

La Stratégie nationale :

## Aller vers l'avant

Rapport d'étape 2004 sur la  
lutte contre le tabagisme

2004



La Stratégie nationale :

## **Aller vers l'avant**

Rapport d'étape 2004 sur la  
lutte contre le tabagisme

2004

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes  
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

*Santé Canada*

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 et territorial sur la santé de la population et la protection  
de la santé, en collaboration avec des organisations non gouvernementales.

Publication autorisée par le  
ministre de la Santé

Also available in English under the title  
*The National Strategy: Moving Forward, The 2004 Progress Report on  
Tobacco Control*

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette,  
en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2005

Cat. H46-2/04-385

ISBN 0-662-68641-1

## Sommaire

La lutte contre le tabagisme au Canada est stable. L'ensemble des taux de prévalence relatifs à l'usage du tabac au Canada enregistrés en 2003 étaient encore de 21 % (le niveau enregistré en 2002). Cela en soi est encourageant; cependant un examen plus minutieux révèle des changements positifs quant à l'usage du tabac à plusieurs niveaux. Le présent document annonce la bonne nouvelle.

Selon les derniers résultats de l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* (ESUTC), en vertu des données recueillies entre février et décembre 2003, plus de cinq millions de personnes, représentant environ 21 % de la population de 15 ans et plus, étaient des fumeurs. De la population générale de 15 ans et plus, 17 % fumaient quotidiennement. Ces statistiques sont inchangées par rapport aux taux enregistrés en 2002.

Mais pour la première fois en 10 ans, la consommation du tabac chez les jeunes a chuté à un niveau inférieur à celui de la population en général. La décroissance du tabagisme chez les jeunes de 15 à 19 ans a continué en 2003 pour atteindre 18 %, dont 12 % fumaient quotidiennement et 7 % fumaient occasionnellement. Cela est une décroissance par rapport au taux de 22 % en 2002 et représente une amélioration de 10 points de pourcentage par rapport au taux de 28 % en 1999, alors que la première ESUTC a été effectuée.

En outre, un plus grand nombre de Canadiennes et de Canadiens croient que le tabagisme devrait être interdit dans les restaurants et les bars. En 2003, la moitié (50 %) de tous les Canadiennes et Canadiens ayant exprimé leur opinion étaient d'avis que le tabagisme devrait être entièrement interdit dans les restaurants. Ce pourcentage est supérieur à celui de 44 % en 2002. Bien que les personnes en faveur des bars et des tavernes sans fumée soient en minorité, elles ont toutefois augmenté leurs rangs, passant de 28 % en 2002 à 34 % en 2003.

Il y a donc bien des raisons de célébrer, et à la fois très peu de raisons de se détendre. La lutte contre le tabagisme au Canada n'est pas une démarche simple – mais c'est une démarche raisonnable. La possibilité de réussir à lutter contre le tabagisme se concrétise, et la *Stratégie nationale* du Canada est conçue de façon à veiller à ce que cette réussite se maintienne.





# Table des matières

<b>Sommaire</b> .....	<b>V</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>1</b>
<b>Suivi des indicateurs clés</b> .....	<b>3</b>
Prévalence du tabagisme au Canada .....	3
Consommation du tabac au Canada .....	6
Usage du tabac, déterminants de la santé et anomalies de la santé .....	7
Comparaison d'une politique : élasticité des prix, fumée secondaire et programmation relative à l'abandon du tabac .....	8
<b>Progrès réalisés dans les orientations stratégiques</b> .....	<b>12</b>
Politique et législation .....	13
Abandon, média de masse et éducation du public .....	14
Premières nations, Inuits et Métis .....	16
Responsabilité de l'industrie et contrôle des produits .....	17
Recherche, projets pilotes, évaluation et suivi .....	18
Création et soutien des moyens d'action .....	20
<b>Conclusion</b> .....	<b>22</b>





## Résumé

Le présent Rapport d'étape 2004 sur la lutte contre le tabagisme, *Aller vers l'avant*, constitue le quatrième rapport sur les réalisations liées à un cadre d'action contre l'usage du tabac qui a été entériné et mis en place en 1999 par les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux. La stratégie *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada : une stratégie nationale*, met l'accent sur des approches durables, globales, intégrées et collaboratives visant à réduire l'usage du tabac, et se fonde sur la responsabilité partagée de tous les niveaux de gouvernement – fédéral, provincial, territorial et local – et des organisations non gouvernementales (ONG). Le présent rapport énumère les activités de lutte au tabagisme effectuées de mai 2003 à mai 2004 dans le contexte de la Stratégie nationale.

La Stratégie comprend quatre objectifs communs, notamment la prévention – empêcher les jeunes de commencer à fumer; l'abandon – aider les fumeurs à abandonner le tabac; la protection – assurer un environnement sans fumée; la dénormalisation – renseigner les Canadiennes et les Canadiens sur les stratégies de marketing et les tactiques de l'industrie du tabac, et sur les effets des produits de l'industrie sur la santé de la population canadienne. Ces objectifs guident les cinq orientations stratégiques de la Stratégie nationale, notamment la politique et la législation; l'éducation du public; la responsabilité de l'industrie et le contrôle des produits; la recherche, l'évaluation et le suivi; la création et le soutien des moyens d'action.

Le Rapport 2004 constitue une version concise, tel qu'il est prévu dans le contexte du programme de la Stratégie nationale eu égard à l'élaboration d'un rapport annuel sur les réalisations – alternant d'un rapport détaillé une année à un compte-rendu supérieur l'autre. Les indicateurs clés – la prévalence du tabagisme, la consommation du tabac – sont tirés des conclusions de l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* (ESUTC), effectuée par Statistique Canada pour le compte de Santé Canada.

Le présent rapport abrégé offre un aperçu des progrès réalisés en identifiant une seule activité ou initiative par gouvernement fédéral / provincial / territorial, gouvernement local ou organisation non gouvernementale à l'intérieur de l'un des domaines d'activités suivants : la politique et la législation; l'abandon et l'éducation du public; la responsabilité de l'industrie du tabac et le contrôle des produits; la recherche, l'évaluation et le suivi; la gestion de l'usage du tabac à l'intérieur des collectivités des Premières nations, des Inuits et des Métis.

De même cette année, le Rapport met en lumière une comparaison des politiques en examinant l'impact de l'élasticité des prix sur la consommation et la prévalence du tabagisme; ainsi qu'un examen des anomalies de la santé liées au genre (c.-à-d., les différences entre les sexes par rapport à l'usage du tabac et les différences selon le sexe relatives aux effets sur la santé du tabac et de l'exposition au tabac).

L'exigence selon laquelle le présent rapport simplifié doit comprendre un seul point par intervenant de la Stratégie nationale laisse croire que ces données seront présentées plus à fond dans le rapport détaillé de l'an prochain. Néanmoins, par sa mise en valeur d'exemples d'activités liées aux divers joueurs de la Stratégie, le Rapport 2004 vise à illustrer la gamme d'initiatives nécessaires pour lutter efficacement contre le tabagisme; à montrer la diversité des programmes mis en application dans le contexte de ces initiatives; et à souligner combien les aspects communs et complémentaires, inhérents à une stratégie nationale multipartite, contribuent à l'efficacité de la lutte contre le tabagisme.

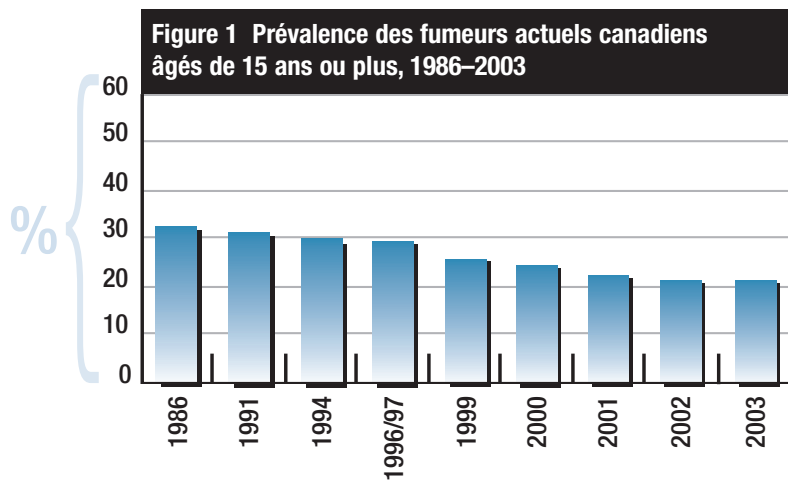
Enfin, le présent Rapport vise à illustrer les exigences relatives à une réponse durable par rapport à l'usage du tabac, qui a continuellement rebondi lorsque les efforts ont été relâchés. Nous invitons tous les Canadiens à examiner attentivement la dynamique de la lutte contre le tabagisme au Canada, et à réfléchir à la formidable possibilité de réduire le taux de mortalité et les maladies attribuables au tabagisme, une possibilité qui se réalise actuellement – et qui se réalisera à l'avenir – en vertu de la stratégie *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada : une stratégie nationale*.

