

L a S t r a t é g i e n a t i o n a l e :

Aller vers l'avant

Rapport d'étape 2002 sur la
lutte contre le tabagisme

Préparé par la communauté canadienne de la lutte contre le tabagisme :

le Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme
du Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la santé de la population
en partenariat avec les organisations non gouvernementales

Aucune modification permise. La reproduction non commerciale est autorisée.
Veuillez indiquer la source.

This publication is also available in English under the title:
The National Strategy: Moving Forward The 2002 Progress Report on Tobacco Control

ISBN : 0-662-86455-7

No. de cat. : H46-2/02-279F

© Communication Canada, 2002

L a S t r a t é g i e n a t i o n a l e :

Aller vers l'avant

Rapport d'étape 2002 sur la
lutte contre le tabagisme

Table des matières

Introduction	1
Suivi des indicateurs clés	3
Prévalence du tabagisme au Canada	3
Consommation de cigarettes	7
Progrès réalisés dans les orientations stratégiques	9
Politique et législation	9
<i>Législation sur la lutte contre le tabagisme</i>	9
<i>Élaboration et mise en œuvre des stratégies</i>	10
<i>Mise en application d'augmentations de taxes</i>	11
<i>Établissement de milieux sans fumée</i>	12
<i>Politiques élaborées par des organisations non gouvernementales</i>	12
<i>Contribution à des lignes directrices internationales en matière de lutte antitabac</i>	12
Éducation du public (Information, médias, programmes et services)	13
<i>Sensibilisation du public</i>	13
<i>Communication avec les jeunes</i>	13
<i>Formation des professionnels de la santé</i>	13
Responsabilisation de l'industrie et contrôle des produits	14
Recherche, évaluation et surveillance	14
<i>Recherche</i>	14
<i>Évaluation et surveillance</i>	15
<i>Projets pilotes</i>	15
Création et soutien des moyens d'action	15
Premières nations, Inuit et Métis	16
Conclusion	17
Annex A : Liste de membres — Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme du Comité consultatif sur la santé de la population	A-1
Annex B : Organisations non gouvernementales qui ont collaboré	B-1

Introduction

Le taux moyen de tabagisme à l'échelle des dix provinces a diminué en 2001 pour tomber au plus bas niveau, soit 22 pour cent, enregistré depuis 1965, année où la surveillance du tabagisme à intervalles réguliers a débuté et où le pourcentage estimatif des fumeurs canadiens était de 50 pour cent. Si le présent rapport fait état de certains autres pourcentages qui ne sont pas agréables à passer en revue, les efforts constants déployés par le Canada pour réduire la consommation de tabac sont de toute évidence en train de porter fruit.

Depuis 1999, ces efforts ont été orientés par un cadre d'action mis en oeuvre lorsque les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé ont endossé une stratégie révisée de lutte contre le tabagisme : *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada – une stratégie nationale*. Inspirée des connaissances acquises en raison des efforts déployés dans le passé, la Stratégie nationale met l'accent sur des approches soutenues, globales, intégrées et coopératives visant à réduire la consommation de tabac. Elle encourage le partage des responsabilités entre les divers niveaux de gouvernement — fédéral, provincial, territorial et municipal — et avec les organisations non gouvernementales.

La Stratégie nationale révisée a retenu trois objectifs établis de longue date : la prévention — inciter les jeunes à ne pas commencer à fumer; l'abandon du tabac — aider les fumeurs à arrêter de fumer; et la protection — assurer un environnement libre de fumée. À ces trois buts s'ajoute la dénormalisation — éduquer les Canadiennes et les Canadiens sur les stratégies de marketing et les tactiques de l'industrie du tabac et sur les effets que les produits de cette industrie ont sur leur santé, afin que les attitudes sociales envers le tabac correspondent à la nature des produits du tabac, qui sont dangereux et créent de la dépendance.

La Stratégie nationale repose sur un cadre conçu en fonction de la santé de la population et qui tient compte des facteurs économiques, sociaux et environnementaux ayant une influence sur les tendances du tabagisme, ainsi que sur des pratiques en matière de santé individuelle et sur la capacité de réagir et l'accès aux services appropriés.

Dans le contexte de la Stratégie nationale, le gouvernement canadien a annoncé au printemps 2001 qu'il allait investir, au cours des cinq prochaines années, 560 millions de dollars (dont 58 millions de dollars en fonds existants) dans la mise en oeuvre de la stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme. Ce chiffre représente près de cinq fois le montant des investissements faits dans le cadre de l'initiative précédente. Ces sommes sont réparties entre Santé Canada, le ministère du Solliciteur général, la Gendarmerie Royale du Canada, le ministère de la Justice Canada et l'Agence des douanes et du revenu du Canada. Santé Canada assume la responsabilité de 480 millions de dollars des fonds alloués.

En mettant à profit l'expérience acquise dans ce domaine et en prenant en considération les principes exposés dans la Stratégie nationale, la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme a établi, pour une période de dix ans, des objectifs consistant notamment à réduire le taux moyen de prévalence du tabagisme à 20 pour cent, à réduire de 30 pour cent le nombre de cigarettes vendues, à porter de 69 à 80 pour cent le pourcentage des détaillants qui se conforment aux règlements relatifs à la vente de produits du tabac aux jeunes, à réduire le nombre de personnes exposées à la fumée secondaire et à étudier les manières d'apporter des modifications aux produits du tabac qui les rendront moins dangereux pour celles et ceux qui continuent de fumer ou qui sont exposés à la fumée.

Pour que le Canada continue de progresser dans la réalisation de l'objectif ultime, soit de réduire le nombre de décès et de maladies liées au tabac, il faut que la détermination des progrès effectués dans la réalisation des objectifs individuels constitue une composante essentielle de la Stratégie nationale. Compte tenu de la période de temps qui s'écoule entre la mise en oeuvre d'une initiative et l'impact qu'elle peut avoir, il importe de déterminer des indicateurs clés et d'effectuer des suivis périodiquement sur une longue période. En fait, il n'est pas possible de présenter des mesures statistiquement significatives pour des activités individuelles. C'est l'incidence globale que les interventions individuelles ont à la longue qui pourra être mesurée à un moment précis.

Le rapport pour 2002 est le deuxième rapport d'étape annuel de la Stratégie nationale. Le premier indiquait les renseignements disponibles au moment de sa production, faisait état des données sur les tendances et établissait, dans la mesure du possible, des données de référence pour les indicateurs dont les chiffres n'avaient pas été déclarés jusque-là. En s'appuyant sur les données disponibles, le premier rapport d'étape avait donc brossé, autant que possible, une vue d'ensemble de la lutte contre le tabagisme au Canada. Ce second rapport utilise une méthode plus sélective d'analyse, se concentrant d'avantage sur les statistiques de la prévalence et de la consommation et en ne fournissant que des exemples de progrès réalisés par un large éventail d'initiatives menées d'un bout à l'autre du pays. Le rapport de l'année prochaine reviendra à la formule de la vue d'ensemble, car il a été décidé d'alterner les approches pour produire une année un rapport global et l'année suivante, un rapport traitant d'un nombre restreint de questions. Puisque que les analyses statistiques des données d'Enquête de Surveillance de l'usage du Tabac au Canada (ESUTC) sont disponibles au moment où le printemps tire à sa fin, chaque rapport comprendra, généralement, des données de l'ESUTC provenant de l'année précédente ainsi que des exemples des progrès réalisés lors d'initiatives, et ce d'un printemps à l'autre.

Pour pouvoir s'en tenir à un format abrégé, on a demandé aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de présenter chacun un ou deux sujets. Avec la prolifération des efforts déployés d'un bout à l'autre pour contrer le tabagisme, le processus de sélection a été difficile, et un certain nombre d'initiatives à venir seront présentées dans le rapport de l'année prochaine. Le Groupe de travail sur le contrôle du tabac du Comité consultatif sur la santé de la population (CCSP) choisit les sujets de façon à ce que le rapport contienne des exemples correspondant à chacune de cinq orientations de la Stratégie nationale et à chacune des provinces et à chacun des territoires. Compte tenu de la contribution considérable apportée par les organisations non gouvernementales aux divers aspects de la lutte contre le tabagisme au Canada, le CCSP est heureux de pouvoir inclure dans le présent rapport des exemples d'initiatives et d'activités entreprises par certaines d'entre elles.

