

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 fédéral, provin-  
cial, territorial 2001 sur la lutte  
contre le tabagisme

Rédigé par le Groupe de travail sur la lutte contre le tabagisme du Comité consultatif sur la santé de la population.  
Aucune modification permise. La reproduction non commerciale est autorisée.  
Veuillez indiquer la source.

Ce document peut être fourni sur une disquette, en gros caractères, sur une cassette audio, ou en braille, ou sur demande, ou au site Web suivant : <http://www.lutte-au-tabagisme.com>

This publication is also available in English under the title:

Moving Forward: The 2001 Federal Provincial Territorial Progress Report on Tobacco Control

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et des services gouvernementaux du Canada, 2001

Cat. H21-175/2001

ISBN : 0-662-66028-5

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 fédéral,  
provincial, territorial 2001 sur  
la lutte contre le tabagisme



## Sommaire

**E**n septembre 1998, la Conférence provinciale-territoriale des ministres de la Santé a demandé à la Conférence provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé d'établir une stratégie nationale de lutte contre le tabagisme. Sous la direction de la Conférence, le Comité directeur de la stratégie nationale de lutte contre le tabagisme au Canada a préparé, en collaboration avec le Comité consultatif sur la santé de la population, une stratégie intitulée *Nouvelles directions pour le contrôle du tabac au Canada - une stratégie nationale*.

La Stratégie nationale, publiée en 1999, fournit un cadre de collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organismes non gouvernementaux pour réduire l'usage du tabac au Canada. Les ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé ont appuyé la stratégie et ont convenu que des approches soutenues globales, intégrées et de collaboration étaient nécessaires pour lutter contre le tabagisme. Puisque l'utilisation du tabac est la cause la plus importante de maladies évitables, d'invalidité et de décès prématuré au Canada, le résultat souhaité de la lutte contre le tabagisme consiste à réduire le nombre de cas de décès et de maladie attribuables au tabagisme et à l'exposition à la fumée des autres.

Le présent rapport, intitulé *La Stratégie nationale : aller vers l'avant*, est le premier rapport d'étape annuel qui présente les indicateurs servant à mesurer les progrès et établit les bases de référence pour suivre les progrès réalisés dans le sens des buts énoncés dans la Stratégie nationale, c'est-à-dire la prévention, l'abandon du tabac et la protection et la dénormalisation. Le premier rapport porte sur les progrès réalisés jusqu'en mai 2001 par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à l'appui de la Stratégie nationale et présente les données de 2000 qui sont disponibles. Il est à souhaiter que les rapports d'étape qui suivront incluront également les initiatives des organisations non gouvernementales.

Même s'il est difficile de mesurer le progrès d'année en année, le rapport d'étape annuel permet de suivre les tendances sur une période de temps et de dégager les lacunes dans les connaissances requises pour lutter contre l'usage du tabac. Le rapport indique les renseignements qui sont disponibles actuellement; fait état des données sur les tendances; établit dans la mesure du possible les données de référence pour les indicateurs qui n'ont pas été rapportés jusqu'à présent et indique les secteurs où les données ne sont pas disponibles actuellement.

*La Stratégie nationale : aller vers l'avant* présente des données sur la prévalence du tabagisme au Canada, sur la consommation des produits du tabac, sur l'industrie du tabac au Canada et sur des effets sélectionnés sur la santé de l'usage du tabac. Elle présente également des anecdotes sur diverses initiatives de lutte contre le tabagisme qui ont lieu à l'échelle du pays et qui témoignent du progrès réalisé relativement aux cinq orientations stratégiques de la Stratégie nationale.

Les données de l'an 2000 de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada indiquent que le pourcentage des fumeurs au Canada est descendu lentement pour passer de 30 % en 1990 à 24 %. Toutefois, les taux de prévalence

chez les jeunes Canadiens continuent d'être particulièrement préoccupants, puisque la majorité des nouvelles recrues de l'usage du tabac se situent parmi les adolescents. Les taux de tabagisme chez les femmes sont également un point de préoccupation puisque la diminution de la prévalence semble avoir atteint un plancher, se situant à seulement 0,2 % en 1999.

Le rapport relève également quelques lacunes importantes en matière de données. Il semble que les taux de tabagisme des groupes autochtones sont beaucoup plus élevés que ceux de la population en général, mais il n'existe aucun mécanisme de collecte de données qui permette de suivre périodiquement les taux de tabagisme dans les groupes autochtones. La pénurie de données est également importante au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et dans le Nunavut. Finalement, même si les risques pour la santé de l'usage du tabac sont bien établis, on met l'accent dans la collecte de données sur certaines affections, particulièrement le cancer du poumon et les maladies cardiovasculaires. Il est connu que d'autres maladies sont liées à l'usage du tabac, comme l'asthme et les infections de l'oreille moyenne et par conséquent, la collecte de données doit être raffinée.

# Table des matières

<b>Introduction</b> . . . . .	<b>1</b>
<b>Première partie : Suivre les indicateurs clés.</b> . . . . .	<b>3</b>
Sur les statistiques . . . . .	3
<i>Statistiques sur la prévalence</i> . . . . .	3
<i>Statistiques sur la consommation du tabac</i> . . . . .	4
<i>Statistiques sur les ventes de tabac</i> . . . . .	4
Prévalence du tabagisme au Canada . . . . .	4
Consommation de cigarettes . . . . .	9
Effets de l'usage du tabac sur la santé . . . . .	10
<i>Mortalité attribuable au tabagisme</i> . . . . .	11
<i>Cancer du poumon</i> . . . . .	12
<i>Estimation du cancer du poumon pour 2001</i> . . . . .	13
<i>Maladies cardiovasculaires</i> . . . . .	14
<i>Autres problèmes de santé</i> . . . . .	14
Statistiques de l'industrie du tabac . . . . .	16
<b>Deuxième partie : Vers une société sans fumée</b> . . . . .	<b>19</b>
Prévention . . . . .	20
Abandon du tabac . . . . .	21
<i>Ce qui a motivé les personnes qui ont réussi à arrêter</i> . . . . .	21
<i>Ce qu'il faut faire pour arrêter</i> . . . . .	22
Protection . . . . .	22
<i>Des données provinciales sur les restrictions sur le tabagisme dans les lieux de travail</i> . . . . .	23
Dénormalisation . . . . .	24
<b>Troisième partie : Progrès réalisés dans les orientations stratégiques</b> . . . . .	<b>25</b>
Politique et législation . . . . .	25
<i>Établissement de milieux sans fumée</i> . . . . .	26
<i>Mise en application d'augmentations de taxe</i> . . . . .	27
<i>Élaboration de politiques et de recommandations</i> . . . . .	27
<i>Consolidation des stratégies de lutte contre le tabac</i> . . . . .	27
Éducation du public (Information, médias, programmes et services) . . . . .	28
<i>Visite des ménages</i> . . . . .	28
<i>Publicité télévisée</i> . . . . .	28
<i>Dans Internet</i> . . . . .	29
<i>Extension des services aux jeunes</i> . . . . .	29
Responsabilisation de l'industrie et contrôle des produits . . . . .	30
<i>Règlements</i> . . . . .	30
<i>Avertissements pour la santé</i> . . . . .	30
<i>Recouvrement des coûts des soins de santé</i> . . . . .	30
Recherche, évaluation et surveillance . . . . .	31
<i>Recherche</i> . . . . .	31
<i>Projets pilotes</i> . . . . .	31
<i>Évaluation</i> . . . . .	32
<i>Surveillance</i> . . . . .	32
Création et soutien des moyens d'action . . . . .	32
Premières nations, Inuits et Métis . . . . .	34
<b>Conclusion : Aller vers l'avant</b> . . . . .	<b>36</b>
<b>Annexe A : Statistiques sur la prévalence du tabagisme par province</b> . . . . .	<b>A-1</b>





# Introduction

**L**e Canada est reconnu mondialement comme chef de file dans la lutte contre l'usage du tabac et dans la réglementation de la vente, de la mise en marché et de l'étiquetage des produits du tabac. À la suite d'un ensemble de lois, de campagnes d'éducation publique et de mesures en santé publique, le pourcentage des fumeurs dans la population canadienne est environ la moitié de ce qu'il était en 1965.

Cependant, le taux de diminution dans l'usage du tabac a ralenti avec le temps; il faut donc trouver la meilleure technique pour réduire davantage l'usage du tabac. En septembre 1998, la Conférence provinciale-territoriale des ministres de la Santé a demandé à la Conférence provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé d'établir une stratégie nationale de lutte contre le tabagisme. Sous la direction de la Conférence, le Comité directeur de la stratégie nationale de lutte contre le tabagisme au Canada a préparé, en collaboration avec le Comité consultatif sur la santé de la population, une stratégie intitulée *Nouvelles directions pour le contrôle du tabac au Canada - une stratégie nationale*.

La stratégie nationale, publiée en 1999, fournit un cadre d'action pour réduire l'usage du tabac au Canada. Les ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé ont appuyé la stratégie et ont convenu que des approches soutenues globales, intégrées et de collaboration étaient nécessaires pour lutter contre le tabagisme.

La Stratégie nationale révisée a retenu trois objectifs fondamentaux : 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—changer les attitudes des Canadiens à l'égard des produits du tabac et de l'usage du tabac.

La Stratégie nationale repose sur un cadre de santé de la population qui touche une vaste gamme de déterminants connus du tabagisme. Le cadre de santé de la population englobe les facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influencent les tendances en ce qui concerne le tabagisme, ainsi que les pratiques personnelles en matière de santé, les habiletés d'adaptation et l'accessibilité des services appropriés. Il est évident qu'un problème de cette complexité et de cette magnitude exige la mise en place de démarches à long terme, soutenues et complémentaires dans les domaines de la recherche, de la politique, de la législation et des programmes de promotion de la santé.

Bien que le message antitabac s'adresse à tous les Canadiens, les interventions visant le grand public doivent être équilibrées et adaptées aux besoins des groupes et des personnes qui sont aux prises avec des risques en particulier. Pour lutter contre l'usage du tabac de façon efficace et réduire la demande des produits du tabac, il faut des stratégies diversifiées visant notamment à effectuer de la recherche, élaborer des politiques et concevoir des programmes efficaces. Il importe également d'adopter une démarche coordonnée dans laquelle les responsabilités sont partagées entre tous les paliers de gouvernement et les organisations non gouvernementales. Ces dernières ont fait des contributions substantielles dans les divers aspects de la lutte contre le tabagisme au Canada et il est prévu que le prochain rapport d'étape sera enrichi de leur participation.

Bien que ce soit à l'extérieur de la portée du présent rapport, il convient de noter que le Canada se situe parmi les pays qui interviennent le plus pour lutter contre le tabagisme à l'échelle internationale et que de nombreuses organisations non gouvernementales ont participé, avec l'appui de Santé Canada, à des réunions de l'Organisation mondiale de la santé en vue d'établir une Convention-cadre internationale de lutte contre le tabagisme.

La Stratégie nationale doit s'accompagner d'une mesure des progrès réalisés. Compte tenu de la période de temps qui s'écoule entre la mise en œuvre d'une initiative et l'impact qu'elle peut avoir, il importe de déterminer des indicateurs clés et de les suivre périodiquement sur une longue période. Le présent rapport intitulé, *La Stratégie nationale : aller vers l'avant*, est le premier rapport d'étape annuel qui présente les indicateurs servant à mesurer les progrès réalisés et établit les bases de référence pour suivre ces progrès. Ce premier rapport porte sur les progrès réalisés jusqu'en mai 2001 par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à l'appui de la Stratégie nationale et présente les données de 2000 qui sont disponibles.

Même s'il est difficile de mesurer le progrès d'année en année, le rapport d'étape annuel permet de suivre les tendances sur une période de temps et de dégager les lacunes dans les connaissances requises pour lutter contre l'usage du tabac. Le rapport indique les renseignements qui sont disponibles actuellement; fait état des données sur les tendances; établit dans la mesure du possible les données de référence pour les indicateurs qui n'ont pas été rapportés jusqu'à présent et indique les secteurs où les données ne sont pas disponibles actuellement.

Ce rapport de référence présente l'information dans trois sections. La première partie présente des statistiques sur la prévalence du tabagisme au Canada, sur la consommation de produits du tabac, sur l'industrie du tabac au Canada et sur les effets indésirables sur la santé de l'usage du tabac. La deuxième partie porte sur les façons de mesurer le progrès réalisé dans le sens des quatre objectifs énoncés dans la stratégie. La troisième partie présente des anecdotes sur diverses initiatives de lutte contre le tabagisme qui sont en place dans tout le pays et qui témoignent du progrès réalisé dans le sens des cinq orientations stratégiques de la stratégie nationale. Même si faute d'espace, il n'est pas possible de présenter une liste complète des activités, le nombre et l'envergure des initiatives en place dans tout le pays constituent une indication du progrès réalisé dans la lutte contre le tabagisme et une indication de la détermination de tous les paliers de gouvernement à mettre la stratégie nationale de l'avant.

## Première partie : Suivre les indicateurs clés



**L**e savoir est souvent l'agent de changement le plus puissant. Il n'est pas suffisant de se contenter de connaître la destination ou même l'itinéraire. Le voyageur averti remarque les points de repère et les étapes clés pour s'assurer de suivre l'itinéraire et d'atteindre la destination. Pour s'assurer que le Canada reste sur la bonne voie et continue de progresser vers une société sans fumée, il importe de suivre certains indicateurs clés sur une période de temps.

Le rapport d'étape annuel présenté aux ministres de la Santé suivra les changements relatifs à la prévalence du tabagisme au Canada (combien de Canadiens fument) et à la consommation de cigarettes (le nombre moyen de cigarettes fumées par des fumeurs quotidiens). Le rapport d'étape suivra également des effets néfastes pour la santé sélectionnés de l'usage du tabac. Pour compléter le profil statistique de l'usage du tabac, le rapport d'étape présentera des renseignements financiers et sur les ventes de l'industrie du tabac.

### Sur les statistiques

Traditionnellement, l'usage du tabac a été mesuré de trois façons : la prévalence, la consommation et les ventes de tabac. Bien que chacune de ces mesures comporte ses points forts et ses points faibles, elles se complètent.

#### Statistiques sur la prévalence

Les données existantes au Canada sur la prévalence ont été recueillies au moyen de diverses enquêtes, sans continuité à long terme ni comparaison. Malheureusement, il n'y a pas eu d'enquête annuelle de grande envergure avant 1999. Le manque de continuité dans la collecte de ces données est illustré dans les Figures 2 et 3. Un petit nombre d'enquêtes qui ont été effectuées s'appuyaient sur des échantillons d'une taille suffisante pour permettre de dégager des taux de prévalence provinciaux significatifs sur le plan statistique. En outre, étant donné le temps qu'il a fallu pour garantir la qualité des données, il s'est écoulé en général une période de deux à trois ans entre la tenue de l'enquête et le moment où les données sont devenues disponibles. Un décalage de cette longueur risque de compliquer la planification des initiatives de lutte contre le tabagisme.

Pour corriger ces lacunes, Santé Canada a institué l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) en 1999. L'ESUTC est un outil de collecte de données qui fournit à Santé Canada et à ses partenaires des données à jour, fiables, comparables et continues sur l'usage du tabac au Canada. Statistique Canada, qui effectue l'ESUTC pour le compte de Santé Canada, présente des données semestrielles (vagues 1 et 2) et annuelles à l'échelle provinciale avec cumul national, en se servant d'un échantillon sur une année complète de 20 000 répondants. Environ la moitié des personnes étudiées ont entre 15 et 24 ans. Après six mois, le délai des données de l'ESUTC est beaucoup plus court que celui des enquêtes effectuées auparavant.

Toutefois, il reste une lacune statistique importante. La méthode de collecte de données la plus courante et la plus économique est l'enquête par téléphone. Puisque moins de ménages dans le Nord ont le téléphone, la collecte des données au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et dans le Nunavut coûtent plus cher. Pour cette raison, en général les territoires ne sont pas inclus dans les grandes

enquêtes, ce qui rend difficile l'obtention de données comparables sur l'usage du tabac pour le Nord.

Il convient également de se rappeler que les enquêtes actuelles ne permettent pas de recueillir des renseignements sur certains groupes de la population, par exemple, les personnes qui ont été placées en établissement ou incarcérées et celles qui sont sans-abri.

Lorsque l'on étudie les données historiques, il est important de se rappeler que jusqu'à récemment, il y avait peu de cohérence dans la façon dont les Canadiens étaient sondés quant à leur usage du tabac. En 1994, Santé Canada a tenu un atelier sur la formulation des questions concernant l'usage du tabac. Les recommandations de l'atelier ont été publiées dans la revue *Maladies chroniques au Canada* (été 1994, vol. 15, no 3) et elles ont servi de guide pour élaborer les enquêtes sur l'usage du tabac.

Pour toutes ces raisons, même si les données actuelles sur prévalence ne sont pas fiables sur une base annuelle, elles présentent tout de même un profil utile des grandes tendances dans une perspective de plusieurs années.

