



Évaluation de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme 2012-2013 à 2015-2016

Préparé par le
Bureau de la vérification et de l'évaluation
Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada

Version traduite. En cas de divergence entre le présent texte et le texte anglais, la version anglaise a préséance.

Janvier 2017



Tables des matières

Résumé	iv
Conclusions - pertinence	iv
Conclusions - rendement	v
Réponse et plan d'action de la direction.....	x
1.0 Objectif de l'évaluation	1
2.0 Description du programme	1
2.1 Contexte du programme	1
2.2 Profil du programme	2
2.3 Narratif du programme.....	5
2.4 Harmonisation et ressources du programme	6
3.0 Description de l'évaluation.....	7
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation	7
3.2 Contraintes et stratégies d'atténuation.....	8
4.0 Constatations.....	9
4.1 Pertinence : Enjeu n° 1 : Besoin continu du programme.....	9
4.2 Pertinence : Enjeu n° 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement	12
4.3 Pertinence : Enjeu n° 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	14
4.4 Rendement : Enjeu n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité).....	17
4.5 Rendement : Enjeu n° 5 : Démonstration d'économie et d'efficacité.....	41
5.0 Conclusions	52
5.1 Conclusions quant à la pertinence	52
5.2 Conclusions quant au rendement.....	53
5.3 Recommandations	55
Annexe 1 – Modèle logique	58
Annexe 2 – Résumé des résultats	59
Annexe 3 – Description de l'évaluation.....	68
Annexe 4 – Études de cas.....	72

Liste des tableaux

Tableau 1. Financement de la SFLT par ministère/organisme partenaire	2
Tableau 2. Ministère/Organisme partenaire participant à chaque secteur d'activité	5
Tableau 3. Contraintes et stratégies d'atténuation	8
Tableau 4. Taux de non-conformité à certaines dispositions de la Loi sur le tabac et de la réglementation connexe, et nombre d'échantillons analysés – Secteur de la fabrication/de l'importation, de 2012-2013 à 2015-2016	19
Tableau 5. Taux de non-conformité à certaines dispositions de la Loi sur le tabac et de la réglementation connexe, et nombre d'inspections menées – Secteur de la vente au détail, de 2012–2013 à 2015-2016.....	20
Tableau 6. Rapports jugés incomplets et lettres envoyées faisant état des lacunes – Secteur de la fabrication/de l'importation, de 2012–2013 à 2015-2016.....	21
Tableau 7. Données sur les saisies de tabac de contrebande de la GRC.....	28
Tableau 8. Données sur les saisies de tabac de contrebande de l'ASFC	28
Tableau 9. Sondages effectués après les événements	35
Tableau 10. Affectations et dépenses – SFLT	43
Tableau 11. Fonds obtenus pour les projets de la SFLT de l'ASPC (\$)	48

Liste des figures

Figure 1 : Taux de prévalence du tabagisme au Canada	10
Figure 2 : Prévalence du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes, 2001, 2012, 2013.....	30
Figure 3 : Prévalence du tabagisme, 1999-2013 – fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus	41

Liste des sigles

AAP	Architecture d'alignement des programmes
ARC	Agence du revenu du Canada
ASFC	Agence des services frontaliers du Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BAI	Bureau des affaires internationales
CCLA	Convention-cadre pour la lutte antitabac
CLLT	Comité de liaison sur la lutte contre le tabagisme
CPMC	Centre de prévention des maladies chroniques
CPNI	Composante des Premières Nations et des Inuits
DGAPC	Direction générale des affaires publiques et des communications
DGORR	Direction générale des opérations réglementaires et des régions
DGSESC	Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
DLT	Direction de la lutte contre le tabagisme
ECTAD	Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues
EPA	Enquête auprès des peuples autochtones
ERS	Enquête régionale sur la santé
ESUTC	Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada
FDA	Food and Drug Administration
GRC	Gendarmerie royale du Canada
IMST	Initiative pour un monde sans tabac
INSPIRE	Implementing a National Smoking Cessation Program in Respiratory and Diabetes Education Clinics
MANTRA	Manitoba Tobacco Reduction Alliance
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PE	Protocole d'entente
PLT	Programme de lutte contre le tabagisme
PSIS	Programme de subventions internationales à la santé
REPT	Règlement sur l'étiquetage des produits du tabac (cigarettes et petits cigares)
RPIC	Règlement sur le potentiel incendiaire des cigarettes
SFLT	Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme
SPMA	Service de police mohawk d'Akwesasne
SPPC	Service des poursuites pénales du Canada
TEACH	Training Enhancement in Applied Cessation Counseling and Health
TPMC	Titulaires de permis de marchand de cigarettes

Résumé

Le présent rapport porte sur l'évaluation de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) pour la période allant de 2012-2013 à 2015-2016. L'évaluation a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la Loi sur la gestion des finances publiques et de la Politique sur l'évaluation du Conseil du Trésor du Canada (2009).

