

CHAPITRE 1 - INTRODUCTION

Steve R. Manske, EdD

Centre de recherche sur le comportement et d'évaluation des programmes
Université de Waterloo

Sarah J. Robinson, BKin

Département des études sur la santé et de la gérontologie
Université de Waterloo

Alan Diener, PhD

Programme de la lutte au tabagisme
Santé Canada

Remerciements : Les auteurs désirent remercier Scott Leatherdale (Action cancer Ontario) et Susan Bondy (Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario) qui ont révisé la version précédente de ce chapitre et fait des commentaires constructifs.

CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

Contexte de l'Enquête de 2002 sur le tabagisme chez les jeunes

Le tabagisme est la première cause de décès prématuré évitable au Canada. En 1998, on estime que le décès de 47 581 Canadiens a été attribuable à l'usage de produits du tabac¹.

L'Enquête de 2002 sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ) porte sur les jeunes de la 5^e à la 9^e année (âgés de 10 à 14 ans environ). C'est dans cette population que survient habituellement la première expérience du tabac. Depuis l'ETJ de 1994, nous n'avons pas eu de portrait représentatif et détaillé de l'usage du tabac chez ces jeunes Canadiens. Le présent rapport met à jour les résultats marquants du rapport de 1994² et jette une lumière nouvelle sur d'autres domaines d'intérêt. Il s'intéresse exclusivement à la plus jeune cohorte interrogée jusqu'ici dans le cadre de la surveillance en milieu scolaire. L'ETJ de 1994 comprenait aussi une enquête téléphonique auprès de jeunes âgés de 15 à 19 ans. Ce groupe d'âge est maintenant ciblé par l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) effectuée chaque année depuis 1999³. C'est pourquoi ce groupe de jeunes ne fait pas partie de l'ETJ de 2002.

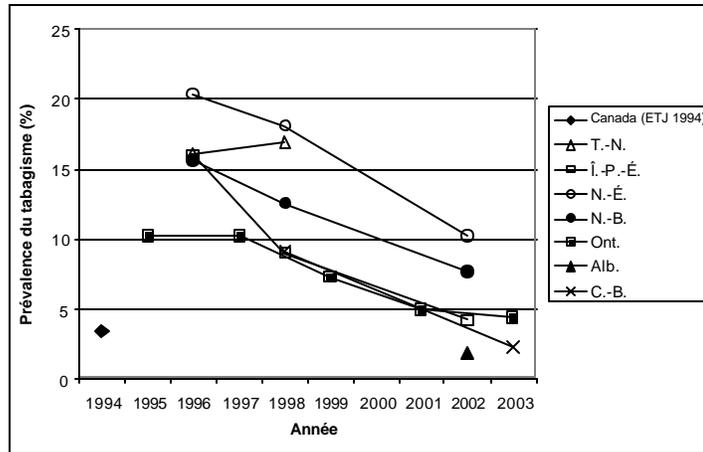
Alors que, depuis quelques années, certaines provinces (surtout l'Ontario) se sont penchées sur la question du tabagisme chez les jeunes de la 5^e à la 9^e année, et que d'autres font maintenant des enquêtes périodiques (notamment les provinces de l'Atlantique, l'Alberta et la Colombie-Britannique), aucune enquête n'a été menée depuis 1994 auprès d'un échantillon représentatif de ces jeunes à l'échelle nationale (tableau 1-1). Les données relatives aux jeunes des niveaux d'études supérieurs sont un peu plus complètes (tableau 1-2), depuis que le groupe de jeunes âgés de 15 à 19 ans (ce qui équivaut aux 10^e, 11^e, 12^e et 13^e années) est intégré à l'ESUTC. Des changements spectaculaires sur le plan du tabagisme ont été observés parmi les groupes d'adolescents plus âgés³ et les adultes³. Des changements analogues pourraient s'être produits chez les jeunes de la 5^e à la 9^e année. Il importe de disposer également de données à jour sur ces jeunes pour guider le processus de planification et d'évaluation.

Au fil de l'histoire, la prévalence du tabagisme chez les élèves de la 5^e à la 9^e année est demeurée à un faible niveau absolu, comparativement aux autres groupes d'âge. Les figures 1-A et 1-B affichent les résultats pour les élèves de la 7^e et de la 9^e année respectivement, en commençant par les données de l'ETJ de 1994. En 1994, 7 % des jeunes Canadiens de 7^e et de 9^e année ont indiqué être des fumeurs actuels (selon la définition précisant qu'ils avaient fumé au moins une cigarette au cours des 7 jours précédents, nouveaux calculs fondés sur les données du Rapport technique de l'ETJ de 1994³). Veuillez noter que les données provinciales apparaissant aux figures 1-A et 1-B se fondent sur des définitions moins étroites du tabagisme.

Une comparaison des taux de tabagisme de l'ETJ de 1994 apparaissant aux figures 1-A et 1-B fait ressortir un écart important entre les élèves de la 7^e et ceux de la 9^e année. Cet écart apparaît également dans les données provinciales

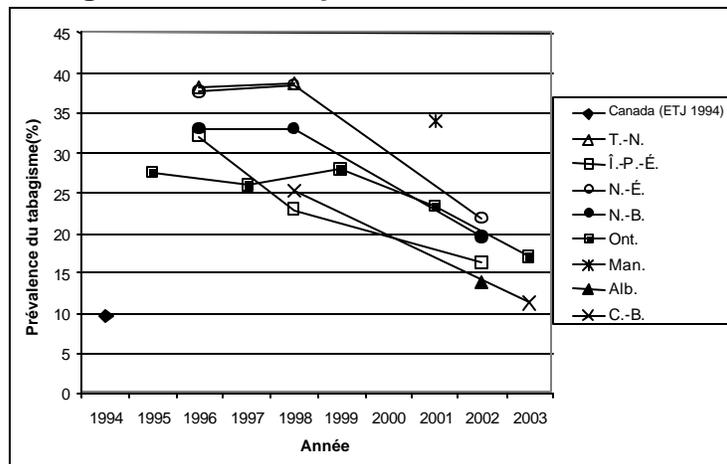
présentées aux figures 1-A et 1-B. Les résultats sont similaires pour les garçons et les filles. Depuis 1994, les taux de tabagisme chez les élèves de 7^e et de 9^e année ont diminué, comme en témoignent les taux provinciaux apparaissant aux figures 1-A et 1-B.