## Suivi des indicateurs clés

Une lutte efficace contre le tabagisme exige une étroite collaboration des partenaires à la réalisation d'orientations stratégiques et d'objectifs communs. Cela nécessite l'intégration, la coordination et la complémentarité d'une panoplie de stratégies diversifiées. Les gouvernements fédéral / provinciaux / territoriaux et les ONG de lutte contre le tabagisme jouent un important rôle de meneur dans la création de mesures nationales. La réduction de la consommation du tabac exige une panoplie de stratégies diversifiées, y compris la recherche, les politiques et les composantes du programme, élaborées et coordonnées à l'échelle locale, provinciale / territoriale, nationale et internationale. Lorsque chaque ressort et organisation intéressés à lutter contre le tabagisme seront intégrés à l'ensemble du plan d'action, le Canada mettra en œuvre une stratégie efficace et globale.

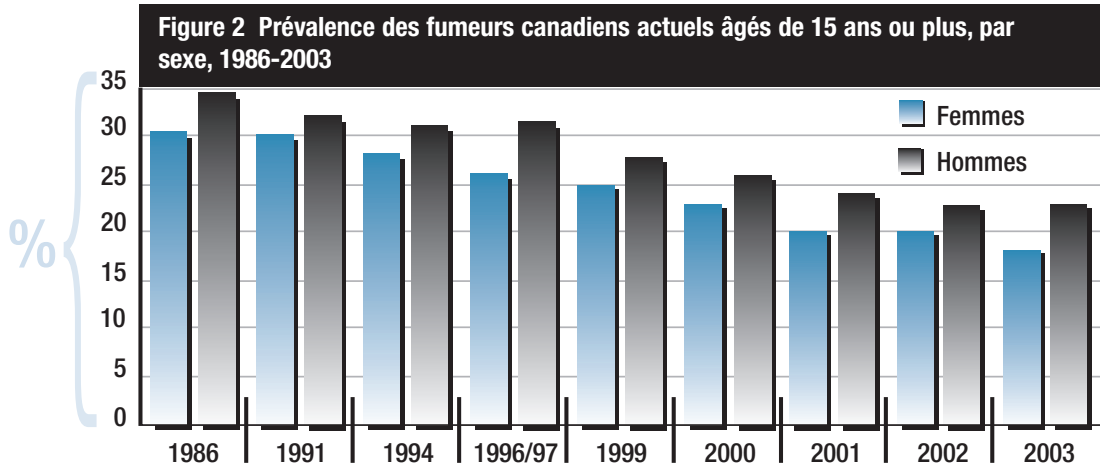
### La prévalence du tabagisme au Canada

Selon les derniers résultats de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) relatifs aux données recueillies entre février et décembre 2003, plus de cinq millions de personnes représentant environ 21 % de la population âgée de 15 ans et plus étaient des fumeurs. De la population générale de 15 ans et plus, 17 % fumaient quotidiennement.



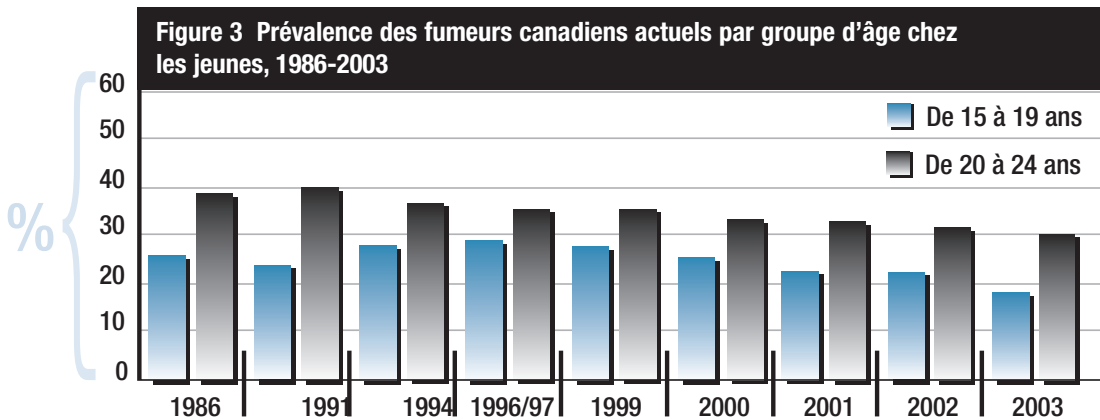
Sources : Supplément de l'Enquête sur la population active, 1986; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, 1994; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle) 1999–2003.

Environ 23 % des hommes étaient des fumeurs, une proportion plus élevée que chez les femmes (18 %).



Sources : Supplément de l'Enquête sur la population active, 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), 1999-2003.

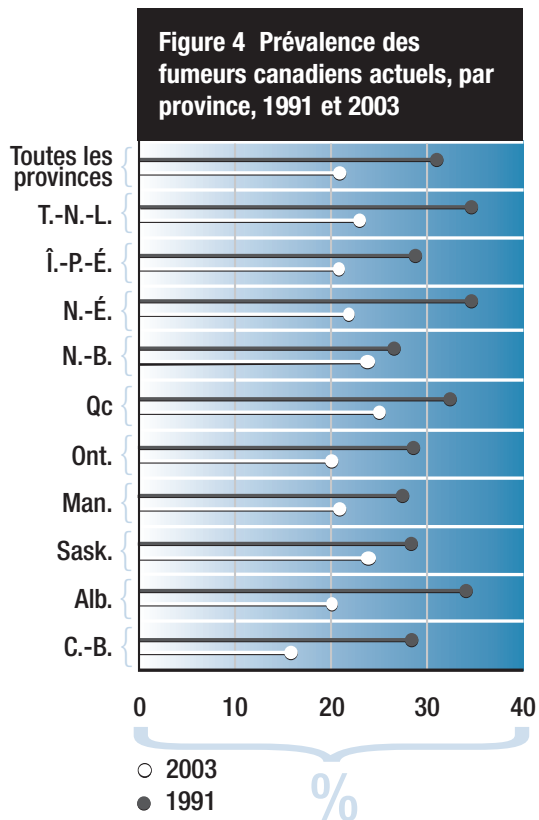
La baisse du tabagisme chez les jeunes de 15 à 19 ans s'est poursuivie en 2003 pour atteindre 18 %; 12 % des répondants ont mentionné être des fumeurs quotidiens et 7 % des fumeurs occasionnels. Ce taux marque une baisse par rapport au 22 % noté en 2002 et représente une amélioration de 10 points de pourcentage par rapport au taux de 28 % enregistré en 1999, lors de la réalisation du premier sondage de l'ESUTC. Un peu plus de filles que de garçons ont déclaré être des fumeuses (20 % par rapport à 17 %). Toutefois, chez les fumeurs quotidiens, les garçons fument légèrement plus de cigarettes par jour (13,0) que les filles (11,7).



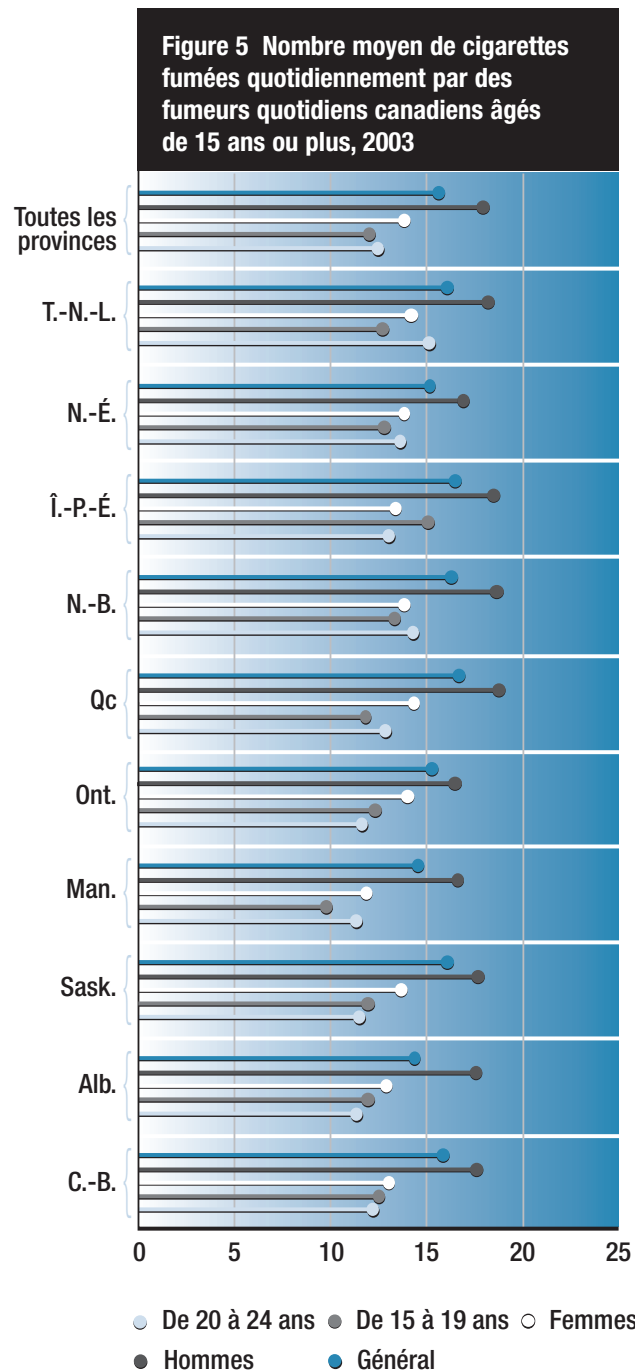
Sources : Supplément de l'Enquête sur la population active, 1986; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, 1994; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 1999-2003.

