



Le tabagisme chez les femmes

En 1994, environ trois Canadiennes sur dix (29 %) fumaient sur une base quotidienne ou de façon occasionnelle. Le taux de prévalence du tabagisme est plus élevé chez les Québécoises (38 %), les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans (38 %) et les jeunes femmes à faible revenu (47 %)¹. Le taux de prévalence global n'a guère changé depuis 1991.



A l'intérieur : PRINCIPALES LEÇONS

- 4** Différences entre les hommes et les femmes quant aux habitudes tabagiques.
- 8** Pourquoi les jeunes femmes commencent à fumer.
- 10** Prévention du tabagisme chez les jeunes femmes.
- 14** Bonnes façons d'aider les femmes de tous les âges à cesser de fumer.
- 24** Influence des politiques liées au tabac sur les femmes.
- 26** Encourager l'action communautaire pour lutter contre l'usage du tabac chez les femmes.

L'usage du tabac chez les femmes a des conséquences dévastatrices. Le tabagisme est la principale cause évitable de décès prématuré chez les Canadiennes. Le cancer du poumon, la cardiopathie ischémique, l'accident cérébrovasculaire et la broncho-pneumopathie chronique obstructive sont les principales causes de décès associées au tabagisme. La consommation de tabac réduit de plus de cinq ans l'espérance de vie des fumeuses canadiennes âgées de 35 ans².

Lorsque le gouvernement fédéral a lancé la Stratégie de réduction de la demande de tabac au début de 1994, il était clair que le dossier du tabagisme chez les femmes constituait une priorité. Subséquemment, un certain nombre de projets ont été entrepris en vue d'améliorer notre compréhension du problème et de multiplier les mesures concrètes visant à réduire le tabagisme chez les femmes.

¹ Santé Canada. *Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1*, août 1994, n° 7, Profil des femmes.

² Pope, M., M.J. Ashley et R. Ferrence *Tobacco and Women's Health*. mars 1997.

information

Contexte : Information sur le contrôle du tabac au Canada et le présent document.

1 Au sujet de la Stratégie de réduction de la demande de tabac.

En février 1994, le gouvernement fédéral lançait la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT), un programme de trois ans visant à combattre l'usage du tabac au Canada. La SRDT s'inscrivait dans la continuité du travail et des orientations de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme (SNLT), mise sur pied en 1987. En accord avec la SNLT, les trois objectifs de la SRDT étaient les suivants :

- aider les non-fumeurs à le demeurer ;
- encourager et aider ceux qui veulent cesser de fumer à le faire ;
- protéger la santé et les droits des non-fumeurs.

2 Au sujet de la série de résumés – leçons tirées de la SRDT.

Le texte que voici fait partie d'une série de cinq résumés qui mettent en évidence des leçons tirées de la SRDT. Les autres thèmes abordés sont les jeunes, les Autochtones, les francophones et les femmes enceintes ou venant d'accoucher. Ces résumés visent à aider les professionnels de la santé et les décideurs à mettre au point les futures interventions en matière de réduction du tabagisme. Chaque résumé recense les principales leçons qui ont été tirées du travail accompli sur le sujet en question et trace le profil de quelques-uns des nombreux projets communautaires et ressources locales et nationales élaborés dans le cadre de la SRDT. Ces projets et ressources sont décrits tout au long des résumés. Les codes, comme « A4 » et « W10 », qui apparaissent çà et là dans les résumés, renvoient à la liste complète des ressources donnée à la fin de chacun d'eux.

3 À propos de l'Initiative de lutte contre le tabagisme.

L'Initiative de lutte contre le tabagisme a été annoncée en novembre 1996 et représente un engagement fédéral de 100 millions de dollars sur cinq ans, débutant en 1997/98. Cette vaste stratégie comporte quatre volets principaux : loi et règlements, application de la loi, recherche et éducation du public.

S'appuyant sur les leçons tirées et les résultats obtenus dans le cadre de la Stratégie de réduction de la demande de tabac et des autres stratégies antitabac, le volet éducation du public de l'Initiative vise à améliorer la santé et la qualité de vie en général des Canadiens et des Canadiennes, en particulier les jeunes, par :

- la définition et la communication des meilleures pratiques ;
- la formation et la consultation, afin que les communautés soient plus aptes à offrir de bons programmes de réduction du tabagisme ;
- la sensibilisation du public aux méfaits du tabac et à l'industrie du tabac.

En partenariat avec les provinces, les territoires, les organismes de la santé, les groupes communautaires et les organismes de service à la jeunesse, l'Initiative intensifiera les efforts de prévention, de protection et d'abandon du tabac amorcés dans le cadre de la Stratégie de réduction de la demande de tabac.

REMERCIEMENTS

Santé Canada tient à remercier Tammy Horne, de WellQuest Consulting, et Mona Wynn, de Cambium Consulting, pour la rédaction du résumé ; Josie d'Avernas, de RBJ Health Management Associates, Francine Deroche, du Centre ontarien d'information en prévention, Brenda Mitchell, de Brenda Mitchell et associés, et Miriam Stewart, de Atlantic Health Promotion Research Centre pour la recherche et la rédaction des documents de synthèse originaux ; de même que DesignCo pour la conception graphique et la présentation du résumé.

Also available in English as "Women and Tobacco".

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position officielle de Santé Canada.

© Santé Canada 1999 Cat. No. H39-464/1999F ISBN 0-662-83515-8

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

4 Au sujet du présent résumé – Le tabagisme chez les femmes.

Lorsque la SRDT a été mise en œuvre, il y avait peu d'information sur le tabagisme chez les femmes et peu de méthodes conçues pour aider plus particulièrement les femmes à renoncer au tabac et à éviter les rechutes. La SRDT comportait plusieurs importantes activités de recherche et d'éducation du public visant à combler ces lacunes. Tout au cours de 1997, on a travaillé à faire la synthèse des conclusions et

idées se dégageant de tous les projets et activités de la SRDT axés sur les femmes.

Les leçons tirées sont résumées et regroupées sous six grands thèmes qui constituent la base de ce bulletin.

**Pour obtenir d'autres exemplaires,
veuillez communiquer avec :**

Publications, Santé Canada
Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366

Également accessible sur Internet à
www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme



Première leçon : Différences entre les hommes et les femmes quant aux habitudes tabagiques.

1 Les jeunes filles (âgées de 13 et 14 ans) ont plus tendance à fumer que les garçons du même âge. Dans ce groupe d'âge, les filles sont plus nombreuses que les garçons à fumer de façon occasionnelle.

Chez les enfants qui avaient entre 10 et 12 ans à la date à laquelle l'Enquête de 1994 sur l'usage du tabac chez les jeunes (Y3) a été menée, le taux de prévalence du tabac était faible, soit de 2 % chez les filles et de 3 % chez les garçons.

Le taux de prévalence chez les femmes a commencé à dépasser celui enregistré chez les hommes dans le groupe d'âge 13-14 ans : 14 % des femmes étaient des fumeuses actuelles, comparativement à 12 % des hommes. Cette différence entre les sexes s'explique uniquement par le taux de prévalence plus élevé de la consommation non quotidienne de tabac chez les femmes – 9 % comparativement à 7 % chez les hommes.

2 Le groupe des 15 à 17 ans est celui où le taux de prévalence du tabagisme chez les femmes dépasse de la façon la plus significative celui enregistré chez les hommes. De plus, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à fumer tous les jours dans ce groupe d'âge.

Dans le groupe des 15 à 17 ans, 22 % des femmes fument, comparativement à 18 % des hommes (Y3). Cette différence est due à un taux de prévalence plus élevé de la consommation quotidienne de tabac chez les femmes – 17 % comparativement à 13 % chez les hommes.



3 Chez les jeunes âgés de 18 et 19 ans, les différences entre les hommes et les femmes quant au taux de prévalence du tabagisme sont inversées, le taux de prévalence chez les hommes commençant à dépasser celui enregistré chez les femmes.

En effet, dans ce groupe d'âge, le taux de prévalence du tabagisme chez les hommes est supérieur à celui enregistré chez les femmes (31 % comparativement à 27 %), bien que la prévalence chez les hommes comme chez les femmes augmente par rapport aux groupes plus jeunes.

4 Dans l'ensemble, les filles commencent à fumer à un âge plus jeune que les garçons.

La période précédant l'âge de 15 ans, en particulier les âges de 13 et 14 ans, est critique pour l'adoption de l'habitude de fumer. Chez les jeunes âgés de 13 et 14 ans, 15 % des filles avaient commencé à fumer, comparativement à 9 % des garçons. Chez les fumeurs qui avaient entre 15 et 19 ans à la date de l'Enquête de 1994 sur l'usage du tabac chez les jeunes (Y3), 29 % des filles avaient fumé leur première cigarette à l'âge de 12 ans, et 29 % des garçons, à l'âge de 13 ans. Un autre 47 % des filles et 33 % des garçons avaient fumé leur première cigarette à l'âge de 15 ans. Il faudrait souligner que ces données doivent être interprétées avec réserve puisqu'elles sont basées sur le souvenir qu'ont gardé les personnes interrogées de la date de leur première expérience de la cigarette. Cependant, la tendance générale



indiquée par ce groupe d'âge correspond à la tendance qui dénote une prévalence plus élevée de l'expérimentation du tabac chez les jeunes femmes. L'étude *Différences entre les adolescents et les adolescentes quant aux motifs qui les incitent à fumer et à l'usage qu'ils font du tabac* menée auprès d'un groupe échantillon (G1) a présenté des conclusions semblables. L'âge moyen auquel les jeunes ont fumé leur première cigarette était de 12 ou 13 ans dans le cas des filles et de 14 ans ou plus dans le cas des garçons (G1).

5 À tous les âges, les jeunes hommes fument un plus grand nombre de cigarettes par jour que les jeunes femmes. Chez les adolescents, les différences entre les sexes quant à la consommation quotidienne de tabac sont les plus marquées dans le groupe des 13–14 ans.

Chez les adolescents âgés de 13 et 14 ans, les filles fument 9 cigarettes par jour en moyenne, comparativement à 13,2 pour les garçons, ce qui représente une différence d'environ quatre cigarettes par jour. Chez les jeunes âgés de 18 et 19 ans (Y3), cette différence entre les sexes est d'environ 2,5 cigarettes par jour, les hommes fumant 15,1 cigarettes par jour, et les femmes, 12,7.

6 Selon la dernière *Enquête sur le tabagisme au Canada*, le taux de prévalence du tabagisme chez les femmes était inférieur à celui enregistré chez les hommes pour tous les groupes d'âge supérieurs à 20 ans.