Figure 1-A
Prévalence du tabagisme* selon la province, 7^e année, Canada, 1994-2002



*Remarque : Le tabagisme actuel a été défini comme suit : le fait d'avoir fumé plus d'une cigarette au cours des 12 derniers mois, sauf dans les deux cas suivants, 1) les données de l'ETJ de 1994, où le tabagisme actuel comprenait les fumeurs quotidiens et les personnes ayant fumé au cours de la semaine précédente, et 2) les données de la C.-B., où le tabagisme actuel englobait les personnes ayant fumé au cours des 30 derniers jours.

Figure 1-B
Prévalence du tabagisme* selon la province, 9^e année, Canada, 1994-2002



*Remarque : Le tabagisme actuel a été défini comme suit : le fait d'avoir fumé plus d'une cigarette au cours des 12 derniers mois, sauf dans les deux cas suivants, 1) les données de l'ETJ de 1994, où le tabagisme actuel comprenait les fumeurs quotidiens et les personnes ayant fumé au cours de la semaine précédente, et 2) les données de la C.-B., où le tabagisme actuel englobait les personnes ayant fumé au cours des 30 derniers jours.

Dans la tranche d'âge supérieure (c'est-à-dire de la 10^e à la 12^e année environ), la hausse rapide du tabagisme se poursuit. Selon les données nationales de 2003, 13 % des garçons et 17 % des filles âgés de 15 à 17 ans étaient des fumeurs actuels, c'est-à-dire qu'ils avaient répondu « oui » à la question « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours ou à l'occasion? »³. Ces taux ont augmenté pour atteindre 24 % chez les garçons et 25 % chez les filles dans le groupe des 18 et 19 ans³. Des hausses similaires ont été observées en 2002 aux États-Unis, où les taux de tabagisme ont augmenté de façon constante dans les écoles secondaires, pour atteindre un sommet chez les élèves de 12^e année (26 %) ⁴. Il est très inquiétant de constater que le taux de tabagisme a presque quadruplé en 10 ans. Il convient d'exercer une surveillance continue des taux de tabagisme et des comportements, des attitudes et des influences connexes qui peuvent favoriser ou contenir ces hausses à mesure que la cohorte avance en âge. Les données ainsi obtenues pourraient aider à élaborer des politiques et des programmes pouvant servir à réduire l'incidence du tabagisme sur la santé des Canadiens et des Canadiennes.

L'âge au début de l'usage du tabac fait également ressortir la nécessité de la surveillance dans le groupe plus jeune. Selon les données de l'ESUTC de 2003, plus de la moitié (56 %) des répondants âgés de 15 ans et plus avaient fumé leur première cigarette avant d'avoir 15 ans². L'âge au début du tabagisme était le même chez les deux sexes. Dans l'ETJ de 1994, on voit que la hausse relative la plus importante (300 %) du début de l'usage du tabac se situe entre 10 et 12 ans, alors que le taux de prévalence passe de 2 % à 8 %². Même une modeste hausse du taux de prévalence représente un grand nombre de jeunes à l'échelle nationale.

Pour bien comprendre l'incidence du tabagisme chez les jeunes, nous devons prendre en compte les coûts économiques et en matière de santé qui en découlent. La majorité de ces coûts n'apparaissent que 20 ans après le début de l'usage du tabac. Nous ne devons donc pas évaluer uniquement les répercussions sur les jeunes. Selon les données les plus récentes, les coûts directs en soins de santé attribuables au tabagisme dans tous les groupes d'âge au Canada atteignaient 2,4 milliards de dollars en 1996⁵. Le tableau 1-A expose ces différents coûts pour 1991 et 1996 et fait ressortir la nécessité de disposer de données à jour à cet égard et de projections de coûts. Alors que les taxes sur la vente de cigarettes ont rapporté 2,1 milliards de dollars en droits et en taxes d'accise en 1996⁶, les coûts totaux directs (p. ex. les séjours à l'hôpital) et indirects (p. ex. la perte de productivité) attribuables au tabagisme dépassent largement ces recettes, totalisant 15,2 milliards de dollars cette année-là. En se fondant sur des hypothèses plus strictes, Single et ses collègues ont estimé que les coûts attribuables au tabagisme ont atteint 9,6 milliards de dollars en 1992⁷. Comme on peut le voir dans le Rapport technique de l'ETJ de 1994, les coûts attribuables au tabagisme ont continué d'augmenter de façon constante depuis 1966. En raison du délai qui s'écoule avant que surviennent les maladies et les décès attribuables au tabagisme, ces chiffres demeureront élevés pendant de nombreuses années, et ne diminueront pas tant que nous ne déploierons pas d'efforts importants et durables pour réduire le nombre de fumeurs au Canada.

Tableau 1-A
Coûts économiques attribuables au tabagisme, Canada, 1991 et 1996

Élément	Coût en 1991 (en milliards \$) ⁷	Coût en 1996 (en milliards \$) ⁸
<i>Coûts directs</i>		
Soins de santé	2,5	2,4
Soins en établissement	1,5	(non disponible)
Absentéisme des travailleurs	2,0	2,2
Incendies	0,8	(non disponible)
<i>Coûts indirects</i>		
Perte de revenus futurs en raison d'un décès prématuré	10,5	11,3
Rajustements pour coûts futurs (si les fumeurs n'étaient pas décédés)	-1,5	-0,7
Coûts totaux	15,8	15,2

La réaction du Canada face à la crise dans le domaine de la santé provoquée par les produits du tabac s'est renforcée au fil du temps. Misant sur l'expérience canadienne et sur les interventions réussies à l'étranger, cette réaction se fonde maintenant sur une approche globale. Dans le Rapport technique de l'ETJ de 1994², on pouvait lire :