Idéalement le présent rapport d'étape ne traiterai que des résultats et des conclusions des diverses initiatives, interventions et activités. Toutefois, il y a encore dans l'ensemble du pays, un si grand nombre d'activités qui en sont seulement à leurs débuts dans la lutte contre le tabagisme et tant d'activités encore en cours que nous avons dû utiliser dans le présent rapport des données non officielles sur ces efforts dans l'espoir que nous pourrions à l'avenir traiter de leurs résultats. Si nous avons choisi un nombre minimum d'exemples cette année, il reste que ceux-ci ne représentent qu'une faible fraction du nombre croissant d'initiatives entreprises à l'échelle nationale dans la lutte contre le tabagisme. L'impulsion initiale continue de s'accroître à mesure que les gouvernements, les organisations et les individus travaillent à mettre sur pied une société où il y aura le moins de citoyens possible qui souffriront de la dépendance des produits du tabac.

Suivi des indicateurs clés

Ce rapport d'étape annuel présenté aux ministres de la Santé fait le suivi des changements intervenus dans la prévalence du tabagisme au Canada (le nombre de Canadiens et de Canadiennes qui fument) et sur la consommation de cigarettes (le nombre moyen de cigarettes que consomment les fumeurs quotidiens).

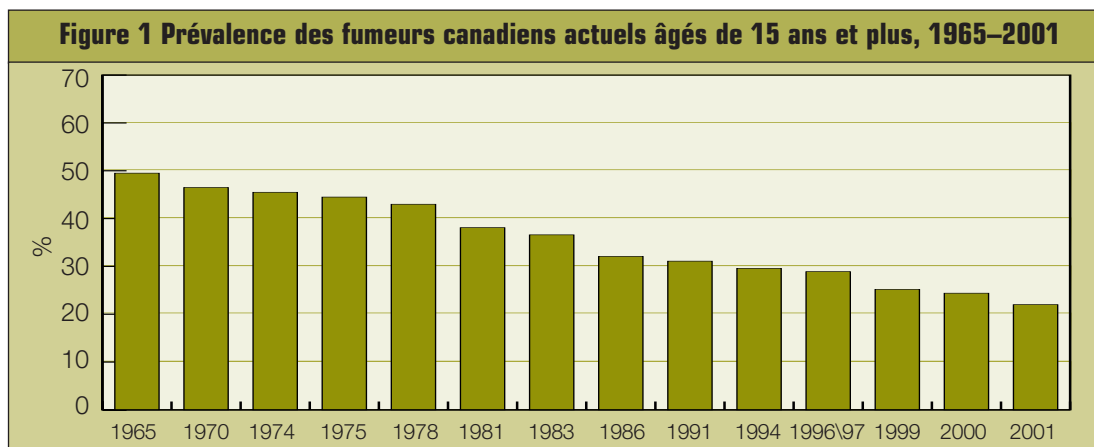
Avant 1999, la collecte de données sur la prévalence se faisait de façon sporadique et irrégulière. Santé Canada a institué, en 1999, l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) pour recueillir sur une base continue des données à jour, fiables et comparables sur l'usage du tabac au Canada. Statistique Canada, qui mène l'enquête au nom de Santé Canada, fournit des données semestrielles (phases 1 et 2) et annuelles à l'échelle des provinces, avec un bilan national, en utilisant sur une année complète un échantillon regroupant environ 20 000 répondants. Près de 50 % des personnes interrogées ont entre 15 et 24 ans. Le délai d'obtention des données de l'ESUTC, qui est de six mois, est beaucoup plus court que celui des enquêtes effectuées auparavant.

Les enquêtes nationales comme l'ESUTC n'ont jamais recueilli de données dans les régions du Nord du Canada en raison des coûts élevés. Cela a créé une absence de données sur une population soupçonné d'avoir le taux de tabagisme le plus élevé au pays, avoisinant peut-être les 62 % chez les Premières nations et les 72 % chez les Inuit.

Pour pallier à ce manque, Santé Canada a institué l'Enquête sur l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues illicites dans le Nord. Amorcée en 2002, cette enquête fournira des données sur l'usage du tabac qui s'apparenteront à celles recueillies au moyen de l'ESUTC. Les données sont recueillies deux fois l'an au Yukon, au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest.

Prévalence du tabagisme au Canada

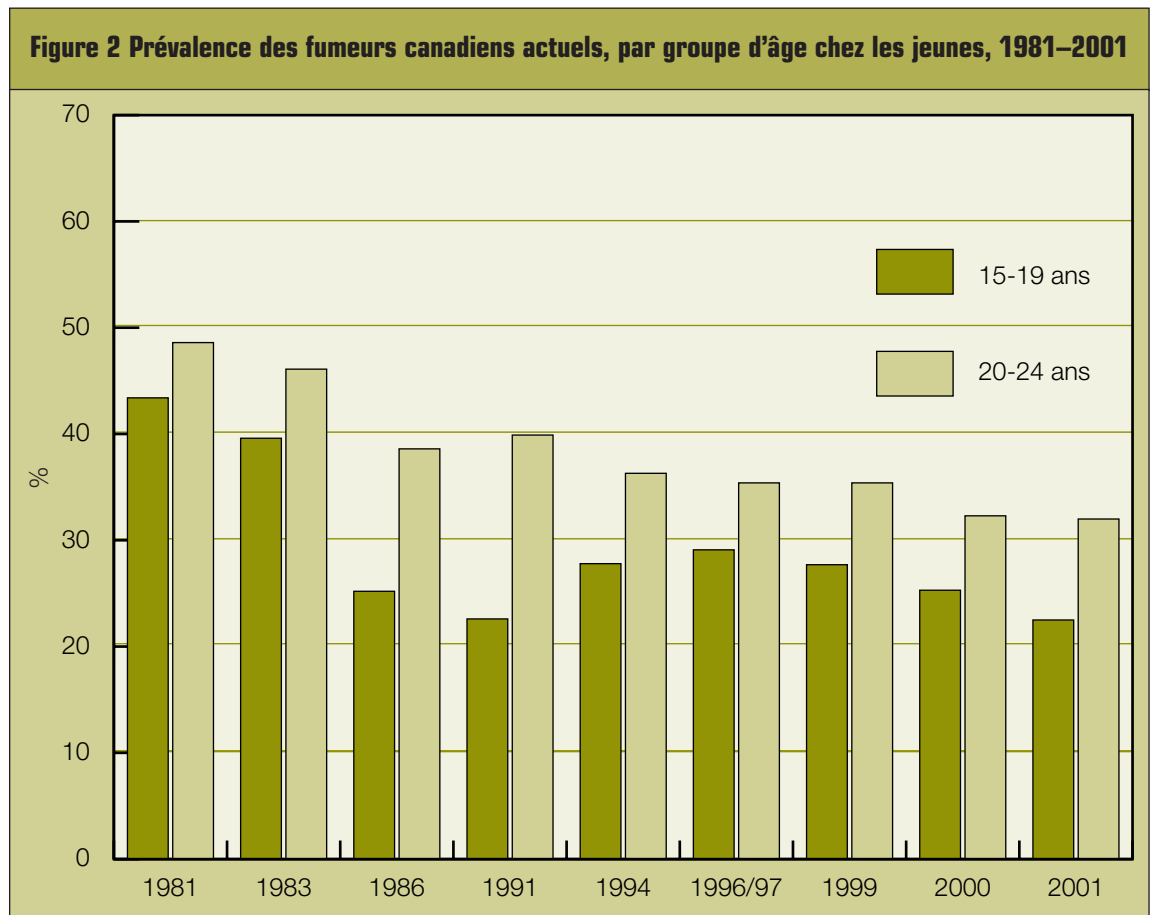
Selon les résultats de l'ESUTC pour 2001, le taux de prévalence du tabagisme au Canada est le plus bas jamais enregistré depuis le début de la surveillance régulière de l'usage du tabac en 1965, alors que le taux était estimé à 50 % de la population à cette époque. Un peu plus de 5,4 millions de Canadiens, soit environ 22 % de la population âgée de 15 ans et plus, fumaient quotidiennement ou occasionnellement en 2001. (Figure 1)



Sources : Supplément de l'Enquête sur la population active, 1965–1975, 1981–1986; Enquête sur la santé au Canada, 1978; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, 1994; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996/1997; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 1999–2001.