Objectif et portée de l'évaluation

L'évaluation avait pour but de vérifier la pertinence et le rendement de la SFLT. Elle portait sur les activités des partenaires fédéraux actuels, à savoir Santé Canada, Sécurité publique Canada (SP), la Gendarmerie royale du Canada (GRC), l'Agence du revenu du Canada (ARC), l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Le financement à durée limitée offert au Service des poursuites pénales du Canada en 2012-2013 n'était pas visé par l'évaluation.

Description du Programme

La SFLT est une vaste stratégie horizontale à laquelle participent de nombreux ministères et organismes partenaires du gouvernement fédéral afin de lutter contre le tabagisme. Santé Canada, à titre de ministère responsable, s'occupe de la plupart des activités de la SFLT. De ce fait, il assume la responsabilité de la réglementation des produits, mène les activités de surveillance de la conformité et d'application de la Loi sur le tabac, élabore des politiques, mène des recherches, s'occupe des aspects liés à la santé des Premières Nations et des Inuits, fournit de l'aide dans les litiges, offre du soutien dans le cadre de la ligne pancanadienne d'aide au renoncement, et veille à ce que les activités de la SFLT soient harmonisées aux priorités fédérales en matière de santé. Les principales responsabilités de l'ASPC sont de trouver des moyens novateurs d'aider les gens à cesser de fumer, et d'assurer la gestion stratégique des enjeux internationaux. Trois organisations du portefeuille de Santé publique (Sécurité publique Canada, la Gendarmerie royale du Canada et l'Agence des services frontaliers du Canada) sont responsables des activités du marché du tabac de contrebande et fournissent de l'information au ministère des Finances. Enfin, la principale activité de l'ARC est d'assurer le respect de la Loi de 2001 sur l'accise.

Conclusions - pertinence

Besoin continu

À la suite de notre analyse, nous concluons que le besoin de lutter contre le tabagisme se fait encore sentir à l'échelle du Canada. Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué au Canada, les plus récentes données provenant de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2013 ont révélé une prévalence générale du tabagisme de 14,6 %. C'est donc dire qu'environ 4,2 millions (14,6 %) de Canadiens âgés de 15 ans et plus

fumaient alors. Des taux de tabagisme plus élevés ont été observés chez les Inuits et les Premières Nations (dans les réserves). En 2010, 43 % des adultes vivant dans des communautés autochtones fumaient chaque jour, et 13,7 % fumaient à l'occasion. Selon les données de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012, 54,1 % de la population canadienne inuite de 19 ans et plus fume tous les jours, et 9,1 % fument à l'occasion. Le tabagisme continue d'avoir des incidences sur la santé des Canadiens; il joue un rôle causal dans plus de 10 cancers différents, dans les maladies cardiovasculaires, dans les accidents vasculaires cérébraux et dans les maladies pulmonaires obstructives chroniques. On estime que le fardeau économique lié au tabagisme au Canada s'est chiffré à plus de 18 milliards de dollars en 2013.

Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Les enjeux entourant la lutte contre le tabagisme sont harmonisés avec la priorité du gouvernement fédéral d'assurer la santé et la sécurité des Canadiens. La Lettre de mandat de la ministre de la Santé (2015) précisait que la lutte contre le tabagisme par l'emballage neutre des produits du tabac était une grande priorité. Le tabac étant un facteur de risque pour les maladies chroniques, il entre dans la priorité « leadership en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies » de l'ASPC. L'ARC veille activement à ce que les taxes fédérales sur les produits nationaux du tabac soient payées. Les partenaires du portefeuille de Sécurité publique qui participent à la SFLT surveillent et évaluent le marché du tabac de contrebande, dans le respect de leurs priorités de traiter le crime organisé et la contrebande. Le Canada a également des engagements et des obligations à l'échelle internationale, notamment dans le cadre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la Santé.

Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le rôle du gouvernement dans la lutte contre le tabagisme a été clairement défini dans les lois en place, à savoir la Loi sur le tabac et la Loi de 2001 sur l'accise. Les rôles à cet égard d'autres ordres de gouvernements sont également précisés, dans le respect de leurs mandats juridictionnels respectifs. Dans leurs commentaires, les informateurs clés ont soutenu qu'un leadership fédéral accru – surtout en matière de réglementation – permettrait d'accroître l'uniformité et d'assurer un niveau de protection constant à l'échelle du Canada.