L'*Enquête sur le tabagisme au Canada* (S8) a permis de recueillir des renseignements sur un échantillon d'environ 15 800 Canadiens de plus de 15 ans. Ces renseignements ont été recueillis au cours de quatre cycles séparés par des intervalles de trois mois. L'enquête a permis d'évaluer les taux de tabagisme et les changements dans la consommation de tabac au cours d'une année.

Au premier cycle de l'enquête, les taux de prévalence du tabagisme chez les Canadiens de plus de 15 ans étaient de 29 % chez les femmes et de 32 % chez les hommes. Les taux de prévalence du tabagisme chez les hommes étaient supérieurs aux taux enregistrés chez les femmes dans tous les groupes d'âge sauf le groupe des 15 à 19 ans, où 29 % des jeunes femmes fumaient comparativement à 26 % des jeunes hommes.

7 L'*Enquête sur le tabagisme au Canada* a révélé des différences dans les taux de tabagisme chez les hommes et chez les femmes selon la région et la culture.

D'après les renseignements recueillis durant le quatrième cycle de l'enquête (S8), les différences dans les taux de tabagisme selon le sexe étaient moins marquées chez les francophones (36 % chez les hommes et 35 % chez les femmes) que chez

les anglophones (28 % chez les hommes et 24 % chez les femmes). Dans l'ensemble, les taux de tabagisme étaient plus élevés chez les francophones que chez les anglophones (35 % comparativement à 26 %).

Les femmes étaient plus nombreuses à fumer au Québec que dans toute autre région, et elles y sont aussi plus nombreuses à fumer quotidiennement. C'est la Colombie-Britannique qui enregistrait le taux de prévalence le plus faible pour ce qui est du tabagisme chez les femmes.

Les différences dans les taux de prévalence selon le sexe étaient les plus marquées à l'Île-du-Prince-Édouard, où 49 % des hommes et 29 % des femmes de plus de 15 ans sont fumeurs (cycle 1).

8 Chez les Canadiens de 20 ans et plus, les hommes fument un plus grand nombre de cigarettes par jour que les femmes.

Chez les fumeurs adultes, les différences entre les sexes quant au nombre de cigarettes fumées par jour sont minimales pour la plupart des groupes d'âge, sauf celui des 45-64 ans. Dans le groupe des 20 à 24 ans, les hommes fumaient en moyenne 16,3 cigarettes par jour, et les femmes, 13,3. Dans le groupe des 25 à 44 ans, les hommes fumaient en moyenne 17,1 cigarettes par jour, et les femmes, 14,6. On a constaté des différences plus marquées dans le nombre de cigarettes fumées par jour dans le groupe des 45 à 64 ans. Les hommes fumaient en moyenne 21,4 cigarettes par jour, comparativement à 14,5 pour les femmes. Dans le

groupe des 65 ans et plus, les différences selon le sexe quant au nombre de cigarettes fumées étaient mineures, les hommes fumant 16,2 cigarettes par jour, et les femmes, 15,1 (S8).

Le nombre de cigarettes fumées par jour a baissé chez les femmes (de 19 à 17) entre 1981 et 1994, tandis qu'il est demeuré le même, soit 21, chez les hommes (S8).

9 Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir cessé de fumer durant l'*Enquête sur le tabagisme au Canada*, particulièrement dans le groupe des 20 à 24 ans.

Parmi les femmes qui étaient fumeuses au cycle 1 (printemps 1994), 18 % avaient cessé de fumer au cycle 4 (hiver 1995). Parmi les hommes, 14 % avaient cessé de fumer entre les cycles 1 et 4.

La baisse du taux de tabagisme chez les femmes était la plus marquée dans le groupe des 20 à 24 ans. Au cycle 1, 38 % des femmes et 41 % des hommes fumaient. Au cycle 4, 31 % des femmes et 37 % des hommes de ce groupe d'âge fumaient, ce qui représente une baisse de 7 % et de 4 % respectivement pour ce groupe d'âge.

Environ la moitié (54 %) des personnes qui avaient cessé de fumer, tant chez les hommes que chez les femmes, ont cité des problèmes de santé actuels ou éventuels pour expliquer leur décision de cesser de fumer. Environ 25 % ont indiqué que le prix des cigarettes avait influé sur leur décision.



Vérier

LES FAITS !

Parfois, il est payant de repartir à zéro! Le Halifax Regional Drug Prevention Network (C5) souhaitait fournir aux femmes qui fument de l'information concrète et à jour sur les risques pour la santé physique, la santé affective et les façons de cesser de fumer. Déçu du fait que bien des documents existants ne citaient guère leurs sources et fournissaient des chiffres contradictoires, le réseau, ne man-

quant pas d'ambition, a choisi de faire ses propres recherches et de rédiger ses propres documents d'information.

Le réseau a produit une série de 15 feuillets d'information, *Women's Health*, portant sur les liens entre le tabac et l'allaitement maternel, le cancer du col de l'utérus, la ménopause et l'ostéoporose, ainsi que le contrôle du poids. Ces feuillets traitent également d'aspects particuliers de l'abandon

de la cigarette, tels que les thérapies de remplacement de la nicotine et les façons de faire face aux rechutes. Leurs auteurs se sont donné beaucoup de mal pour mettre en valeur le concept de la réduction des méfaits plutôt que de préconiser de façon intransigeante un renoncement complet.

Deuxième leçon : Pourquoi les jeunes femmes commencent à fumer.

1 Parmi les raisons les plus souvent citées par les adolescentes pour expliquer pourquoi les jeunes de leur âge commencent à fumer, mentionnons le désir d'imiter leurs amis (pression des pairs) et la curiosité (le simple fait d'essayer).

Dans l'*Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes*, on demandait aux répondants d'indiquer les raisons pour lesquelles les jeunes commençaient à fumer. Les raisons susmentionnées étaient celles qui étaient le plus couramment fournies, tant par les jeunes filles que par les jeunes garçons (Y3). La curiosité a été fournie comme raison plus souvent par les filles que par les garçons dans le groupe des 10–14 ans.

2 Un certain nombre d'adolescentes et de jeunes femmes commencent à fumer pour composer avec le stress, puis elles gardent cette habitude comme outil d'adaptation.

Un certain nombre de jeunes femmes fument pour composer avec le stress auquel les femmes sont typiquement exposées (D1). Des études ont démontré l'existence d'un lien entre le stress et l'initiation au tabagisme chez les adolescentes (A9, D1). Le stress contribue également à maintenir l'habitude de fumer, en particulier chez les adolescentes défavorisées. Les femmes qui abandonnent leurs études ou qui ont de la difficulté à réussir à l'école ont davantage tendance à fumer (R4). De plus, une étude qualitative effectuée auprès d'étudiantes d'université a révélé que les femmes considéraient le tabac comme un moyen efficace de composer avec le stress de la vie quotidienne (C1).

3 Des recherches ont révélé que les jeunes femmes sont plus influencées que les jeunes hommes par les habitudes de fumer de leur famille et de leurs amis.

Comme beaucoup d'études antérieures sur l'initiation au tabagisme, l'*Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes* a révélé que l'habitude de fumer des membres de la famille et des amis exerçait une influence majeure sur la décision des jeunes de commencer à fumer. Certaines preuves tendent à démontrer que l'influence de la famille peut être plus grande pour les jeunes filles que pour les jeunes hommes, en particulier si la mère fume (A9, G1, W2). L'*Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes* a révélé que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être des fumeurs actuels si les deux parents fument ou si la mère seulement fume. Les hommes ont plus tendance à fumer que les femmes si seul leur père fume (Y3). De plus, l'usage du tabac par les frères et sœurs n'inciterait que les femmes à commencer à fumer (G1).

Quant à l'influence exercée par les amis qui fument, elle serait plus grande dans le cas des jeunes filles, d'après certains chercheurs, du fait que ces dernières ont des cercles d'amis plus restreints et plus unis (W2). Cependant, les preuves quant au degré d'influence exercé par les pairs selon le sexe ne sont pas concluantes. L'*Enquête de 1994 sur l'usage du tabac chez les jeunes* n'a révélé aucune différence selon le sexe quant au lien entre le nombre d'amis fumeurs et la propension à fumer (Y3).

4 La publicité, la commandite et les médias populaires présentent le tabagisme comme faisant partie d'un style de vie positif et excitant, et comme un moyen de concilier les contradictions perçues dans la vie d'une femme. Il est essentiel d'être sensibilisé aux tactiques des médias pour résister à ces pressions.

La publicité concernant le tabac semble associer la beauté à la minceur et laisse croire aux femmes qu'en fumant des cigarettes légères ou minces, elles pourraient mieux atteindre cet idéal. Le tabac leur est également présenté comme un moyen de se détendre, de composer avec le stress ou de se réserver quelques moments bien à elles, et comme un moyen de soulager les tensions associées aux contradictions entre leur désir d'indépendance et de maîtrise et leur désir d'être attirantes (c.-à-d. minces). Évidemment, la contradiction entre la maîtrise personnelle et la dépendance qu'engendre le tabac est passée sous silence (D1, M1, R4, W1, W2).

Bien que la publicité sur le tabac dans les revues canadiennes ait été assujettie à certaines restrictions au cours des dernières années, les jeunes femmes qui lisent des revues américaines continuent d'être exposées à la publicité sur le tabac. Certains fabricants de tabac rejoignent les femmes par la commandite d'activités sportives, artistiques et de mode (M1).

Dans les médias populaires, les films montrent des personnes qui fument tant dans le contexte de rencontres sociales que dans des circonstances stressantes, laissant ainsi

croire que l'usage du tabac est tout aussi approprié dans les situations positives que dans les situations négatives. L'information concernant les effets du tabagisme sur la santé est rare dans les revues destinées aux femmes, même si ces revues contiennent un grand nombre d'autres articles sur la santé (M1). Plus les recettes publicitaires provenant des fabricants de produits du tabac augmentent, moins les dangers liés à l'usage du tabac sont mentionnés dans la partie rédactionnelle de la revue (W2).

Les effets du tabagisme sur la santé ont été traités dans les journaux. La presse française semble pour sa part défendre plus souvent

que la presse anglaise les droits des fumeurs contre le lobby antitabac (M1).

5 Les liens entre le contrôle du poids et l'initiation au tabagisme ne sont pas prouvés. Les préoccupations à cet égard sont plus susceptibles d'inciter les femmes à continuer de fumer et à hésiter à renoncer au tabac.