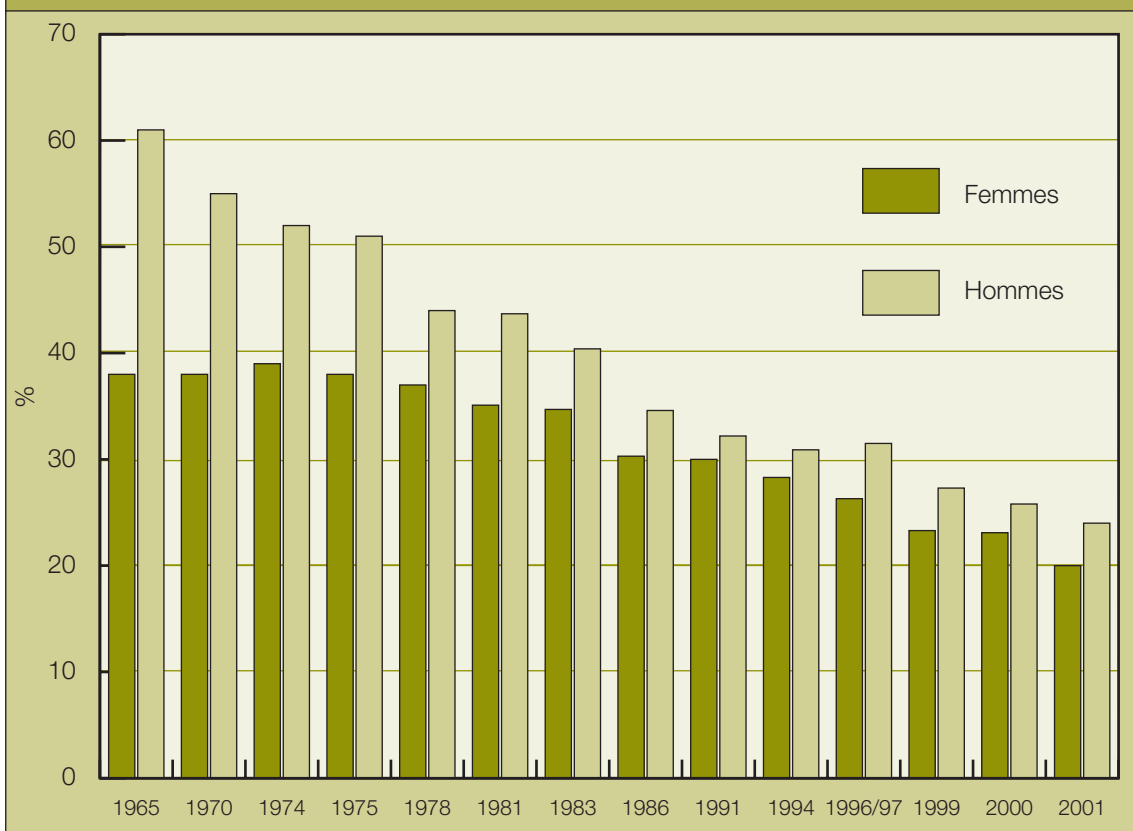
Bien que, dans l'ensemble, le taux de prévalence du tabagisme et les taux chez les hommes et les femmes aient diminué de façon régulière au cours des 35 dernières années, le taux chez les jeunes de 15 à 19 ans n'a pas régressé de la même façon. Chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, le taux de tabagisme s'est élevé au début des années 1990 jusqu'à près de 28 %, puis il a commencé à décroître lentement mais régulièrement au cours des dernières années. (Figure 2) En 2001, environ 22 % des jeunes âgés entre 15 et 19 ans se sont déclarés fumeurs. Plus de jeunes filles (24 %) fument que les jeunes garçons (21 %).

Même si les jeunes adultes de 20 à 24 ans continuent de présenter le taux de tabagisme le plus élevé de tous les groupes d'âge, soit 32 %, on constate une légère diminution depuis l'ESUTC de 2000. (Figure 2) En 1981, 47 % des hommes de 20 à 24 ans fumaient, alors que cette proportion était légèrement inférieure à 35 % en 2001. En 1981, le taux de tabagisme chez les femmes de 20 à 24 ans était même plus élevé que celui des hommes, à 50 %. Toutefois, en 2001, ce taux a chuté à 29 %.



Sources : Supplément de l'Enquête sur la population active, 1981–1986; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, 1994; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996/1997; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 1999–2001.

Figure 3 Prévalence des fumeurs canadiens actuels âgés de 15 ans et plus, par sexe, 1965–2001

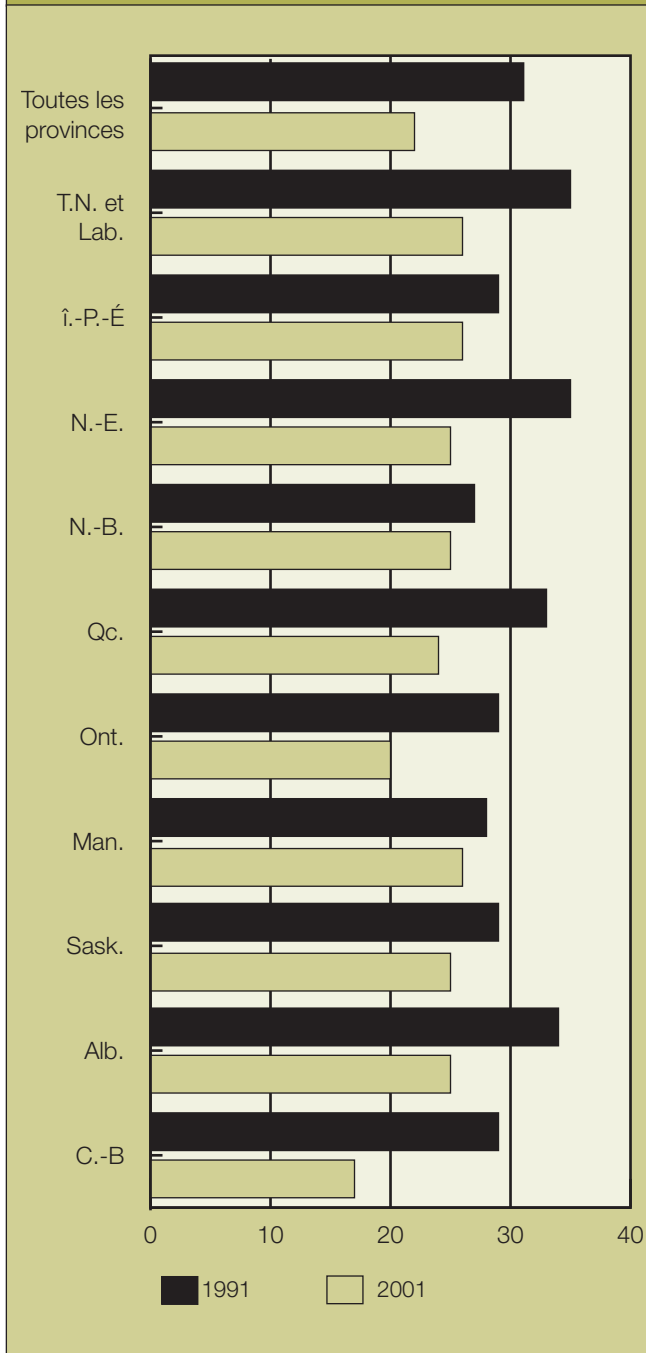


Sources : Supplément de l'Enquête sur la population active, 1965–1975, 1981–1986; Enquête Santé Canada, 1978; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, 1994; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996/1997; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 1999–2001.