Le taux de prévalence du tabagisme chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans était de 30 % pour 2003 (quotidiens [21 %] et occasionnels [9 %]), ce qui représente également une légère diminution comparativement à 2002 (31 %). Peu de différence a été constatée dans les taux de tabagisme quotidien entre les hommes (23 %) et les femmes (19 %) âgés de 20 à 24 ans. De façon générale, les jeunes adultes continuent de signaler le taux de tabagisme le plus élevé.

Depuis 1999, toutes les provinces ont vu leur taux de tabagisme diminuer. En 2003, la Colombie-Britannique est demeurée la province où le taux d'usage du tabac (16 %) était le plus faible, alors que le Québec accusait le taux le plus élevé (25 %). C'est au Québec également que le nombre moyen de cigarettes consommées par jour par les fumeurs quotidiens est le plus élevé (16,8), alors que le nombre le plus faible a été enregistré au Manitoba (14,6).



Sources : Enquête sociale générale, 1991; Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle), 2003.

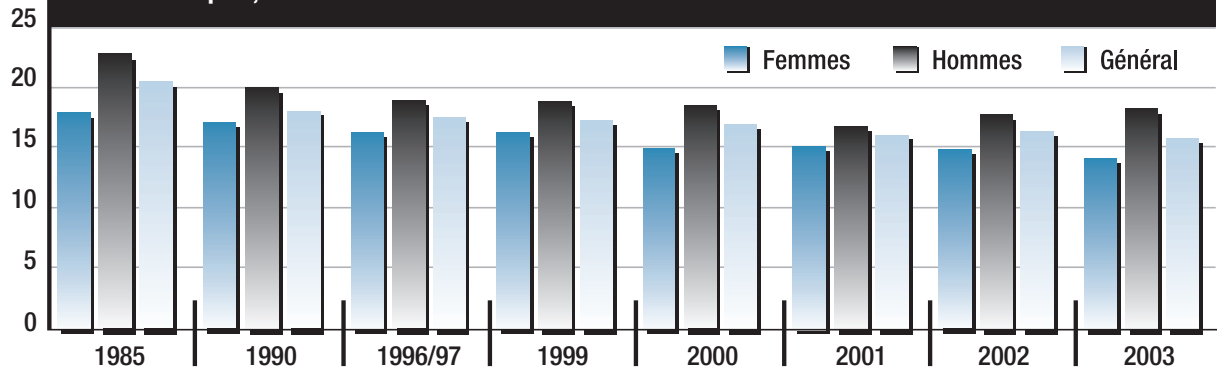


Source : Enquête de surveillance sur l'usage du tabac au Canada (annuelle), 2003.

## Consommation de cigarettes

Le nombre de fumeurs canadiens, tout comme le nombre de cigarettes consommées quotidiennement, a diminué. En 1985, les fumeurs quotidiens consommaient en moyenne 20,6 cigarettes par jour. Depuis, le nombre de cigarettes fumées a diminué de façon progressive pour atteindre 15,9 cigarettes par jour en 2003. Les hommes fument toujours davantage de cigarettes que les femmes : 17,3 cigarettes par jour pour les hommes et 14,0 pour les femmes. La plupart des fumeurs canadiens (58 %) ont indiqué consommer certains types de cigarettes dites « légères » ou « douces », comparativement à 42 % pour les cigarettes « régulières ».

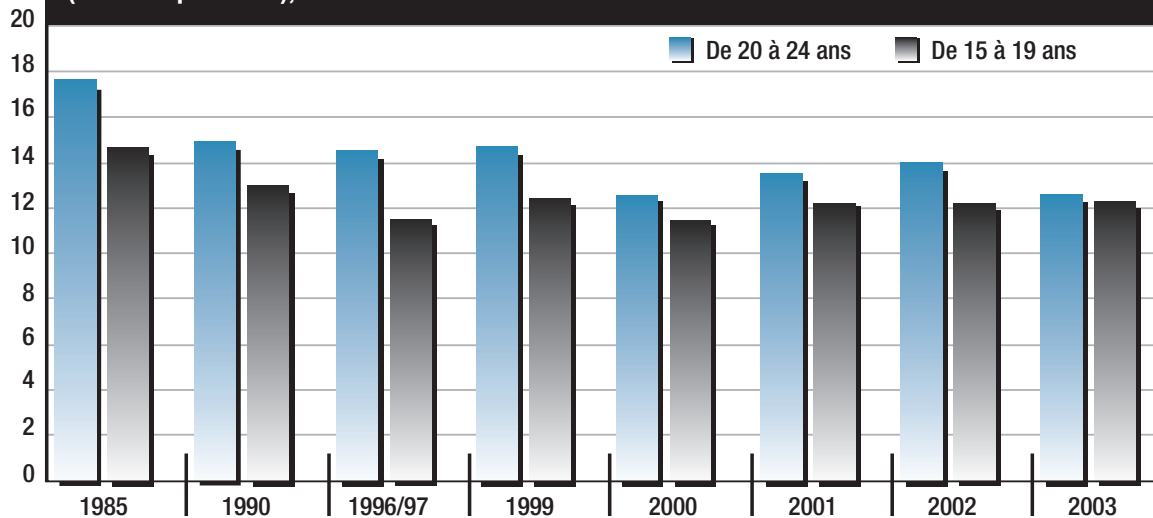
**Figure 6 Nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les fumeurs quotidiens canadiens âgés de 15 ans ou plus, 1985–2003<sup>a</sup>**



Sources : Enquête sur la promotion de la 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), 1999–2003.

<sup>a</sup> Données provinciales seulement.

**Figure 7 Nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les jeunes canadiens (fumeurs quotidiens), 1985–2003<sup>a</sup>**



Sources : Enquête sur la promotion de la santé, 1985 et 1990; Enquête nationale sur la santé de la population, 1996–1997; Enquête de surveillance sur le tabagisme au Canada (annuelle), 1999–2003.

<sup>a</sup> Données provinciales seulement.

## Usage du tabac, déterminants de la santé et anomalies de la santé

L'approche relative aux déterminants de la santé fournit un cadre utile pour l'examen de l'usage du tabac. Les déterminants de la santé (les facteurs qui interagissent de façon complexe et qui ont une incidence sur la santé des personnes) comprennent : le revenu et l'état social; le genre; la culture; l'éducation; les traits biologiques et génétiques. À la lumière des anomalies continues des tendances relatives à la santé au Canada entre les hommes et les femmes, les experts en lutte au tabagisme examinent les facteurs de genre (l'ensemble des caractéristiques culturelles particulières qui identifient le comportement social des hommes et des femmes et la relation entre eux) et de sexe (les différences biologiques entre les hommes et les femmes) qui influent sur l'usage du tabac.

### Tendances relatives à la prévalence du tabagisme

À travers l'histoire, le taux de tabagisme a été plus élevé chez les hommes qu'il ne l'a été chez les femmes. Cependant, au cours des dernières décennies, la diminution de la prévalence du tabagisme a été plus prononcée chez les hommes. De 1965 à 2003, le taux chez les hommes est passé de 61 % à 23 %, par opposition à celui des femmes qui est passé de 38 % à 18 % pour la même période.

L'écart de la diminution du taux est probablement attribuable à deux phénomènes : (1) les hommes commencent généralement à fumer avant les femmes, et par conséquent, abandonnent le tabac plus rapidement par rapport aux femmes; et (2) le point culminant éventuel chez les femmes a probablement été supprimé pendant la période d'activités de lutte contre le tabagisme plus intensive (c.-à-d., la diminution chez les femmes fumeuses a été moindre puisque la croissance des femmes fumeuses a été moindre).

### Les conséquences du tabagisme pour la santé

Bien que l'usage du tabac ait des conséquences semblables pour la santé tant chez les hommes que chez les femmes, (c.-à-d., le cancer des poumons et autres cancers, les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, les bronchites chroniques et l'emphysème), certains effets sont particuliers au sexe. Les hommes qui fument risquent de souffrir de dysfonction érectile et de diminution de la fécondité, tandis que les femmes risquent plutôt de souffrir davantage de maladies cardiovasculaires alors qu'elles utilisent un contraceptif oral, de diminution de la fécondité, du cancer du col de l'utérus, d'une ménopause précoce et de fractures des os. En outre, la consommation du tabac pendant la grossesse peut entraîner une naissance prématurée, la malformation du fœtus, l'insuffisance de poids à la naissance et l'accouchement d'un mort-né.