Les résultats de recherches concernant le lien entre l'initiation au tabagisme et les problèmes de poids ne sont pas concluants. Certaines études indiquent que ces problèmes peuvent encourager à fumer,

et d'autres n'ont révélé aucun lien (C1, G1, W1, W2). Les préoccupations au sujet de son poids, la suralimentation, les régimes d'amaigrissement et les troubles de l'alimentation ont été associés au tabagisme chez les adolescentes, mais non chez les adolescents (G1). Il ne faut cependant pas conclure que ces facteurs incitent nécessairement les femmes à commencer à fumer. De plus, les jeunes femmes hésitent à reconnaître qu'elles fument pour contrôler leur poids, et certaines ne l'admettent qu'après avoir cessé de fumer (C1).



Troisième leçon : Prévention du tabagisme chez les jeunes femmes.

1 Les jeunes femmes ont besoin de solutions de rechange positives au tabagisme, de même que de moyens d'apprendre à maîtriser leur vie.

La sensibilisation aux risques du tabagisme pour la santé ne suffit pas pour empêcher les adolescentes de fumer. Celles-ci doivent acquérir des compétences et une confiance en soi. Une trousse d'information produite récemment, *Pour éteindre le désir d'allumer* (S6), est une ressource pour les collectivités qui offrent des programmes et des activités à l'intention des jeunes filles. La trousse fournit des renseignements sur la prévalence du tabagisme, ses conséquences sociales et ses effets sur la santé, et les raisons qui incitent les jeunes filles à fumer. Elle propose également des moyens de résister au tabagisme, des solutions de rechange positives (p. ex. l'activité physique, une alimentation saine et la gestion du stress) et des moyens de créer un milieu propice à l'adoption d'un style de vie sain.

L'activité physique peut se révéler une solution de rechange particulièrement intéressante. Elle peut effectivement aider les jeunes femmes à gérer leur stress, à maintenir un poids-santé, à créer des liens et à acquérir un statut (dans des équipes ou clubs sportifs), ainsi qu'à développer des sentiments de force et de puissance plutôt que de passivité. Il semble d'ailleurs y avoir un lien entre la diminution de l'activité physique et l'initiation au tabagisme (A9, D1).

Il est important que les adolescentes et les jeunes femmes, en plus d'adopter des stratégies de comportement individuelles leur permettant d'exercer un meilleur contrôle sur leur vie et leur santé, développent un sens critique face à la dynamique entre les sexes. Par exemple, si les jeunes femmes qui font l'objet de harcèlement prennent conscience que les hommes cherchent, par ce moyen, à exercer un pouvoir sur les femmes, elles auront moins tendance à se culpabiliser pour le harcèlement qu'elles subissent et seront moins susceptibles de recourir au tabagisme pour composer avec les sentiments négatifs que suscite ce genre de comportement.

Les discussions entre pairs et les relations avec des adultes et des groupes communautaires capables d'offrir un soutien (comme les organisations qui interviennent auprès des jeunes ou des femmes) peuvent être particulièrement efficaces pour aider les femmes à acquérir des compétences et à prendre davantage conscience de la dynamique entre les sexes. Ces relations peuvent aider les adolescentes à comprendre qu'elles ne sont pas seules à subir du stress et des pressions.



2 La sensibilisation aux tactiques des médias aide les filles et les jeunes femmes à développer un sens critique face aux messages des fabricants de produits de tabac.

Être sensibilisé aux tactiques des médias, c'est comprendre l'effet des messages médiatiques sur les perceptions, les valeurs et les comportements qui influent sur la santé et le bien-être. Les filles et les jeunes femmes qui connaissent les tactiques des médias sont en mesure de critiquer les messages qui appuient et encouragent le tabagisme. La trousse créée récemment, *Réagis face aux médias et sois-en fière* (B2), porte sur l'influence des médias, l'image corporelle et le tabagisme.

3 Il faudrait dispenser des programmes scolaires de prévention au niveau primaire, les poursuivre au niveau secondaire et les intégrer aux politiques visant à décourager le tabagisme chez les jeunes.

La plupart des programmes scolaires de prévention sont basés sur le modèle des influences sociales et sont généralement offerts aux élèves de la 6^e à la 8^e année. Cette approche repose sur l'hypothèse que les pairs, les parents et les médias incitent les enfants et les adolescents à faire usage du tabac. Si les jeunes sont conscients de ces influences sociales et parviennent à y résister, ils seront en mesure de résister aux pressions qui seront exercées sur eux à l'avenir pour qu'ils fument. Les programmes comprennent généralement les volets suivants : conséquences personnelles du



tabagisme, prise de décisions, résolution de problèmes, gestion du stress et rectification des idées fausses quant à la prévalence de l'usage du tabac. La participation active des élèves (p. ex. jeux de rôle) permet à ces derniers d'acquérir les compétences et la confiance nécessaires pour résister aux pressions sociales pro-tabac.

Une enquête nationale sur les programmes de prévention (S2) effectuée peu avant la mise en oeuvre de la SRDT a révélé que

bien que les programmes de prévention axés sur les influences sociales aient permis, dans une certaine mesure, de réduire les taux de tabagisme chez les jeunes, les effets s'estompent au niveau secondaire, et les programmes comportent des lacunes (S2). Des initiatives menées ultérieurement dans le cadre de la SRDT, notamment l'élaboration et la diffusion du programme de prévention intitulé *Maximiser l'impact* (I2), ont complété les programmes scolaires actuels axés sur la prévention.



4 On peut appliquer des politiques rendant difficile le tabagisme en tant que pratique courante dans le cadre des rapports sociaux avec les pairs.

Les restrictions relatives à l'usage du tabac dans les écoles sont de plus en plus courantes (S5). Ces restrictions font en sorte de rendre l'usage du tabac en groupe moins visible et de réduire les occasions de fumer « socialement » durant les heures de classe, pourvu qu'elles visent tant les bâtiments que le terrain de l'école et qu'elles soient appliquées rigoureusement. Dans la mesure où les adolescentes sont plus influencées que les garçons par les habitudes de fumer de leurs pairs, comme l'indiquent certaines études, la réduction des occasions de fumer en groupe durant les heures de classe peut être une stratégie de prévention particulièrement utile pour

elles. Les politiques interdisant l'usage du tabac ne doivent pas s'appliquer exclusivement à l'école, mais également à tous les endroits où les adolescents passent leurs temps libres, comme les centres commerciaux et les centres de loisirs.

Les programmes scolaires qui sont mis en œuvre dans le cadre de stratégies environnementales communautaires sont plus efficaces que les programmes scolaires à eux seuls (S2). Les autres politiques qui détournent du tabagisme et font du non-usage du tabac une norme communautaire (p. ex. augmentation des taxes sur les produits du tabac, application rigoureuse de la législation régissant la vente de ces produits aux mineurs, emballage discret des paquets de cigarettes, publicité, interdiction de fumer dans les endroits publics) sont également utiles. Des recherches ont révélé que les

adolescentes peuvent se procurer du tabac plus facilement que les adolescents, en ce sens que l'on vend plus facilement du tabac aux filles qu'aux garçons mineurs (M4). Les filles ont en outre plus tendance que les garçons à acheter des cigarettes à l'unité (Y3). Un grand nombre d'intervenants de la lutte antitabac ont recommandé une augmentation des taxes sur les produits du tabac afin de rendre ces produits moins abordables pour les jeunes.

Des chercheurs ont avancé qu'un emballage discret peut réduire le tabagisme chez les adolescents, du fait qu'ils n'associeraient plus les marques à des images (P10). Cette mesure pourrait réduire l'intérêt de fumer pour l'image que l'on peut projeter parmi ses pairs.

5 Les programmes à l'intention de certains groupes prioritaires d'adolescentes doivent tenir compte des différences culturelles.

Par exemple, les programmes à l'intention des Autochtones doivent tenir compte de l'usage du tabac dans le cadre de la spiritualité et des rituels, des taux de tabagisme élevés dans les collectivités autochtones, du prix inférieur du tabac dans les réserves, et du fait que l'on préfère que la famille et la collectivité participent aux programmes. Il faut commencer à offrir des programmes de prévention aux filles lorsqu'elles sont en bas âge, étant donné que dans les collecti-

vités autochtones, on commence à fumer plus tôt que dans beaucoup d'autres groupes.

Les programmes à l'intention des francophones doivent tenir compte de la plus grande tolérance des francophones à l'égard du tabagisme et du fait qu'ils accordent plus d'importance au libre choix du style de vie qu'aux questions de santé. Ainsi, le taux de prévalence du tabagisme est susceptible d'être plus élevé chez les filles francophones que dans la population en général.

De plus, les médias francophones ont moins tendance que les médias anglophones à condamner le tabagisme (M1).

Les activités de recherche et de développement menées dans le cadre de la SRDT ont contribué à faire augmenter le nombre de programmes de lutte contre le tabagisme spécifiquement conçus à l'intention de différentes communautés culturelles et linguistiques.

Comblers les lacunes

DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION

à l'école

Maximiser l'impact (I2) est un programme de prévention unique en ce qu'il a été élaboré pour s'intégrer aux programmes scolaires existants, et non pour faire double emploi avec eux ou les remplacer. Ce programme aborde plusieurs grands thèmes comme le rôle de l'industrie du tabac, le tabagisme chez les femmes, la sensibilisation aux médias et les tendances dans la consommation de tabac, et il vient compléter les ressources en matière de prévention du tabagisme offertes aux élèves de la 5^e à la

8^e année. La trousse a été conçue à l'intention des enseignants, des bénévoles et des éducateurs sanitaires intervenant en milieu scolaire et elle comprend un module d'auto apprentissage et un guide de l'animateur. Elle comprend également un CD-ROM contenant de l'information et des exercices interactifs à l'intention des élèves.

Société canadienne du cancer
Bureau 200 – 10, avenue Alcorn
Toronto (Ontario) M4B 3B1
Tél. : 416-961-7223



Quatrième leçon : Bonnes façons d'aider les femmes de tous les âges à cesser de fumer.

1 Des recherches liées à la SRDT ont mis au jour le fait que les comportements tabagiques des femmes s'inscrivent dans le contexte social plus vaste de l'inégalité des sexes.

Les facteurs souvent associés à une forte prévalence du tabagisme sont notamment le chômage, un faible revenu ou un emploi dans le secteur des services, la monoparentalité, le manque d'instruction, l'isolement et le manque de soutien social, le cumul de responsabilités professionnelles et familiales, ainsi que la violence familiale, le stress et une faible estime de soi. Les femmes qui sont défavorisées à plusieurs égards ou qui abusent déjà d'autres substances sont plus susceptibles de fumer (H3). Les stratégies de réduction du tabagisme axées sur les femmes tiennent compte du fait que les habitudes de vie personnelles telles que le tabagisme s'inscrivent dans ce contexte social plus vaste (H3, W2). Bien que les désavantages sociaux influent aussi sur le comportement tabagique des hommes, l'expérience de ces désavantages diffère souvent d'un sexe à l'autre (p. ex. les femmes sont plus souvent des mères seules à faible revenu ou des dispensatrices de soins non officielles). Ces distinctions ainsi que les différences dans les types de stress qu'elles occasionnent doivent être prises en considération dans l'élaboration de programmes.