En 2001, environ 20 % des femmes et 24 % des hommes fumaient. Puisque le taux de prévalence chez les hommes a toujours été supérieur, la diminution du nombre de fumeurs a été plus marquée chez les hommes que chez les femmes. En 1965, les hommes représentaient 61 % de l'ensemble des fumeurs, alors que les femmes en représentaient 38 %. (Figure 3)

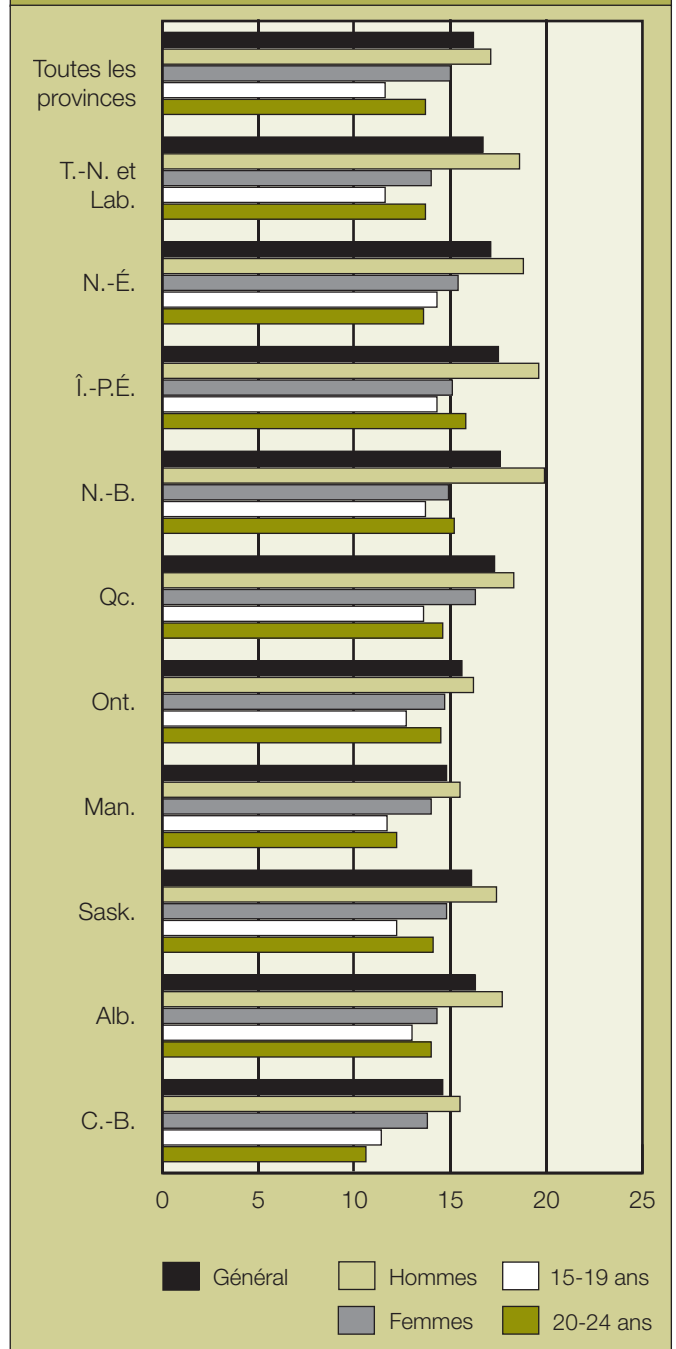
Les écarts dans les taux de prévalence entre les provinces commencent à s'atténuer, bien que la Colombie-Britannique continue de démontrer le taux provincial le plus bas, qui est demeuré à 17 % en 2001. Les taux de prévalence les plus élevés s'observent dans les provinces du Manitoba, de Terre-Neuve et le Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard, toutes à 26 %. (Figure 4)

Figure 4 Prévalence des fumeurs canadiens actuels par province, 1991 et 2001



Sources : Enquête sociale générale, 1991; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 2001.

Figure 5 Nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par des fumeurs quotidiens canadiens âgés de 15 ans et plus, 2001



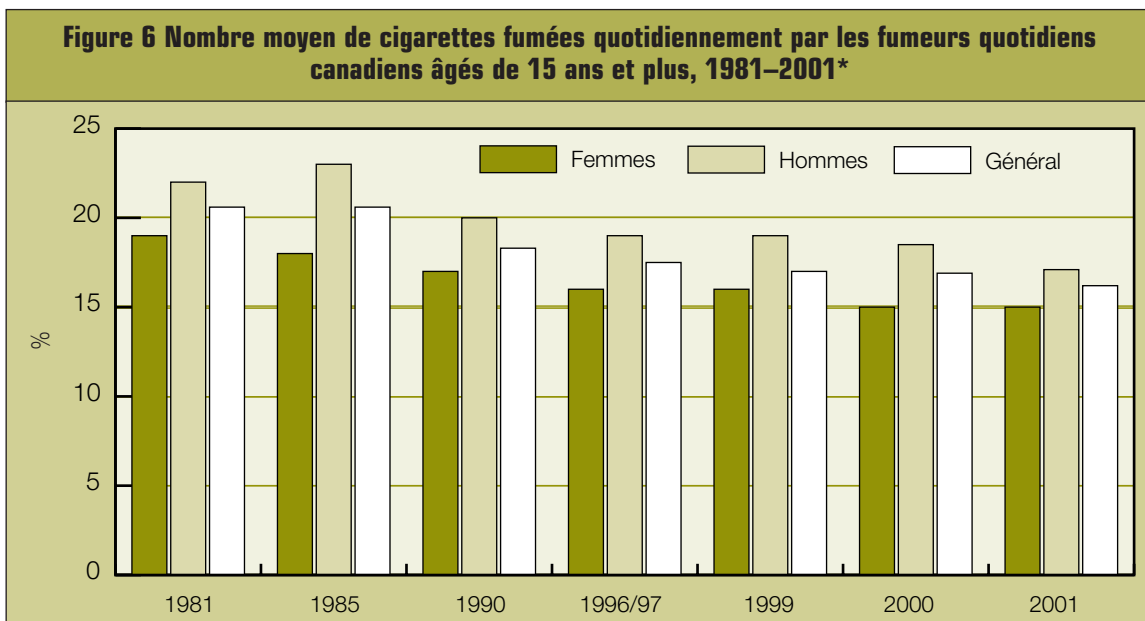
Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 2001.

Consommation de cigarettes

Non seulement le nombre de fumeurs au Canada a-t-il diminué comparativement à ce qu'il était il y a vingt ans, les fumeurs fument moins. En 1981, les fumeurs quotidiens consommaient en moyenne 20,6 cigarettes par jour. Depuis ce temps, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement a diminué progressivement, et est demeuré au même niveau que l'an dernier, soit 16,2 cigarettes par jour. (Figure 5)

Bien que les niveaux de consommation quotidienne aient diminué de façon régulière au cours des vingt dernières années, tant chez les hommes que chez les femmes, la diminution est plus prononcée chez les hommes, puisque ceux-ci ont toujours fumé plus de cigarettes par jour. (Figure 6)

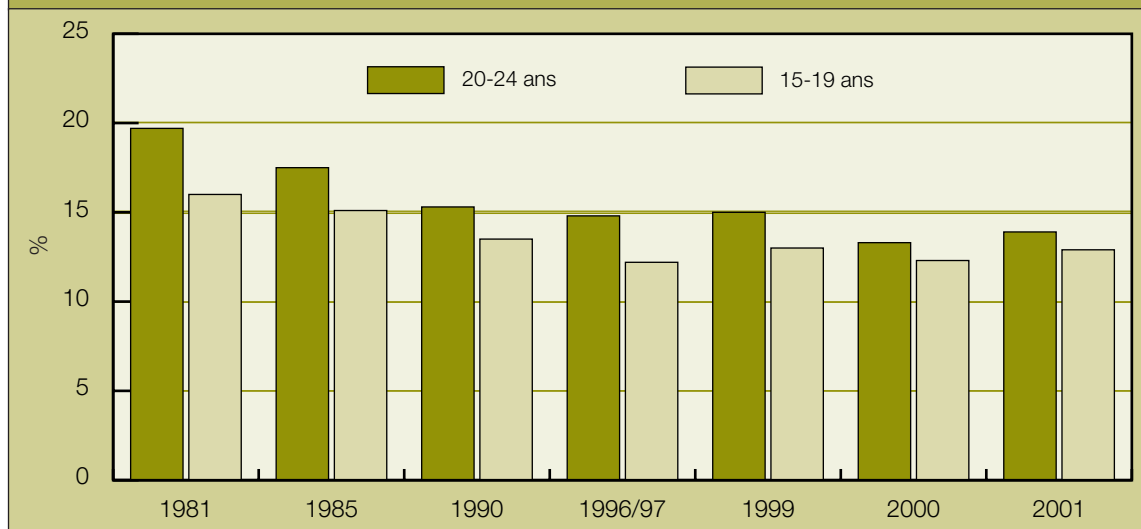
De même, bien que moins de jeunes Canadiens fument, les taux de consommation sont sensiblement au même niveau que l'an dernier. Chez les 15 à 19 ans, la consommation est de 12,9 cigarettes par jour, alors qu'elle est de 13,9 chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans. (Figure 7)



* Données provinciales seulement.