### Statistiques sur la consommation du tabac

La collecte et l'analyse des données sur la consommation présentent un problème différent. Parfois la consommation est déterminée en établissant la moyenne du nombre de cigarettes fumées par tous les fumeurs quotidiens. Parfois les statistiques de la consommation sont déterminées en divisant le nombre de cigarettes vendues par le total de la population, ou par le total de fumeurs. Puisqu'il s'agit là de moyennes, les grands changements qui peuvent être constatés dans les données sur les ventes ne correspondent pas aux changements dans la consommation. De plus, l'ancienne méthode repose sur les déclarations personnelles et invariablement, les fumeurs sous-évaluent leur consommation. Par conséquent, ces nombres ont tendance à être inférieurs aux ventes de cigarettes rapportées pour la même période. La différence constatée entre les données sur la consommation déclarée par les personnes et les données sur les ventes ont atteint jusqu'à 30 %. Cependant, puisque ces sous-déclarations sont uniformes chez les femmes, chez les hommes et pour tous les groupes d'âge, on peut établir des comparaisons d'une année à l'autre avec un certain degré de fiabilité.

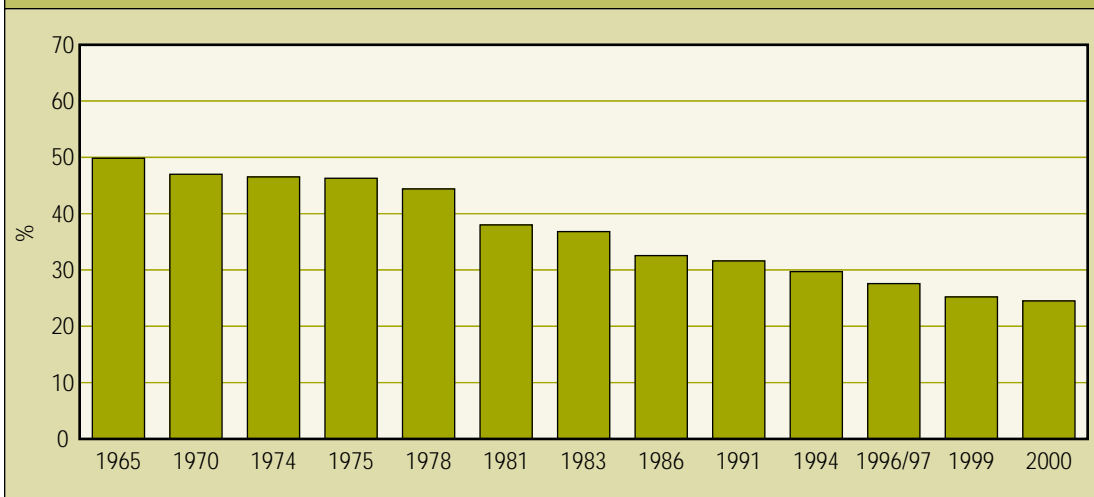
### Statistiques sur les ventes de tabac

Les données sur les ventes rapportées ne sont pas des données sur les ventes au détail, mais plutôt des données sur les ventes du fabricant aux grossistes, pour lesquelles des droits et taxes ont été payés. Bien que ces données soient recueillies et rapportées mensuellement, elles ne représentent pas les ventes à la consommation à court terme. Néanmoins, à long terme (un an ou plus), ces données représentent bien le modèle de consommation.

### Prévalence du tabagisme au Canada

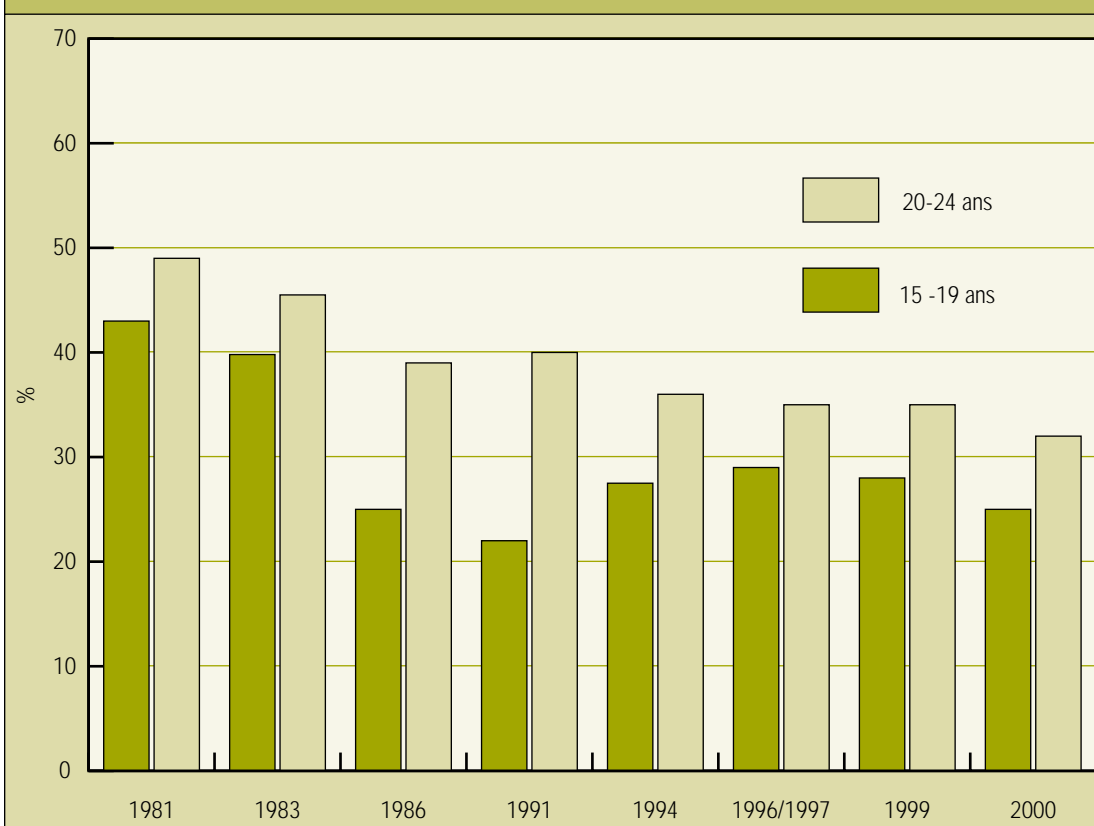
D'après les résultats de l'ESUTC de 2000, les taux de prévalence du tabagisme au Canada ont atteint le niveau le plus bas enregistré depuis que la surveillance périodique a commencé en 1965. Un peu plus de 6 millions de Canadiens de 15 ans et plus étaient des fumeurs en 2000, ce qui représente une diminution du pourcentage des fumeurs de 50 % en 1965 à 24 % en 2000. (Figure 1)

**Figure 1 Prévalence des fumeurs canadiens actuels âgés de 15 ans et plus, 1965–2000**



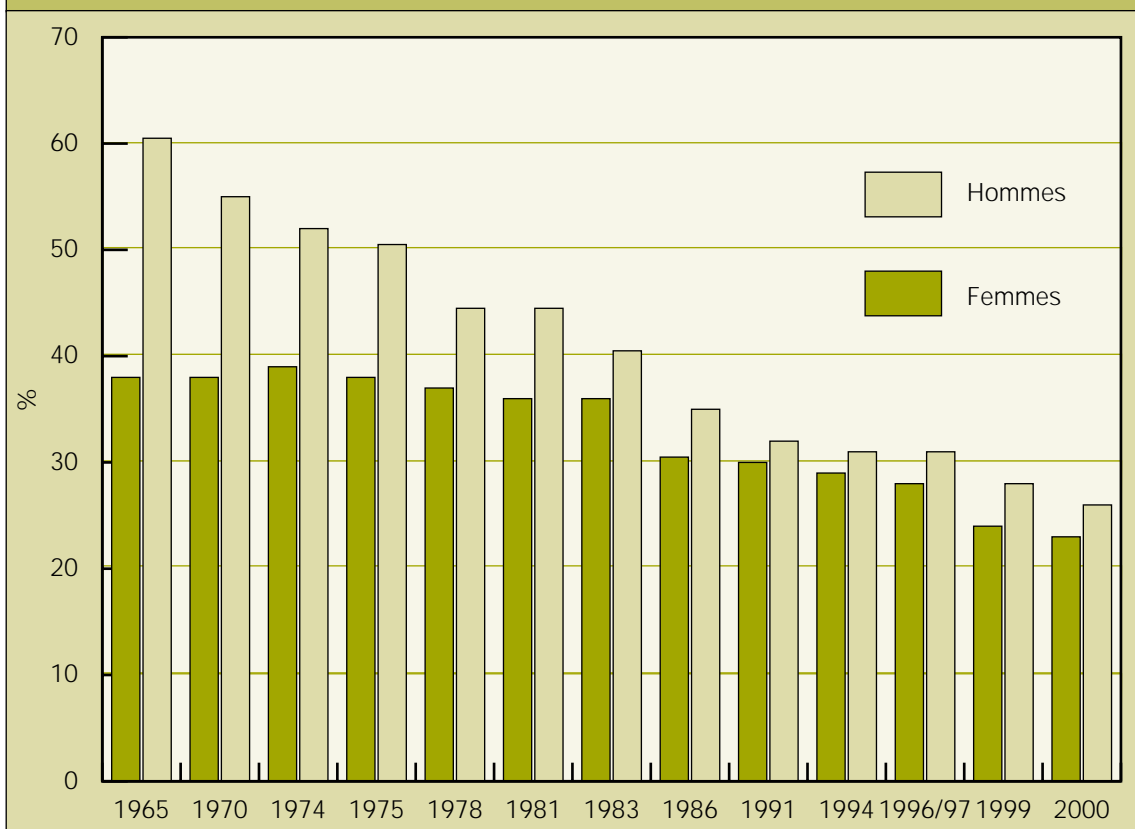
Sources : 1981-1986 Supplément de l'Enquête sur la population active; 1991, Enquête sociale générale; 1994, Enquête sur le tabagisme au Canada; 1996/97, Enquête nationale sur la santé de la population; 1999-2000, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle).

**Figure 2 Prévalence des fumeurs canadiens actuels par groupe d'âge chez les jeunes, 1981–2000**



Sources : 1981-1986 Supplément de l'Enquête sur la population active; 1991, Enquête sociale générale; 1994, Enquête sur le tabagisme au Canada; 1996/97, Enquête nationale sur la santé de la population; 1999-2000, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle).

**Figure 3 Prévalence des fumeurs canadiens actuels âgés de 15 ans et plus, par sexe, 1965–2000**



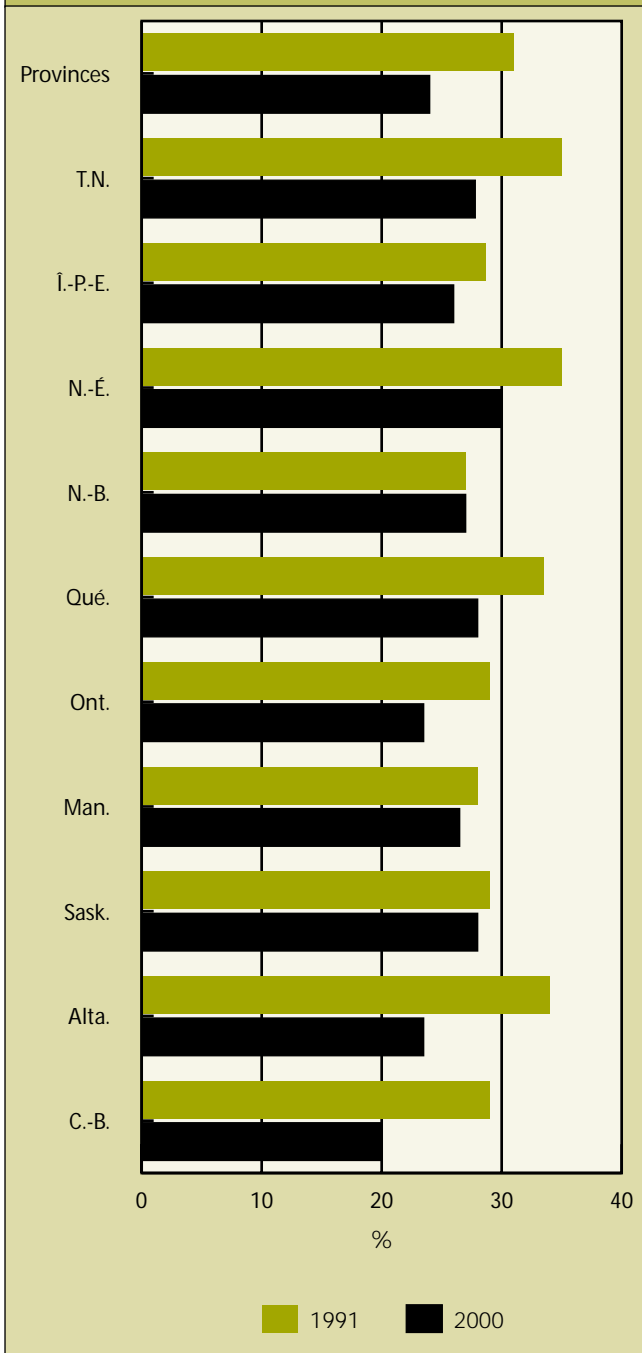
Sources: 1965-1975, 1981-1986 Supplément de l'Enquête sur la population active; 1978, Enquête santé Canada; 1991, Enquête sociale générale; 1994, Enquête sur le tabagisme au Canada; 1996/97, Enquête nationale sur la santé de la population; 1999-2000, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle).

Vingt-trois pour cent des femmes et 26 % des hommes étaient des fumeurs. Puisque le taux de prévalence des hommes fumeurs a toujours été plus élevé, la diminution chez les hommes fumeurs a été plus grande que celle des fumeuses. En 1965, les hommes représentaient 61 % des fumeurs tandis que les femmes ne représentaient que 38 % des fumeurs. (Figure 3)

Bien que dans l'ensemble les taux de prévalence des fumeurs et les taux des hommes et des femmes aient diminué d'une façon régulière au cours des 35 dernières années, les taux chez les jeunes de 15 à 19 ans n'ont pas diminué de la même façon. Entre 1990 et 1994, les taux de prévalence des adolescents ont même augmenté. Toutefois, la tendance s'est renversée en 1994 et le taux a baissé en 2000 pour se situer à 25 % par rapport à 28 % en 1999. Parmi les adolescents, le taux était un peu plus élevé chez les filles, à 27 % que celui des garçons qui était de 23 % en 2000. Les résultats de l'enquête révèlent que plus de filles ont commencé à fumer à un âge inférieur à celui des garçons. Si l'on examine de plus près le groupe d'âge de 15 ans à 19 ans, 25 % des filles de 15 à 17 ans fumaient par rapport à seulement 19 % des garçons. Dans le groupe d'âge des 18 à 19 ans, le taux de prévalence atteint 31 % pour les deux sexes. (Figure 2)

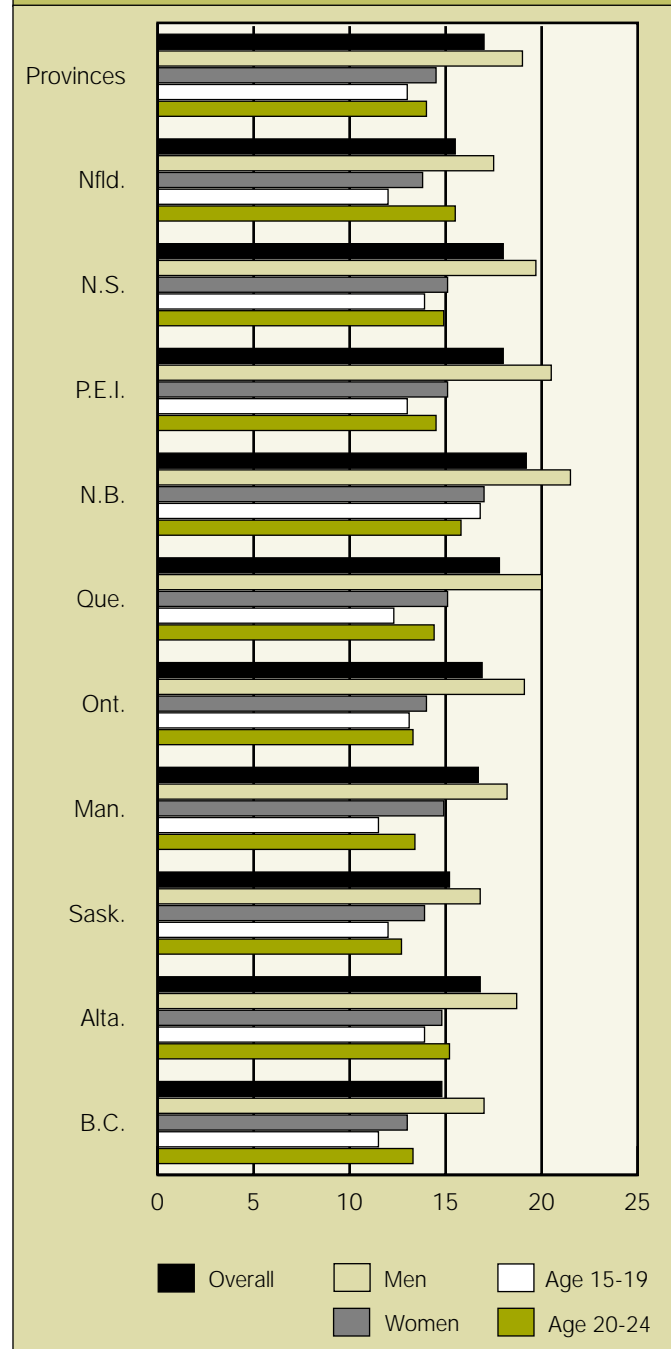
Le taux de prévalence dans le groupe d'âge des 20 à 24 ans a diminué pour passer de 35 % en 1999 à 32 % en 2000. Puisque le taux des femmes dans ce groupe d'âge est resté stable à 32 %, le changement est attribuable principalement au taux de tabagisme chez les hommes qui est passé de 40 % en 1999 à 33 % en 2000.