### Les décès liés au tabagisme

Le nombre de décès au Canada liés au tabagisme a augmenté entre 1989 et 1998; cette augmentation a été plus importante chez les femmes. Pendant cette période, les décès liés au tabagisme sont passés de 38 357 à 47 581 – ce qui représente une augmentation de 9 224 – dont 6 531 étaient des femmes.

Cette différence entre les sexes par rapport aux décès liés au tabagisme reflète le comportement de la population en matière de tabagisme deux ou trois décennies plus tôt. L'effet de la diminution de la consommation du tabac chez les hommes, à compter du début des années 1960, est reflété par un ralentissement vers le milieu des années 1980, puis d'une diminution continue dans les taux de cancer du poumon chez les hommes. (Le cancer du poumon a été la principale cause de décès liés au tabagisme de 1989 à 1998; les maladies cardiovasculaires sont maintenant les principales causes de décès liés au tabagisme.) En revanche, les taux de tabagisme chez les femmes ont atteint un point culminant à la fin des années 1970 et ont affiché une diminution plutôt faible au cours des trois dernières décennies. Les taux de mortalité liés au cancer du poumon chez les femmes ont plus que quadruplé entre 1969 et 1998, et sont prévus augmenter au cours des prochaines années avant de diminuer.

Le déclin important du taux de tabagisme au cours des 40 dernières années sera bientôt reflété dans le taux de décès liés au tabagisme. Bien que le taux de mortalité lié au tabagisme chez les hommes ait déjà atteint un point culminant (1888-1989), le taux chez les femmes continuera probablement de grimper, mais beaucoup plus lentement. De plus, le taux de cancer des poumons chez les femmes est prévu atteindre un point culminant moins élevé que celui des hommes. La mise en œuvre des mesures de lutte contre le tabagisme au cours des années 1970, 1980 et 1990 est l'un des facteurs les plus susceptibles d'avoir entraîné cette tendance.

### Ventes de tabac par rapport aux tendances de prévalence

En 2003, afin de déterminer l'impact des changements de prix sur la consommation du tabac et la prévalence du tabagisme, Santé Canada a recueilli et analysé des données pertinentes (y compris les ventes mensuelles, les taux de prévalence annuels enregistrés, les indices de prix du tabac, les données sur la surveillance, etc.) provenant de partout au Canada pour la période allant de janvier 1999 à décembre 2002.

#### Élasticité des prix

Entre janvier 1999 et décembre 2002, le prix moyen des produits du tabac a augmenté de 75 % à l'échelle nationale. À l'échelle provinciale, l'augmentation des prix allait de 35 % à Terre-Neuve, à 85 % en Ontario. Pendant la même période, le commerce de gros annuel des cigarettes a diminué de 16 % à l'échelle nationale, affichant une marge allant de 7 % (Colombie-Britannique) à 27 % (Québec).



L'élasticité de la demande par rapport au prix (le rapport du changement de pourcentage des ventes divisé par le pourcentage du prix, entre deux périodes données) à l'échelle nationale était de -0,22, avec une marge allant de -0,16 (Ontario) et de -0,32 (Québec). (On doit se rappeler que l'élasticité de la participation par rapport au prix est touchée par les personnes qui abandonnent en raison du prix et celles qui abandonnent pour d'autres raisons [ce sujet sera débattu plus loin]).

## Prévalence

L'analyse des taux de prévalence a été problématique. *L'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* (ESUTC) a fourni des données opportunes, fiables et continues sur l'usage du tabac et les enjeux connexes entre 1999 et 2002 tant sur une base annuelle que semestrielle. L'analyse des données annuelles chez la population de 15 ans et plus indiquait que l'écart des taux de prévalence entre 1999 et 2002 était important du point de vue statistique à l'échelle nationale (de 25 % à 21 %).

L'élasticité de la demande par rapport au prix pour chacun des groupes était de -0,21 (Canada), -0,25 (N.-B.) et -0,29 (Sask.). (Encore là, l'élasticité de la participation par rapport au prix est touchée par les personnes qui abandonnent en raison du prix, celles qui abandonnent pour d'autres raisons et celles qui ne commencent pas à fumer en raison de l'augmentation du prix.)

Pour ce qui est des personnes de 15 à 19 ans, à l'échelle nationale les taux de prévalence ont chuté, passant de 28 % en 1999 à 22 % en 2002. Cette diminution est de 21 % (six points de pourcentage) et significative du point de vue statistique. En ce qui touche les jeunes de 15 à 19 ans, l'élasticité de la participation par rapport au prix était de -0,27. Étant donné que les taux de prévalence à l'échelle provinciale sont à variables élevés, l'analyse de l'élasticité de la participation par rapport au prix n'a pas été évaluée à l'échelle provinciale.

## Ventes

Les données laissent croire que, à l'échelle nationale, pour chaque augmentation de 10 % du prix, les ventes diminuent de 2,2 %. La diminution dans les ventes est attribuable à la fois à la réduction du nombre de cigarettes fumées par les fumeurs restants et à la réduction du nombre de fumeurs. Les données laissent croire qu'une augmentation de 10 % du prix entraînera une diminution de prévalence de 2,1 % chez les fumeurs de 15 ans et plus. Cela indique que le taux de prévalence n'a pas changé de 2,2 points de pourcentage (de 25 % à 23 %), mais que l'écart entre la prévalence du début et de la fin est de 2,2 % (de 25 % à 24,5 %).

### Abandon

En ce qui concerne l'abandon, l'ESUTC indiquait qu'il y avait en 2002, environ 700 000 fumeurs de moins qu'en 1999. Ce chiffre doit être interprété avec prudence, car les fumeurs et les anciens fumeurs changent régulièrement leurs habitudes de fumer.

Les données de l'ESUTC nous permettent de connaître un peu mieux les motifs qui incitent les personnes à abandonner le tabac. Lorsque l'on demande aux fumeurs, « que faut-il pour arrêter de fumer? », 34 % répondent, « plus de volonté ». Tout un contraste au 4 % de personnes ayant répondu « plus de programmes d'abandon du tabac / de remplacements de la cigarette efficaces / abordables », et au 6 % de personnes ayant répondu « l'augmentation des prix / cigarettes moins abordables ».

Cela a été confirmé lors d'une enquête récente auprès de 300 personnes ayant abandonné le tabac. En effet, seulement 10 % d'entre elles ont spontanément répondu que le « coût » avait motivé leur abandon. Pour ce qui est des jeunes de 15 à 19 ans, moins de 1 % ont répondu « l'augmentation des prix / cigarettes moins abordables ». Cela veut dire que l'élasticité de la participation par rapport au prix peut être une combinaison de l'élément de prix, environ 10 %, et d'autres causes, 90 %.

### Questions d'analyse

D'autres analyses peuvent être effectuées, y compris celles touchant la sensibilité, mais les données présentent plusieurs lacunes importantes en raison de l'information non recueillie ou n'ayant aucune importance statistique. Par exemple, si une province met en place un programme de subventions pour les thérapies de remplacement de la nicotine, aucune enquête actuelle ne recueille les données nécessaires à l'évaluation de cette initiative. En effet, l'ESUTC indique que seulement deux provinces ont des statistiques indiquant d'importantes diminutions des taux de prévalence chez les adultes. En conséquence, même les stratégies provinciales ne peuvent être évaluées à l'aide de l'ESUTC à ce jour.

Dans le but d'alléger les nombreuses difficultés inhérentes à l'évaluation comportant l'élasticité de la demande par rapport au prix, il est proposé, dans la mesure du possible, d'évaluer les initiatives au plus faible niveau de mise en œuvre. Par exemple, si une province met en place une stratégie ciblant les jeunes de 15 à 19 ans, il faudrait évaluer la stratégie par rapport à ses objectifs et à l'intérieur du groupe cible.

### Questions plus vastes

En ce qui concerne l'impact des diverses stratégies et politiques (taxes, campagnes médiatiques de masse, campagnes sur l'abandon, règlements, etc.), l'évaluation et l'analyse s'avèrent encore difficiles. Dans certains cas, comme la politique fiscale, le changement est instantané, étant donné que les fumeurs réagissent dès que le prix augmente ou diminue. Les ventes servent de mesure pour évaluer cette stratégie, et un minimum de trois mois est nécessaire pour en connaître l'impact.

Dans d'autres cas, par exemple dans le cas des campagnes sur l'abandon ou des campagnes médiatiques de masse, le nombre de fumeurs et l'impact des campagnes servent de mesure. Nous utilisons souvent le rappel des campagnes et la volonté de cesser de fumer pour mesurer le succès. Bien que ces mesures puissent être évaluées à l'intérieur de quelques semaines suivant la fin d'une campagne, elles ne sont pas des mesures tout à fait exactes du comportement réel. Des mesures de comportement plus justes sont fondées sur des éléments tels que la prévalence du tabagisme et le nombre de tentatives pour abandonner le tabac. En outre, ces mesures sont habituellement effectuées longtemps après la fin des campagnes sur l'abandon ou les campagnes médiatiques de masse (un ou deux ans), alors qu'il est difficile de déterminer si les campagnes ont eu un effet direct ou indirect.