Sources : Supplément de l'Enquête sur la population active, 1981; Enquête promotion santé, 1985 et 1990; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996/1997; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 1999–2001.

Figure 7 Nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les jeunes canadiens (fumeurs quotidiens), 1981-2001*



* Données provinciales seulement.

Sources : Supplément de l'Enquête sur la population active, 1981; Enquête promotion santé, 1985 et 1990; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996/1997; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 1999-2001.

Progrès réalisés dans les orientations stratégiques

La réduction du tabagisme est un défi complexe qui exige une approche pluridimensionnelle. Quatre buts ont été définis dans le cadre de la Stratégie nationale — prévention, abandon, protection et dénormalisation — pour aider à l'élaboration d'interventions et d'activités efficaces. Même lorsqu'elles sont conçues dans un seul but, la plupart des initiatives ont de nombreuses conséquences. La législation qui établit des endroits sans fumée, par exemple, protège les non-fumeurs de la fumée ambiante (protection), mais elle aide aussi les fumeurs qui veulent cesser de fumer (abandon) et elle indique aux jeunes que le tabagisme est un comportement indésirable (prévention).

Puisque la plupart des initiatives de lutte contre le tabagisme ont des conséquences qui se chevauchent, il est plus facile de regrouper les initiatives par orientation stratégique. La Stratégie nationale comprend cinq orientations stratégiques qui fournissent la base dans les domaines de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des actions entreprises. Ces orientations stratégiques aident à déterminer les interventions ou les actions appropriées visant à atteindre les buts de prévention, d'abandon, de protection et de dénormalisation.

Les cinq orientations stratégiques sont les suivantes :

- Politiques et lois
- Éducation du public (information, médias, programmes et services)
- Responsabilisation de l'industrie et contrôle du produit
- Recherche, évaluation et surveillance
- Création et soutien des moyens d'action

Chaque année, le nombre d'initiatives nationales, provinciales, territoriales et locales augmente. De plus, au fur et à mesure que notre base de connaissances s'élargit, un plus grand nombre de ces initiatives bénéficient du succès des efforts antérieurs. Les exemples suivants illustrent, d'une part, le type d'efforts déployés et, d'autre part, les réalisations enregistrées pour appuyer les cinq orientations stratégiques de la Stratégie nationale.

Politique et législation

Une législation nouvelle et plus rigoureuse sur la lutte contre le tabagisme, de nouvelles stratégies de lutte contre le tabagisme, des hausses de la taxe sur le tabac et les premières étapes en vue d'établir des environnements sans fumée dans le Nord canadien sont parmi les principales initiatives entreprises cette année relativement à l'orientation stratégique sur les politiques et les lois.

Législation sur la lutte contre le tabagisme

La période moderne de l'action législative contre le tabac à l'échelle fédérale a débuté en 1989, année où la *Loi réglementant les produits du tabac* a interdit la publicité relative au tabac. L'industrie du tabac a immédiatement contesté la

constitutionnalité de cette loi devant les tribunaux. En 1995, après que la contestation eut franchi tous les échelons du système judiciaire, la Cour suprême du Canada a annulé certains éléments clés de la *Loi*. Elle a toutefois donné des directives claires quant aux limites constitutionnelles applicables en matière de promotion du tabac. Ces directives ont été scrupuleusement suivies dans la préparation de la *Loi sur le tabac*.

En 1997, le projet de loi C-71 a été adopté pour devenir la *Loi sur le tabac*. Encore une fois, l'industrie du tabac devait immédiatement en contester la constitutionnalité.

Le procès a été instruit devant la Cour supérieure du Québec, à Montréal, en janvier 2002. C'est devant cette instance que **Santé Canada** a commencé sa défense de la *Loi sur le tabac*. La **Société canadienne du cancer** participe au procès favorable à la défense de la loi.

En modifiant, en 2002, la *Smoke-free Environment Act* et les règlements d'application, **Terre-Neuve et le Labrador** sont devenus la première province au Canada à interdire complètement l'usage du tabac dans les établissements et les endroits où l'on sert des aliments et où sont admis les jeunes de moins de 19 ans.

La *Tobacco Control Act* de la **Saskatchewan** a été promulguée en 2002. En plus de réglementer la vente et l'usage du tabac, la Loi reconnaît la nécessité de protéger les gens de la fumée ambiante et de moins exposer les jeunes à la promotion du tabac. Les dispositions de la *Loi* concernant la publicité et l'étalage rendent illégal l'étalage ou la promotion du tabac ou des produits connexes dans les points de vente où peuvent entrer les jeunes de moins de 18 ans.

En **Colombie-Britannique**, le règlement modifié intitulé *Occupational Health and Safety Regulation* est entré en vigueur en 2002. En vertu du règlement modifié intitulé *Environmental Tobacco Smoke Regulation*, les établissements d'accueil et de jeu où il est permis de fumer doivent fournir des salles distinctes pour les fumeurs. Si les employés refusent de travailler dans une salle fumeurs, ils sont protégés contre la discrimination. Les postes de travail ne peuvent pas être placés dans des salles fumeurs, et si les employés peuvent entrer par intermittence dans une telle salle pour faire leur travail, ils ne peuvent pas y travailler plus de 20 pour cent d'un quart de travail. Les salles fumeurs doivent avoir une structure distincte et elles ne peuvent représenter plus de 45 pour cent de la surface utile d'un établissement d'accueil et de 65 pour cent des salles de bingo. L'air provenant des salles fumeurs doit être envoyé directement à l'extérieur ou assaini par un système qui respecte la norme minimale de 95 pour cent d'efficacité lorsque la taille des particules est de 0,3 micromètre. La nouvelle réglementation ne prime pas sur les règlements locaux qui interdisent l'usage du tabac dans les lieux publics.

Élaboration et mise en œuvre des stratégies

En 2001, la **Nouvelle-Écosse** a annoncé une stratégie globale de lutte contre le tabagisme élaborée en collaboration avec les groupes intéressés. Un octroi d'un million de dollars pour l'exercice 2001-2002 a été consacré à la mise en œuvre de la stratégie, qui contient sept composantes clés : les taxes, la législation et la politique, la cessation et le traitement, les programmes communautaires, la prévention chez les jeunes, la sensibilisation des médias et du public, la surveillance et l'évaluation.

En 2002, le **Manitoba** a dévoilé une stratégie pluriannuelle de lutte contre le tabagisme axée sur les jeunes, qui comporte l'établissement d'un comité consultatif de jeunes. Parmi les autres points saillants, il y a un financement unique aux municipalités destiné à appuyer les règlements municipaux relatifs à l'interdiction de

fumer, l'adoption de modifications à la *Loi sur la protection de la santé des non-fumeurs* afin d'interdire l'affichage et la promotion de produits du tabac dans les points de vente au détail où les mineurs ont accès et la possibilité de poursuites contre l'industrie du tabac pour recouvrer les dépenses en santé associées au tabagisme.

En 2002, les **Territoires du Nord-Ouest** ont annoncé l'établissement d'une stratégie interministérielle de lutte contre le tabagisme qui coordonnera les efforts des ministères de la Santé et des Services sociaux; de la Justice; des Affaires municipales et communautaires; de l'Éducation, de la Culture et de l'Emploi; des Finances et de la Commission des accidents du travail. Cette stratégie a notamment pour objectifs d'élaborer des unités d'information sur le tabagisme aux fins du programme de santé des écoles; d'établir des programmes de counselling pour l'abandon du tabac dans les collectivités des T.N._O.; de financer des thérapies de substitution de la nicotine et de produire un document de discussion sur la possibilité de poursuites.