Conclusions - rendement

Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

En général, la SFLT parvient à produire les résultats escomptés. La diminution de la prévalence du tabagisme a ralenti, mais s'est poursuivie. Comme aucun objectif en matière de prévalence n'a été fixé pour la période de 2012 à 2017 de la SFLT, il est difficile d'évaluer le niveau de réussite de la stratégie à cet égard.

La conformité aux dispositions de la Loi sur le tabac, de la Loi de 2001 sur l'accise et de la réglementation existante a augmenté, grâce à la surveillance soutenue de Santé Canada et de l'ARC.

Et avec l'amélioration des services de la ligne d'aide au renoncement, le nombre de fumeurs qui ont reçu de l'aide pour cesser de fumer a augmenté. De plus, les premiers résultats des projets visant le renoncement du tabac sont prometteurs. Toutefois, la portée de ces projets reste limitée.

La prévention a été assurée grâce à des dispositions de la Loi sur le tabac et de la réglementation connexe, notamment l'interdiction de la vente aux jeunes, les exigences quant aux renseignements relatifs à la santé sur les étiquettes et les restrictions relatives à la promotion du tabac et aux arômes. Les intervenants ont affirmé que des activités de prévention ont été entreprises par d'autres ordres de gouvernement, et créé un ensemble disparate d'efforts.

Des mesures ont été prises pour protéger les jeunes visant à les inciter à commencer à fumer en assurant une surveillance continue du marketing ciblant les jeunes et en interdisant les arômes pouvant les attirer. Alors que les restrictions visant les arômes de certains produits du tabac ont permis de faire diminuer le tabagisme chez les jeunes, l'absence de mesures prises par le gouvernement fédéral à l'égard d'autres aspects du tabac a notamment accru la popularité des produits de vapotage.

En ce qui concerne le tabac de contrebande, la SFLT se concentre sur la surveillance et l'évaluation du marché clandestin. Le nombre de saisies de produits du tabac de contrebande a diminué, mais les taux de saisies varient sur de courts intervalles. La raison de ces diminutions n'est pas encore claire. Les sources gouvernementales et non gouvernementales continuent de réclamer que l'on comprenne mieux le marché du tabac de contrebande à l'échelle nationale.

La SFLT a réalisé les activités qu'elle avait prévu faire au cours de la période évaluée, et avec les fonds affectés à ses partenaires. Certains informateurs clés ont jugé que ces activités n'étaient pas assez ambitieuses. Les activités du Canada suivent toutefois les principaux articles de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la Santé et présentent une approche nationale plurisectorielle pour lutter contre le tabagisme.

Démonstration d'économie et d'efficience

De nombreuses activités financées grâce à la SFLT ont tiré leur succès de la collaboration et des partenariats. Les projets financés par l'ASPC ont notamment mis en commun des fonds grâce à des partenariats multisectoriels. Toutefois, l'engagement accru d'organisations externes et d'autres ordres de gouvernement contribuerait à faire progresser les objectifs du Canada en matière de lutte contre le tabagisme.

Les fonds de la SFLT ont diminué d'environ 35 % par rapport à la période quinquennale précédente. Dans certains secteurs, la réduction du financement et l'accent mis sur l'aspect économique du programme ont eu des conséquences négatives sur l'efficacité opérationnelle. On le remarque surtout au niveau de la capacité de recherche et de surveillance de la SFLT, où l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada – qui est annuelle – a été remplacée par une enquête bisannuelle portant sur plus d'un sujet, dont l'alcool et les drogues.

Des inefficacités ont été relevées en comparant les domaines d'intérêt fédéral chez les provinces et les territoires. Les intervenants ont affirmé qu'en raison du manque de mesures prises par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires ont créé un ensemble disparate d'efforts à l'égard de nouveaux enjeux, générant ainsi des inégalités pour les Canadiens. Par ailleurs, des accords de financement distincts destinés aux services de la ligne d'aide au renoncement ont aussi entraîné des niveaux de service inégaux, suscitant la confusion des fournisseurs de service.

Tous les partenaires fédéraux connaissaient leurs domaines de responsabilité, et personne n'a signalé de duplication des efforts. Mais les liens entre les activités tenues par les différents partenaires n'étaient pas clairs, et le niveau d'engagement des partenaires variait. Les réunions des comités de coordination n'étaient pas régulières, et des préoccupations ont été formulées concernant les retards quant à l'approbation des rapports communs.