La prévention, l'abandon du tabac et la protection sont les trois piliers de la stratégie nationale canadienne de lutte contre le tabagisme. D'abord énoncés dans le *Document d'orientation de la stratégie nationale de lutte contre le tabagisme au Canada*⁸, de 1987, ces trois objectifs ont été repris dans la *Mise à jour de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme* en 1993⁹ et la *Stratégie de réduction de la demande de tabac* de 1994¹⁰. Le document *La lutte contre le tabagisme : un plan directeur pour protéger la santé des Canadiennes et des Canadiens*, publié par Santé Canada à la fin de 1995¹¹, porte principalement sur l'abandon du tabac et la protection contre le tabagisme. Les stratégies et les tactiques présentées dans ces documents font ressortir la symbiose entre la prévention, la protection et l'abandon du tabac. La prévention et l'abandon du tabac servent tous deux à réduire le tabagisme et, par conséquent, la fumée secondaire du tabac, alors que les mesures de protection incitent à l'abandon du tabac en supprimant les occasions de fumer. Les mesures de protection renforcent également les efforts de prévention en affaiblissant les modèles qui font passer le tabagisme pour un comportement normal et désirable.

Pour le nouveau millénaire, la stratégie fédérale¹² ajoute aux objectifs définis ci-dessus la réduction des méfaits. Ce terme renvoie aux efforts déployés pour réglementer les produits d'une manière permettant de réduire le risque que pose l'usage du tabac. De plus, la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme¹³ adoptée par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations non gouvernementales a déterminé que la dénormalisation de l'industrie du tabac est un objectif important.

En plus des stratégies mentionnées ci-dessus, 9 provinces sur 10 et 2 territoires sur 3 ont élaboré des stratégies provinciales ou territoriales de lutte contre le tabagisme¹. Malgré tous ces efforts, le tableau 1-B révèle que les dépenses par habitant sont beaucoup moins élevées que celles recommandées par les Centers for Disease Control (CDC) des États-Unis pour la mise en place des meilleures pratiques fondées sur des données probantes en matière de lutte contre le tabagisme à l'échelle des États. Les estimations vont de 7 à 20 \$US par habitant (environ 8,75 \$ à 25 \$CAN) dans les États où la population atteint moins de 3 millions d'habitants, de 5 \$US à 16 \$US par habitant (environ 6,25 \$ à 20 \$CAN) dans les États qui comptent plus de 7 millions d'habitants¹⁴. Au Canada, les dépenses moyennes par habitant (1,79 \$CAN) sont beaucoup moins élevées que la moyenne américaine et de loin inférieures aux recommandations des CDC. En revanche, certains États, comme la Californie, ont adopté des mesures importantes pour réduire l'usage du tabac grâce à un financement supérieur au financement moyen au Canada, mais inférieur au niveau recommandé par les CDC. Les provinces et territoires canadiens devraient surveiller les coûts et les résultats, afin de déterminer le rendement des ressources investies.

Tableau 1-B
Financement par habitant dans la lutte contre le tabagisme (2002-2003), selon le territoire et la province au Canada, et dans certains États américains¹⁵

Compétence	Population	Financement 2002-2003 (\$CAN)	Dépenses par habitant (\$CAN)
Canada	30 454 994	54 595 815	1,79
Territoires-du-Nord-Ouest	41 186	317 815	7,72
Nunavut	28 300	150 000	5,30
Alberta	3 086 034	11 700 000	3,79
Québec	7 435 504	20 000 000	2,69
Nouvelle-Écosse	943 756	1 600 000	1,70
Ontario	11 964 104	19 000 000	1,59
Colombie-Britannique	4 120 891	4 400 000	1,07
Île-du-Prince-Édouard	139 330	114 000	0,72
Saskatchewan	1 014 403	584 000	0,58
Manitoba	1 148 181	668 000	0,52
Terre-Neuve	533 305	250 000	0,47
Nouveau-Brunswick	729 498	Inconnu	Inconnu
Yukon	28 674	Inconnu	Inconnu
États-Unis (tous)	284 796 887	1 190 707 200	4,18
Maine	1 286 670	21 333 504	16,58
Mississippi	2 858 029	31 008 000	10,85
Minnesota	4 972 294	44 806 560	9,01
Californie	34 501 130	208 590 816	6,05
Maryland	5 375 156	31 085 520	5,78

¹ Stratégies provinciales de lutte contre le tabagisme : British Columbia Tobacco Strategy, Alberta Tobacco Reduction Strategy, Manitoba Provincial Tobacco Control Strategy, Stratégie de lutte au tabagisme de l'Ontario, Plan québécois de lutte contre le tabagisme, Stratégie de lutte contre le tabagisme du Nouveau-Brunswick, Prince Edward Island Strategy for Healthy Living, Nova Scotia Comprehensive Tobacco Strategy, Newfoundland ACT Tobacco Reduction Strategy, Yukon Tobacco Reduction Strategy, Northwest Territories Action on Tobacco

Objectifs de l'ETJ

Pour réaliser efficacement les nombreux objectifs de la lutte contre le tabagisme, il convient de recueillir des données complètes sur le comportement, les attitudes, les opinions, les connaissances et les influences sociales. Ces données doivent non seulement être recueillies dans toute la population, mais aussi auprès de sous-groupes particuliers, plus précisément les jeunes. L'ETJ constitue, à ce jour, la meilleure source de données à l'échelle nationale. Le présent rapport de l'ETJ de 2002 met à jour les résultats de l'enquête menée en 1994.

L'ETJ de 2002 intègre les objectifs de l'ETJ précédente. Ces objectifs sont, en grande partie, similaires à ceux définis dans le rapport technique de l'ETJ de 1994. Plus précisément, voici les objectifs de l'ETJ de 2002 :

- mettre à jour les résultats de l'enquête de 1994 et broser le tableau de l'usage actuel du tabac chez les jeunes de la 5^e à la 9^e année à l'échelle nationale;
- donner un aperçu des influences réglementaires, éducatives et sociales² que subissent les jeunes au moment de décider s'ils vont essayer les produits du tabac, les adopter, continuer de fumer ou abandonner cette habitude;
- créer une ressource permettant de prendre des décisions raisonnées fondées sur des données probantes sur les politiques et les programmes fédéraux et provinciaux visant à lutter contre le tabagisme chez les jeunes Canadiens et Canadiennes;
- contribuer, en dernier ressort, aux systèmes de surveillance de la consommation du tabac au Canada.