En 2001, le ministre de la Santé et du Mieux-être de l'**Alberta** a mis sur pied un comité interministériel pour élaborer un plan de réduction du tabagisme en Alberta. Préparé en collaboration avec les ministères des Affaires autochtones et de l'Exploitation du Nord canadien, des Services aux enfants, des Ressources humaines et de l'Emploi, de la Justice, de l'Apprentissage, des Affaires municipales, de la Santé et du Mieux-être et la Commission de lutte contre l'alcoolisme et la narcomanie de l'Alberta (AADAC), le plan intitulé *Reducing Tobacco Use in Alberta: A Comprehensive Strategy* a été dévoilé en 2002. La stratégie repose sur une approche globale et dispose d'un financement de 11,7 millions de dollars, dont 8,7 millions seront administrés par l'AADAC et consacrés à des activités visant l'éducation et le renoncement au tabac.

En 2001, le **Québec** a lancé sa stratégie de lutte contre le tabagisme, *le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, et augmente en même temps de 5 à 15 millions de dollars le financement qu'il consacre chaque année à la lutte contre le tabagisme. Il a octroyé 3 millions de dollars additionnels pour les efforts de surveillance et de maîtrise de la contrebande du tabac.

Mise en application d'augmentations de taxes

Puisque que des prix plus élevés découragent l'usage du tabac, particulièrement chez les jeunes, la Stratégie nationale accorde une priorité à une stratégie fédérale-provinciale-territoriale à long terme visant à augmenter la taxe sur les produits du tabac à l'échelle du Canada. On estime qu'une hausse de 10 pour cent du prix résulte en une baisse des ventes de 4 à 6 pour cent. Le ministère des Finances, de concert avec **Santé Canada**, s'assure que la politique canadienne de taxation des produits du tabac va de pair avec les objectifs du gouvernement en matière de santé.

En 1994, les taxes sur le tabac ont été considérablement réduites dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre la contrebande. Depuis, il y a eu plusieurs hausses fédérales et provinciales, dont les plus récentes ont eu lieu en avril 2001 et en novembre 2001. Les hausses des taxes fédérales et provinciales de novembre 2001 rétablissaient un taux uniforme de taxation fédérale sur le tabac à l'échelle du pays. Pour appuyer ces hausses de taxes, la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme a alloué 74 millions de dollars supplémentaires sur cinq ans aux ministères et aux agences du gouvernement fédéral pour améliorer leur capacité de surveiller et d'évaluer l'efficacité de ces mesures fiscales dans la réduction de la contrebande du tabac. Ces ressources permettront aussi de déterminer l'ampleur des hausses de taxes à venir et le moment opportun pour les introduire.

Le gouvernement fédéral a adopté d'autres mesures en novembre 2001, notamment une hausse de taxes sur les produits du tabac exportés, le tabac à coupe fine, les bâtonnets de tabac ainsi que sur les produits du tabac livrés aux boutiques hors taxes, vendus à bord des navires et importés par des résidents canadiens de retour au Canada. Toutes les provinces ont également augmenté leurs taxes sur le tabac de façon considérable dans leur budget pour l'année 2002/03.

Établissement de milieux sans fumée

Partout au pays, les municipalités ont adopté et renforcé des règlements municipaux qui prévoient un nombre croissant de lieux publics sans fumée. Les plus récents efforts sont ceux déployés au **Nunavut**, où le ministère de la Santé et des Services sociaux collabore avec la ville d'Iqaluit afin de rédiger le premier règlement municipal antitabac du territoire.

Politiques élaborées par des organisations non gouvernementales

À l'assemblée annuelle tenue en 2001, les membres de l'**Association canadienne de santé publique (ACSP)** ont adopté une résolution concernant le tabac sans fumée. Cette résolution demande : une surveillance de la consommation du tabac sans fumée chez les Canadiens, notamment chez les jeunes; le financement des initiatives de recherche sur le tabac sans fumée ainsi que des programmes de prévention et de renoncement à ce type de tabac; une hausse importante des taxes sur le tabac sans fumée et un renforcement de l'application de la réglementation interdisant la vente de ces produits aux mineurs. Cette résolution a été proposée et adoptée, parce que les produits du tabac sans fumée représentent un risque important et évitable pour la santé, particulièrement pour les enfants et les jeunes. De telles résolutions donnent aux associations professionnelles le pouvoir d'intervenir dans un dossier au moment opportun et lorsque l'occasion se présente. Au nom de ses membres, l'ACSP a écrit à ce sujet aux ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé et a publié la résolution dans son bulletin.

Le tabac sans fumée inclut les produits de tabac comme le tabac à priser, les plaquettes de tabac, le tabac à chiquer et le tabac en sachet. La nicotine de ces produits est absorbée directement par le système sanguin à travers les tissus de la bouche et des narines.

Contribution à des lignes directrices internationales en matière de lutte antitabac

La Convention-cadre pour la lutte anti-tabac est le premier traité international en matière de santé. Sa ratification est prévue pour 2003. Le Canada participe très activement à ce processus et consulte les provinces, les territoires et les organisations non gouvernementales (ONG) au fil des négociations. La **Fondation des maladies du cœur du Canada** préside un sous-comité de la coalition nationale contre le tabagisme, qui coordonne la contribution de la communauté des ONG du Canada à la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac. De concert avec la Société canadienne du cancer, Médecins pour un Canada sans fumée et l'Association pour les droits des non-fumeurs, trois organismes membres du sous-comité, la Fondation des maladies du cœur du Canada travaille avec des ONG internationales et assure la présence d'ONG canadiennes aux séances de négociations internationales.

Éducation du public (Information, médias, programmes et services)

Cette orientation stratégique vise à rendre l'information, les services et les programmes disponibles et accessibles à la population canadienne. À l'heure actuelle, un nombre croissant d'intervenants offrent une grande panoplie de programmes et d'outils aux Canadiennes et Canadiens pour les aider à arrêter de fumer. L'année dernière, il y a eu un certain nombre de campagnes d'information dans les médias et de nombreuses activités destinées à répondre aux besoins des jeunes. Le rapport de cette année fait également état des campagnes d'information destinées aux professionnels de la santé, souvent en position d'aider leurs patients qui s'efforcent de cesser de fumer.

Sensibilisation du public

En 2002, les territoires du Canada ont été le théâtre de nouvelles activités médiatiques liées à la lutte contre le tabac. Le ministère de la Santé et des services sociaux du **Yukon** s'est associé à la Première nation Kwanlin Dun pour engager un agent de prévention et de réduction du tabagisme chez les jeunes en 2000-2001. Le plan consiste à offrir un programme de renoncement au tabac aux élèves du secondaire, à donner sur demande aux individus et aux agences oeuvrant auprès des jeunes des trousseaux conçus en vue de l'abandon du tabac et à organiser des présentations dans les écoles, un concours d'affiches et des expositions à une conférence pour les jeunes. L'unité de la promotion de la santé a également mis en oeuvre deux programmes de prévention du tabagisme à l'intention des élèves du secondaire. Une campagne d'éducation du public doit commencer en 2002. Au **Nunavut**, le ministère de la Santé et des Services sociaux a élaboré une campagne médiatique très énergique pour informer ses résidents des effets du tabac et des tactiques utilisées par l'industrie du tabac. Le matériel audiovisuel et imprimé de cette campagne a été préparé en inuktitut et en anglais.

Le site Web de **Santé Canada** sur la lutte contre le tabagisme, *Vivez sans fumée!*, a été remanié en profondeur. Son programme interactif *En route vers l'abandon* permet aux fumeurs de s'inscrire afin de recevoir pendant un mois des courriels quotidiens sur l'abandon de la cigarette. En date d'avril 2002, près de 1 800 Canadiens s'étaient inscrits au service et 75 pour cent de 260 personnes qui avaient complété le programme ont déclaré être parvenus à cesser de fumer.

Communication avec les jeunes

De la côte est, en Nouvelle-Écosse, à Terre-Neuve et le Labrador, jusqu'au Yukon au nord, en passant par la Saskatchewan et la Colombie-Britannique à l'ouest, les efforts destinés à renseigner les jeunes sur les dangers du tabagisme se sont poursuivis et accrus. L'**Ontario** a lancé en 2001 l'Équipe jeunesse antitabac qui inculque aux adolescents les principes de base de la lutte contre le tabagisme.