**Figure 4 Prévalence des fumeurs canadiens actuels, par province, 1991 et 2000**



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

**Figure 5 Nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs quotidiens canadiens âgés de 15 ans et plus, 2000**



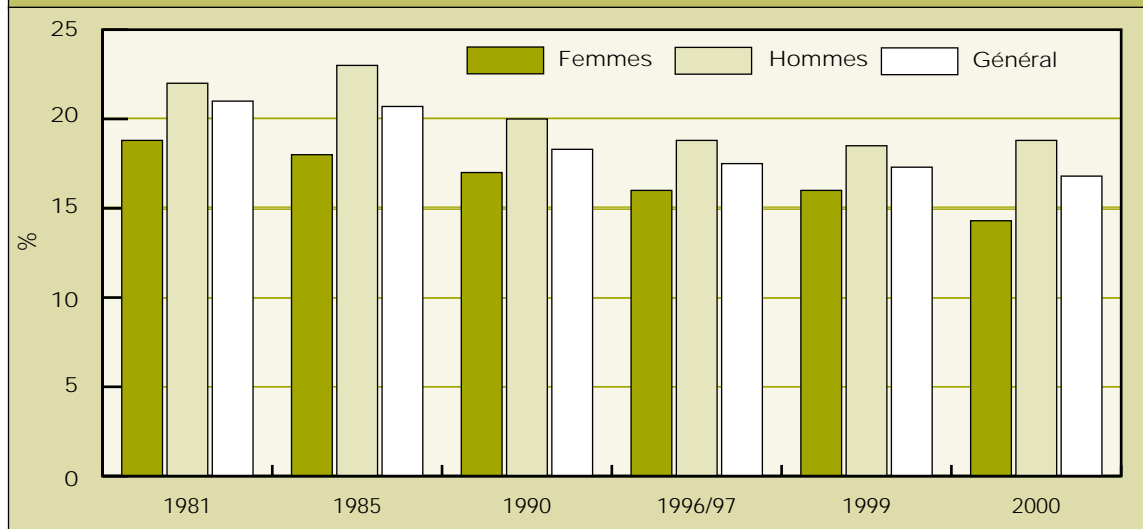
Source : Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2000.

Les taux de prévalence varient grandement entre les provinces, de 20 % en Colombie-Britannique à 30 % en Nouvelle-Écosse. Pour la première fois en dix ans, le Québec n'était pas au premier pour ce qui est de la prévalence globale du tabagisme. En fait, le tabagisme chez les adolescents a chuté de 36 % à 30 % au Québec, de 31 % à 24 % en Saskatchewan et de 28 % à 21,5 % à l'Île-du-Prince-Édouard. Parallèlement au Québec, c'est en Alberta et à Terre-Neuve qu'on a noté les plus importantes améliorations, en plus de remarquer une diminution dans la plupart des provinces (Figure 4). L'annexe A présente des tableaux plus détaillés de la prévalence du tabagisme par province.

Malheureusement, il existe peu de données sur l'utilisation du tabac par les peuples autochtones. Toutefois, l'Enquête auprès des peuples autochtones, qui a été faite dans les réserves seulement, et l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, nous ont appris que la prévalence du tabagisme est probablement deux fois plus élevée que pour le Canada. En 1997, la prévalence des fumeurs actuels chez les Premières nations et les Inuits était de 62 %. (Voir le tableau A-11 à l'annexe A pour plus de précisions sur la prévalence dans les Territoires du Nord-Ouest.)

Le Ministry of Health and Social Services des Territoires du Nord-Ouest a publié un rapport technique, *The Facts About Smoking in the Northwest Territories* qui est fondé sur les données de plusieurs enquêtes menées en 1996 et en 1999. Les conclusions du rapport confirment que les taux de prévalence dans les Territoires du Nord-Ouest sont très élevés—42 % de la population des 18 ans et plus fument et 27 % des 10 à 17 ans sont actuellement fumeurs. D'après le rapport, la prévalence de l'usage du tabac est plus élevée chez les peuples autochtones pour chacun des groupes d'âge. Dans le groupe d'âge des 25 à 34 ans, le taux d'usage du tabac des Autochtones (62 %) est plus que le double du taux des non-Autochtones (28 %).

**Figure 6** Nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs quotidiens canadiens âgés de 15 ans et plus, 1981–2000<sup>a</sup>



Sources: 1981, Supplément de l'Enquête sur la population active; 1985 et 1990, Enquête promotion santé Canada; 1996-1997, Enquête nationale sur la santé de la population; 1999-2000, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle).



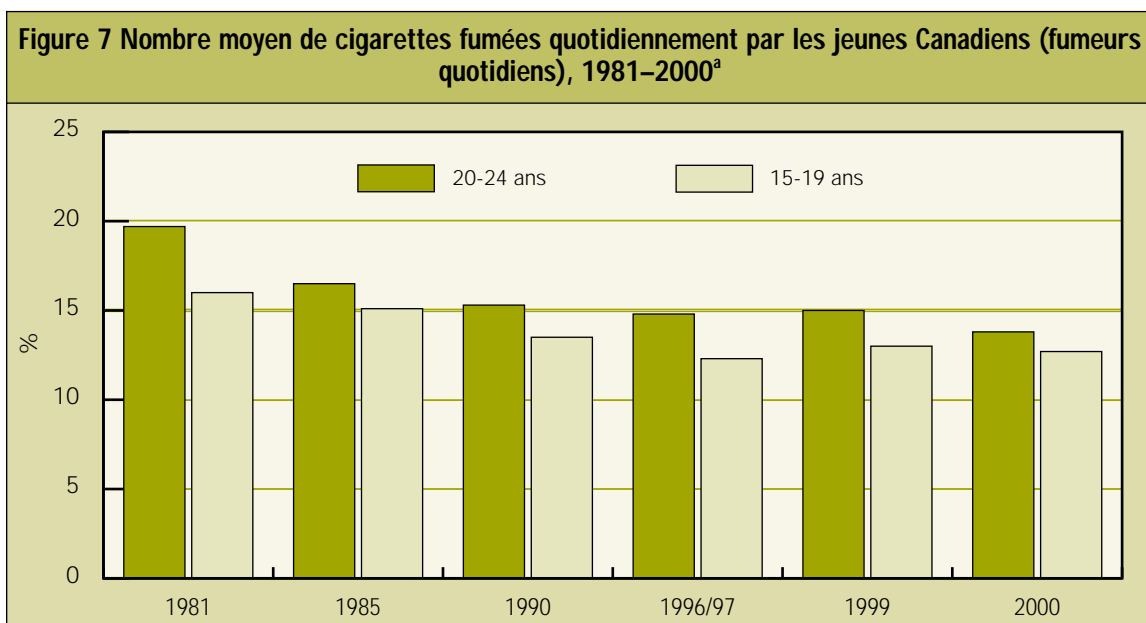
## Consommation de cigarettes

D'après l'ESUTC 2000, environ 6 millions de personnes se sont déclarées fumeurs dans les 10 provinces. Des différences provinciales étaient attribuables, du moins partiellement, aux différences dans le prix des cigarettes, mais elles peuvent également être attribuables aux initiatives de lutte contre le tabagisme. La moyenne du niveau de consommation quotidien la plus basse a été constatée en Colombie-Britannique et la plus élevée, au Nouveau-Brunswick. Avec la Colombie-Britannique, le Québec et Terre-Neuve ont connu la plus grande diminution de la consommation en 2000. Le changement du niveau de consommation de cigarettes au Québec tient compte de la baisse de la consommation quotidienne de cigarettes des femmes de 18,2 en 1999 à 15,1 en 2000. (Figure 5)

Dans le groupe de 15 à 19 ans, les taux les plus bas se situent en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba. Les taux les plus élevés se situent au Nouveau-Brunswick où le nombre de cigarettes fumées par jour par les fumeurs âgés de 15 à 19 ans est passé de 14,6 en 1999 à 16,6 en 2000.

Les niveaux de consommation quotidienne ont diminué de façon régulière, autant pour les hommes que pour les femmes, au cours des vingt dernières années. La diminution est plus prononcée pour les hommes que pour les femmes, puisque traditionnellement, les hommes fumaient plus de cigarettes par jour que les femmes. Bien que les données d'ensemble pour 2000 indiquent une diminution depuis 1999, les hommes fument un peu plus de cigarettes par jour qu'en 1999. (Figure 6)

En 1999, les niveaux de consommation des jeunes Canadiens ont augmenté, particulièrement dans le groupe de 15 à 19 ans. Cependant, en 2000, il y a eu une diminution à la fois dans le groupe des 15 à 19 ans et dans le groupe des 20 à 24 ans. (Figure 7)



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

Sources : 1981, Supplément de l'Enquête sur la population active; 1985 et 1990, Enquête promotion santé Canada; 1996/97, Enquête nationale sur la santé de la population ; 1999-2000, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (annuelle).

## Effets de l'usage du tabac sur la santé

Même si les méthodes actuelles de collecte de données se sont améliorées à la suite de la normalisation des définitions et des questions, il existe toujours des écarts dans les statistiques sur la santé relatives au tabac. Au niveau national, il est difficile de relier dans un même ensemble de données l'usage du tabac, les risques pour la santé et les effets sur la santé. Donc, pour l'instant, il nous est difficile de surveiller certaines des maladies connues résultant de l'usage du tabac et de l'impact du tabac sur les personnes, leurs familles et le système de santé, sur le plan économique ou autrement.

**Tableau 1 Estimation de la mortalité attribuable au tabagisme chez les fumeurs actuels et les anciens fumeurs, selon la région et le sexe, au Canada, a 1991, 1994, et 1996**

	1991 <sup>b</sup>	1994 <sup>c</sup>	1996 <sup>c</sup>
<b>Canada<sup>a</sup></b>	40 818	45 472	45 215
Hommes	27 646	29 991	29 229
Femmes	13 172	15 481	15 986
<b>Atlantique</b>	3 886	4 530	4 305
Hommes	2 761	3 059	2 865
Femmes	1 125	1 471	1 440
<b>Québec</b>	11 693	12 591	12 329
Hommes	8 094	8 580	8 254
Femmes	3 599	4 011	4 075
<b>Ontario</b>	14 295	15 931	15 642
Hommes	9 503	10 376	9 942
Femmes	4 792	5 555	5 700
<b>Prairies</b>	5 780	6 910	7 080
Hommes	3 912	4 566	4 560
Femmes	1 868	2 344	2 520
<b>Colombie-Britannique</b>	5 164	5 510	5 931
Hommes	3 376	3 410	3 680
Femmes	1 788	2 100	2 251

<sup>a</sup> Les estimations pour l'ensemble du Canada, n'incluent pas le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon parce qu'il n'existe pas de données sur la prévalence du tabagisme dans les territoires pour ces années-là.

<sup>b</sup> Source : Makomaski Illing, EM, Kaiserman MJ, La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1991, RCSP, Volume 86, No. 4, juillet-août 1995.

<sup>c</sup> Source : Makomaski Illing, EM, Kaiserman MJ, La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1994 et 1996. CCID, Volume 20, No 3, 1999.

Pour améliorer les estimations des taux de morbidité et de mortalité attribuables à la cigarette, il reste beaucoup de travail à faire dans la collecte des renseignements sur les personnes ayant certains états de santé. Bien que les effets indésirables sur la santé et les risques pour la santé de l'usage du tabac sont bien établis, la collecte de données s'est articulée sur certains états de santé, notamment le cancer du poumon et les maladies cardiovasculaires. Il est connu que d'autres maladies sont associées au tabagisme ou à l'exposition à la fumée secondaire, notamment l'asthme, les infections de l'oreille moyenne et il importe de raffiner la collecte des données.

Puisque les différences dans le nombre de décès reliés au tabac et de maladies graves diagnostiquées peuvent être faibles d'une année à l'autre, les tendances à long terme présentent un grand intérêt. Une autre difficulté liée à l'analyse des statistiques sur la santé est le long délai qui s'écoule avant l'apparition de maladies liées au

**Tableau 2 Nombre estimé de nouveaux cas et de décès du cancer du poumon et de la bouche en 2001<sup>a</sup>**

	Cancer du poumon CIM-9 162 <sup>b</sup>						Cancer de la bouche CIM-9 140-149 <sup>b</sup>					
	Nouveaux cas			Décès			Nouveaux cas			Décès		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>Canada</b>	12 100	9 200	21 200	10 700	7 400	18 000	2 100	980	3 100	730	320	1 050
<b>T.-N.</b>	150	90		240	100		60	10		15	— <sup>c</sup>	
<b>Î.-P.-É.</b>	65	45		55	50		10	5		5	— <sup>c</sup>	
<b>N.S.</b>	440	340		430	290		65	35		30	15	
<b>N.-B.</b>	380	260		350	160		45	20		20	5	
<b>Qué.</b>	3 900	2 600		3 500	2 100		540	200		220	70	
<b>Ont.</b>	4 100	3 300		3 500	2 500		830	410		250	130	
<b>Man.</b>	450	330		350	250		100	50		30	20	
<b>Sask.</b>	350	260		320	250		75	30		15	10	
<b>Alb.</b>	840	690		740	600		160	80		50	25	
<b>C.-B.</b>	1 300	1 200		1 200	1 050		250	140		95	45	

<sup>a</sup> Taux rajustés. Le total des lignes et des colonnes ne correspond peut-être pas aux données individuelles à cause de l'arrondissement.

<sup>b</sup> CIM-9 désigne la 9e révision de la Classification internationale des maladies.

<sup>c</sup> Moins de cinq cas.

Source : Statistiques canadiennes sur le cancer 2001. Toronto : Institut national du cancer du Canada; 2001. <[www.cancer.ca/stats/tables/tab6e.htm](http://www.cancer.ca/stats/tables/tab6e.htm)> [Citation : 14 juin 2001]

tabagisme. L'incidence du cancer du poumon enregistrée aujourd'hui est le résultat de l'usage du tabac observé il y a entre 20 et 40 ans. De plus, au cours de cette période, les progrès considérables qui ont été réalisés dans la technologie médicale ont permis de réduire les taux de mortalité par rapport à ce qu'ils auraient été autrement.

### Mortalité attribuable au tabagisme

Le tabagisme continue d'être la principale cause évitable de décès et de maladie au Canada, le nombre de décès se situant à environ 45 000 Canadiens chaque année. Il dépasse de loin la seconde principale cause évitable de décès – les accidents, qui étaient responsables de 8 600 décès en 1996.

En 1991, on estimait à 41 400 le nombre de décès attribuables au tabagisme au Canada, ce qui représentait 21 % de tous les décès cette année-là. Le taux de décès chez les hommes était plus du double de celui des femmes—27 900 par rapport à 13 500.

En 1996, le nombre de décès attribuables au tabagisme avait augmenté d'environ 8 % soit 3 800 décès, dont 64 % étaient des femmes. Au cours de cette période, le nombre de décès liés au tabagisme chez les hommes est resté relativement constant à environ 27 500. Toutefois, les décès liés au tabagisme chez les femmes ont augmenté à un taux plus rapide que les décès chez les hommes. En 1985,

<sup>1</sup> Makomaski Illing, EM, Kaiserman MJ, La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1994 et 1996. CCID, Volume 20, No 3, 1999.

<sup>2</sup> Makomaski Illing, EM, Kaiserman MJ, La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1991, RCSP, Volume 86, No. 4, juillet-août 1995. Le cancer du poumon au Canada - Actualités sur le cancer, Santé Canada, juin 1998

seulement 9 000 des personnes décédées étaient des femmes. Cette année-là, le ratio des décès hommes-femmes attribuables au tabagisme était d'environ de 3 à 1. En 1989, ce ratio était tombé à 2,5 à 1 et en 1991, il était de 2 à 1. En 1996, ce ratio a poursuivi sa baisse pour se situer à 1,8 à 1.