De plus, l'ETJ de 2002 comporte d'autres objectifs visant à obtenir une vue d'ensemble des domaines suivants :

- la consommation d'alcool et de drogues chez les élèves de la 7^e à la 9^e année;
- l'influence des professionnels de la santé (les médecins et les dentistes) sur l'usage du tabac;
- d'autres facteurs éventuellement associés au tabagisme (p. ex. l'activité physique, la lecture, les activités de loisirs et l'image de soi).

Aperçu de la matière

Le tableau 1-C établit une comparaison entre les sujets abordés dans l'ETJ de 2002 et ceux abordés dans l'enquête de 1994.

² Alors que l'ETJ de 1994 examinait les influences commerciales (c.-à-d. la publicité et les commandites) dans le cadre des influences sociales, l'ETJ de 2002 ne l'a pas fait.

Tableau 1-C
Contenu du questionnaire de l'ETJ en 2002 et en 1994

Contenu du questionnaire	ETJ de 2002	ETJ de 1994
<i>Questionnaire remis aux élèves</i>		
Prévalence du tabagisme	✓	✓
Usage du tabac, autres formes d'usage du tabac et tentatives d'abandon	✓	✓
Facteurs sociaux et démographiques (influence de la famille, des amis, des enseignants)	✓	✓
Achat de cigarettes	✓	✓
Impact des politiques (à l'école et au travail)	✓	✓ (à l'école seulement)
Éducation (à l'école, mises en garde sur les paquets)	✓	✓
Attitudes et opinions relatives au tabagisme	✓	✓
Connaissance des effets du tabagisme sur la santé	✓	✓
Argent des jeunes servant à l'achat	✓	✓
Influence des techniques de commercialisation du tabac	✓	✓
Consommation d'alcool et d'autres drogues*	✓	
Influence des professionnels de la santé	✓	
Activité physique, lecture, loisirs et image de soi	✓	
<i>Entrevue auprès des parents</i>		
Composition du ménage	✓	✓
Données démographiques		
Scolarité	✓	
Emploi	✓	✓
Revenu	✓	
Accès de l'enfant aux services de santé (médecin de famille, dentiste)	✓	
Restrictions relatives à l'usage du tabac à la maison	✓	
Prévalence du tabagisme à la maison	✓	

* Ces questions ont été posées uniquement aux élèves de la 7^e à la 9^e année.

Pour protéger le caractère confidentiel des données commerciales, aucune préférence quant à la marque ne figurait dans le fichier fourni par Statistique Canada. Cette information a été remplacée par des données dérivées sur la force des cigarettes et leur teneur en nicotine.

Utilisation des données de l'ETJ

Les données recueillies dans le cadre de l'ETJ peuvent être utilisées à différentes fins, mais servent principalement à simplifier la planification et la surveillance des politiques et des programmes de lutte contre le tabagisme. En raison du groupe d'âge visé et de la portée nationale de l'échantillon, l'ETJ s'applique surtout au volet prévention de la *Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme*¹² et de la *Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme*¹³. Dans une moindre mesure, l'analyse des questions de l'enquête servira à mieux comprendre les progrès effectués sur le plan du renoncement au tabac, de la protection, de la réduction des méfaits (Stratégie fédérale) ainsi que de la dénormalisation de l'industrie du tabac (Stratégie nationale). En général, l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)³, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)¹⁶ et les autres systèmes de cueillette de données (p. ex. le School Smoking Profile¹⁷) répondent bien aux besoins en matière de surveillance des groupes de personnes plus âgées, dont les adolescents plus âgés. Toutefois, le Canada ne dispose pas de données conjoncturelles actuelles à l'échelle nationale sur le tabagisme chez les jeunes de la 5^e à la 9^e année³, correspondant à la tranche d'âge où débute l'usage du tabac². L'ETJ de 2002 vient combler cette lacune. L'enquête complète les données comportementales grâce à des questions portant sur les différentes influences que subissent les jeunes de la 5^e à la 9^e année relativement au tabagisme. L'analyse de ces données guidera l'élaboration de politiques dans les domaines de l'éducation et de la promotion de la santé, des restrictions relatives à l'usage du tabac dans les lieux publics et de la dénormalisation de l'industrie du tabac. De plus, l'ajout, dans l'ETJ de 2002, de questions sur la consommation de substances à des fins non médicales permettra d'établir des liens entre les politiques sur le tabagisme et les politiques dans d'autres secteurs de la protection et de la promotion de la santé. Les chapitres 3 à 12 sont structurés de manière à faciliter la compréhension de ces nombreux aspects.

En plus de guider l'élaboration des politiques, les données de l'ETJ de 2002 pourraient faciliter d'autres recherches sur le tabagisme chez les jeunes. Malheureusement, il semble que les données de l'ETJ de 1994 n'aient pas été utilisées à cette fin. Une recherche dans la base de données Medline de 1996 à 2004 n'a permis de trouver aucun rapport analysant ces données, malgré leur importance. En raison de la concordance des questions de l'ETJ de 2002 et de celles de l'ETJ de 1994, et de la taille comparable de l'échantillon (vaste), les chercheurs pourraient être intéressés à mener d'autres recherches à partir de ces données. Il importe de disposer d'échantillons de grande taille, surtout lorsque les comportements en question sont peu fréquents, comme c'est le cas de nombreux comportements abordés dans l'ETJ dans le groupe de jeunes interrogés.

³ Dans ce rapport, l'échantillon est désigné selon le système classique de niveau d'études, de la 5^e à la 9^e année. Veuillez noter que les classes de la 5^e à la 9^e année correspondent respectivement au cycle 3-1 (1^{re} année du 3^e cycle), au cycle 3-2 (2^e année du 3^e cycle), et aux niveaux secondaire I, II et III du système québécois.