2 Les sentiments de confiance, de maîtrise et d'estime de soi jouent un grand rôle à la fois dans les tentatives qui sont faites pour cesser de fumer et dans le succès des changements.

Les sentiments de confiance, de maîtrise et d'estime de soi sont importants pour quiconque veut cesser de fumer, mais ils peuvent être particulièrement importants pour les femmes défavorisées qui n'ont souvent pas de contrôle sur leur propre vie. Ces femmes peuvent avoir l'impression que la cigarette est une chose qu'elles contrôlent. Le fait de fumer peut leur donner un sentiment d'indépendance et de choix. Lorsque les femmes décident qu'elles peuvent s'assurer une meilleure maîtrise de leur vie en cessant de fumer, mais n'y parviennent pas, leurs échecs peuvent influencer négativement sur leurs sentiments de maîtrise et d'estime de soi (H3). Pour parvenir à modifier leurs habitudes tabagiques, les femmes doivent avoir confiance de pouvoir réussir et avoir le sentiment de contrôler la situation.

Les programmes qui prévoient un éventail d'objectifs, comme réduire le nombre de cigarettes fumées, acquérir les compétences nécessaires pour être en mesure de cesser de fumer ou cesser carrément de fumer, et les programmes qui adaptent les interventions à des stades de changement particuliers donnent aux femmes une plus grande confiance et une meilleure estime de soi au fur et à mesure qu'elles réalisent des progrès à leur propre rythme. Par exemple, la récente évaluation de *Catching Our Breath*

(C7) à Winnipeg a révélé que les femmes se sentaient confiantes et gagnantes lorsqu'elles réduisaient leur consommation quotidienne de cigarettes et que la plupart de celles qui réduisaient leur consommation pendant la durée du programme souhaitaient progresser vers un renoncement complet. Cette évaluation a aussi révélé que, plus les femmes se sentaient confiantes de ne pas fumer dans diverses situations, moins elles fumaient de cigarettes par jour.

Il existe certaines preuves que les femmes qui veulent cesser de fumer perçoivent plus d'obstacles, entrent plus de conséquences négatives et ressentent leurs échecs plus durement que les hommes (D1, W2). De plus, les femmes semblent métaboliser la nicotine plus lentement que les hommes, de telle sorte que des quantités égales de nicotine équivalent à une dose par poids corporel plus élevée pour les femmes. C'est peut-être la raison pour laquelle les femmes se plaignent de symptômes de sevrage plus pénibles. Plus les femmes sont convaincues d'être accoutumées au tabac, moins elles ont confiance de pouvoir y renoncer. Certaines femmes ont plus tendance que d'autres à croire qu'elles sont fortement accoutumées à la nicotine (p. ex. les femmes handicapées, R2). Cependant, il existe peu de différence entre les femmes et les hommes pour ce qui est des démarches de renoncement comme telles, bien que les femmes soient légèrement plus susceptibles de chercher de l'aide

que les hommes (W1). Il est essentiel que l'aide offerte aux femmes inclue des stratégies visant à les rendre confiantes de pouvoir réaliser des changements et surmonter les problèmes de sevrage.

3 L'application de la théorie des stades du changement peut améliorer la confiance et les compétences des femmes qui font des efforts pour cesser de fumer. La reconnaissance des définitions multiples de « réussite » est un facteur important dans l'élaboration de programmes axés sur les femmes.

Selon la théorie des stades du changement, l'abandon du tabac est considéré comme un processus ou une série d'étapes à franchir plutôt qu'une action ponctuelle, radicale. Cette théorie prévoit cinq stades de changement de comportement franchis par le fumeur durant la période où il se prépare à cesser de fumer : il n'envisage pas de cesser de fumer ; il envisage de cesser de fumer ; il décide de cesser de fumer ; il se prépare à cesser de fumer ; il cesse de fumer ; il maintient son abstinence. La théorie reconnaît que le fumeur peut rechuter à n'importe quel stade, risque qui doit être considéré comme normal lorsqu'un fumeur essaie de cesser de fumer.

La théorie des stades du changement prévoit de nombreuses définitions de la réussite dans le cadre des programmes. Par exemple, la transition d'un stade à l'autre constitue pour le fumeur une réussite, tout comme le fait de devenir de plus en plus conscient des raisons qui l'incitent à fumer

Le sens

VÉRITABLE DE LA PARTICIPATION

Nous avons tous entendu dire que les programmes les plus valables et efficaces sont les programmes créés par les personnes qui les utilisent. Le *Women and Tobacco Pilot Project* du YWCA de Crabtree Corner (C8), à Vancouver, peut nous apprendre à tous certaines choses sur ce qu'est une participation fructueuse. Procédant avec patience et constance et s'en remettant au bouche à oreille, la coordonnatrice du projet a recruté 10 femmes pour constituer un comité directeur qui se renseignerait sur la recherche-action et en effectuerait, en vue de créer un programme visant à réduire le tabagisme chez les femmes. Avec le temps, les membres du comité directeur sont devenues facilitatrices d'un programme de groupe s'inspirant de la façon dont elles-mêmes avaient acquis des connaissances sur le tabac.

Cette approche a-t-elle donné de bons résultats ? Les 10 femmes membres du comité directeur ont toutes cessé de fumer ou réduit sensiblement leur consommation, et toutes ont banni la cigarette de leur maison. Le programme qu'elles ont mis au point a fonctionné à plein régime pendant toute la durée du projet, et il y avait en tout temps une liste d'attente. Bien que le programme lui-même n'ait pas été documenté, le rapport d'évaluation décrit le processus de la recherche-action participative et il inclut un outil mis au point par la coordonnatrice du projet pour aider le comité directeur à surmonter son hésitation à passer de l'étape de la recherche à celle de la planification de programme.



et de ses habitudes tabagiques, et le fait de changer ces habitudes.

La théorie des stades du changement était appliquée aux programmes de renoncement au tabac avant l'adoption de la SRDT.

Certains programmes axés sur les femmes, comme *Catching Our Breath* et (C7) *Vers une vie sans fumer : un programme pour les femmes* (S7), reconnaissent depuis longtemps que l'abandon du tabac est un processus et non une action radicale et prévoient différentes stratégies (renoncement, réduction, information). Cependant, dans le cadre de la SRDT, les programmes existants ont été modifiés, mis à jour ou diffusés à l'échelle nationale (S7), et de nouveaux programmes ont été élaborés à l'intention de populations de fumeurs particulières (C2).

L'un des résultats importants du recours accru aux programmes de renoncement au tabac basés sur la théorie des stades du changement a été de susciter davantage d'intérêt chez un plus grand nombre de fumeurs. Les programmes d'aide ne s'adressent plus exclusivement aux fumeurs qui se sentent prêts à cesser de fumer à brève échéance, mais également à ceux qui veulent discuter de la question avant de prendre une décision.

Le fait de définir la réussite de différentes manières, en fonction de la mesure dans laquelle chaque femme est prête à renoncer au tabac ou du stade du changement atteint, est de nature à donner confiance à

la femme, étant donné qu'elle peut viser des buts qui sont réalistes pour elle-même. Des succès échelonnés au long du parcours aident à donner confiance aux participantes et à renforcer leur estime de soi.

4 Le fait d'être au courant des risques pour la santé ne suffit pas pour motiver les femmes à cesser de fumer.

D'après l'*Enquête sur le tabagisme au Canada*, les femmes de tout âge avaient plus tendance que les hommes à connaître les risques du tabac pour la santé, et les jeunes (de 15 à 24 ans) étaient les plus susceptibles d'affirmer qu'une cigarette à l'occasion peut être nuisible (S8). Les femmes avaient également plus tendance à penser que le fait d'imprimer la liste des ingrédients toxiques sur les paquets de cigarettes réussirait à dissuader les gens de fumer (P10).

L'enquête (S8) a également révélé qu'il y avait plus de femmes que d'hommes au premier stade du changement (ne même pas songer à cesser de fumer), soit 59 % des femmes contre 50 % des hommes. À ce stade, il est crucial de sensibiliser les femmes aux aspects négatifs du tabagisme pour les aider à passer du stade de la pré-contemplation au stade de la contemplation du changement.

La plupart des femmes étaient au courant des risques pour la santé, mais ne voyaient pas la nécessité de cesser de fumer si elles n'étaient pas atteintes d'une maladie liée au tabac. En tout, 31 % des femmes ont dit

que le fait d'avoir une maladie liée au tabac ou une maladie potentiellement mortelle les inciterait à cesser de fumer (S8); 16 % ont dit que rien ne les ferait cesser de fumer. Le fait d'être enceinte ou d'avoir des enfants a été mentionné par 24 % des femmes de 20 à 24 ans et 13 % des femmes de 25 à 44 ans comme motif pouvant les inciter à cesser de fumer. D'autres recherches faites dans le cadre de la SRDT ont révélé qu'aux yeux de différents groupes ethnoculturels et de femmes défavorisées, l'apparition de problèmes de santé aurait plus d'influence sur leur décision d'abandonner le tabac que la connaissance des risques pour la santé (C10, H3, R2). Autrement dit, il faudrait que certains facteurs physiques (maladie, grossesse) se présentent dans la vie personnelle des femmes pour qu'elles cessent de fumer.

Cependant, il existe certaines contradictions dans les conclusions des recherches concernant les effets que peut avoir la connaissance des risques pour la santé sur les comportements tabagiques. Bien que l'enquête nationale (S8) ait révélé que la connaissance seule n'incitait pas les femmes à cesser de fumer, une autre étude (H3) a révélé que, plus les femmes défavorisées percevaient le tabac comme étant nuisible pour leur santé, plus elles étaient susceptibles d'essayer de réduire leur consommation. Ces conclusions laissent croire que la connaissance des risques pour la santé a une certaine influence sur les changements de comportement.

5 L'information sur les effets immédiats du tabac peut inciter davantage les femmes à cesser de fumer que l'information sur les risques à long terme pour la santé. Ceci peut être particulièrement vrai dans le cas des jeunes femmes.

Dans certaines recherches de la SRDT (C1, H3, W1), les femmes (particulièrement les plus jeunes) ont indiqué que les effets immédiats sur la santé sont plus susceptibles de les inciter à cesser de fumer que les effets à long terme. Les facteurs esthétiques comme l'odeur (de l'haleine et des vêtements) et la coloration des doigts étaient particulièrement importants. Cependant, ceux qui créent les messages antitabac doivent prendre garde de ne pas insister sur le fait que les femmes devraient se préoccuper principalement de leur apparence ou de l'approbation de leur entourage.