Parmi les 45 200 décès attribuables au tabagisme selon les estimations de 1996, 100 décès frappaient des enfants de moins d'un an, dont 60 % étaient des garçons. Le cancer était responsable de 17 700 de l'ensemble des décès estimés. Les maladies cardiovasculaires étaient responsables de 17 800 autres décès et les maladies respiratoires étaient à l'origine des 9 500 décès restants. À l'échelle régionale, les décès liés au tabagisme ont augmenté entre 1991 et 1996 de 20 % dans les Prairies et de 8 % en Ontario.

### Cancer du poumon

L'usage de la cigarette est la principale cause du cancer du poumon, étant responsable d'au moins 80 % de tous les nouveaux cas chez les femmes et de 90 % des cas diagnostiqués chez les hommes. Le risque grimpe avec le nombre de cigarettes fumées par jour et encore plus avec le nombre d'années de consommation.<sup>3</sup>

En 1991, parmi tous les décès reliés au tabagisme, le cancer du poumon a été la cause de 31 % des décès d'hommes et de 26 % des décès de femmes. Environ 17 100 décès attribuables au cancer du poumon ont été recensés au Canada en 1998,

**Tableau 3 Estimation des taux comparatifs de mortalité du cancer du poumon et de la bouche, 2001**

	Taux par 100 000			
	Cancer du poumon CIM-9 162 <sup>a</sup>		Cancer de la bouche CIM-9 140-149 <sup>a</sup>	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Canada <sup>b</sup>	69	37	5	2
T.-N.	89	28	5	— <sup>c</sup>
Î.-P.-É.	75	52	6	1
N.-É.	87	44	6	2
N.-B.	89	32	4	— <sup>c</sup>
Qué.	95	41	6	1
Ont.	58	33	4	2
Man.	59	34	5	2
Sask.	55	35	3	1
Alb.	57	37	4	2
C.-B.	56	37	4	2

<sup>a</sup> CIM-9 désigne le 9e révision de la Classification internationale des maladies.

<sup>b</sup> Les estimations ont été rajustées pour éliminer l'influence de la variation dans la population entre les provinces. Les taux ont été rajustés en fonction de la répartition selon l'âge dans la population canadienne de 1991. Les totaux pour le Canada comprennent les estimations provinciales et territoriales.

<sup>c</sup> Les nombres sont trop petits pour être rapportés.

Source : Statistiques canadiennes sur le cancer 2001. Toronto : Institut national du cancer du Canada; 2001.

<[www.cancer.ca/stats/tables/tab6e.htm](http://www.cancer.ca/stats/tables/tab6e.htm)> [Citation : 14 juin 2001]

<sup>3</sup> Le cancer du poumon au Canada - Actualités sur le cancer, Santé Canada, juin 1998

et on estime à 20 400 le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon diagnostiqués.

L'incidence du cancer du poumon et les taux de mortalité qui y sont associés ont toujours été beaucoup plus bas chez les femmes que chez les hommes, mais ces deux taux n'ont cessé d'augmenter dans la population féminine au cours des deux dernières décennies, tandis qu'au milieu des années 1980, les taux d'incidence ont commencé à décliner chez les hommes.

À l'échelle régionale, en 1995, il a été rapporté que l'incidence du cancer du poumon et les taux de mortalité dans les Territoires du Nord-Ouest étaient plus élevés que dans les provinces. Cette disparité était plus particulièrement prononcée chez les femmes. Il y avait aussi une variabilité statistiquement significative dans l'incidence du cancer du poumon et la mortalité à travers les provinces. Les taux étaient particulièrement élevés chez les hommes au Québec et les femmes en Colombie-Britannique.

### Estimation du cancer du poumon pour 2001

Étant donné le temps qui s'est écoulé avant l'apparition du cancer du poumon, la diminution de la prévalence du tabagisme qui s'est produite depuis les années 1960 sera confirmée dans l'incidence et les décès réduits du cancer du poumon au cours des années à venir. Toutefois, l'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les jeunes dans les années 1990 suscite des préoccupations et elle se traduira éventuellement par des augmentations futures de l'incidence du cancer du poumon et des taux de mortalité.

**Tableau 4 Estimation des taux comparatifs d'incidence du cancer du poumon et de la bouche, 2001<sup>a</sup>**

	Taux par 100 000			
	Cancer du poumon CIM-9 162 <sup>b</sup>		Cancer de la bouche CIM-9 140-149 <sup>b</sup>	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Canada	77	47	13	5
T.-N.	53	26	21	4
Î.-P.-É.	92	53	7	1
N.-É.	86	55	12	5
N.-B.	95	50	10	4
Qué.	105	53	13	4
Ont.	68	44	13	6
Man.	75	47	16	6
Sask.	60	38	12	4
Alb.	64	44	11	5
C.-B.	58	46	11	5

<sup>a</sup> Les estimations ont été rajustées pour éliminer l'influence de la variation dans la population entre les provinces. Les taux ont été rajustés en fonction de la répartition selon l'âge dans la population canadienne de 1991. Les totaux pour le Canada comprennent les estimations provinciales et territoriales.

<sup>b</sup> CIM-9 désigne le 9e révision de la Classification internationale des maladies.

Source : Statistiques canadiennes sur le cancer 2001. Toronto : Institut national du cancer du Canada; 2001.

<[www.cancer.ca/stats/tables/tab6e.htm](http://www.cancer.ca/stats/tables/tab6e.htm)> [Citation : 14 juin 2001]

## Maladies cardiovasculaires

Bien que les maladies cardiovasculaires soient la cause principale des décès au Canada, la collecte de données sur les facteurs de risque comme le tabagisme n'a pas été intégrée dans les grandes bases de données comme la base de données sur les congés des patients produite par l'Institut canadien d'information sur la santé. Par conséquent, il n'est pas possible pour l'instant d'effectuer une analyse en fonction de l'usage du tabac. Les données sur l'incidence de maladie cardiaque et les décès causés par une maladie cardiaque peuvent être estimés.

## Autres problèmes de santé

Parmi les problèmes de santé rapportés dans la population des 15 ans et plus, les fumeurs réguliers sont ceux qui risquent le plus de déclarer qu'ils ont de l'emphysème ou un ulcère d'estomac, tandis que les anciens fumeurs sont ceux qui risquent le plus de déclarer qu'ils ont de l'hypertension, une maladie cardiaque ou le diabète.

Des données sur le traitement de l'asthme grave, des pneumonies et bronchites graves et des infections de l'oreille moyenne peuvent être tirées des dossiers d'hospitalisation. Toutefois, bien que l'on sache que ces états sont associés au tabagisme et à la fumée secondaire, ces facteurs de risque ne sont pas inclus dans les dossiers des patients. Par conséquent, il n'est pas possible d'analyser ces états dans l'optique de l'usage du tabac à partir de la base de données sur les congés des patients.

**Tableau 5 Estimation des taux comparatifs de mortalité, toutes les maladies cardiovasculaires, Canada, <sup>a</sup> 1995**

	Taux par 100 000					
	Cardiopathie ischémique		Apoplexie		Autres maladies cardiovasculaires	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<b>Canada</b>	155	120	41	55	58	62
<b>T.-N.</b>	201	147	52	65	69	80
<b>Î.-P.-É.</b>	181	141	57	45	74	69
<b>N.-É.</b>	167	118	35	57	74	78
<b>N.-B.</b>	151	110	45	53	83	82
<b>Qué.</b>	163	125	39	49	59	59
<b>Ont.</b>	160	128	42	57	51	56
<b>Man.</b>	165	131	49	60	68	69
<b>Sask.</b>	148	99	39	52	72	68
<b>Alb.</b>	139	109	38	56	63	76
<b>C.-B.</b>	128	94	42	57	55	64

<sup>a</sup> Les estimations ont été rajustées pour éliminer l'influence de la variation dans la population entre les provinces. Les taux ont été rajustés en fonction de la répartition selon l'âge dans la population canadienne de 1991. Les totaux pour le Canada comprennent les estimations provinciales et territoriales.

Source : Statistiques Canada, 1995. <[www.statcan.ca/english/freepub/82-573-GIE/hphs.htm](http://www.statcan.ca/english/freepub/82-573-GIE/hphs.htm)> [Citation : 14 juin 2001]

**Tableau 6 Estimation des taux comparatifs de mortalité,<sup>a</sup> par cause sélectionnée, 1993–1997**

	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Toutes les causes</b>	695	685	680	671	661
Hommes	902	886	881	864	848
Femmes	540	536	532	529	524
<b>Diabète</b>	17	17	18	17	17
Hommes	19	20	21	21	21
Women	15	15	15	14	15
<b>Maladie cardiaque</b>	193	187	184	181	173
Hommes	259	250	246	241	232
Femmes	142	140	138	135	130
<b>Maladie respiratoire</b>	61	60	60	60	60
Hommes	89	88	87	86	86
Femmes	44	43	44	44	45
<b>Cancer</b>	52	51	49	50	48
Hommes	78	76	74	73	70
Femmes	32	32	32	34	33

<sup>a</sup> Les estimations ont été rajustées pour éliminer l'influence de la variation dans la population entre les provinces; les estimations territoriales sont incluses.

Source : Statistiques Canada, 1995. <[www.statcan.ca/english/freepub/82-573-GIE/nphs.htm](http://www.statcan.ca/english/freepub/82-573-GIE/nphs.htm)> [Citation : 14 juin 2001]

**Tableau 7 Prévalence de problèmes de santé sélectionnés par type de fumeur, âgés de 15 ans et plus, Canada,<sup>a</sup> 1991**

	Total des fumeurs	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	Anciens fumeurs	Non-fumeurs
<b>N'importe quel problème de santé</b>	63	62	59	69	60
<b>Hypertension</b>	16	14	11	19	15
<b>Maladie cardiaque</b>	7	6	5	11	6
<b>Diabète</b>	4	3	—	5	3
<b>Asthme</b>	6	6	4	6	6
<b>Emphysème</b>	8	12	6	9	6
<b>Ulcère de l'estomac</b>	5	7	5	5	3

<sup>a</sup> Ne comprend pas le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon parce que les données sur la prévalence du tabagisme n'étaient pas disponibles pour les territoires en 1991.

Source : Statistique Canada, Enquête sociale générale, Tabulation, 1991.

## Statistiques de l'industrie du tabac

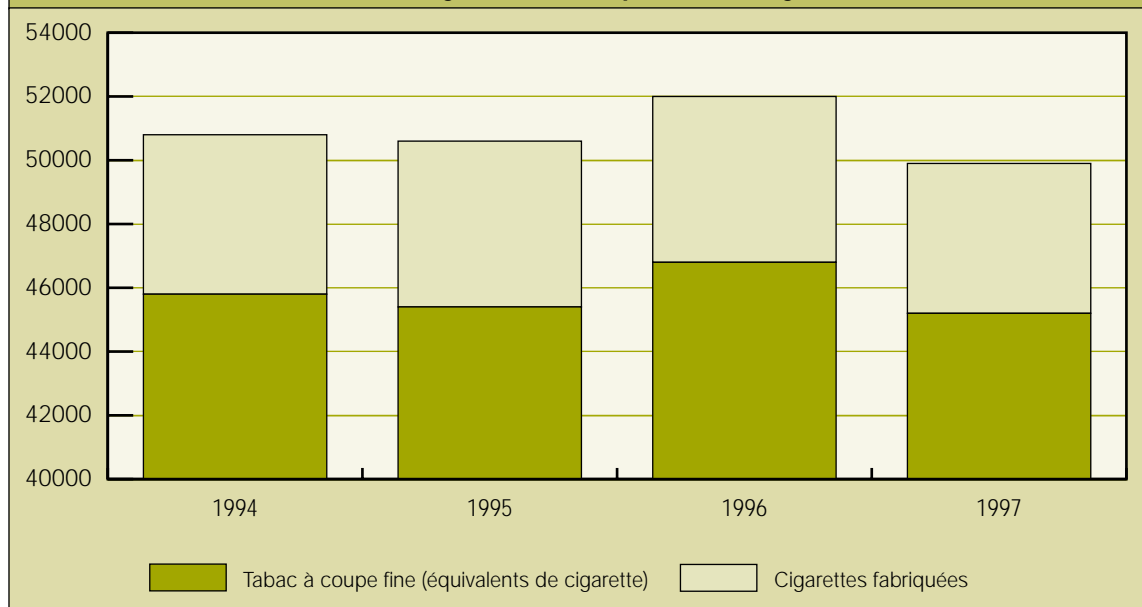
Les taux de prévalence et de consommation ne présentent qu'une partie des données sur l'usage du tabac et les modèles de consommation au Canada. Pour obtenir un profil complet, il importe d'inclure de l'information sur les activités de l'industrie du tabac. Bien que l'objet principal du présent rapport soit la Stratégie nationale et les progrès qui ont été réalisés au cours de la dernière année, il est intéressant de pouvoir juxtaposer ce progrès à l'activité financière de l'industrie. Les statistiques présentées ici sont les plus récentes. (Figures 8–11)

**Tableau 8 Industrie du tabac au Canada : Ventes, recettes fiscales et profits (millions de dollars), 1988-1996**

	Industrie		Gouvernement Recettes fiscales		
	Recettes d'exploitation	Profit net	Fédéral	Provincial	Total
1988	4 189	415	48	20	68
1989	4 006	328	45	17	62
1990	4 210	250	91	37	128
1991	4 954	369	125	71	197
1992	5 527	364	126	59	186
1993	5 549	548	123	61	185
1994	5 530	535	190	94	285
1995	5 634	723	180	85	265
1996	5 776	934	220	106	327

Source : Statistique Canada, STC (61-219P).

**Figure 8 Vente de cigarettes et de tabac pour cigarettes au Canada (millions de cigarettes ou d'équivalent de cigarette)<sup>a</sup>**

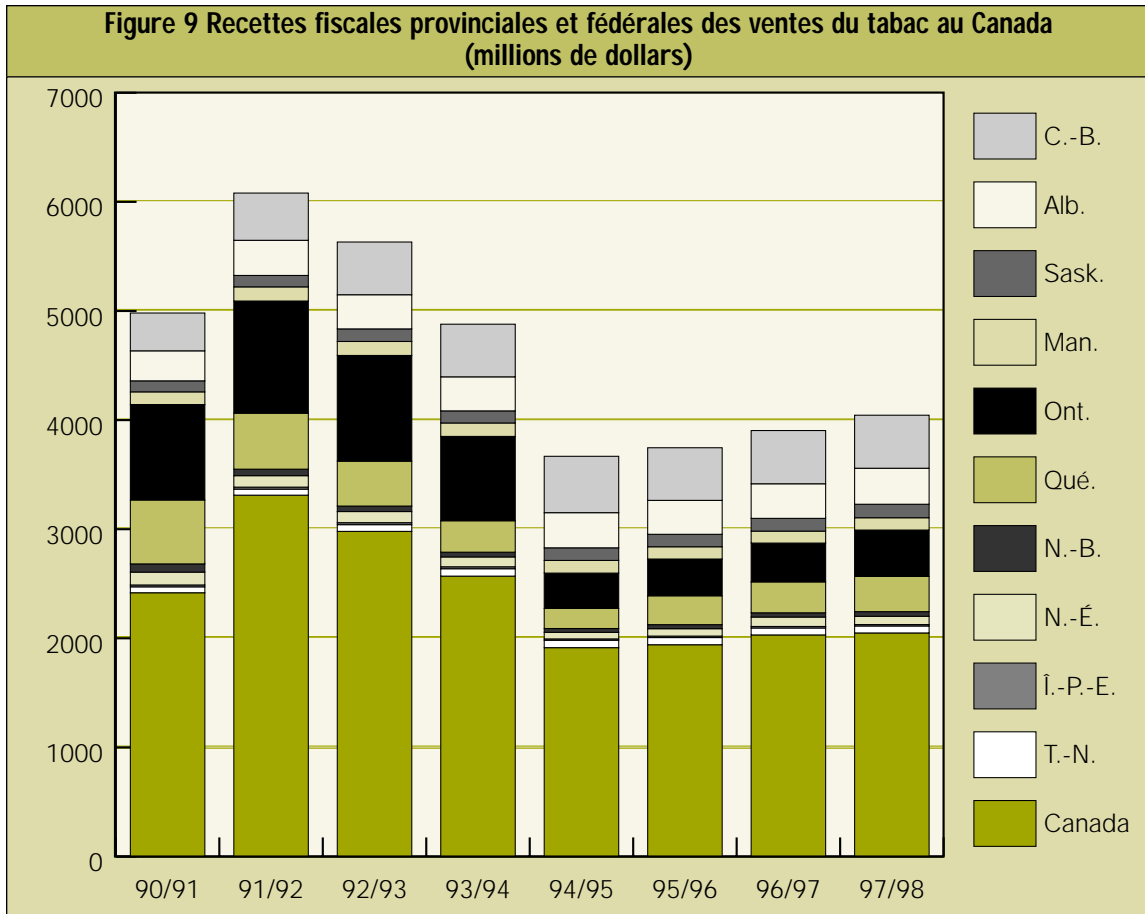


<sup>a</sup> Statistiques de l'industrie.