Aperçu des méthodes

L'ETJ de 2002 a été effectuée d'après un plan en grappes stratifié à deux degrés au sein duquel les écoles constituent les unités primaires d'échantillonnage et les classes, les unités secondaires. Dans chaque province, les écoles comptant des élèves de la 5^e à la 9^e année ont été regroupées dans une des deux strates, selon que l'école était située dans une région métropolitaine de recensement⁴ ou non. Des strates additionnelles ont été ajoutées pour Montréal (Québec) et pour Toronto (Ontario). Au sein de chaque strate, pour chaque classe de la 5^e à la 9^e année, les écoles ont été choisies selon la probabilité proportionnelle à la taille. À partir des écoles choisies, le personnel sur le terrain a ensuite choisi de façon aléatoire une classe correspondant au niveau d'études désiré.

L'ETJ de 2002 a été menée auprès des élèves des classes sélectionnées. De plus, des entrevues téléphoniques ont été effectuées auprès des parents. Même si la fonction première du questionnaire destiné aux parents en 2002 était la même que celle de 1994 (c.-à-d. la cueillette de données socio-économiques sur la famille de l'enfant), l'ETJ de 2002 a été considérablement enrichie. Les enquêtes auprès des élèves et des parents ont été effectuées conformément aux dispositions relatives à l'obtention de renseignements à titre volontaire de la *Loi sur la statistique*¹⁸.

Le taux de réponse a été suffisant dans la population cible. Le taux de réponse des élèves a atteint 82 %, et 19 018 questionnaires étaient utilisables. Ces questionnaires ont servi à faire des estimations pour les 2 027 506 élèves de la population cible (de la 5^e à la 9^e année). Le nombre de réponses suffisait pour effectuer une analyse détaillée. On a ainsi pu obtenir des estimations provinciales fiables pour de nombreuses variables, un élément important puisque les provinces sont principalement responsables de la lutte contre le tabagisme au sein de leur population et ont pleine compétence sur les activités dans les écoles.

Statistique Canada était chargé du plan d'échantillonnage et de la collecte et du traitement des données, après avoir collaboré avec Santé Canada à la conception du questionnaire. Le questionnaire destiné aux élèves et celui destiné aux parents ont été élaborés à l'aide d'études de faisabilité, d'essais pilotes et d'essais qualitatifs, notamment une série d'entrevues en profondeur avec des élèves de la 5^e à la 9^e année.

⁴ Une région métropolitaine de recensement est une région comprenant une ou plusieurs municipalités situées près d'un important centre urbain qui doit compter au moins 100 000 habitants.

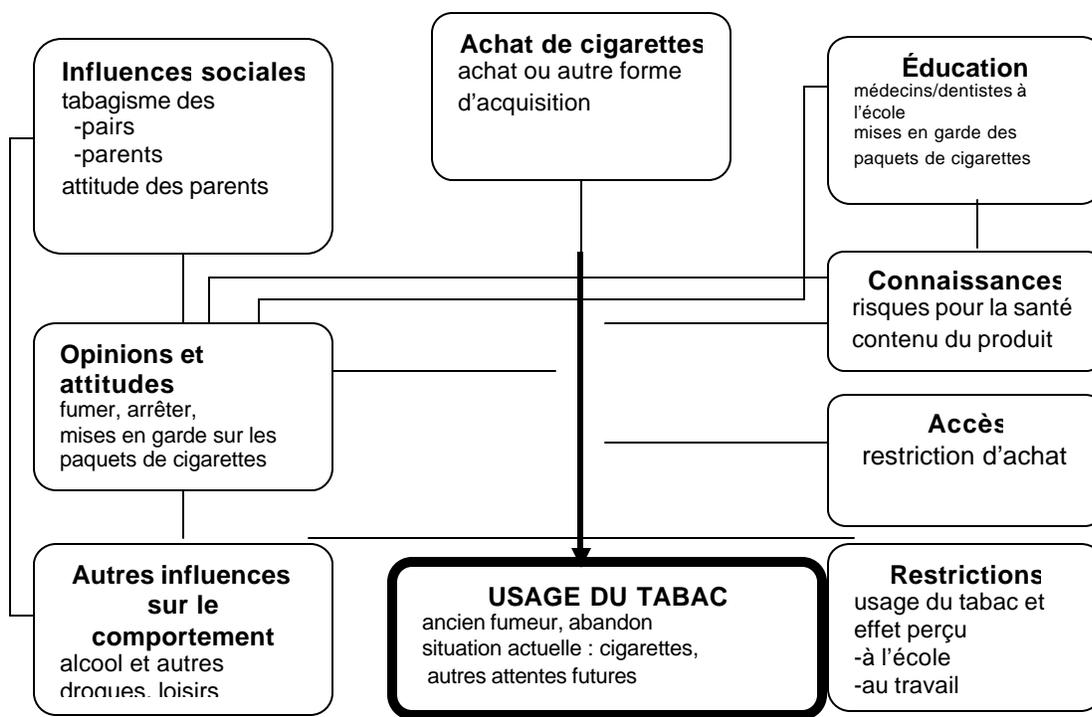
ORGANISATION DU RAPPORT

Cadre conceptuel de l'analyse

La figure 1-C montre un modèle simplifié qui a orienté l'élaboration du questionnaire et du présent rapport. Tout comme dans l'enquête de 1994, les principes qui ont guidé les efforts sont fondés sur une approche *sociocognitive* pour expliquer le comportement¹⁹, enrichie par une description du *contexte politique*. La figure 1-C fait aussi ressortir des liens éventuels entre les différents sujets.

