWL. Feasibility of hepatitis B elimination in high-income countries with ongoing immigration. *J Hepatol*. 2022;77(4):947-56.
462. Yasseen AS, Kwong JC, Feld JJ, Kustra R, MacDonald L, Greenaway CC, et al. The viral hepatitis B care cascade: A population-based comparison of immigrant groups. *Hepatology*. 2022;75(3):673-89.