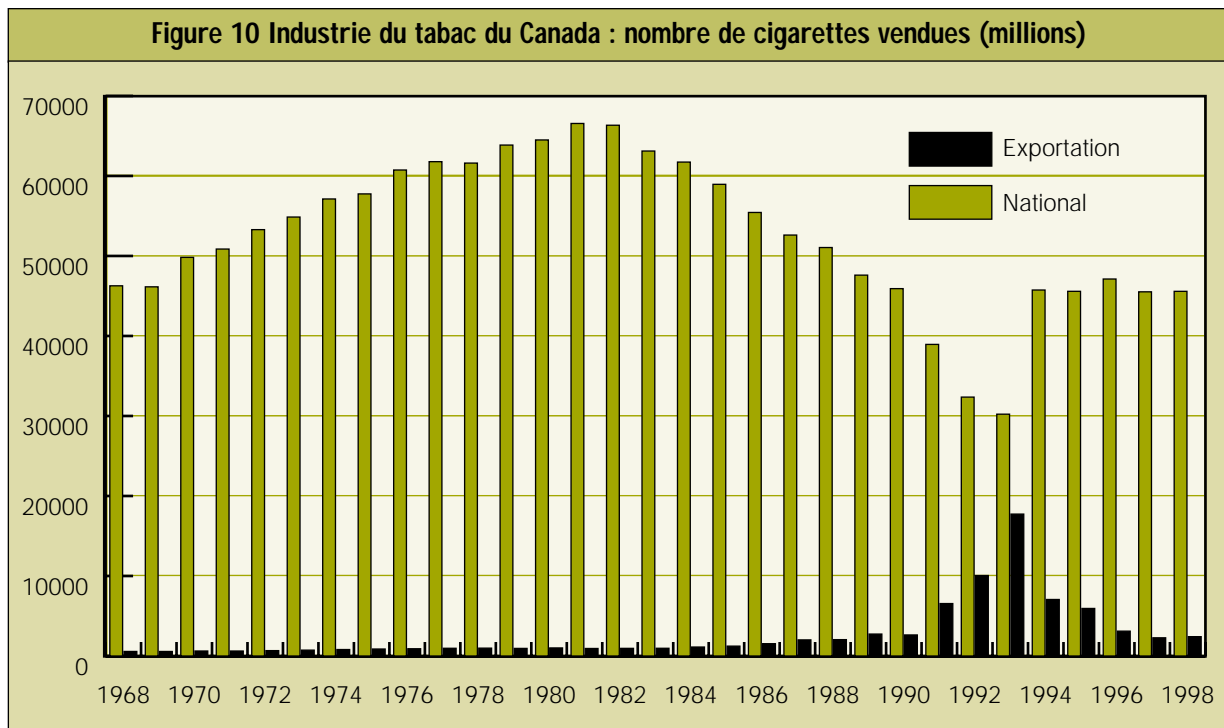
Source : Statistique Canada, Statistiques de l'impôt sur le revenu des corporations. Cat. No. 61-219p. 1988-97.

Bien que la cigarette soit le produit du tabac le plus consommé, environ 9 % des Canadiens qui fument (approximativement 540 000 personnes) consomment d'autres produits du tabac en plus de la cigarette. S'ajoutent à ce nombre 7 %, soit 425 000 personnes qui ne consomment que des produits du tabac autres que la cigarette. Les hommes consomment 88 % de tous les produits du tabac autres que la cigarette. Après la cigarette, le cigare et les cigarillos sont les produits du tabac les plus consommés. L'usage de la pipe a diminué sensiblement au cours des 10 dernières années. Les jeunes hommes sont les principaux utilisateurs du tabac sans fumée.



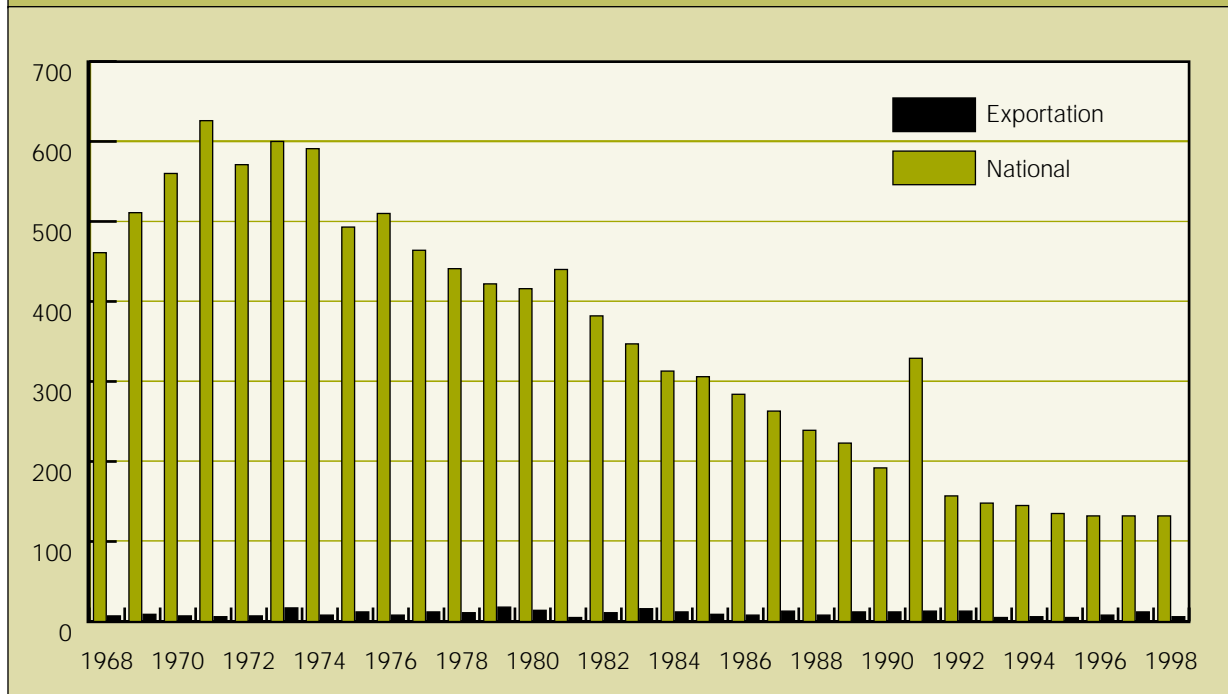


Source : Ministères provinciaux du Revenu.



Source : Statistique Canada. Production et distribution des produits du tabac. Cat. No. 32-022, mensuel. 1995.

Figure 11 Industrie du tabac du Canada : nombre de cigares vendus (millions)



Source : Production et distribution des produits du tabac. Cat. No. 32-022, mensuel. 1995.

## Deuxième partie : Vers une société sans fumée



**M**ême si le décès de 45 000 Canadiens chaque année est attribuable à l'usage des produits du tabac, la société sans tabac est difficilement réalisable. Puisque la nicotine que contient le tabac crée une dépendance, même lorsque les fumeurs connaissent les dangers du tabac pour la santé, ils ont de la difficulté à arrêter de fumer. Étant donné que les conséquences néfastes sur la santé de l'usage du tabac ne se font pas sentir avant 20 à 30 ans, les personnes, particulièrement les adolescents et les jeunes adultes, ne se rendent pas compte de la gravité de la menace pour leur santé. Ce ne sont là que quelques aspects de la complexité et de l'ampleur de la problématique pour mettre un terme à l'usage des produits du tabac.

La Stratégie nationale reconnaît que le changement doit s'opérer dans des améliorations petites, mais continues et progressives. Ses quatre buts encouragent les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les particuliers et les communautés à fractionner le problème en segments reconnaissables et gérables. Les quatre buts qui ont été établis pour faciliter l'atteinte d'une société sans fumée sont les suivants : la prévention, l'abandon du tabac, la protection et la dénormalisation.

La première partie du présent rapport d'étape présentait plusieurs mesures du progrès réalisé dans le sens de ces buts, comme dans les statistiques sur la réduction du nombre de Canadiens qui fument. La deuxième partie se concentre sur la mesure des principales activités qui contribuent à l'atteinte de ces buts.

Tableau 9 Taux d'observation de la loi chez les détaillants au Canada par province,<sup>a</sup> 2000

	Rapports provinciaux <sup>b</sup>			Rapport ACNielsen <sup>c</sup>		
	Vérification administratives (N)	Taux d'observation de la loi (%)	Vérification de l'observation de la loi (N)	Taux d'observation de la loi (%)	Détaillants étudiés (N)	Taux d'observation de la loi (%)
T.N.	381	82,3	168	93,0	197	87,8
Î.-P.-É.	0	N/A	598	90,5	82	86,0
N.-É.	1 005	60,4	18	68,8	377	70,9
N.-B.	1 389	84,8	286	94,6	218	72,7
Qué.	4 530	64,8	1 839	76,5	1177	47
Ont.	10 188 <sup>d</sup>	76	N/A	N/A	877	83,7
Man.	0	N/A	1 291	87,7	338	78,9
Sask.	1 346	88,6	532	88,7	320	81,4
Alb.	2 831	76,8	339	86,0	760	67,3
C.-B.	10 847	90,9	3 420	91,5	678	75,3

<sup>a</sup> Les nombres pour le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon ne sont pas inclus parce qu'ils sont insuffisants à des fins statistiques.

<sup>b</sup> Source : Rapports fédéraux-provinciaux dans le cadre du Programme de lutte au tabagisme de Santé Canada.

<sup>c</sup> Source: Rapport de résultats : 2000 (Final) - Évaluation de la conformité des détaillants à la Loi sur le tabac et la législation provinciale sur la vente du tabac aux mineurs, Décembre 2000, ACNielsen.

<sup>d</sup> Comprend le nombre de vérifications de l'observation à la loi.

## Prévention

Le but consiste à prévenir l'usage du tabac chez les jeunes. La restriction des ventes des produits du tabac aux mineurs est la principale activité à laquelle on a recours pour atteindre ce but. Dans cette optique, Santé Canada travaille avec ses partenaires provinciaux pour faire observer par les détaillants la loi canadienne sur la vente du tabac aux mineurs.

Dans le cadre des activités relatives à l'application de la loi, les inspecteurs provinciaux visitent les détaillants pour s'assurer que la loi est observée. Deux types d'inspections sont effectués : des vérifications administratives et des vérifications de l'observation. Dans le cadre des vérifications administratives, une jeune personne supervisée directement par un agent d'application de la loi sur le tabac essaie d'acheter des produits du tabac. Le même processus est suivi dans les vérifications de l'observation pour évaluer l'observation du détaillant après qu'il a reçu un avertissement.

En plus de l'information sur l'observation présentée par les provinces à Santé Canada, Ce ministère obtient de l'information sur l'observation des détaillants chaque année depuis 1995 au moyen d'enquêtes menées par AC Nielsen. L'enquête de 2000, dans le cadre de laquelle 5 024 détaillants ont été interrogés à l'échelle nationale a révélé un taux d'observation nationale de 70 %. Examinée province par province, la variation des taux d'observation allait de 47 % au Québec à 88 % à Terre-Neuve.

Santé Canada et ses partenaires provinciaux utilisent les résultats de ces enquêtes pour concevoir des programmes d'information, d'éducation et de sensibilisation plus efficaces afin d'assurer l'observation des détaillants. Bien qu'aucune mesure ne puisse par elle-même dépeindre véritablement l'observation de la loi par les détaillants, puisque des données sont compilées année après année, des modèles se dégageront et chaque province sera en mesure de suivre son efficacité en matière d'application de la loi sur la vente aux mineurs et de prendre les mesures qui s'imposent.

**Tableau 10 Pourcentage des Canadiens de 15 ans et plus qui ont arrêté de fumer depuis longtemps<sup>a</sup>, selon le motif qui les y a incités, 2000**

	Ensemble	Hommes	Femmes
Inquiétude pour la santé dans l'avenir	35	38	32
Problème de santé actuel	12	12	11
Changement du mode de vie	14	14	15
Coût	8	8 <sup>b</sup>	8 <sup>b</sup>
Grossesse	8	3 <sup>b</sup>	14
Maladie reliée au tabagisme	4 <sup>b</sup>	4 <sup>b</sup>	4 <sup>b</sup>
Inquiétude pour la santé de la famille	8	8 <sup>b</sup>	8 <sup>b</sup>
Pressions de la famille/amis	4 <sup>b</sup>	3 <sup>b</sup>	5 <sup>b</sup>
Conseil du médecin	3 <sup>b</sup>	4 <sup>b</sup>	3 <sup>b</sup>
Autre	20	20	20

<sup>a</sup> Ne comprend pas les estimations du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon parce que les données sur l'abandon de l'usage dans les territoires ne sont pas disponibles pour 2000.

<sup>b</sup> Légère variabilité de l'échantillon, interpréter avec discernement.

Source : Statistique Canada, Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2000.

## Abandon du tabac

Le but consiste à persuader et aider les fumeurs à arrêter d'utiliser des produits du tabac. Pour concevoir des programmes efficaces d'abandon du tabac, nous devons comprendre le processus de l'abandon du tabac et ce qui a motivé les fumeurs qui ont arrêté de fumer et les raisons qui convaincraient les fumeurs d'arrêter. L'analyse du type d'information présentée dans les tableaux 10 et 11 aideront à planifier les produits d'information ayant pour objectif de convaincre les fumeurs d'arrêter de fumer.

### Ce qui a motivé les personnes qui ont réussi à arrêter

Selon les résultats de la 1999 Canadian Survey on Tobacco Use, près de 6,5 millions de Canadiens sont des anciens fumeurs. Parmi ces anciens fumeurs, 6 millions n'ont pas fumé depuis au mois un an, et 387 000 autres ont arrêté de fumer dans l'année de l'enquête.

Les inquiétudes pour la santé ont joué un rôle de primordial pour motiver les personnes à arrêter de fumer. Lorsque l'on demande aux anciens fumeurs ce qui les a incités à arrêter de fumer, la raison la plus courante est qu'ils l'ont fait pour conserver leur santé, et cela quels que soient leur âge ou leur sexe. Dix pour cent des anciens fumeurs ont indiqué que des problèmes de santé personnels les ont incités à arrêter. Dix pour cent ont déclaré que la raison de l'abandon du tabac était un changement de style de vie, ce qui pourrait également être relié à un souci d'améliorer leur santé.

Fondamentalement, les hommes et les femmes étaient motivées par les mêmes raisons. Seules deux différences notables hommes-femmes se sont dégagées de l'enquête de 1999. Cela n'est pas étonnant, les femmes sont plus susceptibles d'arrêter de fumer à cause d'une grossesse ou de la présence d'un bébé qu'un homme, bien que 2 % des hommes qui ont réussi à arrêter l'aient fait à cause de la grossesse de leur partenaire ou de la présence d'un bébé dans le ménage. Les hommes (10 %) sont plus susceptibles que les femmes (4 %) d'arrêter de fumer à cause d'une maladie reliée au tabagisme ou du décès d'un ami ou d'un parent.

**Tableau 11 Ce qu'il faudrait faire pour arrêter de fumer :  
Opinion des fumeurs canadiens<sup>a</sup> actuels de 15 ans et plus, 1999**

	Total (%)	Hommes	Femmes
Plus de volonté	30,7	26,8	35,1
Ne sais pas	20,3	23,0	17,3
Autres	18,4	18,8	18,0
Maladie	10,9	0,2 <sup>b</sup>	11,7 <sup>b</sup>
Rien	10,8	12,3 <sup>b</sup>	9,1 <sup>b</sup>
Décès dans la famille	6,3 <sup>b</sup>	6,4 <sup>b</sup>	6,2 <sup>b</sup>
Changement de mode de vie	5,4 <sup>b</sup>	5,7 <sup>b</sup>	5,2 <sup>b</sup>
Coût	3,2 <sup>b</sup>	4,3 <sup>b</sup>	— <sup>c</sup>
Programme/remplacement de la cigarette	3,0 <sup>b</sup>	— <sup>c</sup>	— <sup>c</sup>
Pression de la famille ou d'un ami	2,9 <sup>b</sup>	— <sup>c</sup>	— <sup>c</sup>
Grossesse	2,1 <sup>b</sup>	— <sup>c</sup>	4,0 <sup>b</sup>
Plus de restrictions	— <sup>c</sup>	— <sup>c</sup>	— <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Does not include Nunavut, Northwest Territories, and Yukon estimates owing to the unavailability of quitting smoking data for the territories for 2000.

<sup>b</sup> Moderate sampling variability; interpret with caution.

<sup>c</sup> High sampling variability, data suppressed.

Source: Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 2000.

## Ce qu'il faut faire pour arrêter

Lorsque l'on demande aux fumeurs actuels : « Qu'est-ce qu'il faudrait que vous fassiez pour arrêter de fumer? », le moyen le plus souvent mentionné est « plus de volonté ». Cela est vrai pour les fumeurs actuels de tous les âges, bien que plus de femmes (35 %) le mentionnent que d'hommes (27 %). Toutefois, de nombreux fumeurs (20 %) indiquent qu'ils ne savent pas ce qu'il faut faire pour arrêter de fumer. Cela suggère qu'un nombre important de fumeurs ne se sont peut-être pas trop questionnés sur ce qu'il fallait faire pour arrêter de fumer.