Recommandations

L'évaluation de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme a permis de formuler les quatre recommandations qui suivent.

Recommandation 1

Envisager de fixer des objectifs en matière de diminution des taux de prévalence du tabagisme, tant dans la population générale que dans les populations affichant des taux plus élevés.

Pour les intervenants, l'absence d'objectifs en matière de diminution de la prévalence du tabagisme dans la SFLT de 2012-2017 empêche de mesurer le succès général du programme et d'orienter vers un objectif commun les activités de la SFLT. Le Canada a réussi à atteindre les objectifs fixés dans les premières versions de la SFLT, et son taux actuel de prévalence est de 14,6 %. L'objectif volontaire de l'OMS pour la prévalence du tabagisme est de 10,57 % chez les Canadiens de 15 ans et plus d'ici 2025 et, à la lumière des projections, le Canada est en voie d'atteindre cette cible. D'autres pays semblables au Canada ont fixé des objectifs de réduction du tabac plus ambitieux.

Aucun objectif n'a été fixé pour les populations canadiennes affichant des taux de prévalence plus élevés. Ces taux n'ont pas diminué aussi rapidement que les taux de prévalence généraux, et pourraient exiger des efforts plus ciblés. Compte tenu du mandat de Santé Canada d'offrir des services et des prestations de santé aux Premières Nations et aux Inuits, ainsi que de l'engagement du gouvernement fédéral à établir des liens avec les peuples autochtones, faire appel au leadership et aux communautés des Premières Nations et des Inuits afin de fixer des objectifs pertinents et adéquats pourrait permettre de cibler les activités de la SFLT et contribuer à définir son orientation future.

Recommandation 2

Définir et préciser clairement les secteurs de la lutte contre le tabagisme où le leadership du gouvernement fédéral est nécessaire, particulièrement à la lumière des mesures actuellement prises par les provinces, les territoires et les municipalités.

La lutte contre le tabagisme exige des efforts concertés de nombreux ordres de gouvernement de diverses compétences. Au fil de l'évolution de la SFLT, il sera important que le gouvernement fédéral – en consultation avec les intervenants et les autres ordres de gouvernement – définisse et précise clairement les secteurs réglementaires et stratégiques nécessitant son leadership. Cela aidera les intervenants et les autres ordres de gouvernement à comprendre leur rôle dans le contexte de la lutte contre le tabagisme.

Bien que l'on ait appelé le gouvernement fédéral à prendre d'autres mesures pour lutter contre le tabagisme, les ministères partenaires devront examiner les secteurs et les populations pour déterminer à qui ces nouvelles mesures seraient plus profitables. On pourrait examiner ces mesures nationales dans le cadre de la stratégie, lorsque possible.

Recommandation 3

Envisager des solutions pour réglementer les nouveaux enjeux liés à la lutte contre le tabagisme.

L'industrie du tabac est novatrice et bien souvent, la législation et la réglementation ne parviennent pas à suivre son rythme. Les intervenants ont laissé entendre que le besoin d'uniformiser et d'appliquer la réglementation fédérale se faisait sentir afin de protéger la santé des Canadiens, notamment celle des jeunes. Le gouvernement fédéral devrait maintenant encourager la prise de mesures souples pour les nouveaux produits du tabac, et voir à ce qu'un cadre de réglementation approprié soit en place et diffusé tant à l'industrie qu'au public.

Devant de nouveaux enjeux – et la réglementation nécessaire pour les traiter –, il peut être utile d'envisager des moyens de financement novateurs pour lutter contre le tabagisme. Ces moyens pourraient s'inspirer de modèles internationaux, comme l'imposition d'une taxe sur les produits du tabac.

Recommandation 4

Examiner la possibilité de rapports intégrés sur les aspects liés au tabac de contrebande, afin de faciliter l'analyse pancanadienne.

La présence soutenue du marché du tabac de contrebande mine les efforts de lutte contre le tabagisme déployés à l'échelle du Canada. Plusieurs ministères et organismes fédéraux surveillent indépendamment différents aspects du tabac de contrebande, tout comme d'autres ordres de gouvernement et organismes d'exécution. En plus des gouvernements, des organisations financées par l'industrie ont aussi tenté d'évaluer la portée et la nature du marché du tabac de contrebande, plus précisément son interaction auprès des jeunes. La surveillance du tabac de contrebande étant un très large enjeu, les résultats rapportés sont peu cohérents. Il sera profitable aux ministères et organismes de pouvoir donner un aperçu complet et intégré du marché du tabac, y compris de ses tendances. Compte tenu de la multiplicité des ministères et organismes impliqués, et du fait que chacun dispose de ses propres systèmes de collecte de données et exigences en matière de rapport, la compilation des données sur la contrebande pourrait s'avérer difficile. À l'heure actuelle, on devrait se pencher sur la possibilité d'intégrer les rapports et, dans la mesure du possible, d'adopter une méthode simplifiée de production de rapports.