Le fait que les interventions s'effectuent en groupes porte également à confusion. Les taxes sont parfois augmentées parallèlement à l'introduction d'un nouveau règlement et d'une nouvelle campagne sur l'abandon. Le résultat final entraînera peut être une diminution du nombre de fumeurs, habituellement quelques années après les interventions, alors qu'il est pratiquement impossible de déterminer l'intervention ou la combinaison d'interventions ayant contribué à cette diminution et dans quelle mesure.

## Progrès réalisés dans les orientations stratégiques

### Politique et législation

L'orientation stratégique des politiques et de la législation de la *Stratégie nationale* vise à assurer la coordination de la politique sur le tabac et la mise en œuvre de la législation et des politiques organisationnelles dans tous les secteurs qui appuient la réduction de l'usage du tabac.

#### Au registre

La *Tobacco Control Act* du **Nunavut** a été proclamée le 1<sup>er</sup> février 2004. La Loi vise surtout à protéger les Nunavummiut de la fumée secondaire par le biais d'endroits publics et de milieux de travail sans fumée; elle vise à réduire l'accès et l'offre de tabac aux jeunes et à retrancher tout message inapproprié sur le tabac à l'intention des jeunes (par exemple, en interdisant les bonbons sous forme de produit du tabac).

Le 1<sup>er</sup> mai 2004 la Commission des accidents du travail des **Territoires du Nord-Ouest** et du **Nunavut** a adopté de nouveaux règlements sur la fumée de tabac ambiante en vertu de deux *Lois sur la sécurité*. Les milieux de travail dans chacun des territoires ont été proclamés sans fumée à cette date. Les quelques exemptions à cette interdiction comprennent certains milieux de travail qui sont aussi des résidences privées, telles que des chambres d'hôtel, des résidences pour personnes âgées et des unités d'habitation à l'intérieur des mines à accès aérien ou d'autres campements ouvriers.

En janvier 2004 le ministère de la Justice de **Terre-Neuve et du Labrador** a annoncé un plan visant à mettre en place des milieux sans fumée dans chacun des huit établissements de garde pour adultes de la province. Les établissements devaient s'y conformer entièrement au plus tard le 3 mai 2004. La mise en œuvre comprenait une séquence d'activités ordonnées, y compris des programmes éducatifs et des programmes sur l'abandon du tabac ainsi que l'aide pharmacologique à court terme. De l'aide a été fournie tant aux employés qu'aux détenus. À l'intérieur de cette initiative, le tabac est défini comme un « objet de contrebande » et n'est pas permis sur les lieux de l'établissement. La Division des services correctionnels et communautaires gère le programme, et le ministère de la Justice aide à l'administration, en partenariat avec la Newfoundland and Labrador Lung Association et la John Howard Society.

Le 2 mars 2004 au **Manitoba**, le ministre délégué à la Vie saine a déposé le projet de loi 21 à l'Assemblée législative. Le projet de loi 21, qui deviendrait la plus vaste interdiction de fumer au Canada au moment de son entrée en vigueur, prévoyait l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail intérieurs fermés qui relèvent clairement du gouvernement, et reconnaissait l'importance culturelle du tabac dans la vie des Autochtones

(qui seraient exemptés de l'interdiction prévue dans la *Loi sur la protection de la santé des non-fumeurs* lorsque le tabac est utilisé à des fins de pratiques ou de cérémonies autochtones spirituelles traditionnelles). (Le projet de loi a été adopté à l'Assemblée législative du Manitoba le 10 juin; la *Loi sur la protection de la santé des non-fumeurs* est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2004.)

### Au tribunal

La *Tobacco Control Act* de la **Saskatchewan** comprend des dispositions qui interdisent la publicité et l'exposition de produits dans des endroits accessibles aux jeunes et où les produits du tabac sont vendus. En mai 2002, la société de tabac Rothmans, Benson & Hedges Inc. a intenté des procédures contre le gouvernement de la Saskatchewan, déclarant que la *Tobacco Control Act* viole la Charte canadienne des droits et libertés, et que les dispositions prévues par la *Loi* sont inopérantes et d'aucune force en raison de la doctrine de la suprématie fédérale. (Les lois fédérales limitent la publicité mais non l'exposition des produits du tabac.)

En septembre 2002, la Cour du Banc de la Reine a statué que la loi provinciale n'est pas en opposition à la loi fédérale. La société Rothmans, Benson & Hedges Inc. a eu le droit de porter la cause en appel en octobre 2002. La société Rothmans, Benson & Hedges Inc. a porté en appel la question de suprématie à la Cour d'appel, qui a entendu l'appel en février 2003.

La décision de la Cour d'appel de la Saskatchewan, le 3 octobre 2003, a conclu qu'il existe un conflit opérationnel entre la *Tobacco Control Act* provinciale et la *Loi sur le tabac* fédérale, et a déclaré l'article 6 de la Loi provinciale inopérante. Le gouvernement de la Saskatchewan a demandé à la Cour suprême du Canada de s'instruire de cette affaire. Le gouvernement a également demandé à un juge de la Cour d'appel de suspendre la décision, afin de poursuivre l'application de la restriction sur l'exposition jusqu'à ce que la Cour suprême ait rendu sa décision. La Cour a rejeté cette demande le 27 octobre 2003.

Le gouvernement provincial a ensuite demandé à la Cour suprême du Canada de suspendre la décision de la Cour d'appel de la Saskatchewan. L'autorisation d'appel et la demande de suspension ont été dirigées vers un groupe d'experts de la cour aux fins de traitement. Tous les dépôts des demandes ont été terminés en janvier 2004.

Le 25 mars 2004, la Cour suprême du Canada a approuvé l'autorisation d'appeler de la décision de la Cour d'appel de la Saskatchewan, mais a refusé la demande de suspension de la province.

Parallèlement, la **Société canadienne du cancer** (SCC) a continué de plaider la cause des lois plus solides sur le tabac à l'échelle fédérale, provinciale et locale. En décembre 2003, la SCC a déposé une argumentation écrite à la Cour d'appel du Québec en appui de la validité de la *Loi sur le tabac* fédérale et du *Règlement sur l'information relative aux produits du tabac*. Dans le présent cas, l'industrie du tabac porte en appel le jugement de décembre 2002 de la Cour supérieure du Québec déclarant que ces lois sont constitutionnelles.

## Abandon et éducation du public

L'orientation stratégique en matière d'abandon et d'éducation du public vise à rendre l'information, les services et les programmes disponibles et accessibles à la population canadienne. Toute une gamme de programmes et d'aide sur l'abandon du tabac est actuellement disponible à la population canadienne par le biais d'un nombre toujours croissant de sources. Plus particulièrement, une panoplie de programmes est à la disposition des professionnels de la santé, qui sont souvent bien placés pour soutenir les efforts de leurs patients qui tentent de cesser de fumer. Santé Canada collabore avec les provinces, les territoires, les ONG et les coalitions régionales afin de veiller à ce que tous les Canadiens aient accès au counseling téléphonique efficace sur le renoncement au tabac. La Société canadienne du cancer, grâce au financement de Santé Canada, poursuit davantage ce partenariat en élaborant des matériels publicitaires aux fins d'utilisation commune des lignes d'aide téléphoniques au renoncement du tabac partout au pays. De plus, l'on continue de mener des campagnes médiatiques de masse, reconnues comme un moyen important de transmettre les messages, afin de changer les attitudes et, ultérieurement, changer les comportements.

### En première ligne

Initiée en février 2000 et financée de façon continue depuis ce temps, l'initiative de l'Ontario *Cheminer sans fumer* a grandement réussi à mettre en lumière la portée et la nature de l'usage du tabac chez les étudiants de l'Ontario de niveau postsecondaire.

Bien que le projet soit surtout axé sur le renoncement du tabac chez les jeunes adultes, des efforts auprès des administrateurs des campus universitaires visaient aussi à favoriser et à faciliter l'élaboration et la mise en place des politiques du campus visant à créer et à étendre les lieux sans fumée. Il est souhaitable que la portée étendue de la campagne de communication du projet donne lieu à un recrutement accru.

Cette campagne utilise des multimédias, y compris la radio et les annonces imprimées du campus, et la diffusion des ressources imprimées, des brochures et des articles de publicité. Les objectifs de la campagne visaient à perturber l'industrie du tabac et à promouvoir les programmes et les services de l'initiative *Cheminer sans fumer*.

La recherche a montré que pour la période allant de janvier à décembre 2003, 54 % des étudiants ont spontanément identifié l'initiative *Cheminer sans fumer* comme une source de soutien dans le renoncement au tabac. En effet, cette initiative a permis de sensibiliser 54 000 étudiants de l'université à temps plein parmi 84 000, et 16 500 étudiants du collégial; puis (à l'aide d'une mesure de prévalence de sept jours) le nombre moyen de cigarettes fumées sur le campus pendant une semaine est passé de 52,2 au départ à 36,4 lors du suivi de trois mois, toutes les interventions entraînant des réductions équivalentes.

Le groupe de travail sur l'abandon du tabac de la Coalition antitabac du **Nouveau-Brunswick** continue de réaliser des progrès alors qu'il construit un réseau durable et intégré à l'échelle de la province, y compris la participation active de tous les partenaires.