Un effet immédiat du tabagisme qui pourrait préoccuper bien des femmes enceintes est celui qui peut se manifester sur le fœtus.

La grossesse est souvent un facteur qui incite les femmes à cesser de fumer ou à réduire leur consommation (H3, W1).

Cependant, bien des femmes recommandent à fumer après la naissance de leur enfant (W1). Ceci laisse croire que les femmes sont peut-être en train de changer leurs habitudes tabagiques pour protéger le fœtus plutôt que dans leur propre intérêt. Il importe d'envisager la santé de la femme

comme étant une question importante en soi et pas seulement par rapport au fœtus (W2). De plus, si une femme cesse de fumer pour elle-même (que ce soit pour sa santé ou d'autres raisons), il lui est plus facile de persévérer, ce qui à long terme est profitable pour elle-même et pour sa famille.

6 Bien qu'elles soient conscientes des risques associés au tabagisme, les femmes voient des avantages à continuer de fumer, notamment sur les plans du stress et du poids.

Certaines fumeuses voient dans le tabac des avantages tels que la relaxation, la réduction du stress et le contrôle du poids (H3, W1).



Dans l'*Enquête sur le tabagisme au Canada*, la relaxation était la raison la plus fréquemment citée par les femmes pour recommencer à fumer après avoir tenté d'arrêter. Parmi les femmes qui disaient subir beaucoup de stress dans leur vie, 45 % fumaient, contre 32 % parmi les femmes qui disaient subir très peu de stress (S8).

Certaines recherches ont révélé que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de fumer pour lutter contre le stress et de recommencer à fumer dans des situations stressantes après avoir tenté d'arrêter (D1, W1). Les situations de stress en question sont souvent liées au

phénomène de l'inégalité des sexes (p. ex. l'inégalité économique, les rôles multiples, la violence) (B3, D1, W2). Des techniques individuelles de gestion du stress et une analyse des causes externes du stress dans la vie des femmes seraient des composantes utiles des programmes de renoncement pour les femmes.

Les femmes qui sont défavorisées à plusieurs égards (particulièrement par la pauvreté et le chômage) peuvent considérer la cigarette comme étant un des rares luxes dans leur existence. Les femmes seules ayant de jeunes enfants voient parfois la cigarette comme étant une occasion de relaxer (W2).

Les femmes sont plus portées que les hommes à croire qu'elles grossiront si elles cessent de fumer (D1). Il est essentiel, si l'on veut encourager les femmes de tout âge à renoncer au tabac, de reconnaître certains avantages que l'on prête au tabagisme et d'aider les femmes à trouver d'autres façons de se les procurer. Pour ce qui est de la question du poids, il importe d'aider les femmes à adopter une attitude critique face aux notions populaires de ce qui rend une femme attrayante et à accepter leur propre corps. Il est également utile de leur fournir de l'information sur une alimentation saine et une vie active pour les aider à maintenir un poids raisonnable.

Les programmes axés sur les femmes (tels que *Catching Our Breath* (C7), *Vers une vie sans fumer* (S7), et *Habiletés et indépendance personnelles* (H1) récemment mis au point pour les filles de 10 à 15 ans) traitent déjà des questions du stress et du poids. On pourrait intégrer certains de ces points dans d'autres programmes et documents en reconnaissant les avantages que les femmes croient tirer de la cigarette, tout en encourageant les femmes à adopter une attitude critique et des solutions de rechange positives.

Deux

GUIDES,

Deux fois plus de

RÉSULTANTS

Une approche globale du tabagisme chez les femmes inclut des mesures pour éviter que les adolescentes commencent à fumer et pour aider les femmes à cesser de fumer. Santé Canada a produit deux documents visant à guider les organismes communautaires dans leurs efforts de prévention comme dans leurs efforts de soutien aux femmes qui veulent renoncer au tabac.

Pour éteindre le désir d'allumer (S6) est un document d'information détaillé qui sensibilise les organismes aux questions

entourant les efforts de prévention. *Vivre sans fumée* (G2) aide les organismes à s'y retrouver parmi les nombreuses ressources qui existent pour cesser de fumer, en vue de décider lesquelles conviendraient dans leur milieu. Ces deux publications contiennent de l'information sur des programmes existants et une série de documents pour les femmes dans leurs collectivités.

Santé Canada, site Web :
www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

7 Les femmes sont plus susceptibles d'accepter et de juger pertinents les principes d'andragogie que les conseils venus d'en haut.

Le fait de puiser dans les croyances mêmes des femmes et les solutions qu'elles peuvent elles-mêmes apporter est conforme aux principes de l'habilitation personnelle et de l'andragogie. Les messages visant à promouvoir une sensibilisation accrue aux conséquences néfastes de la cigarette peuvent être plus percutants si l'on demande aux femmes ce qu'elles perçoivent comme étant les inconvénients de la cigarette. En demandant aux femmes ce qu'elles pourraient faire pour améliorer leur santé,

on leur donne l'occasion de penser elles-mêmes à cesser de fumer, sans avoir à attendre qu'un professionnel de la santé y pense pour elles. Lorsque l'on aborde la question de la cigarette dans le cadre de services courants (au lieu d'en traiter isolément comme d'un problème), les conseils quant aux avantages d'y renoncer peuvent alors devenir plus acceptables. Comme bien des femmes se sentent coupables de fumer (C1), elles n'acceptent pas nécessairement de bon cœur les conseils des professionnels qui peuvent sembler moralisateurs.

Les messages qui encouragent les femmes à cesser de fumer ne devraient pas tendre à leur inspirer des sentiments de culpabilité

ou de honte. Certains projets de recherche de la SRDT ont révélé que les messages jouant sur la peur peuvent amplifier les sentiments de culpabilité, le stress et la consommation de tabac (B3, H3). Les stratégies qui jouent sur la honte et le blâme affaiblissent l'estime de soi. Bien que certains fumeurs considèrent les messages négatifs comme étant motivants, les messages positifs peuvent réussir mieux à atteindre les fumeurs plus réfractaires au changement (comme ceux qui n'envisagent pas encore sérieusement de cesser de fumer). Ces messages constituent des stratégies positives pour cesser de fumer, surtout s'ils sont jumelés à des techniques d'éducation d'andragogie participatives.

Ça fonctionne

ET VOUS POUVEZ LE COMMANDER !

Lorsqu'un petit groupe de centres de santé communautaire de l'Ontario a mis au point un programme de renoncement au tabac pour des groupes de femmes au début des années 90, il ne se doutait pas de l'ampleur qu'il allait prendre. *Vers une vie sans fumer : un programme pour les femmes (S7)* repose sur une approche holistique du tabagisme chez les femmes, s'intéressant à tous les aspects de la vie de chacune des femmes, et il admet comme buts autant la réduction que le renoncement complet.

Une réussite dès le début et largement adopté en Ontario, le programme a fait l'objet d'une mise à jour et d'une évaluation, grâce à des fonds provenant de l'Initiative de lutte contre le tabagisme chez les femmes. L'évaluation a révélé que le programme aidait 57 % des participantes francophones et 71 % des participantes anglophones à réduire le nombre de cigarettes fumées, au stade du programme qui prévoit le renoncement au tabac. De plus, 26 % des participantes francophones et 14 % des participantes anglophones réussis-

saient à abandonner le tabac complètement. Six mois après la fin du programme, 54 % des participantes anglophones et 83 % des participantes francophones avaient maintenu ce changement de comportement. Le programme renforce de plus l'estime de soi et le sentiment de maîtrise personnelle des participantes, et il aide à réduire le stress.

Association canadienne de santé publique
Centre de documentation sur la santé
1565, avenue Carling, bureau 400
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Tél. : 613-725-3769

8 Le soutien social est important pour les femmes qui veulent arrêter de fumer.

Les femmes semblent privilégier un meilleur soutien social que les hommes lorsque qu'elles cessent de fumer (H3, R2, R4, W1, W2). Ce soutien peut prendre différentes formes. Certaines femmes adhèrent à des programmes de renoncement en groupe. Les programmes de groupe dirigés par des pairs ayant déjà été fumeurs peuvent être particulièrement profitables. Les groupes du genre permettent aux femmes de profiter des expériences des autres, de se soutenir entre elles, de mettre en commun des solutions pratiques et de créer des réseaux de soutien.

Les femmes ne sont pas toutes disposées à participer à des programmes de groupe. Certaines préfèrent être aidées individuellement par un professionnel de la santé. Cependant, les conseils d'un professionnel de la santé peuvent faire obstacle au projet de renoncement s'ils témoignent de peu de sensibilité ou sont moralisateurs. Certaines femmes cessent de fumer par elles-mêmes, mais ont besoin du soutien d'un partenaire, de membres de la famille ou d'amis. Par exemple, les femmes qui ont les meilleures chances d'arrêter de fumer sont celles qui ont un partenaire non-fumeur (H3).

Pour venir en aide aux femmes, il faut aussi prévoir à la fois des programmes de

groupe et des méthodes d'aide individuelle. Pour assurer l'accessibilité, il faut chercher à éliminer les obstacles financiers, conjoncturels, physiques, éducatifs (p. ex. l'analphabétisme) et affectifs.

9 La plupart des jeunes fumeuses (14 ans et moins) ont tenté de cesser de fumer dans le passé et ont des types d'habitudes qui rendent le renoncement facile (la plupart ne fument pas tous les jours et fument peu). Il faut un soutien aux fumeuses de ce groupe d'âge qui souhaitent arrêter de fumer.

Les personnes qui ne fument pas tous les jours et celles qui fument peu de cigarettes par jour sont plus susceptibles d'abandon-

De mieux EN MIEUX

La Women's Health Clinic de Winnipeg a reçu beaucoup de commentaires favorables sur *Catching Our Breath*, le programme de groupe qu'elle offre aux femmes qui veulent cesser de fumer.

Grâce au financement de la SRDT, la clinique a pu adapter le programme pour deux groupes de femmes particuliers : les femmes en milieu de travail et les femmes qui ont difficilement accès aux programmes de renoncement existants à cause de facteurs comme la pauvreté et une maîtrise

insuffisante de la lecture et de l'écriture. La version adaptée, *Catching Our Breath* (C7), présente une approche efficace axée sur les femmes, et accessible et pertinente pour un vaste ensemble d'entre elles.

Le projet fournit également un bon exemple d'évaluation d'un programme qui reconnaît les limites du calcul du seul taux de renoncement. *Catching Our Breath* réussit bien à sensibiliser les participantes aux raisons pour lesquelles elles fument, à les rendre plus déterminées à cesser de fumer et à accroître leur confiance en leur capacité

de résister dans diverses situations tentantes. La plupart des participantes ont ainsi réduit le nombre de cigarettes qu'elles fumaient, et un moins grand nombre d'entre elles fumaient tous les jours. La cessation a été plus fréquente dans les groupes en milieu de travail que dans les groupes communautaires.