L'ETJ repose sur l'évaluation de *l'usage du tabac* passé et actuel, et sur les attentes à l'égard de *l'usage du tabac* dans l'avenir (points figurant au bas de la figure 1-C). L'enquête examine de façon détaillée l'usage actuel du tabac et permet de faire des distinctions entre différents comportements à l'égard du tabac chez les jeunes, y compris les jeunes qui n'ont jamais fumé (personne qui n'a jamais fumé et n'a jamais pensé sérieusement à le faire, et personne qui n'a jamais fumé mais qui a songé sérieusement à le faire) et les jeunes qui ont déjà fumé (a pris quelques bouffées, a déjà fumé plus que quelques bouffées, n'est pas un fumeur quotidien, est un fumeur quotidien). L'enquête comprend aussi des descriptions moins détaillées de *comportements passés* (p. ex. l'âge auquel le sujet a commencé à fumer et l'âge auquel il a tenté d'abandonner) et de *comportements futurs* (p. ex. les attentes dans un an, l'intention d'essayer de fumer d'ici un mois pour les non-fumeurs). Les cases entourant la case sur l'usage du tabac montrent les influences possibles. Elles comprennent des aspects tels que *l'achat de cigarettes* et les restrictions relatives à l'usage du tabac à l'école et à la maison. Ces éléments d'information pourraient guider l'élaboration de politiques et de programmes fondés sur la disponibilité des cigarettes et la réduction du nombre d'endroits où fumer est permis. En 2002, des questions sur *d'autres influences sur le comportement* (la consommation d'alcool et de drogues, les activités de loisir) ont été ajoutées. L'enquête examine aussi certaines influences psychosociales et éducatives qui peuvent déterminer les décisions que prennent les jeunes lorsqu'ils essaient de fumer, commencent à fumer, s'abstiennent de fumer ou arrêtent de fumer. Ce sont des facteurs intra-personnels, comme les *connaissances*, les *opinions* et les *attitudes* associées au tabagisme. Parmi les *influences* inter-personnelles ou *sociales*, on trouve les comportements des parents et des amis intimes, ainsi que les attitudes des parents. L'influence de ces modèles sociaux sur les jeunes peut être atténuée par les influences *éducatives*. Par exemple, l'enquête explore la consultation de professionnels de la santé (les médecins et les dentistes) et l'appui de ces derniers. Les répondants ont décrit les leçons à l'école sur l'usage du tabac et les mises en garde apparaissant sur les paquets de cigarettes. Ces sujets peuvent influencer sur la décision du jeune à commencer à fumer, à continuer de fumer ou à renoncer à cette habitude.

Figure 1-C
Comportement à l'égard du tabagisme et influences sociales, cognitives et politiques étudiées dans l'ETJ de 2002



Présentation du rapport

La structure du présent rapport repose sur le cadre conceptuel illustré à la figure 1-C.

Le chapitre 2 décrit de façon détaillée les méthodes d'enquête, notamment le plan de l'enquête, le plan d'échantillonnage, la collecte des données et les analyses. Les chapitres 3 et 4 décrivent l'usage du tabac. Le chapitre 3 fournit des données sur la prévalence des types de tabagisme, ainsi que des détails sur certains comportements, comme l'inhalation de fumée, l'usage de produits du tabac sans fumée, l'âge au moment de l'initiation et les attentes futures. Le chapitre 4 est consacré à l'abandon du tabac, une question importante même chez les jeunes.

Les chapitres 5 à 10 décrivent les influences sur le tabagisme et l'achat de cigarettes – des facteurs qui peuvent avoir une incidence positive ou négative sur la décision de fumer ou de ne jamais fumer.

Le chapitre 5 porte sur les influences sociales provenant des pairs et des parents, alors que le chapitre 6 explore l'effet perçu des professionnels de la santé, plus précisément les médecins et les dentistes, sur le tabagisme (sujet qui n'avait pas été abordé auparavant). Le chapitre 7 aborde les influences plus cognitives et liées aux valeurs – les opinions et les attitudes à l'égard du tabagisme, les mises en garde sur les paquets,

les questions de santé, les raisons qui motivent la décision de commencer à fumer. Ces trois chapitres sont particulièrement pertinents pour les stratégies de prévention.

Le chapitre 8 porte sur la connaissance des problèmes de santé et des mises en garde sur les paquets, et sur la sensibilisation du fumeur au contenu de sa marque préférée de cigarettes. Il cherche aussi à déterminer si les répondants ont appris les dangers du tabac à l'école. Les résultats exposés dans ce chapitre sont importants pour ceux qui conçoivent et offrent des programmes de prévention, surtout des messages d'éducation à la santé, de même que pour les personnes qui œuvrent dans le domaine des lois et des règlements de protection.

Le chapitre 9 examine de nombreux aspects de l'accès aux cigarettes visés par la lutte contre le tabagisme : la source habituelle de cigarettes, les tentatives et les stratégies d'achat de cigarettes et la marque préférée. La plupart de ces sujets sont directement liés aux objectifs énoncés dans les *stratégies fédérale et nationale de lutte contre le tabagisme*.

Le chapitre 10 aborde l'interdiction de fumer. Il décrit les interdictions de fumer imposées dans les écoles, et indique si ces mesures ont eu ou auraient l'effet voulu sur le tabagisme en général. Il présente également des données sur la connaissance de l'âge minimal pour acheter des cigarettes. Tous ces sujets sont liés aux *stratégies fédérale et nationale de lutte contre le tabagisme*, ainsi qu'aux objectifs de prévention, de protection, de renoncement, de réduction des méfaits et de dénormalisation de l'industrie du tabac.

Le chapitre 11 porte sur les autres comportements malsains des élèves, y compris la consommation d'alcool et de drogues à des fins autres que médicales. Le contenu de ce chapitre est un élément nouveau de l'ETJ de 2002. Il établit des liens entre les différents comportements à risque, afin de mieux les comprendre.

Le chapitre 12 établit des comparaisons relatives à l'usage du tabac à l'échelle internationale. C'est également un nouveau chapitre du rapport de 2002. Une comparaison des progrès accomplis au Canada et dans d'autres pays en matière de lutte contre le tabagisme chez les jeunes pourrait aider à déterminer les stratégies efficaces.

Le chapitre 13 conclut le rapport par une synthèse des résultats exposés dans les chapitres 3 à 12. On y trouve aussi une analyse des répercussions des résultats, surtout en ce qui a trait aux programmes et aux politiques de lutte contre le tabagisme.