Réponse et plan d'action de la direction

Stratégie fédérale de lutte contre le tabac

Recommandation	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme approuve la recommandation, l'approuve sous certaines conditions, ou la désapprouve, et préciser la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Indiquer les principaux livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Indiquer les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la provenance des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
Envisager de fixer des objectifs en matière de diminution des taux de prévalence du tabagisme, tant dans la population générale que dans les populations affichant des taux plus élevés.	Acceptée	La Direction fixera des objectifs pour la réduction des taux de prévalence du tabagisme dans le cadre des travaux de renouvellement de l'approche de lutte contre le tabagisme au Canada.	Rapport sur les consultations avec les intervenants Rapport sur l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre et sur l'analyse socioéconomique du tabagisme au Canada Établissement de nouveaux objectifs dans le cadre de la nouvelle approche de lutte contre le tabagisme.	Mai 2017 Janvier 2017 Avril 2018	DG, Direction de la lutte contre le tabagisme (DLT) SMA, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs (DGSESC)	1,5 ETP 20 000 \$ (budget existant)
Définir et préciser clairement les secteurs de la lutte contre le tabagisme où le leadership du	Acceptée	La Direction évaluera le rôle actuel du gouvernement fédéral dans la lutte contre le tabagisme et étudiera	Rapport sur les consultations avec les intervenants, notamment des représentants des	Mai 2017	DG, DLT SMA, DGSESC	3 ETP (ressources existantes)

Recommandation	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme approuve la recommandation, l'approuve sous certaines conditions, ou la désapprouve, et préciser la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Indiquer les principaux livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Indiquer les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la provenance des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
gouvernement fédéral est nécessaire, particulièrement à la lumière des mesures actuellement prises par les provinces, les territoires et les municipalités.		de nouveaux secteurs de responsabilité et de collaboration possibles dans le cadre des travaux de renouvellement de l'approche de lutte contre le tabagisme au Canada.	provinces, des territoires et des municipalités. Définition du rôle du gouvernement fédéral dans la nouvelle approche de lutte contre le tabagisme.	Avril 2018		
Envisager des solutions pour réglementer les nouveaux enjeux liés à la lutte contre le tabagisme.	Acceptée	La DLT continuera d'élaborer un nouveau régime sur les produits de vapotage.	Présentation du projet de loi. Entrée en vigueur d'un nouveau régime sur les produits de vapotage.	Novembre 2016 À déterminer	DG, DLT SMA, DGSESC	2 ETP (ressources existantes)
Examiner la possibilité de rapports intégrés sur les aspects liés au tabac de contrebande, afin de faciliter l'analyse pancanadienne.	Acceptée L'examen de la possibilité de présenter des rapports intégrés est un premier pas dans la bonne direction si nous voulons dresser un tableau	Le portefeuille de la Sécurité publique (Sécurité publique, GRC et ASFC) cherchera à déterminer les aspects liés au tabac de contrebande qui font l'objet de rapports et la façon dont ils sont	Liste des aspects qui font actuellement l'objet de rapports, et façon dont ils sont présentés. Liste des rapports existants sur le tabac de contrebande.	Janvier 2017 Janvier 2017 Février 2017	DG, Application de la loi et stratégies frontalières, Sécurité publique Canada SMA, Secteur de la sécurité communautaire et de la réduction du	Sécurité publique Canada dirigera la réponse et le plan d'action de la direction. Des efforts devront être déployés par les membres du portefeuille de la Sécurité publique et les partenaires clés

Recommandation	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme approuve la recommandation, l'approuve sous certaines conditions, ou la désapprouve, et préciser la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Indiquer les principaux livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Indiquer les ressources humaines et financières nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la provenance des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
	pancanadien de la situation relative au tabac de contrebande.	présentés. Dresser une liste des rapports existants sur le tabac de contrebande. Analyser l'écart entre les renseignements figurant dans les rapports existants et ceux qui seraient nécessaires à la production d'un rapport d'ensemble dressant un tableau pancanadien de la situation. Se prononcer sur la possibilité de combiner les rapports sur le tabac de contrebande afin de dresser un tableau pancanadien de la situation.	Analyse de l'écart entre les rapports existants et les renseignements requis. Recommandation concernant l'intégration de rapports sur le tabac de contrebande.	Avril 2017	crime, Sécurité publique Canada	afin de contribuer à la réalisation du produit livrable et de fournir des conseils quant à l'approche et aux documents connexes. Les fonds proviendront des budgets existants.