The Women's Health Clinic
3^e étage, 419 avenue Graham
Winnipeg (Manitoba) R3C 0M3
Tél. : 204-947-1517

ner le tabac pendant des périodes plus longues. Étant donné que les filles (14 ans ou moins) sont plus souvent des fumeuses occasionnelles (ne fumant pas tous les jours) et qu'elles fument moins de cigarettes par jour, leurs habitudes tabagiques et leur accoutumance physique à la nicotine sont peut-être moins ancrées. En outre, plus la personne est jeune, plus elle est désireuse d'abandonner la cigarette. La

plupart des fumeurs essaient d'abandonner dans les deux années suivant la première cigarette. Un pourcentage plus élevé de filles de 10 à 14 ans (88 %) que de garçons du même âge (79 %) ont essayé d'arrêter de fumer (Y3). Par conséquent, les programmes de renoncement au tabac, comme *Une vie 100 fumer* (Q1), devraient être offerts à un jeune âge.



10 Il manque des programmes pour certains groupes prioritaires de femmes.

Il existe peu de programmes de renoncement ou de ressources pour les adolescentes qui ont quitté l'école ou la maison. La cigarette est souvent la norme dans ce groupe. Dans le résumé *Le tabagisme chez les jeunes* produit récemment, on a proposé un certain nombre de programmes pour ce groupe, dont l'inclusion de mesures antitabac dans des programmes plus globaux s'adressant aux groupes prioritaires d'adolescents (p. ex. des programmes de formation professionnelle, d'extension de services ou d'éducation

parentale, et des programmes résidentiels pour les jeunes), de la souplesse sur la question des présences, une insistance sur les effets immédiats du tabac, une insistance sur des habitudes multiples en matière de santé et la présence de lieux pour non-fumeurs. De même, il faut entreprendre la prévention tôt, avant que les adolescents ne quittent l'école.

Il est important de tenir compte des différences culturelles dans l'élaboration de programmes pour les Autochtones, les francophones et les groupes ethnoculturels. Les femmes autochtones et les femmes

francophones ont des taux de tabagisme plus élevés que l'ensemble des Canadiennes, et la cigarette est plus acceptée dans leurs milieux. Elles sont peut-être plus encouragées à continuer de fumer et reçoivent peut-être moins d'appui pour cesser de fumer.

Les femmes de groupes ethnoculturels qui ont récemment immigré au Canada ont généralement des taux de tabagisme inférieurs à la moyenne des femmes. Cependant, celles qui fument font souvent face à une vive désapprobation dans leur milieu.

Les femmes des régions rurales sont souvent mal desservies par les programmes de



renoncement ou de réduction (R8).

L'isolement social, l'incertitude financière (et le stress qui l'accompagne), ainsi que la croyance en la nécessité de régler soi-même ses problèmes sont des facteurs qui doivent être pris en considération dans l'élaboration de programmes pour ces femmes. Ceux qui offrent les programmes doivent faire participer ces femmes à tous les aspects de la mise au point des programmes en question et être sensibles aux normes des collectivités, pour que les programmes offerts soient pertinents. De plus, il est possible d'atteindre un plus grand nombre de femmes par des techniques d'éducation à distance (p. ex. Internet, téléconférences). Cependant, bien des femmes défavorisées n'ont pas accès à de tels moyens, et on risque que ceux-ci soient perçus comme les outils d'experts de l'extérieur qui viennent supplanter les personnes ressources locales, qui jouissent peut-être d'une plus grande crédibilité dans la communauté.



Un accès

PLUS FACILE

Nous avons tous vu les statistiques qui montrent que la majorité des fumeurs cessent de fumer par eux-mêmes. Est-ce une façon de dire que les programmes de groupe ne sont pas vraiment utiles? Pas du tout! Plusieurs projets en Ontario se sont servis de *Vers une vie sans fumer : un programme pour les femmes* (S7) pour offrir un soutien, dans leur milieu, à des groupes de femmes qui souhaitaient cesser de fumer ou réduire leur consommation. Il y avait beaucoup de femmes aux séances de ces groupes et, dans certains cas, il y avait même une liste d'attente.

Qu'est-ce qui faisait la différence? Les responsables de ces projets se donnaient beaucoup de mal pour faciliter la participation des femmes, en veillant à leur transport – c.-à-d. en leur payant le taxi ou l'autobus ou en offrant de les conduire – et en leur offrant des services de garderie, soit sur place ou à domicile. Quelle leçon faut-il en tirer? Bien des femmes à faible revenu sont incapables d'assister à des séances de groupe parce qu'elles n'en ont pas les moyens ou à cause de leur situation. Les programmes qui essaient d'éliminer certains de ces obstacles externes sont appréciés des femmes, et la participation est bonne.

Cinquième leçon : Influence des politiques liées au tabac sur les femmes.

1 Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de travailler dans des endroits où il existe peu de règlements limitant l'usage du tabac.

Les petites entreprises et les lieux de travail du secteur des services (p. ex. le secteur des aliments et boissons, les salons de coiffure, les garderies), où les femmes sont plus susceptibles de travailler, sont moins souvent dotés de politiques antitabac que les lieux de travail de plus grande envergure (W3). De plus, les femmes occupant des emplois moins bien rémunérés, où elles ont peu de contrôle sur les décisions qui se prennent, sont plus susceptibles de fumer.

En outre, les femmes non-fumeuses sont souvent exposées à la fumée de tabac ambiante dans leur lieu de travail (W2). Les restaurants et les bars renferment des concentrations particulièrement élevées de fumée ambiante. Les femmes qui occupent des postes de bas niveau dans leur lieu de travail peuvent éprouver de la difficulté à réclamer des restrictions sur l'usage du tabac (W2).

Cependant, parmi l'ensemble des femmes ayant un emploi (dans tous les types de lieux de travail, grands et petits), la moitié travaillent à un endroit où l'usage du tabac est réglementé, contre seulement le tiers des hommes (S8). Quand la cigarette est interdite au travail, le goût de fumer et le nombre réel de cigarettes fumées diminuent, et les femmes deviennent plus intéressées à cesser de fumer (H3, R4, W1).

2 Les politiques antitabac doivent comporter une analyse selon le sexe.

Bien que les approches axées sur les femmes aient jusqu'à maintenant été intégrées principalement dans l'élaboration de programmes (avec un degré d'insistance variable), il convient également de prendre l'approche elle-même en considération pendant l'élaboration des politiques.

Par exemple, certains chercheurs ont mentionné la nécessité d'étudier l'effet de l'augmentation des taxes sur le tabac à la fois sur les habitudes de fumer et le bien-être économique des femmes à faible revenu. Une étude majeure effectuée dans le cadre de la SRDT a révélé que, même lorsqu'elles ont peu d'argent, les femmes continuent d'acheter des cigarettes (H3). Ceci a une importance dans l'élaboration des politiques visant à réduire la consommation de tabac (surtout parmi les jeunes) par des hausses de taxes. Par ailleurs, des prix plus élevés incitent certaines femmes à cesser de fumer ou à réduire leur consommation (R4, W1). Il n'existe pas de consensus à l'heure actuelle sur la meilleure façon de faire un compromis entre les hausses de prix visant à prévenir l'initiation au tabac et les difficultés financières occasionnées aux fumeurs à faible revenu (W2).

Comme il a déjà été mentionné, les méthodes de prévention pour les jeunes doivent être globales et inclure à la fois des composantes de politiques et des composantes de programmes. Certaines recherches ont été effectuées sur les impacts différents que les politiques peuvent avoir selon le sexe. Par exemple, il semble plus facile

pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes d'acheter des cigarettes sans avoir l'âge requis. L'augmentation des taxes semble toucher davantage les jeunes femmes en ce qui concerne la quantité de cigarettes fumées et davantage les jeunes hommes en ce qui concerne la prévalence du tabagisme. Cependant, les recherches sur les différences entre les sexes sur le plan de l'impact des politiques demeurent rares et elles sont principalement descriptives.

3 Près de 40 % de la population vit dans une maison où au moins une personne fume. Plus de femmes fument à la maison que d'hommes. Des stratégies innovatrices et non moralisatrices visant à promouvoir les maisons sans fumée peuvent réduire l'exposition des non-fumeurs à la fumée ambiante.

Les femmes sont plus susceptibles de fumer à la maison que les hommes (60 % contre 48 %) (S8). Ceci a des répercussions sur l'exposition à la fumée ambiante et exerce une influence sur le comportement tabagique des adolescents (et en particulier des filles). Le défi consistera à encourager les foyers sans fumée, sans inspirer de sentiment de culpabilité aux mères qui fument – dans une grande mesure, peut-être, pour faire face à différentes situations de la vie.

Certains documents éducatifs ont été conçus, dans le cadre de la SRDT, pour encourager les foyers sans fumée. Un exemple bien connu, conçu en Ontario, est *Allez dehors* (T1). Les programmes qui font la promotion des foyers sans fumée proposent aux fumeurs des moyens de protéger leurs enfants et les autres non-fumeurs contre la

fumée ambiante, sans porter de jugement sur leur consommation de tabac.

4 Les politiques qui ont une incidence sur la santé des femmes vont au-delà de celles qui visent uniquement la lutte contre le tabagisme.

Une stratégie d'élaboration de politiques axée sur les femmes envisagerait également des politiques autres que celles qui sont propres au tabac, notamment des politiques traitant de soutien du revenu, d'équité, de garde des enfants, de violence, de harcèlement et de droits de la personne. Étant donné que certains chercheurs ont établi des liens entre le tabagisme et la condition sociale des femmes (D1, H3, W2), il convient d'analyser les politiques liées aux déterminants sociaux de la santé ainsi que les politiques visant expressément le tabagisme en vue de déterminer leur



impact possible sur les femmes. Dans une étude récente sur les femmes et le renoncement au tabac (W1), on a conclu que les politiques de lutte contre le tabagisme (telles que les politiques de hausse des taxes) doivent être accompagnées de mesures de soutien associées à la santé, au logement, à l'emploi et aux services de garderie, et que les effets de ces politiques sur la condition sociale des femmes devraient être surveillés (p. ex. tout recours accru aux banques alimentaires par les femmes à la suite d'une hausse de taxe sur les produits du tabac).