Formation des professionnels de la santé

L'**Association des pharmaciens du Canada** a créé des outils de pratique pour aider les pharmaciens à offrir des services de renoncement au tabac, notamment les publications *Helping Your Patients Quit Smoking: A Smoking Cessation Guide for Pharmacists* et *Smoking Cessation: Pharmacist Workshop Kit*, un programme de formation d'une durée de quatre heures.

En 2001, l'**Association dentaire canadienne** a envoyé à tous les dentistes au Canada une trousse complète sur le renoncement au tabac. En plus des nombreux articles de la trousse, il y avait notamment de l'information sur la manière dont les dentistes peuvent aider leurs patients à diminuer ou arrêter leur consommation de tabac, une affiche à placer dans le salon d'attente pour inviter les patients à se renseigner sur le renoncement au tabac, un feuillet de ressources destiné aux patients et un exemplaire du *Journal de l'Association dentaire canadienne* renfermant une série d'articles cliniques sur le renoncement au tabac.

Responsabilisation de l'industrie et contrôle des produits

Cette orientation stratégique vise à réglementer la fabrication, le marketing et la vente des produits du tabac. Il faut des moyens pour assurer le respect de la réglementation et, au besoin, de la faire respecter.

La base de données informatique de la **Colombie-Britannique**, sur l'application de la réglementation, est devenue pleinement fonctionnelle en 2001. Cette base de données permet aux inspecteurs de déterminer la meilleure mesure à prendre pour assurer le respect de la réglementation en faisant le suivi de la conformité des différents détaillants de même que des niveaux de conformité par type d'activités. Afin d'aider les détaillants à informer leur personnel de leurs responsabilités, la Colombie-Britannique a produit une trousse d'information et du matériel de formation.

Recherche, évaluation et surveillance

Si la lutte contre le tabagisme exige des efforts dans chacune des cinq orientations stratégiques, le savoir est le fondement de la planification des interventions et des activités des quatre autres orientations stratégiques, qu'il s'agisse du résultat des programmes de recherche, qu'il s'agisse de projets pilotes — une forme de recherche appliquée — de l'évaluation de programmes et de services existants ou de la surveillance des changements effectuée dans le but d'évaluer les progrès réalisés.

Recherche

L'**Institut national du cancer du Canada** appuie la recherche menée sur la lutte contre le tabagisme en consacrant près de 500 000 \$ aux subventions de planification et aux bourses. Ces dernières servent à appuyer des études supérieures dans le domaine de la recherche sur la lutte contre le tabagisme. Les subventions de planification servent, quant à elles, à l'élaboration de propositions de recherche qui pourront être présentées en vue d'un financement pour de la recherche à grande échelle et d'envergure.

En collaboration avec Santé Canada et l'Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme, le **Centre de recherche sur le comportement et d'évaluation des programmes** a parrainé un atelier destiné aux décideurs provinciaux et aux évaluateurs de programmes afin qu'ils puissent partager de l'information sur la surveillance et l'évaluation des programmes. Les ateliers comme celui-ci, qui favorisent l'établissement de liens entre les provinces et entre les différents secteurs, représentent un pas en avant permettant de cerner les « meilleurs » éléments des efforts déployés en matière de lutte contre le tabagisme.

Évaluation et surveillance

En 2001, le *Smoke-Free Homes Committee*, un sous-comité de la *Tobacco Reduction Alliance* de l'Île-du-Prince-Édouard, a entamé un projet d'évaluation d'une durée de deux ans et demi financé par les **Instituts de recherche en santé du Canada**. Le projet évaluera l'efficacité d'une campagne de marketing social portant sur la fumée secondaire à la maison. Les données de référence ont été recueillies auprès de 709 foyers d'une communauté donnée et de 715 foyers d'une communauté témoin. Les foyers choisis comptent un fumeur et au moins un enfant. À l'automne 2002, au terme d'une campagne de marketing social, une enquête sera menée pour évaluer l'efficacité de cette campagne.

L'Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme (ICRT) est une collaboration entre Santé Canada, la Société canadienne du cancer, l'Institut national du cancer du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines. En partenariat avec Santé Canada, l'ICRT gère le groupe de travail national sur les pratiques exemplaires, qui a élaboré un modèle de travail pour le recensement, la mise en place et l'évaluation des pratiques exemplaires. Ce modèle a donné de bons résultats dans l'évaluation de programmes de renoncement au tabac chez les jeunes ainsi que dans l'élaboration d'un guide destiné aux décideurs et aux praticiens chargés de mettre en œuvre de tels programmes. En 2002, l'ICRT, en collaboration avec le *Centers for Disease Control and Prevention* et le *National Cancer Institute* des États-Unis, a lancé le *Guide to Youth Tobacco Cessation*, qui sera distribué partout au Canada et aux États-Unis.

En avril 2001, l'ICRCT et les **Instituts canadiens de recherche en santé (ICRS)** ont organisé un Sommet de deux jours sur la recherche en matière de lutte contre le tabagisme. Les chercheurs, les praticiens et ceux qui mettent sur pied des politiques sur la lutte contre le tabagisme ont identifié 11 thèmes ou domaines clés de recherche. Un rapport est disponible auprès de l'ICRS.

Projets pilotes

Le **Manitoba** a terminé avec succès un projet pilote novateur visant le renoncement du tabac chez les jeunes. Ce projet sera étendu à l'ensemble de la province afin de rejoindre un plus grand nombre d'adolescents.

Création et soutien des moyens d'action

La collaboration, le partenariat et le partage, quelle que soit leur forme, rapprochent les personnes, les communautés, les organisations et les gouvernements et créent une synergie, diffuse le savoir et les compétences et permettent des économies à la fois en termes de temps et de coûts. Il n'est pas nécessaire de réinventer la roue; il suffit d'adapter un programme qui existe déjà et qui fonctionne bien. Les ateliers, les conférences et les séances de formation servent d'outil de diffusion de l'information, mais aussi de sources de motivation et d'inspiration qui incitent les gens à passer à l'action.

En 2001, le **Nouveau-Brunswick** a mis sur pied la *New Brunswick Anti-Tobacco Coalition*, un groupe composé de représentants du gouvernement et d'organisations non gouvernementales ainsi que de particuliers qui se sont engagés à travailler ensemble à la réalisation des objectifs de la stratégie contre le tabac de la province. Un comité de mise en œuvre a été créé afin de coordonner les activités, et une réunion annuelle aura lieu pour examiner les progrès réalisés et faire le point sur les objectifs.

Le **Conseil canadien pour le contrôle du tabac** gère le Centre national de documentation sur le tabac et la santé. Il a créé une bibliothèque virtuelle offrant un contenu original, des liens Internet et de l'information pour venir en aide à la communauté canadienne de la lutte contre le tabagisme. Cette bibliothèque virtuelle offre aussi un service d'information téléphonique sans frais.

Au début de 2001, la **Coalition québécoise pour le contrôle du tabac**, qui regroupe 750 organisations membres, a produit une étude sur l'incidence économique du tabagisme dans le cadre des efforts qu'elle déploie pour inciter le gouvernement à investir davantage dans la lutte contre le tabagisme. En avril 2001, le Québec a annoncé qu'il affecterait 10 millions de dollars de plus à cette fin. Ces fonds additionnels placent le Québec parmi les provinces dont les dépenses par habitant pour la lutte contre le tabagisme sont les plus élevées au Canada.

Le **Programme de la lutte au tabagisme de Santé Canada** collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les ONG à l'identification d'objectifs mutuels et de priorités qui s'alignent avec les buts de la Stratégie de lutte contre le tabagisme. En se basant sur ces domaines d'intérêt mutuel, le Programme de la lutte au tabagisme fournit du financement afin d'encourager et d'appuyer le développement de la capacité dans les domaines de prévention, d'abandon, de protection et de réduction des méfaits. Ces activités incluent la recherche, l'évaluation, les meilleures pratiques, la formation, l'éducation du public, la diffusion d'information et la promotion à un niveau national, provincial, territorial et régional.