Le programme d'intervention clinique contre le tabagisme (PICT) (*Questionner-conseiller*) a formé des médecins (50) ainsi que des travailleurs en services de toxicomanie dans toutes les régions, le personnel des infirmières de l'Ordre de Victoria, des infirmières et des infirmières gestionnaires et des équipes multidisciplinaires dans deux centres de santé communautaires. De plus, la Société dentaire du Nouveau-Brunswick a tenu deux ateliers régionaux en dentisterie et un atelier régional pour les hygiénistes dentaire. (Trois autres ateliers en dentisterie sont prévus plus tard en 2004.)

En novembre 2003, en vue d'agrémenter le volet (*Questionner-conseiller*) du PICT, l'Association des infirmières du Nouveau-Brunswick a initié deux autres activités visant à accroître la capacité, notamment Aide à la formation du PICT et *Nouveau départ*, la formation d'animateurs de groupes.

Le volet *Aide* à la formation du PICT vise particulièrement à aider les professionnels qui désirent intégrer plus efficacement l'aide au renoncement aux interventions existantes (c.-à-d., de courtes séances de counseling). Entre novembre 2003 et février 2004, 11 des 14 séances prévues ont eu lieu partout dans la province, et 225 professionnels y ont participé. (Le volet *Questionner-conseiller* est compris dans les séances d'aide.)

*Nouveau départ* est un programme de renoncement de groupe initialement élaboré par la Société du cancer. Trois séances de formation pour animateurs ont été effectuées en 2003, ce qui a donné lieu à la formation de 30 animateurs de groupes. Les séances *Nouveau départ* comprenaient les volets *Questionner-conseiller* et *Aide*.

Tous les efforts à l'intérieur des volets *Questionner-conseiller*, *Aide* et *Nouveau départ* du PICT comprenaient un aiguillage vers la ligne téléphonique d'aide aux fumeurs.

### À même les médias

L'Alberta a effectué de vigoureuses campagnes médiatiques de masse tout au long de février et de mars 2003. Par le biais de ces initiatives de marketing social à l'intérieur de la Alberta Tobacco Reduction Strategy (ATRS), les Albertains ont été sensibilisés à la situation désespérée et à la croisade de M<sup>me</sup> Barb Tarbox. En fait, les campagnes et l'attention qu'elles ont attirées ont aidé à propager le message de M<sup>me</sup> Tarbox partout au Canada.

Après avoir reçu un diagnostic de cancer terminal attribuable au tabagisme en septembre 2002, M<sup>me</sup> Tarbox a consacré le reste de sa vie à parler aux jeunes des dangers liés au tabagisme. L'appui et la participation de M<sup>me</sup> Tarbox à la campagne de marketing social de la ATRS a donné lieu à une portée et à une résonance du message beaucoup plus importantes que prévues. Selon une évaluation de la société Ipsos-Reid® sur les campagnes de marketing social à la radio et à la télévision, dans l'ensemble, le rappel aidé et spontané prouvé des annonces à la radio et à la télévision était de 94 %. Cela veut dire que 9 sur 10 Albertains se souvenaient des annonces de la ATRS. Le rappel total prouvé des annonces de la ATRS était semblable chez les fumeurs actuels (95 %), les anciens fumeurs (94 %), et les non-fumeurs (93 %). Soixante-seize pour cent des Albertains ayant été touchés par les campagnes ont affirmé que les annonces avaient réussi à sensibiliser efficacement le public sur les effets négatifs de l'usage du tabac.



## Premières nations, Inuits et Métis

La prévalence du tabagisme est plus élevée chez les populations autochtones pour chacun des groupes d'âge. Selon le rapport de la société Ipsos-Reid®, sur *La fumée et la souvenance des Premières nations, des Inuits et des Métis en matière de publicité* effectué en avril 2002, les taux de tabagisme par identité autochtone (18 ans et plus) étaient : Premières nations hors des réserves, 50 %; Premières nations à l'intérieur des réserves, 48 %; Métis, 48 %; et Inuit, 54 %. Mais l'intention d'abandonner le tabac est très répandue chez les fumeurs autochtones. Sept sur dix fumeurs adultes chez les Premières nations à l'intérieur des réserves (69 %) et six sur dix fumeurs adultes Inuits (61 %) affirment penser sérieusement à abandonner le tabac; et plus de 85 % des Premières nations, des Métis et des Inuits sont très inquiets de l'impact de la fumée ambiante sur leur santé et celle de leurs familles. (Cela comprend la plupart des fumeurs, mais les non-fumeurs et les femmes se préoccupent plus particulièrement.)

Le tabagisme chez les jeunes est la principale préoccupation. La *First Nations Youth Inquiry into Tobacco Use* (le rapport WUNSKA, la plus grande recherche effectuée chez les Premières nations), effectuée par le First Nations Social Research Institute en 1997, a documenté l'usage du tabac chez les jeunes Autochtones auprès de 96 collectivités autochtones à l'intérieur des réserves partout au Canada. L'enquête affirmait : « l'étendue des progrès réalisés en matière de lutte contre le tabagisme chez les jeunes ne relève pas seulement de la réduction de la prévalence du tabagisme parmi les jeunes en général, mais des stratégies que nous élaborons pour régler l'importante question relative à l'usage du tabac chez les jeunes Autochtones. Nous favorisons la participation directe des collectivités, de leurs familles et de tous les niveaux de gouvernement afin de réduire les taux de tabagisme alarmants parmi ce groupe ».

Bien que les cinq orientations stratégiques ne s'adressent pas précisément à la population autochtone plus à risque du Canada, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont collaboré avec les collectivités des Premières nations, des Inuits et des Métis pour élaborer des approches globales, intégrées et durables relatives au mauvais usage du tabac. En outre, il est reconnu que les efforts de lutte contre le tabagisme doivent tenir compte des facteurs culturels comme l'usage traditionnel du tabac dans certaines cultures autochtones. Les stratégies fédérales, provinciales et territoriales visent à agrémenter et à tirer avantage des forces des programmes communautaires existants appropriés aux cultures et à se concentrer sur les enfants et les jeunes, les femmes enceintes et les personnes exposées à la fumée ambiante.

### À l'intérieur de la famille

La stratégie de la **Colombie-Britannique**, *Honouring Our Health Aboriginal Tobacco Strategy*, la première stratégie au Canada axée sur le tabagisme chez les Autochtones, a comme objectif de promouvoir la santé et le bien-être des peuples autochtones et leurs traditions en mettant fin au mauvais usage du tabac. Voilà un bel exemple d'un projet global, élaboré et dirigé par la collectivité, et axé sur l'effet du changement sur la collectivité entière plutôt qu'un seul



fumeur. Un des volets de la stratégie, Honour your Health Challenge (HYHC), constitue un programme novateur de six semaines mettant les Autochtones au défi, les incitant à abandonner le tabac ou à réduire le mauvais usage du tabac dans la voiture et à la maison. En 2003, la mise en application et l'efficacité du modèle HYHC ont été évaluées par rapport à la participation, à la croissance de la capacité communautaire et au développement de partenariats et de réseaux en guise de soutien. Cinq groupes cibles ont fait l'objet d'une enquête, représentant 74 % de l'ensemble des participants disponibles. Selon l'évaluation, « les réponses aux enquêtes ont montré que les participants affichaient une augmentation marquée en matière de connaissances, de sensibilisation et d'accès aux ressources. Les participants ont donné une cote élevée à la formation, et ont développé une nouvelle confiance et des qualités de chef. De plus, la capacité de la collectivité a affiché une croissance.

### Dans la collectivité

**Santé Canada** a mandaté un Cercle consultatif national afin de lui fournir des conseils et de l'expertise à l'intérieur de l'élaboration d'un cadre de programme de lutte contre le tabagisme et sa mise en application et évaluation dans les collectivités des Inuits et des Premières nations. Le Cercle consultatif national collabore avec les collectivités des Inuits et des Premières nations afin d'élaborer des stratégies fondées sur la preuve et appropriées à la culture relatives à l'éducation, à la prévention, à la protection et à l'abandon du tabac. Dans le but d'accroître la capacité, Santé Canada a créé un partenariat avec les organisations autochtones pour aider à développer la formation et des ressources pour les travailleurs communautaires. Cette année, l'initiative vise à prendre appui sur les priorités de l'an passé, notamment la promotion des endroits sans fumée et l'élaboration des stratégies sur le renoncement au tabac. Un plan de marketing social appuiera cette initiative.

Santé Canada travaille en partenariat avec l'Assemblée des Premières nations et Inuits Tapiriit Kanatami par le biais de leur participation au Cercle consultatif national. Les huit bureaux régionaux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits financent 163 projets, et plus de 258 collectivités des Inuits et des Premières nations participent aux projets communautaires. Ces projets offrent des ressources et de la formation aux travailleurs communautaires afin de bâtir et d'accroître la capacité par l'entremise de programmes de sensibilisation, de promotion de la santé et de réduction de l'accès aux mineurs.