Présentation des chapitres 3 à 12

Les dix chapitres qui renferment les conclusions de l'ETJ de 2002 sont présentés de la même façon. Chacun d'eux commence par les points saillants, décrit les méthodes particulières au chapitre, présente et décrit les résultats à l'aide de texte, de tableaux et de figures. Ensuite, il interprète les résultats à la lumière de toute question ou donnée méthodologique pertinente provenant d'autres sources. Chaque chapitre conclut en

indiquant les répercussions politiques des résultats et les questions en suspens qui devraient être approfondies par une analyse plus poussée.

Tous ces chapitres sont suivis de tableaux détaillés, alors que les figures et les tableaux explicatifs de nature récapitulative sont intercalés dans chaque chapitre. Comme l'indique le chapitre 2, des normes communément admises servent à qualifier les données apparaissant dans les tableaux et les figures, et à établir les tests de signification des différences relevées dans le texte.

Dans l'ensemble, les chapitres du présent rapport technique lancent un défi aux intervenants de la lutte contre le tabagisme. Grâce à une compréhension accrue des tendances relatives à l'usage du tabac, des comportements associés au tabagisme et des corrélations, nous pourrions mieux planifier les politiques et les pratiques relatives à la lutte contre le tabagisme en nous fondant sur des données probantes. Les mises en tableaux simples donnent à penser qu'il y aurait lieu d'utiliser des contrôles statistiques plus complexes lors d'autres recherches utilisant les données. On peut peut-être expliquer la rareté des rapports utilisant l'enquête de 1994 par la difficulté d'accès aux données. Statistique Canada a rendu accessibles les données de 1994 et de 2002 par l'entremise des centres de données régionaux, améliorant ainsi l'accès. Les auteurs du présent rapport sont confiants que les efforts déployés dans le cadre de cette ETJ serviront de point de départ à des activités qui utiliseront efficacement les données pour mettre en place des mesures visant à réduire les lourdes répercussions sur la santé de l'usage des produits du tabac au Canada. Nous espérons que la prochaine ETJ fera ressortir d'autres réductions du nombre de fumeurs chez les jeunes suite à l'adoption de ces mesures.

RÉFÉRENCES

1. MAKOMASKI ILLING, E.M. et M.J. KAISERMAN. « La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions », 1998. *Revue canadienne de santé publique*, 2004; 95 (1): 38-44.
2. SANTÉ CANADA. *Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes : rapport technique*. Stephens T. et M. Morin. 1-224. 1996. Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services Canada.
3. SANTÉ CANADA. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)*. <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/index.html> Consulté le 04-02-2005.
4. VILSAINT M., M. GREEN, J. XIAO, K. DAVIS, D. VALLONE et J. Allen. *Legacy First Look Report 13. Cigarette Smoking Among Youth: Results from the 2002 National Youth Tobacco Survey*. 13. 2004. Washington, DC, The American Legacy Foundation.
5. SANTÉ CANADA. *Prévention du tabagisme en milieu scolaire : les coûts économiques par rapport aux avantages*. Santé Canada. 2004. <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/prof/jeunes/scolaire/resultats.html> Consulté le 04-02-2005.
6. CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LE TABAC ET LA SANTÉ. *Est-ce que les taxes sur le tabac couvrent les coûts de soins de santé causés par le tabagisme?* Conseil canadien pour le contrôle du tabac. 2004.
7. SINGLE E., L. ROBSON, X. XIE, REHM J. et al. *Les coûts de l'abus de substances au Canada : une étude sur l'estimation des coûts : points saillants*. Ottawa, Ont. : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996. <http://www.ccsa.ca/pdf/ccsa-006278-1996.pdf> Consulté le 04-02-2005.
8. CONSULTATION PAIC. *Pour une génération de non-fumeurs : document d'orientation du Programme national de lutte contre le tabagisme du Canada*. 1987. Ottawa, Santé et Bien-être Canada.
9. SANTÉ CANADA. *Orientations : document d'orientation de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme, mise à jour, 1993*. 1993. Ottawa, Santé Canada.
10. SANTÉ CANADA. *Stratégie de réduction de la demande de tabac : revue et mise à jour de l'an un*. 1995. Ottawa, Santé Canada.
11. SANTÉ CANADA. *La lutte contre le tabagisme : un plan directeur pour protéger la santé des canadiennes et des canadiens*. 1995. Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services Canada.

12. SANTÉ CANADA. *La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme*. 12-1-2002.
13. COMITÉ DIRECTEUR DE LA STRATÉGIE NATIONALE POUR LA RÉDUCTION DU TABAGISME AU CANADA. *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada : une stratégie nationale*. Santé Canada. 8-2-2002.
14. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs - August 1999*. 1-87. 1999. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
15. UNITÉ DE RECHERCHE SUR LE TABAC DE L'ONTARIO. *Indicators of OTS Progress*. 2004. Toronto, Ont., Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. Monitoring and Evaluation Series, 2002-2003 (Vol. 9, No. 3).
16. STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Statistique Canada. 18-12-2003.
17. CAMERON R., K.S. BROWN, S. MANSKE, M.A. JOLIN, D. MURNAGHAN et C. LOVATO. Development of Community Level Data Collection Systems to Link Research and Practice: The Example of the School Smoking Profile. Unpublished Paper, University of Waterloo, 8-6-2004.
18. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Loi sur la statistique* (L.R. 1985, ch. S-19). Gouvernement du Canada. 11-11-2004.
19. BANDURA A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.
20. ADLAF E. et A. PAGLIA. *Drug Use Among Ontario Students 1977 – 2003 - Detailed OSDUS Findings*. CAMH Research Document Series No. 13. Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale. 2003.
<http://www.camh.net/pdf/OSDUS03-drugdetail-final-v4.pdf> Consulté le 06-02-2005
21. ALBERTA ALCOHOL AND DRUG ABUSE COMMISSION. *The Alberta Youth Experience Survey 2002: Technical report*. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Edmonton, Canada, 2003.
22. THE MCCREARY CENTRE SOCIETY. *Healthy Youth Development: Highlights from the 2003 Adolescent Health Survey III*. Vancouver, BC: McCreary Centre Society, 2004. http://www.mcs.bc.ca/rs_ahs.htm Consulté le 06-02-2005.
23. PATTON D, D. BROWN, B. BROSZEIT et J. DHALIWAL. *Substance Abuse among Manitoba High School Students*. Fondation manitobaine de lutte contre