Bien que 11 % des fumeurs indiquent que la maladie les ferait arrêter, le même pourcentage de fumeurs déclarent que rien ne pourrait leur faire abandonner le tabac. Les fumeurs âgés de 45 ans et plus indiquent plus souvent que rien ne pourrait les faire arrêter de fumer que ceux qui sont âgés de 15 à 44 ans. Seulement 3 % ont indiqué que l'aide d'un programme ou un remplacement de la cigarette pourrait les inciter à arrêter.

## Protection

Le but consiste à protéger les Canadiens en éliminant l'exposition à la fumée des autres.

En 1995, Santé Canada a commandé une enquête dans les écoles, les garderies agréées, les centres de services de garderie, les établissements de soins de santé et les établissements commerciaux pour faire l'inventaire des politiques sur le tabagisme en place, le cas échéant. L'enquête incluait toutes les provinces ainsi que les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.

Les écoles primaires et secondaires étaient incluses dans l'enquête et la plupart d'entre elles (97 %) avaient des politiques sur le tabagisme. De ce pourcentage, 83 % assuraient une protection contre la fumée des autres à l'intérieur des édifices scolaires. Toutefois, seulement 66 % des politiques des écoles interdisaient complètement de fumer à l'intérieur et sur les terrains de l'école. Même si seulement une interdiction totale de l'usage du tabac sur la propriété de l'école appuie efficacement l'absence de fumée comme norme, seulement 10 % des écoles qui limitent le tabagisme ont indiqué qu'elles avaient l'intention de renforcer leurs politiques actuelles.

Presque tous les centres de services de garderie agréés (93 %) interrogés avaient des politiques sur le tabagisme. La moitié de ces politiques interdisaient complètement de fumer à l'intérieur et à l'extérieur. La majorité des politiques (79 %) comprenaient des procédures d'application.

Comparativement, seulement 62 % des centres de services de garderie réglementaient le tabagisme dans les foyers de garde en milieu familial qu'ils exploitent. La moitié de ces centres autorisent de fumer à l'intérieur, un quart ne spécifient aucune pénalité en cas de violation et seulement 12 % des centres sans politique envisagent de mettre en œuvre une politique sur le tabagisme. Ces différences dans les politiques sur le tabagisme entre les centres de services de garderies agréés et les centres de services de garderie dans les foyers de garde en milieu familial montrent clairement l'incidence de la loi et des exigences relatives aux permis sur la protection des jeunes enfants dans les garderies contre la fumée des autres.

L'enquête de 1995 comprenait des entrevues téléphoniques faites auprès de 100 grandes entreprises canadiennes. On entendait par grandes entreprises celles dont les ventes annuelles dépassaient 100 millions de dollars. Cette partie de l'enquête portait sur des secteurs commerciaux où le public risquait le plus d'être exposé à la fumée des autres.

Les lois régissant le tabagisme dans les lieux publics en 1995 stipulaient des mesures moins strictes pour les restaurants et les aires de restauration des centres commerciaux que pour les autres établissements commerciaux. Presque 60 % des gares routières d'autobus et environ 35 % des magasins de détail ayant des politiques sur le tabagisme ont indiqué avoir des restrictions pour protéger le personnel et les clients de la fumée des autres, tandis qu'aucun centre commercial et seulement 15 % des restaurants et des hôtels avaient des politiques semblables. Comme de plus en plus de municipalités appliquent les règlements d'interdiction de fumer dans les restaurants et dans les lieux publics intérieurs, il faudrait procéder à une mise à jour de cette enquête.

Le dernier élément de l'enquête de 1995 concerne 2 396 hôpitaux, centres de soins de longue durée et unités pour les maladies chroniques, établissements de soins pour bénéficiaires internes, centres d'adaptation et établissements de soins psychiatriques. De ces établissements qui disposaient d'une politique sur le tabagisme, seulement 3 % établissaient que l'interdiction de fumer était la norme en interdisant complètement de fumer à l'intérieur et à l'extérieur. En outre, le soutien pour les patients et résidents fumeurs qui voulaient abandonner le tabac était minimal.

Au cours des cinq dernières années, un nombre croissant de lieux publics ont été déclarés sans fumée. Les résultats de cette étude deviennent désuets et il importe d'obtenir des renseignements plus à jour si l'on veut évaluer le progrès réalisé pour protéger les gens contre la fumée des autres.

### **Des données provinciales sur les restrictions sur le tabagisme dans les lieux de travail**

Selon les données les plus récentes de l'Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario, 70 % des personnes qui travaillent en dehors de leur foyer ont déclaré qu'il était totalement interdit de fumer dans leur lieu de travail, tandis que le reste de la population a indiqué qu'il y avait une interdiction partielle ou aucune restriction. D'après des estimations récentes, il y a 1 265 609 fumeurs dans les lieux de travail en Ontario. Les restrictions imposées sur le tabagisme dans les lieux de travail peuvent être ventilées par secteur professionnel :

- 85 % des gestionnaires et des professionnels ont signalé une interdiction complète de fumer;
- 69 % des commis, des vendeurs et des personnes travaillant dans le secteur du service ont signalé une interdiction totale;
- 50 % des personnes faisant partie d'un groupe professionnel ou travaillant dans le secteur agricole ont signalé une interdiction complète.

## Dénormalisation

Le but consiste à rendre socialement inacceptable l'usage du tabac. Ceci se réalise en informant les Canadiens sur les tactiques et les stratégies de marketing de l'industrie du tabac et des effets de l'utilisation du tabac sur la santé, de sorte qu'ils se rendent compte de la dépendance que crée le tabac et qu'ils considèrent son utilisation comme socialement inacceptable.

Les efforts déployés aux États-Unis, notamment en Californie, au Massachusetts et en Floride ont démontré que des programmes de santé publique complets peuvent donner lieu à des changements importants. Leur efficacité pour dénormaliser l'industrie du tabac est encourageante. Au Canada, la Colombie-Britannique a adopté une nouvelle méthode plus dure. En janvier 1999, la Table ronde d'experts sur la dénormalisation du tabac et de l'industrie du tabac a influencé la conception d'une nouvelle campagne publicitaire nationale. Les données de la première vague, l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, menée de février à juin 1999, indique que la publicité gouvernementale antitabac, y compris les annonces visant à sensibiliser les gens aux pratiques de l'industrie du tabac, reçoit déjà un niveau élevé de soutien public.



## Troisième partie : Progrès réalisés dans les orientations stratégiques

La Stratégie nationale a dégagé cinq orientations stratégiques qui forment la base d'une démarche de planification, de mise en œuvre et d'évaluation. Ces orientations visent à établir les types d'intervention ou de mesures qui vont dans le sens des buts de prévention, d'abandon du tabac, de protection et de dénormalisation. Les interventions et les mesures de lutte contre le tabac les plus efficaces visent plus d'un but. Par exemple, l'établissement de milieux sans fumée protège les gens de la fumée des autres (protection), mais cette mesure aide également les fumeurs qui essaient d'arrêter de fumer (abandon du tabac) et véhicule le message aux jeunes qu'il est socialement acceptable de ne pas fumer (prévention). Étant donné que ces effets se recoupent, il est plus facile de regrouper les initiatives par orientation stratégique. La documentation anecdotique présentée ici témoigne du progrès réalisé dans le sens des cinq orientations stratégiques énoncées dans la Stratégie nationale.

Voici les cinq orientations stratégiques :

- Politique et législation;
- Éducation du public (Information, médias, programmes et services);
- Responsabilisation de l'industrie et contrôle des produits;
- Recherche, évaluation et surveillance;
- Création et soutien des moyens d'action.

Bien que le nombre même des initiatives qui sont en place dans le pays est en lui-même une indication du progrès, il n'est pas possible de présenter des mesures statistiques de chacune des initiatives. Dans la plupart des cas, l'incidence ne sera pas mesurable avant un certain temps et il n'est pas possible de lier de façon certaine un changement dans une statistique à une initiative en particulier. Mais, ce qui est le plus important, c'est que l'incidence conjuguée de chacune des stratégies de lutte locales sera éventuellement mesurable de façon statistique.

Les points décrits dans cette section donnent un aperçu de ce qui se produit au Canada en matière de lutte contre le tabac et le choix des points changera d'une année à une autre à mesure que le profil change. Ces points ont été choisis parce qu'ils mettent en évidence les secteurs où des progrès ont été réalisés et parce qu'il est possible de montrer des résultats préliminaires. Il est impossible de présenter une liste complète faute d'espace.

### Politique et législation

L'intention de cette orientation stratégique consiste à assurer la coordination de la politique antitabac dans tous les secteurs et à mettre en œuvre une législation et des politiques organisationnelles dans les secteurs qui appuient la réduction de l'usage du tabac.

Les efforts déployés cette année à ce chapitre comprennent l'établissement de milieux sans fumée, la mise en application d'augmentations de taxe, l'élaboration de politiques et de recommandations et la consolidation des stratégies provinciales de lutte contre le tabac.

## Établissement de milieux sans fumée

Les gouvernements ont été les premiers à établir des lieux de travail sans fumée et en fait, la politique d'interdiction de fumer dans les lieux de travail des Territoires du Nord-Ouest précède celle du gouvernement fédéral de six mois. Pendant que les gouvernements continuent à bien des niveaux à élaborer des politiques sans fumée, de plus en plus de milieux du secteur privé emboîtent le pas, suivent leur exemple et protègent leurs employés contre la fumée des autres.

En **Colombie-Britannique**, plus de 50 % des municipalités représentant plus de 90 % des Britanno-Colombiens ont des règlements sans fumée. En outre, le *Règlement sur la sécurité et la santé au travail de la CAT concernant la fumée des autres* est entré en vigueur en avril 1998 et exige que tous les employeurs protègent les travailleurs sur tous les lieux de travail contre l'exposition à la fumée des autres. Une exemption au règlement s'appliquant aux établissements d'accueil, résidentiels et correctionnels a été prévue jusqu'en septembre 2001, date à laquelle ces lieux de travail devront protéger leurs employés contre l'exposition à la fumée des autres.

La *Protection from Second-Hand Smoke in Public Buildings Act* de l'**Alberta** est entrée en vigueur en janvier 1999 et offre une protection contre la fumée des autres dans les lieux de travail à environ 20 000 fonctionnaires de l'Alberta. Jusqu'à présent, sept municipalités de l'Alberta ont adopté un règlement limitant la fumée des autres et plusieurs autres envisagent d'adopter des règlements semblables.

Les municipalités du **Nouveau-Brunswick** ont obtenu explicitement des pouvoirs pour promulguer des règlements limitant la fumée des autres en 1997. Le Smoke Free Environments Task Force (établi par la Société canadienne du cancer, division du Nouveau-Brunswick et la Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick) s'est efforcé d'encourager et de soutenir les municipalités pour qu'elles promulguent des règlements limitant la fumée des autres. Après quelques années marquées par peu de résultats, le groupe de travail a demandé à l'ancien ministère de la Santé et des Services communautaires d'effectuer un sondage d'opinion dans des municipalités sélectionnées pour faire connaître aux conseils municipaux concernés le niveau de soutien public des mesures de création de lieux sans fumée. L'information a été utilisée par le groupe de travail pour présenter des observations aux chefs municipaux et mobiliser des volontaires dans des groupes d'action communautaires locaux. Depuis 1997, sept municipalités ont promulgué des règlements limitant la fumée des autres dans divers lieux publics et plusieurs municipalités y travaillent actuellement.

La municipalité régionale de Cap Breton en **Nouvelle-Écosse** a récemment adopté un règlement antitabac exigeant que tous les édifices auxquels le public a accès soient complètement sans fumée d'ici 2003. Depuis le 1er mai 2001, les prisons et les centres correctionnels relevant du ministère de la Justice de la Nouvelle-Écosse sont tous sans fumée.

À **Terre-Neuve**, des modifications ont été apportées à la *Smoke-Free Environment Act*, de façon à interdire le tabagisme dans les lieux fréquentés par des enfants et tous les restaurants d'ici 2002. Des modifications ont été apportées à la *Tobacco Control Act* de Terre-Neuve pour interdire la vente du tabac dans les pharmacies.

### Mise en application d'augmentations de taxe

Il est reconnu que des prix plus élevés découragent l'usage du tabac et par conséquent, la Stratégie nationale accorde une priorité à une stratégie fédérale-provinciale-territoriale à long terme pour augmenter la taxe sur les produits du tabac à l'échelle du Canada.

Le 5 avril 2001, le gouvernement fédéral a annoncé une série de mesures fiscales s'appliquant au tabac et découlant des objectifs de santé du gouvernement. Ces mesures comprenaient une augmentation de taxe de 4 \$ par cartouche de cigarettes en **Ontario**, au **Québec**, au **Nouveau-Brunswick**, en **Nouvelle-Écosse** et dans **l'Île-du-Prince-Édouard**, plus un nouveau régime fiscal pour le tabac visant à réduire l'incitation à réintroduire en contrebande au Canada des produits du tabac canadiens. Pour l'application de ces modifications fiscales, une somme supplémentaire de 55 millions \$ sera mise à la disposition des ministères et organismes fédéraux pour la surveillance et l'évaluation de l'efficacité de ces mesures fiscales en ce qui concerne la réduction de la contrebande du tabac.

Le **Yukon** a déposé un projet de loi visant à augmenter de 12 % la taxe sur tous les produits du tabac.

### Élaboration de politiques et de recommandations

La Stratégie nationale encourage l'uniformité des politiques dans tous les ministères fédéraux et provinciaux afin de maximiser leur efficacité pour réduire l'usage du tabac et soutenir les initiatives.

Dans le Nord, le **Yukon** a entrepris des recherches pour élaborer une stratégie de réduction de l'usage du tabac, tandis que les **Territoires du Nord-Ouest** ont fait de la stratégie antitabac dans les territoires une partie intégrante de leur stratégie de la promotion de la santé. Cette stratégie antitabac dans les territoires comporte des parties de la Stratégie nationale qui sont particulièrement pertinentes dans le cas des Territoires du Nord-Ouest.

Le 9 décembre 1999, l'Assemblée législative de la **Saskatchewan** a créé le Special Committee on Tobacco Control. Le rapport final du comité a été déposé en février 2001. Le comité a fait des recommandations concernant les interventions et activités relatives à la prévention, l'abandon du tabac, la protection et la dénormalisation.

### Consolidation des stratégies de lutte contre le tabac

Depuis 1999, l'**Ontario** a mis en œuvre la Stratégie antitabac renouvelée avec des fonds annuels de 10 millions de dollars s'ajoutant aux 9 millions de dollars déjà affectés.

Le gouvernement du **Québec** a augmenté son budget de lutte contre le tabagisme en y ajoutant 10 millions pour l'année financière 2001-2002. La province consacrait auparavant de 8 à 10 millions annuellement. Le gouvernement a aussi affecté 3 millions de dollars à la lutte contre la contrebande du tabac. Depuis octobre 2000, le gouvernement finance publiquement les thérapies de remplacement de la nicotine, y compris le Zyban comme appui pharmaceutique à l'abandon du tabac.

L'Alberta a financé l'Alberta Tobacco Reduction Alliance, qui met en œuvre le plan de réduction de l'usage du tabac de l'Alberta (Alberta Tobacco Reduction Plan). Le financement pour l'année financière 2001-2002 a été augmenté à 2 millions de dollars.

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

L'intention de cette orientation stratégique consiste à rendre disponibles et accessibles l'information, les services et les programmes concernant le tabac et les questions reliées au tabac, qui ont pour but la prévention, l'abandon, la protection et la dénormalisation.

Les démarches pour informer les Canadiens sur les dangers de l'usage du tabac et les autres questions reliées au tabac ont progressé cette année au moyen de la diversité des médiums, allant des contacts face à face à l'anonymat d'Internet. De nombreuses activités visent particulièrement à répondre aux besoins des jeunes gens.

### Visite des ménages

Dans les **Territoires du Nord-Ouest**, 75 % de la communauté a maintenant des foyers sans fumée et les fumeurs fument à l'extérieur, même à des températures de -60 °C. Avec l'appui de la Division des Territoires du Nord-Ouest/Nunavut de l'Association canadienne de la santé publique (ACSP), le représentant de la santé communautaire, l'infirmière, les chefs de cette communauté ont fait la promotion de maisons sans fumée et le RSC et l'infirmière ont visité tous les foyers pour éduquer les résidents et les encourager. La Division des Territoires du Nord-Ouest/Nunavut de l'Association canadienne de la santé publique (ACSP) suit ce modèle pour faire la promotion des maisons sans fumée dans d'autres communautés.