Promotion de partenariats

ET DE PLANS D'ACTION CONCERNANT

les femmes et le tabagisme

Bien des organismes de santé et des organismes communautaires sont désireux d'agir de quelque manière pour lutter contre le tabac. *Il n'y a pas de fumée sans feu* (B4) leur fournit de l'information et un soutien pour qu'ils puissent unir leurs forces en vue d'aider les femmes à vivre sans fumer.

Il n'y a pas de fumée sans feu fournit de l'information concernant l'adoption d'une approche axée sur les déterminants de la

santé et les femmes, dans les activités de promotion de la santé visant à réduire la consommation de tabac. Le document incite les organismes à s'intéresser à la question des femmes et du tabagisme et à collaborer avec d'autres dans le cadre de ce processus.

Société canadienne du cancer
10, avenue Alcorn
Toronto (Ontario) M4V 3B1
Tél. : 416-961-7223
Site Web : www.cancer.ca/tobacco

Comblant le fossé POUR LES FEMMES handicapées

Jusqu'à maintenant, on s'est peu penché sur la question du tabagisme chez les handicapées. Peu de programmes de renoncement au tabac pour les femmes ont pris en considération l'accessibilité des immeubles et du matériel (langage clair et Braille). En produisant *Sortie de secours : les femmes handicapées et le tabac* (A5), le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada a fait un pas important en vue de combler le fossé dans le soutien aux femmes handicapées qui souhaitent cesser de fumer.

Sortie de secours a été rédigé par et pour des femmes handicapées. Le document reprend bon nombre des idées et techniques d'autres programmes de renoncement ou de réduction et les applique à des situations réelles que vivent les femmes handicapées.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995
Télécopieur : 613-941-5366
Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

Sixième leçon : Encourager l'action communautaire pour lutter contre l'usage du tabac chez les femmes.

1 On semble de plus en plus sensible à l'importance d'une approche axée sur les femmes dans l'élaboration de programmes antitabac.

Certains des documents de travail préparés aux premières étapes de la SRDT (D1, H3, W2) ainsi que les travaux préalables étaient centrés sur une approche de réduction axée sur les femmes. Cette approche s'inspire d'approches féministes ainsi que d'approches cognitivo-comportementales courantes en matière d'élaboration de programmes, combinant des stratégies de changement individuel efficaces et une analyse de la condition sociale de bien des femmes (p. ex. faible revenu, violence, discrimination, harcèlement, responsabilité de prodiguer des soins).

Une approche axée sur les femmes considère les femmes comme des expertes de leur propre vie, reconnaît que les comportements individuels s'inscrivent dans un contexte social plus vaste, tient compte du stress de la vie et des obstacles au changement, permet une gamme de résultats positifs possibles (p. ex. une réduction aussi bien qu'un abandon total, en fonction des besoins et buts présents des femmes), associe la réduction de l'usage du tabac à d'autres préoccupations de la vie des femmes et reconnaît l'importance que bien des femmes accordent au soutien social (D1, H3, W2). De plus, une approche axée sur les femmes reconnaît et cible les obstacles au changement, et elle s'assure que les programmes sont accessibles aux femmes (R2).

2 Bien des organismes communautaires oeuvrant auprès des femmes commencent à intégrer des initiatives antitabac (renoncement/réduction) dans leurs activités.

Une étude auprès d'organismes de femmes partout au Canada (B3) a révélé que la plupart ne connaissaient pas les programmes antitabac existants. La SRDT offre aujourd'hui des ressources, comme *Il n'y a pas de fumée sans feu...* et *Vivre sans fumée* (B4, G2), qui aident les groupes à prendre des mesures pour réduire le tabagisme chez les femmes au sein des organismes et des communautés. Les organismes deviennent plus conscients des liens qui existent entre le fait de fumer et d'autres déterminants de la santé, et du fait que des mesures de renoncement/réduction peuvent développer chez les femmes un sentiment de maîtrise de leur propre existence. Les organismes antitabac et les associations de femmes collaborent plus qu'avant la SRDT, et bien des coalitions communautaires s'intéressant au tabac et à la santé se sont créées pendant la durée de la SRDT.

Les associations de femmes sont particulièrement bien placées pour aider les femmes à modifier leurs habitudes tabagiques. Elles ont accès à bien des populations prioritaires que les fournisseurs habituels de services antitabac ont du mal à joindre. De nombreuses associations de femmes sont très respectées et accessibles aux femmes. Les questions entourant le tabac peuvent être et ont été intégrées efficacement dans des programmes de maisons d'hébergement pour femmes ainsi que dans des programmes d'éducation prénatale, d'éducation parentale et de nutrition. Les professionnels de

la santé peuvent aborder avec les femmes la question de la consommation de tabac dans le cadre des soins de santé courants qu'ils dispensent.

3 Il faudra prendre des mesures pour assurer une bonne dissémination, le maintien et l'évaluation à plus long terme des programmes axés sur les femmes.

Bien que plusieurs initiatives conçues pendant la durée de la SRDT se concentrent sur les femmes, il demeure nécessaire de disséminer les programmes et ressources efficaces, et de former les personnes qui souhaitent les appliquer. Le développement communautaire doit mener à des interventions (programmes et politiques) qui influenceront de façon plus directe sur les attitudes et comportements associés au tabac. Dans le cadre des évaluations, il faut examiner les effets collectifs et interactifs d'un certain nombre d'initiatives sur des cohortes données pendant une période de temps, plutôt que de simplement examiner des programmes individuels.

Pour de plus amples renseignements
SUR LA RÉDUCTION DU TABAGISME,
CONSULTEZ :

le site Web de Santé Canada :
www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

le site Web du Conseil canadien pour le
contrôle du tabac : www.cctc.ca

le site Web de Une Vie 100 Fumer :
www.vie100fumer.com

CODES DES DOCUMENTS PUBLIÉS
DANS LE CADRE DE LA
SRDT

La SRDT, de concert avec divers partenaires, a produit des centaines de rapports, de ressources et documents. On trouvera dans cette partie une brève description de chaque ressource mentionnée dans le bulletin. On y indique également où s'adresser pour en savoir davantage sur le projet en question ou pour commander un document, lorsque celui-ci est disponible. Toutefois, d'autres items peuvent être empruntés de la Bibliothèque ministérielle. Ministère de Santé Canada sous forme de prêt entre bibliothèques. Pour de tels arrangements, veuillez contacter votre bibliothèque d'établissement ou publique. La majorité des projets ont été réalisés dans le cadre de la SDRT. Les documents issus de projets mis en oeuvre avant la SRDT sont marqués d'un astérisque (*).

A5 Sortie de secours : Les femmes et le tabac.

1997, anglais et français.

Un cahier d'auto apprentissage pour les femmes handicapées qui désirent cesser de fumer. Le processus de renoncement décrit est basé sur cinq étapes. Ce cahier est offert sur papier, sur disquette et sur bande audio ou en braille.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366
Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

A9 A Literature Review on Tobacco Sponsorship.

1996, anglais.

Rapport de recherche non publié qui présente un aperçu des types d'activités de commandite produites par l'industrie du tabac, les lois internationales et canadiennes pour contrôler cette commandite et les leçons apprises à l'échelle internationale, la réponse de l'industrie du tabac au boycott de la publicité, les politiques non législatives, les programmes et les approches pour limiter la commandite.

B2 Réagis face aux médias et sois-en fière.

1996, anglais et français.

Une trousse destinée à enseigner aux jeunes filles de 12 à 15 ans comment les médias et la publicité peuvent influencer les croyances et le comportement liés à l'image de soi et à l'usage du tabac, et affecter la santé des femmes. La trousse comprend trois documents : un guide, un ensemble de feuillets de renseignements et un livre d'activités.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

B3 Étude de faisabilité - de l'air ! Sans date, anglais et français.

Un guide pour les organismes communautaires basé sur des entrevues avec six femmes dans chacune des neuf régions. Ce guide donne des façons d'intégrer le thème du tabagisme dans des programmes existants.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

B4 Il n'y a pas de fumée sans feu... pourquoi les femmes fument-elles et comment travailler ensemble pour dissiper les nuages. 1996, anglais et français.

Un guide pour les organismes communautaires qui désirent former des partenariats avec d'autres organismes dans le but de poser des gestes concrets pour réduire l'usage du tabac. Ce guide s'adresse aux groupes de femmes qui n'ont pas nécessairement comme objectif de réduire l'usage du tabac.

Société canadienne du cancer
10, avenue Alcorn
Toronto (Ontario) M4V 3B1
Téléphone : 416-961-7223
Site Web : www.cancer.ca/tobacco

C1 L'usage de la cigarette et la présentation de soi. 1996, anglais et français.

Rapport de recherche élaboré à partir d'un examen de la documentation sur le sujet et d'entrevues en profondeur avec 30 étudiantes au niveau universitaire. Le rapport étudie le rôle et l'impact des comportements liés au tabagisme dans la représentation individuelle des comportements des jeunes femmes. L'étude comprend des exemples d'étiquettes présentant les dangers de la cigarette qui touchent des questions personnelles.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366
Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

C2 Close Up: A Resource Package for Nurses Who Smoke or Have Recently Become Smoke-Free. 1996, anglais.

Un guide personnalisé de renoncement au tabac pour les infirmières qui fument. Ce guide est basé sur un modèle de changement en cinq étapes.

The Manitoba Nursing Research Institute
Faculty of Nursing, University of Manitoba
Winnipeg (Manitoba) R3T 2N2
Téléphone : 204-474-7318 Télécopieur : 204-275-5464
Site Web : www.umanitoba.ca/faculties/nursing/mnri/closeup

C5 Communities for Youth/Women and Tobacco.
1997, anglais.

Le Drug Prevention Network a mené des projets individuels de réduction de l'usage du tabac auprès d'adolescentes, de femmes et de personnes âgées. Chaque projet utilisait une approche différente, y compris l'élaboration d'un programme d'aide, des programmes de renoncement et la préparation de feuillets de renseignements. On a rédigé un rapport final d'évaluation.

C7 Catching Our Breath.* 1997, anglais.

Une nouvelle version d'un document en deux parties traitant de la réduction et de l'abandon de l'usage du tabac pour des femmes à faible revenu. Ces documents comprennent un guide pour les animateurs et un journal pour les participantes. Cette nouvelle version a été adaptée pour les femmes en milieu de travail.

The Women's Health Clinic
419, avenue Graham, 3^e étage
Winnipeg (Manitoba) R3C 0M3
Téléphone : 204-947-1517

C8 Crabtree Corner Women and Tobacco Pilot Project.
1997, anglais.

Un centre pour femmes a élaboré un programme de réduction de l'usage du tabac en collaboration avec des femmes qui utilisent les services du centre. Le programme donne des ateliers d'enseignement, fournit l'aide de pairs et l'accès à de la documentation. On a préparé un rapport d'évaluation.