### Responsabilité de l'industrie et contrôle des produits

L'orientation stratégique relative à la responsabilité de l'industrie et au contrôle des produits a pour but de réglementer la fabrication, le marketing et la vente de produits du tabac. À cet effet, au printemps 2004, Santé Canada a proposé des règlements visant à résoudre le problème de santé publique attribuable aux incendies causés par la cigarette.

Les articles de fumeurs sont la cause première d'incendies résidentiels et de mortalités liées aux incendies au Canada à chaque année. Selon une analyse des statistiques canadiennes sur les incendies pour les années 1995 – 1999, l'Association canadienne des chefs de pompiers a déclaré qu'au moins 14 030 incendies étaient attribuables aux articles de fumeurs (y compris les cigarettes, les cigares et les pipes). Ces incendies ont entraîné le décès de 356 personnes, des blessures chez 1 615 personnes et des coûts de plus de 200 millions de dollars en dommage matériel. Les victimes de ces incendies sont souvent parmi les plus vulnérables de la société, notamment les enfants, les personnes âgées et les personnes ayant des difficultés financières.

Après plus de 20 ans de recherche (la plupart effectuée aux É.-U.), Santé Canada croit qu'il est possible de réduire le potentiel d'allumage des cigarettes en changeant certaines caractéristiques de conception. Les modifications à la conception visant à réduire la chaleur générée pourraient comprendre la réduction de la circonférence, la réduction de la densité du tabac et la réduction de la porosité du papier. La réduction de la densité du tabac et de la circonférence de la cigarette aurait un effet sur le montant de carburant (tabac) disponible, et la réduction de la porosité du papier permettrait de restreindre le flux d'oxygène au carburant. Selon toute probabilité, une combinaison de ces changements de conception serait nécessaire pour satisfaire aux normes sur le potentiel d'allumage que proposent ces règlements. Les normes relatives au potentiel d'allumage que propose Santé Canada s'appliqueraient à toutes les cigarettes fabriquées ou importées au Canada, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2005.

## Recherche, projets pilotes, évaluation et suivi

La présente orientation stratégique vise à accroître les connaissances sur le tabac, l'usage du tabac, l'industrie du tabac, les interventions efficaces en matière de lutte contre le tabagisme et les effets socio-économiques et sur la santé attribuables à l'usage du tabac.

Bien que la lutte contre le tabagisme exige des efforts dans chacune des cinq orientations stratégiques, la connaissance représente le fondement de la planification d'interventions et d'activités dans les quatre autres, que ce soit les résultats des programmes de recherche, les projets pilotes (une forme de recherche appliquée), l'évaluation de programmes et de services existants ou le suivi des changements visant à évaluer les progrès réalisés.

### Sous la loupe

Le **Yukon** a effectué deux enquêtes importantes sur l'usage du tabac en 2003. D'abord, parallèlement à l'évaluation d'une campagne médiatique de masse sur le renoncement au tabac, le Yukon a tenté de déterminer l'usage du tabac chez les adultes; un taux de tabagisme de 33 % ayant été indiqué. Et pour la première fois en 10 ans, l'usage du tabac chez les jeunes a été analysé par le

biais de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes du Yukon; les résultats seront présentés dans la version 2005 du présent rapport.

En 2003 l'Assemblée législative de l'**Île-du-Prince-Édouard** a demandé au Comité permanent des affaires sociales d'observer les ventes au détail du tabac à l'Î.-P.-É., particulièrement la vente de tabac dans les pharmacies. Des consultations publiques étaient d'accord avec bon nombre des membres de la Tobacco Reduction Alliance (Alliance pour la réduction du tabagisme), les représentants du gouvernement, les représentants des sociétés de tabac, les citoyens, les entreprises et l'association pharmaceutique de l'Î.-P.-É. ayant comparu devant le comité.

En avril, le comité a présenté son rapport à l'Assemblée législative de l'Î.-P.-É. Les recommandations comprenaient des lois à adopter le plus tôt possible, notamment :

- l'interdiction de la vente de produits du tabac dans les hôpitaux, les établissements de santé, les maisons de repos, les édifices des gouvernements provincial et municipal, les écoles et d'autres édifices gérés par une commission scolaire, les établissements d'enseignement secondaire, les installations récréatives, les installations sportives, les théâtres, les arcades et les parcs d'amusement;
- l'interdiction de distributeurs de tabac automatiques et des présentoirs de tabac libre-service;
- l'interdiction de l'exposition visible de produits du tabac dans tous les établissements autorisés;
- l'interdiction de la vente des produits du tabac dans les pharmacies à compter de juin 2005;
- l'interdiction de publicités au point de vente utilisées pour annoncer ou promouvoir les produits du tabac dans tous les établissements de vente au détail à compter du 1er janvier 2006.

Le comité a également recommandé la révision des règlements sur l'affichage des produits du tabac afin d'y inclure des messages relatifs à la santé et les effets nocifs de l'usage du tabac, ainsi que la révision des pénalités courantes en vertu de la *Tobacco Sales To Minors Act*.

En 2003, l'**Institut national du cancer du Canada** (INCC) a accordé six subventions de recherches et prix au personnel relatifs à la lutte contre le tabagisme, pour un montant total de 578 348 \$. Le financement était affecté aux études des domaines tels que : la politique et le processus (le rôle de l'encadrement des enjeux à l'intérieur de l'élaboration des règlements sur la fumée ambiante); les éléments tels que l'élève, la famille et l'école, touchant le tabagisme chez les adolescents au Canada; la réduction du tabagisme dans les endroits publics extérieurs (une approche de conception environnementale); la politique sur la lutte contre le tabagisme et l'abandon du tabac (les barrières

nuisant à l'utilisation et à l'efficacité des outils pharmaceutiques liés à l'abandon du tabac; l'historique naturelle de la dépendance à la nicotine; les approches écologiques pour prévenir le cancer et promouvoir la santé [un programme de recherche multidisciplinaire auprès des enfants et des jeunes]).

Également en 2003, l'**Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme (ICRCT)** a accordé 40 subventions (724 250 \$ au total), traitant des sujets aussi variés que : l'usage du tabac chez les jeunes adultes; les différences relatives à l'usage du tabac selon le genre; le tabagisme et la santé mentale; l'efficacité des messages relatifs à la santé; l'acceptabilité sociale du tabagisme; la dépendance à la nicotine; le tabagisme chez les jeunes; la fumée secondaire; la programmation relative à l'abandon du tabac; la vente de produits du tabac en pharmacie; la réduction des préjudices (l'altération des produits du tabac afin de réduire possiblement les préjudices et/ou la réduction du potentiel d'allumage des produits du tabac); le rôle des gouvernements dans la lutte contre le tabagisme; les liens entre la recherche, la pratique et la politique publique.

## Création et soutien des moyens d'action

L'orientation stratégique relative à la création et au soutien des moyens d'action vise à accroître la capacité des particuliers, des intermédiaires de la santé et des communautés à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et locale à prendre les mesures voulues. L'apprentissage et le partage des connaissances acquises, l'identification des approches et des stratégies ainsi que la création et le perfectionnement des partenariats optimiseront obligatoirement la lutte contre le tabagisme partout au Canada.

La **Nouvelle-Écosse** a poursuivi son élan et son appui quant au sport et aux loisirs sans fumée. Au printemps de 2003, le Cole Harbour Soccer Club (un club de soccer actif pour les jeunes à l'intérieur de la municipalité régionale de Halifax) est devenu sans tabac. Le club a créé une politique visant à décourager les membres, les entraîneurs et les spectateurs de fumer pendant les exercices, les parties et les activités du club et, en collaboration avec bon nombre de partenaires, a publicisé son message du « Soccer sans fumée ». (Les principaux partenaires étaient la Southeastern Community Health Board, l'initiative ACT [Take Action in your Community against Tobacco], la Capitol Health et le Office of Health Promotion.)

L'initiative a été évaluée par le biais d'une enquête auprès des parents et des entraîneurs ainsi que des groupes de discussion composés des joueurs, des entraîneurs et des membres de l'exécutif du Cole Harbour Soccer Club. Dans l'ensemble, l'initiative s'est avérée un succès car elle a donné lieu à une grande sensibilisation, compréhension et acceptation du message et de la politique du soccer sans fumée auprès des parents et des entraîneurs, et elle est devenue un modèle pour les autres organismes de sports et de loisirs à l'intention des jeunes.

## Habilité et pouvoir

Les jeunes adultes sont une population prioritaire nouvelle en matière de lutte contre le tabagisme. On s'intéresse davantage à ce segment de la population par rapport à la lutte au tabagisme car, au Canada, ce sont les jeunes adultes de 20 à 24 ans qui affichent les taux de tabagisme les plus élevés. Ils sont un important groupe cible pour l'industrie du tabac; et ils sont un groupe ayant fait l'objet de peu de recherche relative au tabagisme.

**L'Association canadienne de santé publique (ACSP)**, a mis sur pied le projet *Par considération pour l'air que nous respirons* (financé par Santé Canada) afin d'élaborer des messages sur la fumée secondaire qui cibleront les jeunes adultes. Ces messages visent à sensibiliser les jeunes adultes (de 18 à 30 ans, fumeurs et non-fumeurs) aux moyens d'exercer leur responsabilité de protéger les autres de l'exposition à la fumée secondaire, et à leur droit de respirer l'air pur.