### Intervention téléphonique

En mars 2001, la Société canadienne du cancer a terminé un projet pilote de deux ans de ligne téléphonique financé par le ministère de la Santé de la **Colombie-Britannique**. Le QuitLine offrait du counseling en profondeur, des plans d'abandon du tabac et un suivi avec rappels téléphoniques. Durant une période de 13 mois, 384 appels ont été acheminés à la QuitLine, dont 71 de personnes qui se sont inscrites à un programme de counseling de la QuitLine et 46 de personnes qui ont assisté à la séance de planification initiale d'une heure. Une évaluation du projet pilote a indiqué que le taux d'abandon du tabac était légèrement inférieur à 30 % et que près de la moitié des clients de la QuitLine ont réduit leur consommation de tabac de jusqu'à 50 %. En avril 2001, la Colombie-Britannique a lancé la BC Smokers Helpline, établie selon le modèle de la Télé-assistance pour fumeurs de l'Ontario, qui a été créée par la division de l'Ontario de la Société canadienne du cancer. La BC Smokers Helpline donne sans délai des conseils pour aider à arrêter de fumer et répond à un plus grand nombre d'appels que le projet pilote. Ce service financé continue d'être offert par quatre membres du personnel de la division de la Colombie-Britannique et du Yukon de la Société canadienne du cancer.

### Publicité télévisée

La Fondation des maladies du cœur de l'Ontario, a mené avec succès une campagne dans les médias (télévision) qui a eu pour résultat, d'après une enquête effectuée après la campagne, un dialogue sur les conséquences de l'usage du tabac et de la fumée des autres dans 31 % des foyers de l'Ontario, ce qui est exceptionnel pour une campagne de publicité. Soixante-dix-huit pour cent des personnes questionnées se sont rappelées avoir vu les annonces à la télévision; 65 % ont dit que les annonces les ont fait réfléchir au sujet de la fumée des autres et des

conséquences du tabagisme sur ceux qu'ils aiment, et 76 % ont indiqué que les annonces étaient crédibles. En outre, il y a eu un changement d'attitude positif de 9 % dans la population cible, tout particulièrement en ce qui concerne la fumée des autres.

### Dans Internet

Le Programme de la lutte au tabagisme de **Santé Canada** a créé un nouveau site Web d'autodiagnostic interactif et d'abandon du tabac par soi-même. Ce site offre de l'information et du soutien aux Canadiens qui essaient d'arrêter de fumer. Les personnes ont accès à des informations personnalisées sur les moyens pouvant leur permettre de surmonter les obstacles qui les empêchent d'arrêter de fumer et d'acquérir la motivation et les aptitudes nécessaires dans leur cheminement vers le renoncement au tabac. Une évaluation préliminaire indique que le site a été visité 150 000 fois en une semaine du mois de février 2001. Il s'agit à l'heure actuelle de la partie la plus fréquemment visitée à l'adresse [www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco/index.html).

L'Alberta Tobacco Reduction Alliance a établi un répertoire important d'informations et de ressources, qui sont disponibles sur son site Web [www.tobaccotruth.com](http://www.tobaccotruth.com).

Le site Web du Tobacco Control Unit en **Nouvelle-Écosse**, [www.gov.nc.ca/quitnow](http://www.gov.nc.ca/quitnow), fournit des renseignements utiles sur les répercussions sur la santé du tabagisme et de la fumée des autres. En plus, le site contient une section qui se concentre sur les jeunes.

### Extension des services aux jeunes

La Colombie-Britannique a organisé un sommet Kids Against Tobacco, qui a été le premier sommet de jeunes contre le tabac de cette importance au Canada, les 22 au 24 février 2001. Accompagnés de 20 chaperons, 80 jeunes venant de partout dans la province, y compris la Youth Tobacco Attack Team de la province, ont participé avec des représentants du **Nunavut**, de **Terre-Neuve**, du **Yukon** et du Comité consultatif des jeunes sur le tabagisme du gouvernement fédéral. Le sommet a fourni aux jeunes des habiletés, des connaissances et des ressources afin qu'ils puissent mettre en œuvre des initiatives antitabac une fois de retour dans leur communauté. En raison du succès du sommet, la Colombie-Britannique prévoit d'en organiser un deuxième en mars 2002.

BC Tobaccofacts est un programme scolaire complet de sensibilisation sur le tabac, qui fournit aux enseignants des plans de leçon et des activités leur permettant d'incorporer des connaissances sur le tabac dans leur programme d'études. Les sujets comprennent la science du tabac, les pratiques de marketing de l'industrie du tabac et les conséquences sur la santé. Le programme a été distribué à tous les publics, aux écoles indépendantes et de bande. Le programme de la 8<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année sera distribué d'ici octobre 2001. Au cours de l'exercice 2000-2001, 2 000 copies des ressources des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> années ont été distribuées et 28 séances régionales d'initiation ont été organisées.

Au cours de l'année scolaire 1999-2000, la Tobacco Reduction Alliance de l'**Île-du-Prince-Édouard**, y compris le Department of Health and Social Services de la province, s'est concentré sur la santé globale dans les écoles. Toutes les commissions scolaires (qui représentent pratiquement toutes les écoles de la province) ont mis en œuvre des politiques d'interdiction du tabac dans les écoles. Dans le cadre d'une démarche pour créer des milieux qui supporte la non-consommation du tabac, des étudiants ont été formés pour diriger les activités de prévention et apporter leur aide aux initiatives d'abandon du tabac dans leurs écoles.

L'école d'infirmierie de l'University of Prince Edward Island, en collaboration avec l'université de Waterloo, a effectué une enquête dans les écoles secondaires de la province en mai 1999 et en juin 2000. Les résultats de l'Enquête sont encourageants. Les taux de tabagisme chez les étudiants de 10e année ont diminué pour passer de 20 % en 1999 à 19,4 % en 2000. Les taux de tabagisme chez les étudiants de 11e année ont diminué en passant de 25,5 % en 1999 à 23,4 % en 2000. Les taux ont augmenté légèrement chez les étudiants de 12e année, en passant de 27,6 % en 1999 à 28,1 % en 2000.

## 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 afin de réduire la dépendance et les maladies.

Ce premier rapport d'étape fait état des nouveaux règlements, de l'impact des nouveaux messages d'avertissement et d'information sur la santé imprimés sur les paquets de cigarettes et de l'activité provinciale relative au recouvrement des coûts des soins de santé.

### Règlements

À compter du 26 juin 2000, deux nouveaux règlements, le *Règlement sur l'information relative aux produits du tabac* et le *Règlement sur les rapports relatifs au tabac*, imposent des mesures strictes sur l'étiquetage et les rapports.

À la suite d'une contestation constitutionnelle, la Colombie-Britannique travaille avec **Santé Canada** et l'industrie pour mettre en œuvre un « accord de statu quo » sur les exigences en matière de rapports du *Tobacco Testing and Disclosure Regulation*. Actuellement, même si l'industrie doit encore indiquer les ingrédients, les additifs et les constituants de la fumée de la plupart des marques de cigarette vendues dans la province, les exigences en matière de rapports ont été abandonnées pour l'instant dans le cas du tabac à cigarette et des marques de cigarette représentant moins de 1 % de la part du marché de la Colombie-Britannique. Tous les rapports reçus jusqu'ici sont postés dans un site Web auquel le public a accès.

### Avertissements pour la santé

Par suite de l'introduction des nouveaux messages d'information et d'avertissements au sujet de la santé et de l'indication de l'adresse [www.infotabac.com](http://www.infotabac.com) de **Santé Canada** sur les paquets de cigarettes, on a constaté un accroissement considérable du nombre de personnes qui visitent le site Web. Entre août 2000 et février 2001, le trafic sur le site Web de lutte contre le tabagisme de Santé Canada a augmenté d'environ 162 000 visites par mois à plus de 700 000 visites par mois.

### Recouvrement des coûts des soins de santé

En février 2000, La *Tobacco Damages and Health Care Costs Recovery Act* de la **Colombie-Britannique** a été annulée à la suite d'une contestation constitutionnelle de l'industrie du tabac. À la suite de cela, l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique a adopté des modifications à la loi et le gouvernement a repris sa poursuite en janvier 2001.

Au **Québec**, un groupe de travail étudie la faisabilité d'une poursuite du gouvernement contre les compagnies de tabac pour la récupération des coûts de soins de santé.

En avril 2001, l'Assemblée législative de **Terre-Neuve** a déposé une *Loi pour la récupération des coûts des soins de santé reliés au tabac*. Un comité spécial a été créé pour recevoir des présentations durant la période du 30 avril au 8 mai 2001 et pour rédiger un rapport.

## Recherche, évaluation et surveillance

Cette orientation stratégique vise à accroître la connaissance du tabac et de son usage, de l'industrie du tabac, des interventions efficaces de lutte contre le tabagisme et des conséquences socio-économiques et sur la santé de l'usage du tabac.

Bien qu'une lutte contre le tabagisme exige des efforts dans les 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, de projets pilotes—une forme de recherche appliquée, l'évaluation de programmes et de services existants ou la surveillance des changements pour évaluer le progrès.

### Recherche

En **Alberta**, un projet de recherche conjoint de deux ans de l'**Alberta Tobacco Reduction Alliance**, de l'**Alberta Cancer Board** et du Centre for Health Promotion Studies de l'University of Alberta est actuellement en cours. La recherche sur le changement dans l'usage du tabac chez les jeunes (non-fumeur, expérimentation, fumeur habituel) fournira des points de référence en vue d'un système provincial de surveillance des jeunes.

En **Nouvelle-Écosse**, le personnel de Cancer Care Nova Scotia a nommé GPI Associates pour la création d'un rapport sur les coûts reliés à l'usage du tabac dans la province (Costs of Tobacco Use in Nova Scotia).

### Projets pilotes

Le personnel de l'Environmental Health Unit de la Public Health Branch du **Manitoba** a récemment lancé un petit projet pilote dans lequel un facilitateur travaille avec des adolescents qui désirent arrêter de fumer. Ce projet se déroule dans une école secondaire et a pour but de fournir aux participants les renseignements, le soutien et la motivation dont ils ont besoin pour arrêter de fumer. Il pourrait être élargi suivant son évaluation.

Au **Nouveau-Brunswick**, les services de toxicomanie ne disposent pas à l'heure actuelle d'un mandat officiel pour fournir des services aux personnes qui ont une dépendance à l'égard de la nicotine. Toutefois, les écoles continuent d'indiquer qu'il leur est nécessaire d'offrir un soutien aux étudiants qui désirent arrêter de fumer. Un projet pilote préliminaire a été financé par le ministère de la Santé et du Bien-être, qui a permis aux agents de prévention des services de toxicomanie d'une région de soutenir l'élaboration d'un programme de prévention, d'éducation et d'abandon du tabac organisé par des pairs dans deux écoles intermédiaires. Les résultats de ce projet régional ont été à l'origine d'un projet pilote provincial supporté par un comité consultatif des intervenants. Chaque région des services de toxicomanie de la province s'est engagée à établir un partenariat avec une école pour réaliser un programme d'éducation et d'abandon du tabac. L'efficacité des divers modèles utilisés dans le projet pilote provincial sera évaluée par un projet de recherche qui espère tirer parti de diverses possibilités de financement des recherches.

## Évaluation

Pour contribuer à l'élaboration d'une stratégie de réduction de l'usage du tabac, le **Nunavut** a entrepris une évaluation des projets et des initiatives commencées en 2000.

Dix pour cent du financement de la Stratégie antitabac de l'**Ontario** a été réservé aux évaluations. L'Unité de recherche sur le tabagisme en **Ontario** (URTO), un organisme de recherche indépendant financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a coordonné l'évaluation et a rédigé un rapport d'évaluation sur l'année 1 des projets de la Stratégie antitabac renouvelée. Grâce à la planification et à la mise en œuvre de sa fonction de coordination, l'URTO a élaboré et raffiné des stratégies, des mécanismes et des instruments visant à rapporter et surveiller de façon efficace et opportune les niveaux de performance. Une réalisation remarquable de la Stratégie antitabac renouvelée qui a bénéficié du financement de l'année dernière de 10 millions de dollars, est que les projets financés ont atteint de façon substantielle tous leurs objectifs énoncés à la fin de leur période de financement ou presque.

## Surveillance

Le « Survey of Albertans Regarding Tobacco Use 2000 » de l'Alberta Tobacco Reduction Alliance a révélé une augmentation de 44 % en 1998 à 62 % en 2000 du nombre de personnes qui interdisent le tabagisme chez eux; le nombre de personnes qui ont déclaré fumer quotidiennement a diminué pour passer de 30 % à 24 %. En 1998, 69 % des répondants ont déclaré ne pas fumer du tout, tandis qu'en 2000, 75 % ont indiqué qu'ils ne fumaient pas. Le nombre des Albertains interrogés qui étaient conscients des répercussions sur la santé de l'usage du tabac est passé de 49 % à 64 %. L'enquête a été faite pour la première fois en 1998.

Une étude de l'opinion entreprise à **Terre-Neuve** entre juillet et septembre 2000 a révélé un soutien solide pour les lieux sans fumée. Quatre-vingt-un pour cent des adultes sont d'accord pour que tous les lieux de travail deviennent sans fumée; 70 % pensent que le gouvernement devrait s'assurer que les clients et le personnel sont protégés contre la fumée secondaire. La limitation de l'exposition des enfants à la fumée secondaire a reçu un soutien de 96 % de la part des adultes.

## Création et soutien des moyens d'action

Cette orientation stratégique vise à améliorer la capacité des personnes, des intermédiaires et des communautés du secteur de la santé aux niveaux national, provinciaux/territoriaux et locaux, pour qu'ils agissent.

La collaboration, le partenariat et le partage—peu importe la forme que cela prend, rapproche les personnes, les communautés, les organisations et les gouvernements et crée une synergie, dissémine le savoir et les compétences et les résultats se calculent en économies 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, en plus de faire circuler l'information, motivent et inspirent les gens et les incitent à passer à l'action. Les points relevés cette année représente un large éventail d'activités.

Les **Territoires du Nord-Ouest** ont formé une équipe de 37 personnes qui peuvent offrir le programme Cancer Society – Fresh Start au niveau communautaire. Quelques séances sur l'abandon du tabac ont déjà eu lieu. Il y a eu des grandes campagnes de publicité dans la presse, à la télévision et à la radio et de nombreuses



parties de la campagne ont été produites par des étudiants. Un contrat avec la Division des Territoires du Nord-Ouest/Nunavut de l'Association canadienne de santé publique a permis de travailler avec les jeunes pour produire des documents pertinents et évaluer les programmes d'abandon du tabac destinés aux jeunes. Un programme sera choisi et adapté.

Kick the Nic est un programme d'abandon du tabac pour les adolescents, qui a été lancé en **Colombie-Britannique** en septembre 1999, pour soutenir les adolescents qui se sont engagés à arrêter de fumer. Il les aide à abandonner le tabac et crée une expérience d'apprentissage positive : il leur permet d'acquérir les habiletés nécessaires pour continuer à changer positivement tout au long de leur vie. La Colombie-Britannique a formé environ 50 instructeurs principaux qui forment les facilitateurs. Il y a environ 250 facilitateurs, notamment des agents de prévention, des enseignants, des infirmières de santé publique et des travailleurs sociaux, qui donnent le programme dans les écoles, les écoles alternatives, et les centres communautaires et d'accueil. Le programme Kick the Nic a été donné dans environ 75 communautés en Colombie-Britannique depuis son lancement et environ 11 000 guides de participant ont été distribués.

Kick the Nic a été essayé dans 12 écoles de **Terre-Neuve** et presque 100 adolescents ont suivi le programme. Une évaluation s'est terminée en mai 2001 et la province a acheté des ressources pour 20 programmes supplémentaires. Les gouvernements des **Territoires du Nord-Ouest** et de la **Saskatchewan** négocient actuellement avec la Colombie-Britannique en vue d'adapter le programme afin de l'utiliser chez eux, et l'**Ontario** a essayé le programme Kick the Nic dans trois communautés. Plus de 150 étudiants de l'**Île-du-Prince-Édouard** ont suivi le programme Kick the Nic.

En **Alberta**, la *Municipal Government Act* permet aux municipalités d'adopter des règlements qui limitent le tabagisme. Une campagne de publicité dans les médias, des ateliers de travail, des documents imprimés, des ressources de site Web et des actions sociales, qui ont été soutenus et facilités par l'Alberta Tobacco Reduction Alliance et Action on Smoking and Health. Ces activités ont permis aux Albertains de mieux prendre conscience des répercussions sur la santé de l'usage du tabac. Cela a incité un grand nombre de communautés de l'Alberta à présenter des pétitions à leurs gouvernements locaux pour qu'ils adoptent des règlements d'interdiction de fumer, ce que de nombreuses municipalités ont fait.

**Santé Canada** a collaboré avec les ministères de la Santé des provinces de la **Saskatchewan** et du **Manitoba**, pour présenter l'atelier de travail « The National Strategy and You » auquel 60 personnes ont assisté, représentant les ministères de la santé provinciaux de la Saskatchewan et du Manitoba, des responsables de la santé et des groupes d'intérêts et de revendication. Les participants ont déterminé des priorités et des questions pour lesquelles il importe d'assurer le suivi dans les deux provinces. Les ateliers Action for Tobacco Advocacy de la Saskatchewan ont permis de dégager une description détaillée des éléments permettant de mobiliser la communauté dans le but d'influencer le gouvernement, quels que soient la question et le palier gouvernemental.