1.0 Objectif de l'évaluation

L'évaluation visait à évaluer la pertinence et le rendement de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) pour la période allant d'avril 2012 à mars 2016.

Elle a été réalisée pour satisfaire la Loi sur la gestion des finances publiques et la Politique sur l'évaluation du Conseil du Trésor (2009). Elle a été menée par le Bureau de la vérification et de l'évaluation de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada, dans le cadre du plan quinquennal d'évaluation (2015-2016 à 2019-2020).

2.0 Description du programme

2.1 Contexte du programme

La SFLT est une initiative horizontale dirigée par Santé Canada, en partenariat avec l'ASPC, Sécurité publique Canada, la Gendarmerie royale du Canada (GRC), l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC), l'ARC, ainsi que le Service des poursuites pénales du Canada (SPPC). Puisque le financement des activités de lutte contre le tabagisme du SPPC a une durée limitée, ce dernier ne fait pas partie de l'évaluation.

La SFLT a été mise en œuvre en 2001, dans le cadre d'une démarche complète, intégrée et soutenue sur dix ans visant à réduire considérablement les maladies et le nombre de décès liés à la consommation de tabac. Elle reposait sur les progrès réalisés grâce à l'Initiative de lutte contre le tabagisme de 1997 et à la Stratégie de réduction de la demande de tabac de 1994. Dans le budget de 2012, la SFLT a été renouvelée pour une période additionnelle de cinq ans (2012-2017), afin de maintenir les gains réalisés au cours des dix années précédentes pour continuer de réduire la prévalence du tabagisme, et d'investir dans de nouvelles priorités, notamment les populations dont le taux de tabagisme est le plus élevé.

Dans le budget de 2012, la SFLT a été simplifiée et est maintenant orientée vers de nouvelles priorités. Elle comprenait le financement de nouvelles activités ciblées, comme la mise en œuvre d'une ligne d'abandon pancanadienne, une campagne de marketing visant les jeunes adultes, des initiatives pour les Premières Nations et les Inuits, et des interventions de renoncement au tabagisme dans le cadre des efforts de prévention des maladies chroniques. Le financement généralisé sous forme de contributions réservées aux organisations non gouvernementales et aux provinces et territoires a pris fin, tout comme les inspections des points de vente au détail concernant la vente de produits du tabac aux jeunes. Les outils de surveillance des drogues et de l'alcool et l'outil de surveillance annuel du tabac ont été regroupés en une seule enquête réalisée tous les deux ans.

Tout au long du rapport d'évaluation, par tabagisme, on entend l'usage du tabac commercial. L'usage du tabac sacré ou traditionnel chez les Premières Nations est distinct. La SFLT respecte et reconnaît les formes et usages traditionnels du tabac dans les communautés.

La Loi sur le tabac réglemente toutes les formes de tabac. Au moment de la rédaction du présent rapport, la cigarette électronique ou le vapotage n'en faisaient pas partie. Les cigarettes électroniques qui contiennent de la nicotine ou qui font l'objet d'allégation santé

sont assujetties à la Loi sur les aliments et drogues et nécessitent une autorisation de mise en marché délivrée par Santé Canada avant d'être importées, annoncées ou vendues. Santé Canada n'a autorisé aucun article de vapotage ni aucune cigarette électronique contenant de la nicotine.

2.2 Profil du programme

La SFLT est une vaste stratégie complète à laquelle participent de nombreux ministères et organismes partenaires du gouvernement fédéral.

Tableau 1. Financement de la SFLT par ministère/organisme partenaire

Organisme/ministère partenaire	Financement (en millions de dollars)	Pourcentage du financement quinquennal total (%)
Santé Canada – à l'exclusion de la DGSPNI	160.6	70,3
Santé Canada – Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits	22	9,6
Agence de la santé publique du Canada – Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques	10.25	4,5
Agence de la santé publique du Canada – Bureau des affaires internationales du portefeuille de la Santé	1.25	0,5
Sécurité publique	3	1,3
Gendarmerie royale du Canada	8.5	3,7
Agence des services frontaliers du Canada	18.4	8,1
Agence du revenu du Canada	4.5	2,0

Source : Les données financières ont été fournies par le Bureau du dirigeant principal des finances

Les activités financées dans le cadre de la SFLT et le rôle de chaque partenaire sont décrits ci-dessous.