C10 Cultural Factors in Tobacco Use Among Ethnic Groups in Canada. 1996, anglais.

On a mené des groupes de travail et des sondages téléphoniques auprès de certains groupes ethniques et culturels d'immigrants à Ottawa et à Toronto pour déterminer les programmes antitabagisme pour les immigrants. Cette recherche a démontré des changements dans les comportements liés au tabagisme au moment où les immigrants arrivent au Canada ; elle a aussi démontré que les nouveaux arrivants ne sont pas au courant des effets du tabagisme ou de la fumée de tabac ambiante.

D1 Delivering Gender Sensitive Tobacco Reduction Programs: Issues and Approaches. 1995, anglais.

Un document destiné à améliorer notre connaissance des besoins particuliers et des approches spécifiques pour l'élaboration et l'exécution de programmes efficaces de prévention et de renoncement de l'usage du tabac, de même que des ressources pour divers groupes de femmes. On y retrouve des exemples de réduction de l'usage du tabac et d'autres initiatives de santé qui ont adopté une approche par sexe.

G1 Différences entre les adolescents et les adolescentes quant aux motifs qui les incitent à fumer et à l'usage qu'ils font du tabac. Sans date, anglais et français.

Une revue de la documentation sur les différences entre les sexes dans l'acquisition des indices menant au tabagisme chez les adolescents. On a examiné les facteurs psychosociaux, les politiques des gouvernements et d'autres questions, et les facteurs d'acquisition du tabagisme. Un groupe de travail a étudié 12 groupes et 112 participants pour mieux connaître le rôle des deux sexes dans l'acquisition du tabagisme chez les adolescents.

G2 Vivre sans fumée. Sans date, anglais et français.

Un document pour les organismes communautaires qui contient des renseignements sur les actions et les programmes de réduction ou de renoncement concernant l'usage du tabac chez les femmes. Ce document fournit de la documentation à la fois aux fournisseurs de services et à leurs clients.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

H1 Habiletés et indépendances personnelles (HIP). 1996, anglais et français.

Un programme mené par des pairs qui enseigne aux adolescentes un style de vie sans tabac dans des établissements de santé, récréatifs et de vie active. Les documents comprennent un guide pour les animateurs et un guide pour les leaders.

Association canadienne de loisirs intramuros
212B-1600, promenade James Naismith
Ottawa (Ontario) K1B 5N4
Téléphone : 613-748-5639 Télécopieur : 613-742-5467

H3 High Priority Women Project. 1995, anglais.

Une évaluation complète des besoins, particulièrement auprès des femmes marginales et des organismes à l'extérieur des organisations traditionnelles de contrôle de l'usage du tabac. Le but du projet consistait à évaluer la nature et l'ampleur du problème lié au tabagisme dans des groupes marginaux et à aider à la réduction et au renoncement concernant l'usage du tabac par des programmes existants, des nouveaux programmes et de la documentation. Une série de rapports ont été créés à partir de cette recherche.

I2 Maximiser l'impact. 1996, anglais et français.

Une documentation qui complète les programmes scolaires de prévention du tabagisme pour les étudiants de la 5^e à la 8^e année. Les sujets traités sont le rôle de l'industrie du tabac, la sensibilisation aux médias et les femmes et le tabagisme. Les documents comprennent un guide de ressources pour les éducateurs, un guide pour les animateurs d'ateliers et un CD-ROM pour les étudiants.

Société canadienne du cancer
200-10, avenue Alcorn
Toronto (Ontario) M4B 3B1
Téléphone : 416-961-7223 Télécopieur : 416-961-5189

M1 Les femmes, le tabac et les médias. 1996, anglais et français.

Un projet de recherche sur la présentation de l'usage du tabac et du tabagisme, et l'image des jeunes filles et des femmes dans quatre médias – magazines féminins, journaux, cinéma et télévision – en anglais et en français au Canada.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

M4 Évaluation de la conformité des détaillants avec la législation sur la vente du tabac aux mineurs. 1996, anglais et français.

Étude de la mesure dans laquelle les détaillants de produits du tabac se conforment aux lois qui interdisent la vente de tabac aux mineurs et limitent la publicité sur le tabac.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/tabac/recherche/apercu.htm

P10 Public Attitudes Toward Toxic Constituent Labelling on Cigarette Packages. 1996, anglais.

Un rapport de recherche qui décrit les résultats d'une étude qualitative faite par 18 groupes de travail sur la prise de conscience des fumeurs sur les risques du tabac pour la santé et les effets de la fumée de tabac ambiante, les sources d'information sur les effets du tabagisme et la sensibilisation aux produits toxiques contenus dans les cigarettes.

Site Web: www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/tobacco/research/index.htm

Q1 Une Vie 100 Fumer.* 1993, 1995, 1996, anglais et français.

De la documentation pour de l'autoperfectionnement ou de la formation en groupe pour les adolescents. La documentation comprend un CD pour les adolescents et un guide pour les animateurs de groupes. De l'aide additionnelle est offerte sur le site Web.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366
Site Web : www.vie100fumer.com

R2 Relief... At What Cost? Women with Disabilities and Substance Use/Misuse. 1996, anglais.

Un document qui résume un rapport d'évaluation des besoins concernant les questions liées à l'usage du tabac, de l'alcool et d'autres drogues par des femmes handicapées. Douze groupes de discussion ont été établis partout au Canada. Un rapport complet intitulé *Lessons from the Research* a été publié.

R4 Recherche sur les aspects sociosanitaires du tabagisme chez l'adolescente marginale. 1995, anglais et français.

Un document de recherche non publié qui résume la documentation concernant les adolescentes âgées de 14 à 19 ans qui fument, qui n'ont pas terminé leurs études et qui ne vivent plus dans leur famille. Le document énumère les programmes existants de prévention et d'abandon du tabagisme pour ce groupe cible et décrit les principales composantes d'une stratégie sur le renoncement à l'usage du tabac qui pourraient toucher les adolescentes marginales.

R8 Les femmes en milieu rural et la toxicomanie. 1996, anglais et français.

Rapport de recherche visant à identifier les principales composantes des programmes efficaces de prévention de l'usage du tabac, de l'alcool et d'autres drogues par les femmes des milieux ruraux et des programmes efficaces de traitement à leur intention. Comprend une analyse documentaire, les résultats d'entrevues avec des informateurs importants et une description de programmes et de ressources efficaces.

S2 Programmes de prévention de l'usage du tabac dans les écoles : enquête nationale.* 1994, réimpression 1996, anglais et français.

Rapport de recherche qui examine dans quelle mesure les programmes de prévention du tabagisme sont offerts dans les écoles au Canada, évalue la réponse aux critères d'efficacité des programmes existants et cerne les lacunes.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

- S5 Les politiques antitabagisme dans les écoles, les garderies, les établissements de services de santé et les établissements commerciaux.** 1995, anglais et français.

Quatre feuillets de renseignements décrivant dans quelle mesure différents établissements publics ont adopté des politiques antitabagisme. On présente les principales questions entourant la mise en place de ces politiques. On y retrouve un résumé d'une étude plus importante.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

- S6 Pour éteindre le désir d'allumer.** 1996, anglais et français.

Une trousse de renseignements pour les groupes communautaires comprenant huit modules pour les dispensateurs de services et de la documentation pour les adolescentes.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

- S7 Vers une vie sans fumer : un programme pour les femmes.*** 1996, anglais et français.

Un programme existant de réduction et de renoncement concernant l'usage du tabac a été adapté pour inclure les cinq étapes d'un modèle de changement et a été évalué par des groupes de francophones et d'anglophones partout au pays pour mieux faire connaître le programme. La documentation offerte comprend un guide pour les animateurs, des documents pour les participants, une vidéo promotionnelle et un rapport d'évaluation.

Association canadienne de santé publique
1565, avenue Carling, Bureau 400
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Téléphone : 613-725-3769 Télécopieur : 613-725-9826

- S8 Enquête sur le tabagisme au Canada. Cycles 1 à 4.** 1995, anglais et français.

Ce sondage apporte des modifications au sondage longitudinal national qui avait recueilli des renseignements auprès d'environ 15 800 Canadiens et Canadiennes âgés de 15 ans et plus, réalisé à quatre reprises au cours de la même année.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

- T1 Allez dehors.** 1996, anglais et français.

Une campagne médiatique pour encourager les médecins à être plus actifs dans la promotion d'environnements sans fumée pour les enfants, augmenter la prise de conscience des médias, mieux informer les parents et les motiver à offrir un environnement familial sans fumée. Cette campagne comprend des publicités sur papier, des publicités dans les autobus et des annonces publicitaires à la télévision, toutes destinées à attirer l'attention des fumeurs, à diffuser un message sans jugement et à encourager les fumeurs à aller fumer dehors.

Médecins pour un Canada sans fumée
C.P. 4849, Station E
Ottawa (Ontario) K1S 5J1
Téléphone : 613-233-4878 Télécopieur : 613-567-2730
Site Web : www.smoke-free.ca

W1 Les femmes et le renoncement au tabac. 1996, anglais et français.

Une révision des documents traitant du renoncement à fumer, une seconde analyse des données d'un sondage national sur les modèles du tabagisme et un rapport de cinq groupes de discussion totalisant 25 femmes.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995
Télécopieur : 613-941-5366
Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

W2 Les femmes et le tabagisme : Plan d'action. 1995, anglais et français.

Un document qui résume les questions de contrôle du tabac concernant les femmes, préparé comme documentation de base pour une réunion nationale. Le document comprend un aperçu des découvertes liées aux femmes et à l'usage du tabac, des programmes et des ressources offerts, des questions de politiques gouvernementales, des stratégies de marketing social, et des renseignements selon les groupes d'âge et les groupes marginaux.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

W3 Le tabagisme au travail : tendances, enjeux et stratégies. 1996, anglais et français.

Ce document passe en revue l'état actuel des connaissances au sujet de l'exposition à la fumée de tabac ambiante (FTA) dans le milieu de travail. L'objectif principal de ce document est de fournir des renseignements et d'analyser des actions à planifier pour réduire l'exposition à la FTA dans le milieu de travail. On arrive à la conclusion qu'une plus grande action concertée dans le milieu de travail est essentielle; on traite aussi des facteurs qui contribuent et nuisent à l'atteinte de ces objectifs.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

Y3 Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes (Rapport technique). 1996, anglais et français.

Une recherche sur le comportement et les attitudes liés au tabagisme basée sur des entrevues avec 23 761 jeunes de 10 à 19 ans. Les résultats sont offerts sur disquette, imprimés en gros caractères et, sur demande, en cassettes audio et en braille. Des feuillets de renseignements sont aussi disponibles.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366
Site Web : www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/tabac/recherche/aperçu.htm