- les dépendances, 2001. <http://www.afm.mb.ca/pdfs/HSSU.pdf> Consulté le 06-02-2005.
24. PERRON B. et J. LOISELLE. *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002*. Rapport d'analyse, Québec : Institut de la statistique du Québec, http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/tabac2002v3_pdf.htm Consulté le 06-02-2005.
25. LIU J., B. JONES, C. GROBE, C. BALRAM et C. POULIN. *Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves du Nouveau-Brunswick*, Frédéricton, N.-B. : Santé et Mieux-être du Nouveau-Brunswick. <http://www.gnb.ca/0378/pdf/2002-00061736-178494F-11revised.pdf> Consulté le 06-02-2005.
26. POULIN C. *Nova Scotia Student Drug Use Survey 2002: Technical Report*. Halifax, Nova Scotia: Addiction Services, Nova Scotia Department of Health and Dalhousie University, 2002. http://www.gov.ns.ca/health/downloads/2002_NSDrugTechnical.pdf Consulté le 06-02-2005.
27. VAN TIL L. et C. POULIN. *L'Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves de l'Île-du-Prince-Édouard : faits saillants*. Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard : Centre de publication des documents, 2002. http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss_drug_high_f.pdf Consulté le 06-02-2005.
28. GOVERNMENT OF YUKON WOMEN'S DIRECTORATE, GOVERNMENT OF YUKON DEPARTMENT OF EDUCATION. *Yukon A Capella North 2*. <http://www.womensdirectorate.gov.yk.ca/acn11.html> Consulté le 06-02-2005.
29. Enquête nationale sur la santé de la population - Volet ménages - transversal. Ottawa : Statistique Canada. 2005. http://www.statcan.ca/francais/sdds/3236_f.htm Consulté le 06-02-2005.
30. Enquête nationale sur la santé de la population - Volet ménages - longitudinal. Statistique Canada. 2005. http://www.statcan.ca/francais/sdds/3225_f.htm Consulté le 06-02-2005.
31. Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Ottawa : Statistique Canada, 2005. <http://www11.hrdc-drhc.gc.ca/pls/edd/NLSCYx.shtml> Consulté le 06-02-2005.
32. NORTHWEST TERRITORIES BUREAU OF STATISTICS. *Northwest Territories Alcohol and Drug Survey, 1996*. Yellowknife, Northwest Territories: Northwest Territories Bureau of Statistics. <http://www.stats.gov.nt.ca/Statinfo/Health/alcdrug/report.html> Consulté le 06-02-2005.

33. Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues 1994. Ottawa: Statistique Canada. 2005.
http://www.statcan.ca/francais/Dli/Data/Ftp/cads_f.htm Consulté le 06-02-2005.
34. STATISTIQUE CANADA. *L'enquête sur le tabagisme au Canada, 1994*. Ottawa : Statistique Canada.
<http://www.statcan.ca:8096/bsolc/francais/bsolc?catno=82M0008X> Consulté le 06-02-2005.

Tableau 1-1
Enquêtes sur les comportements liés à la santé, de la 5^e à la 9^e année⁵, Canada

ENQUÊTE		ANNÉE									
		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
A l'école	Enquête sur le tabagisme chez les jeunes ²	T								T, A, AD, SG	
	Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario ²⁰		T, A, AD		T, A, AD						
	Alberta Youth Experience Survey (TAYES) ²¹									T, A, AD	T, A, AD
	British Columbia Adolescent Health Survey ²²					T, A, AD, SG					T, A, AD, SG
	Manitoba Addictions Foundation High School Survey ²³								T, A, AD		
	Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire ²⁴					T		T, A, AD		T, A, AD	
	Atlantic Provinces Student Drug Use Survey ²⁵⁻²⁷			T, A, AD, SG					T, A, AD, SG		
	Yukon A Cappella North 2 (ACN2) ²⁸								T, A, AD		
A la maison	Enquête nationale sur la santé de la population (12 ans et plus) ^{29,30}	T, A, SG		T, A, SG							
	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes ³¹	T, A, AD, SG		T, A, AD, SG							
	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (12 ans et plus) ¹⁶								T, A, AD, SG		T, A, AD, SG

T= Tabac A= Alcool AD= Autres drogues SG= Santé en général

⁵ Les enquêtes effectuées ailleurs qu'à l'école ne tiennent pas compte des niveaux d'études, et tous les niveaux n'y apparaissent pas.

Tableau 1-2
Enquêtes sur les comportements liés à la santé, de la 10^e à la 12^e année⁶, Canada

ENQUÊTE		ANNÉE									
		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
A l'école	Sondages sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario ²⁰		T, A, AD		T, A, AD		T, A, AD		T, A, AD		T, A, AD
	Alberta Youth Experience Survey (TAYES) ²¹								T, A, AD		
	British Columbia Adolescent Health Survey ²²					T, A, AD, SG					T, A, AD, SG
	Manitoba Addictions Foundation High School Survey ²³								T, A, AD		
	Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire ²⁴					T		T, A, AD		T, A, AD	
	Atlantic Provinces Student Drug Use Survey ²⁵⁻²⁷			T, A, AD, SG					T, A, AD, SG		
	1996 NWT Alcohol & Drug Survey ³²			T, A, AD, SG							
	Yukon A Cappella North 2 (ACN2) ²⁸								T, A, AD		
A la maison	Enquête sur le tabagisme chez les jeunes ²	T									
	Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues ³³	T, A, AD									
	Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada(3)						T	T	T	T	T
	Enquête sur le tabagisme au Canada ³⁴	T									

T= Tabac A= Alcool AD= Autres drogues SG= Santé en général

⁶ Les enquêtes effectuées ailleurs qu'à l'école ne tiennent pas compte des niveaux d'études, et tous les niveaux n'y apparaissent pas; l'Ontario incluait la 13^e année jusqu'en 2001, année où ce niveau a été supprimé dans la province.