La phase I du projet examine les attitudes, les comportements et les valeurs des jeunes adultes, de même que les stratégies de communication efficaces auprès de ce groupe d'âge. Les activités de la phase 1 comprennent entre autres, une analyse bibliographique; des enquêtes sur les intervenants et les jeunes adultes; des entretiens avec des « informateurs clés »; une rencontre entre spécialistes; le recueil d'un inventaire de messages types destinés aux jeunes adultes et leurs modes d'acheminement. (Au cours de la phase II, les messages seront mis à l'épreuve auprès des groupes de discussion régionaux. Puis, fondées sur les résultats du projet, des recommandations relatives aux messages et aux modes d'acheminement les plus prometteurs seront présentées à Santé Canada.)

## Conclusion

Les renseignements présentés dans le Rapport 2004 indiquent que la *Stratégie nationale* fonctionne. La prévalence et la consommation affichent une tendance à la baisse au fil du temps. En effet, la consommation chez les jeunes a été renversée. Cela est remarquable, et d'une portée profonde.

Néanmoins, l'information montre également que la consommation chez les jeunes adultes est toujours élevée, sans égard aux tactiques utilisées à ce jour. Et, comme la prévalence et la consommation continuent de baisser chez la population en général, nous approchons de façon constante un réseau plus résistant de fumeurs canadiens – ceux qui sont fortement dépendants et/ou qui ont peu ou aucun désir de renoncer au tabac. Il est probable que les tendances générales à la baisse se stabilisent.

Nous incitons les Canadiens et les Canadiennes à prendre en compte et à réfléchir à l'impact de la *Stratégie nationale* sur la scène de la lutte contre le tabagisme, et à concevoir que le Canada ne doit pas s'arrêter, mais plutôt faire le point et aller de l'avant à un pas accéléré.

## Annexe A

### Membres – Comité de liaison sur la lutte contre le tabagisme fédéral, provincial et territorial

#### **Andrew Hazlewood, coprésident**

Assistant Deputy Minister  
Population Health and Wellness  
Ministry of Health Services  
Government of British Columbia  
4-2, 1515 Blanshard Street  
Victoria, BC V8W 3C8  
**Tél. :** (250) 952-1731    **Télé. :** (250) 952-1713  
**Andrew.Hazlewood@gems4.gov.bc.ca**

#### **Hélène Goulet, coprésidente**

Directrice générale  
Programme de la lutte au tabagisme  
I.A. 3507A2, pièce D787  
Santé Canada  
Immeuble MacDonald  
123, rue Slater  
Ottawa, ON K1A 0K9  
**Tél. :** (613) 941-1977    **Télé. :** (613) 954-2288  
**helene\_goulet@hc-sc.gc.ca**

#### **Marlien McKay, N.-B.**

Project Manager, Office of Chief Medical Officer of Health  
Public Health Management Services  
Department of Health and Wellness  
Government of New Brunswick  
520 King Street, 2<sup>nd</sup> Floor  
P.O. Box 5100  
Fredericton, NB E3B 5G8  
**Tél. :** (506) 444-4633    **Télé. :** (506) 453-8702  
**marlien.mckay@gnb.ca**

#### **Miriam Wideman, T.N.-O**

Consultant, Tobacco  
Department of Health and Social Services  
Government of Northwest Territories  
5022-49<sup>th</sup> Street, Centre Square Tower, 7<sup>th</sup> Floor  
P.O. Box 1320  
Yellowknife, NWT X1A 2L8  
**Tél. :** (867) 920-8826    **Télé. :** (867) 873-0202  
**Miriam\_Wideman@gov.nt.ca**

**Laurie Woodland, C.-B.**

Director  
Ministry of Health Services  
Population Health and Wellness  
Government of British Columbia  
4-2, 1515 Blanshard Street  
Victoria, BC V8W 3C8  
**Tél. :** (250) 952-2847     **Télééc. :** (250) 952-2279  
**laurie.woodland@gems6.gov.bc.ca**

**Lisa Shaffer, Î.-P.-É.**

Community Development/Tobacco Reduction  
Public Health and Evaluation Division  
Department of Health and Social Services  
Government of Prince Edward Island  
11 Kent Street, P.O. Box 2000  
Charlottetown, PEI C1A 7N8  
**Tél. :** (902) 368-6133     **Télééc. :** (902) 368-4969  
**llshaffer@ihis.org**

**John Garcia, Ont.**

Director, Chronic Diseases and Health Promotion Branch  
Ontario Ministry of Health and Long Term Care  
Tobacco Strategy Unit  
Government of Ontario  
5700 Yonge Street, 8<sup>th</sup> Floor  
Toronto, ON M2M 4K5  
**Tél. :** (416) 327-7445     **Télééc. :** (416) 314-5497  
**john.garcia@moh.gov.on.ca**

**Lloyd Carr, Alb.**

Senior Manager, Tobacco Reduction Unit  
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission  
Government of Alberta  
10909 Jasper Avenue, 2<sup>nd</sup> Floor  
Edmonton, AB T5J 3M9  
**Tél. :** (780) 422-1350     **Télééc. :** (780) 427-2352  
**lloyd.carr@aadac.gov.ab.ca**

**Nancy Hoddinott, N.-É.**

Coordinator, Tobacco Strategy  
Nova Scotia Department of Health  
Government of Nova Scotia  
1690 Hollis Street, 10<sup>th</sup> Floor  
P.O. Box 488  
Halifax, NS B3J 2R8  
**Tél. :** (902) 424-5962     **Télééc. :** (902) 424-0663  
**hoddinnl@gov.ns.ca**



**Linda Gama-Pinto, Santé Canada**

Directrice intérimaire, Planification stratégiques et politiques  
Programme de la lutte au tabagisme  
Santé Canada  
I.A. 3506B, pièce D687  
Immeuble MacDonald  
123, rue Slater  
Ottawa, ON K1A 0K9  
**Tél. :** (613) 941-4053     **Télec. :** (613) 952-5188  
**[linda\\_gama-pinto@hc-sc.gc.ca](mailto:linda_gama-pinto@hc-sc.gc.ca)**

**Bernie Squires, T.-N.-L.**

Lifestyle and Health Promotion Consultant  
Dept. of Health and Community Services  
Government of Newfoundland and Labrador  
Prince Philip Drive  
Confederation Building, West Block  
1<sup>st</sup> Floor, P.O. Box 8700  
St. John's, Newfoundland and Labrador A1B 4J6  
**Tél. :** (709) 729-1374     **Télec. :** (709) 729-1918  
**[bsquires@mail.gov.nf.ca](mailto:bsquires@mail.gov.nf.ca)**

**Kathy Langlois, Santé Canada**

Directrice générale  
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits  
Direction des programmes communautaires  
Santé Canada  
20<sup>e</sup> étage, pièce 2039B, immeuble Jeanne-Mance  
Pré Tunney  
Ottawa, ON K1A 0K9  
**Tél. :** (613) 952-9616     **Télec. :** (613) 941-3710  
**[Kathy\\_Langlois@hc-sc.gc.ca](mailto:Kathy_Langlois@hc-sc.gc.ca)**

**Mary Martin-Smith, Sask.**

Director, Population Health Branch  
Health Promotion Unit  
Saskatchewan Health  
Government of Saskatchewan  
3475 Albert Street  
Regina, SK S4S 6X6  
**Tél. :** (306) 787-7110     **Télec. :** (306) 787-3823  
**[mmartin-smith@health.gov.sk.ca](mailto:mmartin-smith@health.gov.sk.ca)**

**Erin Levy, Nt.**

Expert, Tobacco Reduction  
Dept. of Health and Social Services  
Government of Nunavut  
P.O. Box 1000, Stn. 1000  
Iqaluit, NU X0A 0H0  
**Tél. :** (867) 975-5783 (ligne privée)  
(867) 975-5700 (Réception)

**Télec. :** (867) 975-5780**elevy@gov.nu.ca****Paula Pasquali, Yn.**

Health Promotion Coordinator  
Health and Social Services  
Government of Yukon  
#2 Hospital Road  
Whitehorse, YK Y1A 2C6  
**Tél. :** (867) 667-8394      **Télec. :** (867) 667-8338  
**paula.pasquali@gov.yk.ca**

**Andrew Loughead, Man.**

Coordinator of Tobacco Control  
Manitoba Health  
Public Health, Environment Unit  
Government of Manitoba  
4070-300 Carlton Street  
Winnipeg, MB R3B 3M9  
**Tél. :** (204) 788-6731      **Télec. :** (204) 948-2040  
**aloughead@gov.mb.ca**

Nous remercions le gouvernement du Québec pour son expertise et sa collaboration relatives au présent *Rapport d'étape*.

## Annexe B

### Organisations non gouvernementales ayant contribué au présent rapport

La Société canadienne du cancer

L'Institut national du cancer du Canada

L'Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme

L'Association canadienne de santé publique