Santé Canada

Santé Canada est le ministère responsable de la SFLT. Plusieurs directions générales participent à des activités de lutte contre le tabagisme.

La Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs (DGSESC) est chargée de réglementer le tabac, et de faire la promotion des initiatives visant à prévenir et à réduire les effets nocifs du tabac. Au sein de cette Direction générale, la Direction de la lutte contre le tabagisme (DLT) est tenue d'entreprendre certaines activités, comme l'élaboration de politiques de lutte contre le tabagisme, la création et le maintien

d'ententes internationales antitabac, l'élaboration de règlements en vertu de la Loi sur le tabac, la surveillance de la conformité de l'industrie en ce qui concerne la Loi et la réglementation connexe, et la réalisation d'activités d'application, la réalisation d'enquêtes sur le tabac, la surveillance et l'analyse des enjeux relatifs au tabagisme, ainsi que le soutien à la ligne d'aide au renoncement pancanadienne. Un soutien administratif, financier et stratégique est aussi offert pour permettre à Santé Canada d'assumer ses obligations découlant des procès contre les fabricants de tabac. Les activités de surveillance de la conformité et d'application de la loi sont réalisées conjointement avec la Direction générale des opérations réglementaires et des régions (DGORR).

La DGSPNI collabore avec les Premières Nations, les Inuits, les provinces, les territoires et d'autres ministères, afin d'améliorer les résultats en matière de santé, et d'accroître l'accès à des programmes et services de santé de qualité qui comblent les besoins des membres, des familles et des communautés inuits et des Premières Nations. La DGSPNI est chargée d'une nouvelle initiative financée par la SFLT, dont l'objectif est d'aider un nombre ciblé de réserves des Premières Nations et de communautés inuites à créer et à mettre à exécution des projets et stratégies de lutte contre le tabagisme fondés sur des données probantes qui sont globaux, et appropriés sur le plan culturel, en plus de mettre l'accent sur la réduction de l'usage non traditionnel du tabac. L'approche se fonde sur des pratiques exemplaires énumérées dans la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLA) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'approche compte quatre piliers, soit le leadership, la promotion de la santé, le renoncement, et la recherche et l'évaluation.

La Direction générale des affaires publiques et des communications (DGAPC) veille à ce que les activités de communication et de mobilisation des citoyens soient coordonnées et qu'elles aillent de pair avec les priorités fédérales en santé. Elle est chargée de « Je te laisse », une campagne de marketing sur le renoncement au tabac qui cible les jeunes adultes fumeurs.

Agence de la santé publique du Canada

L'ASPC a pour mission de promouvoir et de protéger la santé des Canadiens. Dans le cadre de la SFLT, le rôle et les responsabilités de l'ASPC mettent l'accent sur le fait de soutenir des façons novatrices pour aider les gens à arrêter de fumer. Dans le cadre du volet axé sur le tabagisme des Partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques, l'ASPC a versé des fonds de la SFLT à des organismes qui ont trouvé des façons novatrices d'accroître le taux de renoncement au tabac. Les quatre projets qui ont reçu des fonds au cours de la période de déclaration mettaient l'accent sur le renoncement au tabac, notamment l'accroissement de la capacité des professionnels de la santé en matière de formation et de prestation de programmes de renoncement, l'intégration du renoncement en milieu clinique, et le fait de jumeler des activités communautaires de renoncement au tabac à un programme d'exercice établi permettant aux gens d'apprendre à courir.

Le Bureau des affaires internationales du portefeuille de la Santé (BAI) est chargé de la gestion stratégique des enjeux internationaux au sein de Santé Canada et de l'ASPC, en plus de fournir des conseils et un soutien au ministre de la Santé. Le BAI facilite la participation du Canada à la CCLA de l'OMS, et fournit des conseils pour faire avancer l'engagement du Canada en ce qui a trait aux questions de lutte au tabagisme

internationales. Il verse les contributions volontaires évaluées du Canada à la CCLA de l'OMS par l'entremise du Programme de subventions internationales à la santé (PSIS) pour le portefeuille de la Santéⁱ.

Service correctionnel du Canada

Dans le cadre de la SFLT, Sécurité publique surveille les activités de contrebande de tabac et criminelles connexes pour élaborer des politiques factuelles, dont des renseignements et des conseils stratégiques présentés au ministère des Finances du Canada sur la situation du marché du tabac de contrebande. Sécurité publique administre un accord de contribution avec le Conseil mohawk d'Akwesasne pour augmenter la capacité des politiques visant les Premières Nations de créer et de diffuser des données sur les activités criminelles liées au tabac de contrebande. Les contributions de la SFLT permettent aussi de financer un poste d'analyste au sein du Ministère chargé des activités de lutte antitabac.