Premières nations, Inuit et Métis

Avant le début de l'Enquête sur l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues illicites dans le Nord, en 2002, il n'existait aucun mécanisme de collecte périodique de données pour surveiller le tabagisme chez les Premières nations et les Inuit. Il y avait toutefois des raisons de croire que les taux de prévalence chez ces populations étaient beaucoup plus élevés que dans la population en général. En 2002, par exemple, une étude menée par la Commission sur la santé des Inuit auprès de jeunes habitant dans les collectivités de Nain, Hopedale, Postville et Rigolet révélait que 62 % des jeunes de ces collectivités fumaient de façon régulière ou occasionnelle. Bien que les collectivités des Premières nations et des Inuit soient confrontés à des facteurs de risque plus importants, elles doivent également tenir compte, dans leurs efforts de lutte contre le tabagisme, des facteurs culturels comme l'utilisation traditionnelle du tabac dans certaines cultures autochtones. Voilà pourquoi, même si cela ne relève pas des cinq orientations stratégiques, la Stratégie nationale reconnaît la nécessité d'élaborer des stratégies distinctes de concert avec les dirigeants locaux et avoir recours à des mécanismes communautaires de collaboration.

En 2002, la **Saskatchewan** a retransmis, à partir de Saskatoon, un atelier de formation intitulé « *Tobacco Cessation: An Integrated Approach* » dans 22 endroits de la Saskatchewan ainsi que dans 13 endroits de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, du Manitoba et de Terre-Neuve et le Labrador. Cet atelier a notamment présenté un programme de renoncement au tabac « *Tobacco Addiction and Recovery: A Spiritual Journey* » conçu par le **Nechi Training, Research and Health Promotions Institute** à l'intention spécifiquement des adultes et adolescents autochtones qui fument.

Le ministère de la Santé du **Manitoba** est en train d'élaborer, en fonction des besoins des peuples autochtones, une stratégie complète de lutte contre le tabagisme.

Grâce au financement du gouvernement de l'Ontario, l'unité autochtone de **Action Cancer Ontario** a procédé à une évaluation des besoins des Premières nations de la province.

Conclusion



En dépit de son caractère concis, ce second rapport d'étape sur la Stratégie nationale pour la réduction du tabagisme contient beaucoup de données sur les efforts déployés par les gouvernements et les organisations non gouvernementales pour contribuer à faire du Canada un pays où le moins de gens possible souffrent de dépendance à l'endroit des produits du tabac. En continuant à suivre de près ces efforts et à partager l'information sur les meilleures pratiques, les initiatives couronnées de succès pourront être répétées, coordonnées et renforcées. De plus, il sera possible de déterminer les domaines de lutte contre le tabagisme où il y a lieu d'adopter des approches novatrices ou de consacrer davantage de ressources, et à mesure que ces approches seront mises en place, éventuellement, moins en moins de Canadiennes et de Canadiens souffriront des conséquences néfastes de la consommation du tabac.

Annexe A : Liste de membres — Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme de Comité consultatif sur la santé de la population

Andrew Hazlewood (coprésident)
Provincial Director General, Population Health and Wellness
Ministry of Health Planning
1520 Blanshard Street, Main Floor
Victoria, British Columbia V8W 3C8
Téléphone : 250-952-1731 Télécopieur : 250-952-1713
Courriel : andrew.hazlewood@gems4.gov.bc.ca

Hélène Goulet (coprésidente)
Directrice générale
Programme de la lutte au tabagisme
I.A. 3507A2, Pièce D784
Édifice MacDonald
123, rue Slater
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : (613) 941-1977 Télécopieur : (613) 954-2288
Courriel : helene_goulet@hc-sc.gc.ca

Lloyd Carr (Alb.)
Manager, Tobacco Reduction Unit
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission
10909 Jasper Avenue, 2nd Floor
Edmonton, Alberta T5J 3M9
Téléphone : (780) 422-1350 Télécopieur : (780) 427-2352
Courriel : lloyd.carr@aadac.gov.ab.ca

Laurie Woodland (C.-B.)
Director, Tobacco Strategy Branch
Population Health and Wellness
Ministry of Health Planning
1520 Blanshard Street, 3rd Floor
Victoria, British Columbia V8W 3C8
Téléphone : (250) 952-2847 Télécopieur : (250) 952-2279
Courriel : laurie.woodland@gems6.gov.bc.ca

Andrew Loughead (Man.)
Coordinator of Tobacco Control
Public Health, Environment Unit
Manitoba Health
4070 – 300 Carlton Street
Winnipeg, Manitoba R3B 3M9
Téléphone : (204) 788-6731 Télécopieur : (204) 948-2040
Courriel : aloughead@gov.mb.ca

Marlien Mckay (N.-B.)

Project Manager, Office of Chief Medical Officer of Health
Public Health Management Service
Department of Health and Wellness
520 King Street, 2nd Floor
P.O. Box 5100
Fredericton, New Brunswick E3B 5G8
Téléphone : (506) 444-4633 Télécopieur : (506) 453-8702
Courriel : marlien.mckay@gnb.ca

Debbie Sue Martin (T.-N.)

Director of Program Development
Department of Health and Community Services
Prince Philip Drive
Confederation Building, West Block, 1st Floor
P.O. Box 8700
St. John's, Newfoundland and Labrador A1B 4J6
Téléphone : (709) 729-3658 Télécopieur : (709) 729-5824
Courriel : DSMartin@mail.gov.nf.ca

Miriam Wideman (T.N.-O.)

Consultant, Tobacco
Department of Health and Social Services
Government of Northwest Territories
5022 – 49th Street, Centre Square Tower, 7th Floor
P.O. Box 1320
Yellowknife, Northwest Territories X1A 2L8
Téléphone : (867) 920-8826 Télécopieur : (867) 873-0202
Courriel : Miriam_Wideman@gov.nt.ca

Nancy Hoddinott (N.-É)

Coordinator, Tobacco Strategy
Nova Scotia Department of Health
1690 Hollis Street, 10th Floor
P.O. Box 488
Halifax, Nova Scotia B3J 2R8
Téléphone : (902) 424-5962 Télécopieur : (902) 424-0663
Courriel : hoddinnl@gov.ns.ca

Mr. Ainiak Korgak (Nt)

Director, Population Health
Department of Health and Social Services
Building 1107, 3rd Floor
P.O. Box 1000, Station 1000
Iqaluit, Nunavut X0A 0H0
Téléphone : (867) 975-5723 Télécopieur : (867) 975-5705
Courriel : akorgak@gov.nu.ca

Joanne Bergen (Ont.)

Tobacco Strategy Manager, Tobacco Strategy Unit
Ontario Ministry of Health
5700 Yonge Street, 5th Floor
Toronto, Ontario M2M 4K5
Téléphone : (416) 314-5475 Télécopieur : (416) 314-5497
Courriel : joanne.bergen@moh.gov.on.ca

Lisa Shaffer (Î.-P.-É)

Community Development/Tobacco Reduction
Public Health and Evaluation Division
Department of Health and Social Services
11 Kent Street
P.O. Box 2000
Charlottetown, Prince Edward Island C1A 7N8
Téléphone : (902) 368-6133 Télécopieur : (902) 368-4969
Courriel : llshaffer@gov.pe.ca

April Barry (Sask.)

Director, Population Health Branch
Health Promotion Unit
Saskatchewan Health
3475 Albert Street
Regina, Saskatchewan S4S 6X6
Téléphone : (306) 787-4086 Télécopieur : (306) 787-3823
Courriel : abarry@health.gov.sk.ca

Patti Murphy (Yn)

Health Promotion Coordinator
Health Promotion
Government of Yukon
#2 Hospital Road
Whitehorse, Yukon Y1A 3H8
Téléphone : (867) 667-8394 Télécopieur : (867) 667-8338
Courriel : patti.murphy@gov.yk.ca

Havelin Anand (Santé Canada)

Directrice, Bureau de la politique et planification stratégique
Programme de la lutte au tabagisme
Santé Canada
I.A. 3506B, Pièce D687
Édifice MacDonald
123, rue Slater
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : (613) 941-9826 Télécopieur : (613) 952-5188
Courriel : havelin_anand@hc-sc.gc.ca

Avec des remerciements au gouvernement du Québec pour sa contribution au
Rapport d'étape

Annex B : Organisations non gouvernementales qui ont collaboré

Action Cancer Ontario

Association canadienne de santé publique

Association médicale canadienne

Association pour les droits des non-fumeurs

L'Association dentaire canadienne

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

Coalition québécoise pour le contrôle du tabac

Conseil canadien pour le contrôle du tabac

Fondation des maladies du coeur du Canada

Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme

Institut national du cancer du Canada

Médecins pour un Canada sans fumée

Société canadienne du cancer