Le bureau régional de **Santé Canada** a parrainé un projet pilote unique à la **Saskatchewan** qui s'est soldé par la création d'une coalition de détaillants, districts de santé, organismes d'exécution et commissions scolaires. Cette coalition a élaboré un programme complet de surveillance des détaillants et d'activités de sensibilisation visant à empêcher la vente du tabac aux jeunes de Moose Jaw.

À l'heure actuelle, le ministère de la Santé du **Manitoba** élabore une stratégie provinciale de lutte contre le tabagisme qui, dans une grande mesure, s'articule sur les mêmes buts que la stratégie fédérale, c'est-à-dire la prévention, l'abandon du tabac, la protection et la dénormalisation. Les ONG et le gouvernement ont défini ensemble des objectifs provinciaux. La confirmation de la stratégie provinciale devrait se faire en 2001.

Une évaluation indépendante par l'Unité de recherche sur le tabagisme en **Ontario** (URTO) a conclu que, d'ici la fin de l'exercice, les bases auraient été jetées et l'infrastructure serait en place pour la réalisation d'un programme de lutte contre le tabagisme efficace à volets multiples en Ontario. Les conseils locaux sans tabac ont participé à la mise en œuvre du concours Quit Smoking 2000 qui a attiré 12 469 personnes qui s'y sont inscrites. Le concours a été lancé conjointement avec un projet d'éducation de la communauté qui a aidé à élaborer des matériels, et des trousseaux d'information et d'intervention, pour que la communauté puisse mieux lutter contre le tabagisme et faire valoir les enjeux antitabac.

La Teen Tobacco Team (T.T.T.) a été créée en novembre à **Terre-Neuve** et se compose de dix jeunes âgés de 14 à 20 ans représentant toutes les régions de la province. L'équipe se réunit trois fois par an et a été très active dans plusieurs initiatives antitabac, par exemple l'élaboration et la conception de la campagne de publicité Smoking Sucks, l'ouverture d'un site Web et une campagne épistolaire.

En juin 2000, des représentants de l'Organisation mondiale de la santé, du Center for Disease Control d'Atlanta, du Massachusetts Tobacco Control Program et de la Colombie-Britannique ont assisté à la conférence sur les pratiques meilleurs (Best Practices Conference), qui a eu lieu en **Nouvelle-Écosse**. Plus de 25 intervenant principaux y ont participé et au cours des mois suivants ils ont élaboré la stratégie provinciale de lutte contre le tabac (Provincial Tobacco Control Strategy). La stratégie préconise la création des partenariats et met l'accent sur les impôts, la législation, la prévention du tabagisme chez les jeunes, les programmes communautaires, l'abandon, la sensibilisation du grand public, la surveillance et l'évaluation.

La Tobacco Reduction Alliance de l'**Île-du-Prince-Édouard**, disposant de ressources communautaires et gouvernementales, a conçu et mis en œuvre un vaste programme d'abandon comprenant du counseling et un soutien financier pour les thérapies de remplacement de la nicotine. Au cours des cinq premiers mois de fonctionnement, plus de 600 résidents de l'Île-du-Prince-Édouard ont demandé du counseling pour l'abandon du tabac et plus de 300 ont reçu du soutien pour une thérapie de remplacement de la nicotine. La collaboration et les contributions financières proviennent des gouvernements provincial et fédéral, d'entreprises privées ainsi que de la PEI Pharmaceutical Association.

## Premières nations, Inuits et Métis

La Stratégie nationale révisée reconnaît qu'il n'y a pas une seule démarche efficace qui peut être utilisée auprès de tous les Canadiens. Les interventions et les activités doivent être adaptées aux besoins particuliers des communautés. De plus, il est plus probable qu'un changement durable se produira si les personnes touchées participent à sa planification.

Les enquêtes sur la santé menées en 1997 auprès des Premières nations et des Inuits révèlent des taux de tabagisme de 62 % pour les Premières nations et de 72 % pour les Inuits. D'après ces enquêtes, la moyenne d'âge pour commencer à fumer est

plus jeune dans ces populations que dans la population en général. En plus d'examiner les facteurs de risque les plus élevés, il faut tenir compte dans les démarches de lutte antitabac dans ces communautés de facteurs culturels comme l'usage traditionnel du tabac dans certaines cultures autochtones. Pour ces raisons, mises à part les cinq orientations stratégiques, la Stratégie nationale reconnaît que des stratégies distinctes doivent être établies avec les leaders locaux à l'aide de mécanismes communautaires et de collaboration. Le rapport d'étape de cette année met l'accent sur les activités suivantes.

Les **Territoires du Nord-Ouest** ont parrainé un projet de recherche unique dans le domaine des succédanés du tabac utilisés par les Dénés. Lorsque les Dénés partent dans la forêt pendant de longues périodes de temps, ils utilisent des plantes locales qu'ils ajoutent à leur tabac pour en prolonger l'utilisation. La recherche a été menée en deux étapes dans le but de déterminer quelles étaient les plantes employées et la façon dont elles étaient traitées. Une analyse toxicologique des plantes sèches et fraîches et de la fumée qu'elles produisent a été effectuée et un rapport est rédigé. La recherche a pour but d'établir le contexte culturel dans lequel les jeunes se trouvent lorsqu'ils doivent prendre des décisions au sujet de l'usage du tabac.

Au printemps et à l'été 2000, le personnel ministériel du **Nunavut** a rencontré le personnel régional et les membres de l'association nationale des femmes inuites, Pauktuutit, pour discuter de la stratégie de lutte antitabac. Ces réunions ont permis de dégager l'orientation initiale qui sera choisie, au moins dans le futur immédiat, pour la mise sur pied du programme de réduction de l'usage du tabac du Nunavut.

En janvier 2001, la **Colombie-Britannique** a lancé la stratégie « Honouring Our Health, an Aboriginal Tobacco Strategy for British Columbia ». C'est la première stratégie de la sorte au Canada. Il s'agit d'une stratégie communautaire qui fait partie intégrante de la stratégie antitabac provinciale. Cette stratégie a été conçue par les Autochtones pour les Autochtones. Elle a été inaugurée par un défi où les participants des communautés autochtones de la Colombie-Britannique ont été invités à honorer leur santé en arrêtant de fumer, en réduisant le nombre de cigarettes qu'ils fumaient ou en restant sans fumée dans leurs maisons pendant un mois. Une célébration a été organisée en mars 2001 pour reconnaître leurs efforts.

Les priorités stratégiques de la stratégie antitabac autochtone comprennent :

- 1) mobilisation du leadership autochtone,
- 2) harmonisation à la vision plus large de revitalisation culturelle,
- 3) génération d'enthousiasme dans la communauté et recrutement de volontaires,
- 4) renforcement des relations avec les autorités sanitaires,
- 5) développement de capacités dans la communauté,
- 6) intégration aux initiatives sociales et sanitaires existantes,
- 7) mise en commun des pratiques exemplaires (interventions habituelles pour réduire le mauvais usage du tabac commercial) et des meilleures traditions (respect de l'usage traditionnel du tabac dans les communautés autochtones) et
- 8) évaluation des progrès.

Un groupe de travail autochtone composé de représentants autochtones venant des diverses régions de la province s'assure que la stratégie antitabac autochtone continue d'être guidée et soutenue par les communautés autochtones.

## Conclusion : Aller vers l'avant

Les données et l'information présentées dans ce premier rapport d'étape sur la Stratégie nationale pour réduire l'usage du tabac démontrent qu'au cours des 35 dernières années, le Canada a réduit sensiblement le pourcentage de sa population qui consomme du tabac. Cependant, à cause de la croissance de la population au cours de la même période, le nombre absolu des fumeurs n'a pas diminué de façon significative. Même si les données pour l'an 2000 de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada indique que le pourcentage des fumeurs dans les 10 provinces a continué à diminuer lentement, il subsiste plusieurs points de préoccupation. La diminution des taux de tabagisme chez les femmes semble avoir atteint un plancher, la baisse depuis 1999 n'étant que marginale. En outre, les taux de prévalence chez les jeunes Canadiens continue de susciter une inquiétude particulière puisque la majorité des nouveaux fumeurs sont des adolescents.

Les taux de prévalence chez les jeunes ont en fait augmenté du milieu à la fin des années 1990 et ne font que commencer à diminuer légèrement. Nous devons mieux saisir ce qui motive les jeunes à commencer à fumer et les mesures à prendre pour les dissuader de commencer à fumer. Il est évident qu'il s'agit-là d'un groupe cible qui exige des mesures adaptées à ses besoins, à son mode de vie et à son stade dans la vie. Il est bien difficile pour les adultes de reconnaître la réalité des conséquences néfastes pour la santé du tabagisme lorsqu'ils commencent souvent avec des décennies de retard. Il est d'autant plus difficile pour les adolescents dont les préoccupations sont bien différentes de celles de la plupart des adultes et qui ont de la difficulté à visualiser ce que leur vie sera dans cinq ans.

Actuellement, les données sur le tabagisme des jeunes sont présentées pour deux groupes d'âge : les 15 à 19 ans et les 20 à 24 ans. Mais nous savons qu'un certain nombre d'enfants âgés d'à peine 10 ou 12 ans commencent à fumer. Il faut plus de renseignements sur les circonstances et sur la motivation des très jeunes fumeurs.

Il existe d'autres lacunes importantes dans les données. Elles indiquent que les taux de prévalence chez les Premières nations et les Inuits sont beaucoup plus élevés que pour la population en général, mais il n'existe aucun mécanisme de collecte de données régulier pour suivre l'usage du tabac chez ces personnes. Lorsque les communautés autochtones se pencheront sur l'usage non traditionnel du tabac, leurs initiatives devront être évaluées de sorte que les démarches efficaces puissent être renforcées et élargies adéquatement. De plus, il y a un manque important de données du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. Une stratégie doit être mise au point pour assurer une collecte de données habituelle dans les territoires.

En outre, les enquêtes actuelles ne permettent pas de recueillir de l'information sur certains groupes de population comme les personnes qui sont institutionnalisées et les sans-abri.

Pour améliorer l'estimation des taux de morbidité et de mortalité, il reste beaucoup de travail à faire dans la collecte de l'information sur la situation relative au tabagisme des personnes qui sont aux prises avec des problèmes de santé. En outre, même si les risques pour la santé de l'usage du tabac sont bien établis, on met l'accent dans la collecte de données sur certaines affections, particulièrement le cancer du poumon. Il est connu que d'autres maladies sont liées à l'usage du tabac ou à l'exposition à la fumée des autres, comme l'asthme et les infections de l'oreille moyenne et il importe donc que la collecte des données soit raffinée.

Plusieurs activités de collecte de données innovatrices ont été entreprises, mais il est nécessaire de les répéter pour que l'on puisse vérifier les tendances et les modèles. Par exemple, l'enquête auprès des écoles, des garderies, des établissements de soins de santé et des établissements commerciaux nous a donné une bonne appréciation des politiques sur le tabagisme de ces organisations. Toutefois, les résultats de cette enquête sont en train de devenir périmés et il faudrait obtenir des renseignements plus récents pour suivre les progrès réalisés dans le domaine de l'élimination de l'exposition des Canadiens à la fumée des autres.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent déjà à se pencher sur quelques-unes des questions et des lacunes relatives aux données dont il est question dans le présent rapport. Au cours de l'année qui vient de s'écouler, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Manitoba ont pris des mesures pour élaborer ou mettre en œuvre des stratégies de lutte antitabac. En avril 2001, l'Honorable Allan Rock a annoncé une stratégie fédérale renouvelée pour lutter contre le tabac, y compris un financement de 480 millions de dollars. Parmi les nombreuses initiatives qui seront mises en place au cours de l'année à venir, mentionnons l'Enquête « Au nord du 60e » spécialement conçue pour l'usage du tabac.

Bien qu'il soit difficile de mesurer le progrès réalisé dans le sens des buts de la Stratégie nationale sur une base annuelle, nous croyons qu'avec le temps, les tendances se dégageront clairement. Des rapports d'étape annuels qui suivent ces tendances et font ressortir les connaissances qui nous manquent pour lutter contre l'usage du tabac joueront un rôle vital pour maintenir le momentum dans le sens de nos objectifs communs d'une société où le moins de Canadiens possible soient dépendants des produits du tabac.

## Annexe A : Statistiques sur la prévalence du tabagisme par province

**Tableau A-1 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus en Colombie-Britannique, 1986–2000**

	1986	1991	1994	1999	2000
Hommes	29	31	28	21	22
Femmes	23	27	23	19	18
15–24 ans				25	23
Ensemble	26	29	25	20	20

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Statistique Canada, Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

**Tableau A-2 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus en Alberta, 1986–2000**

	1986	1991	1994	1999	2000
Hommes	36	36	34	27	24
Femmes	32	33	26	25	21
15–24 ans				33	27
Ensemble	34	34	30	26	23

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Statistique Canada, Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

**Tableau A-3 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus en Saskatchewan, 1986–2000**

	1986	1991	1994	1999	2000
Hommes	35	29	35	27	29
Femmes	28	29	24	24	27
15–24 ans				32	30
Ensemble	31	29	30	26	28

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Statistique Canada, Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000. Sources: Smoking Behaviour of Canadians (supplements to the Labour Force Surveys); non-proxy; General Social Survey, 1991; Survey on Smoking in Canada, Cycle 1, 1994; Statistics Canada, Canadian Tobacco Use Monitoring Survey, Annual, 1999 and 2000.

**Tableau A-4 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus au Manitoba, 1986–2000**

	1986	1991	1994	1999	2000
<b>Hommes</b>	35	25	36	27	29
<b>Femmes</b>	30	31	27	19	23
<b>15–24 ans</b>				31	31
<b>Ensemble</b>	32	28	31	23	26

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Statistique Canada, Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

**Tableau A-5 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus en Ontario, 1986–2000**

	1986	1991	1994	1999	2000
<b>Hommes</b>	31	31	28	26	25
<b>Femmes</b>	29	28	27	21	21
<b>15–24 ans</b>				29	27
<b>Ensemble</b>	30	29	28	23	23

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Statistique Canada, Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

**Tableau A-6 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus au Québec, 1986–2000**

	1986	1991	1994	1999	2000
<b>Hommes</b>	42	33	37	32	28
<b>Femmes</b>	36	33	38	29	28
<b>15–24 ans</b>				38	34
<b>Ensemble</b>	38	33	38	30	28

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

**Tableau A-7 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus au Nouveau-Brunswick, 1986-2000**

	1986	1991	1994	1999	2000
<b>Hommes</b>	37	28	38	31	27
<b>Femmes</b>	31	26	32	23	26
<b>15-24 ans</b>				32	33
<b>Ensemble</b>	34	27	35	26	27

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

**Tableau A-8 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus en Nouvelle-Écosse, 1986-2000**

	1986	1991	1994	1999	2000
<b>Hommes</b>	38	41	26	31	31
<b>Femmes</b>	33	30	33	27	29
<b>15-24 ans</b>				33	31
<b>Ensemble</b>	35	35	29	29	30

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

**Tableau A-9 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus à l'Île-du-Prince-Édouard, 1986-2000**

	1986	1991	1994	1999	2000
<b>Hommes</b>	33	36	49	28	29
<b>Femmes</b>	23	23	29	23	26
<b>15-24 ans</b>				33	34
<b>Ensemble</b>	27	29	39	26	28

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.



**Tableau A-10 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus à Terre-Neuve, 1986–2000**

	1986	1991	1994	1999	2000
<b>Hommes</b>	35	40	29	32	29
<b>Femmes</b>	30	29	25	25	26
<b>15–24 ans</b>				33	34
<b>Ensemble</b>	32	35	27	28	28

Sources : L'usage du tabac au Canada (suppléments de l'Enquête sur la population active); sans personne interposée; Enquête sociale générale, 1991; Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1, 1994; Enquête annuelle de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 1999 et 2000.

**Tableau A-11 Prévalence des fumeurs dans les Territoires du Nord-Ouest**

	1999
<b>Hommes</b>	42,4
<b>Femmes</b>	39,7
<b>15–24 ans</b>	40,3
<b>25–39 ans</b>	44,9
<b>40–59 ans</b>	39,9
<b>60 ans et plus</b>	30,7
<b>Autochtones</b>	54,2
<b>Non-Autochtones</b>	30,1
<b>Ensemble</b>	42

Source : Northwest Territories Ministry of Health and Social Services.

**Tableau A-12 Prévalence des fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus dans le Yukon, 1994**

	1994
<b>Hommes</b>	43,6
<b>Femmes</b>	39,2
<b>15–24 ans</b>	42,3
<b>Ensemble</b>	41,5

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994. Les données provenant de l'ENSP de 1998 et de l'ECSC de 2000 ne sont pas encore disponibles.