Gendarmerie royale du Canada

La GRC est chargée de l'application des lois au Canada en ce qui concerne le mouvement international de biens. La fabrication, la distribution et la possession illicites de tabac de contrebande relèvent de son mandat en matière de réalisation d'enquêtes. Dans le cadre de la SFLT, la GRC doit surveiller et évaluer le marché illicite. Des analystes sont donc tenus d'obtenir et d'échanger des renseignements au sujet des saisies de produits du tabac, et des enquêtes sur les activités relatives aux produits du tabac illicites. Les fonds servent aussi à accroître la sécurité de la frontière, afin de mieux déceler et surveiller les intrusions illégales à la frontière. En outre, la GRC rédige un rapport annuel sur le marché du tabac de contrebande, notamment les saisies faites à l'échelle nationale et les tendances connexes. Ce rapport est remis au ministère des Finances et à Santé Canada.

Agence des services frontaliers du Canada

L'ASFC et la GRC mettent en application la Loi sur les douanes et la Loi de 2001 sur l'accise. Ce sont les principaux outils d'application de la loi pour contrer les différents aspects du commerce de tabac de contrebande. En ce qui concerne la lutte contre le tabagisme, l'ASFC s'occupe principalement de l'importation de biens au Canada, ainsi que de la possession de produits qui n'ont pas été déclarés de manière appropriée. En outre, elle surveille le marché national et international du tabac de contrebande. Elle prépare des évaluations régulières du marché du tabac de contrebande à l'intention du ministère des Finances.

Agence du revenu du Canada

La principale activité de l'ARC est d'assurer la conformité à la Loi de 2001 sur l'accise, qui régit la taxation fédérale des produits du tabac et réglemente les activités connexes à ces produits, dont leur fabrication, leur possession et leur vente au Canada. L'Agence réalise régulièrement des vérifications et des examens réglementaires des fabricants de produits du tabac et des commerçants de produits du tabac agréés en vertu de la Loi. Les fonds de la SFLT ont servi à réaliser un nombre supérieur de vérifications et d'exams réglementaires, notamment la visite de commerces exploités par les commerçants, afin de passer en revue

ⁱ En 2012, le PSIS a été transféré de Santé Canada à l'ASPC. Les paiements des cotisations à la CCLA de l'OMS sont évalués en dollars américains selon un budget aux deux ans (346 239 \$ US en 2014 et en 2015, et 346 103 \$ US en 2016 et en 2017). Les paiements sont faits tous les ans.

leurs livres et dossiers. L'ARC veille aussi à ce que les exigences en matière d'estampillage et de marquage de la Loi soient respectées.

2.3 Narratif du programme

La SFLT propose une approche complète pour lutter contre le tabagisme. Elle va de pair avec l'orientation fournie par l'OMS et les lignes directrices internationales établies dans le cadre de la CCLA de l'OMS.

À long terme, la SFLT vise à diminuer la prévalence du tabagisme chez les Canadiens. Dans les versions antérieures de la Stratégie, des objectifs particuliers avaient été fixés. En 2001, l'objectif initial de la SFLT était de réduire la prévalence du tabagisme de 25 %, niveau observé en 1999, à 20 %. Cet objectif a été atteint en 2006.

Quatre principaux secteurs d'activité permettent l'obtention de résultats : politiques et engagements internationaux; recherche et surveillance; réglementation et conformité; et interventions de la communauté (efforts en prévention et en renoncement au tabac). Les ministères et organismes partenaires participent à différents secteurs d'activité, comme l'illustre le tableau 2.

Tableau 2. Ministère/Organisme partenaire participant à chaque secteur d'activité

Secteur d'activité	Organisme/Ministère partenaire
Politiques et engagements internationaux	<ul style="list-style-type: none">• Santé Canada – Direction de la lutte contre le tabagisme• Agence de la santé publique du Canada – Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques• Sécurité publique
Recherche et surveillance	<ul style="list-style-type: none">• Santé Canada – Direction de la lutte contre le tabagisme; Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
Réglementation et conformité	<ul style="list-style-type: none">• Santé Canada – Direction de la lutte contre le tabagisme; Direction générale des opérations réglementaires et des régions• Agence du revenu du Canada• Agence des services frontaliers du Canada• Sécurité publique• Gendarmerie royale du Canada
Interventions de la communauté (efforts en prévention et en renoncement au tabac)	<ul style="list-style-type: none">• Santé Canada – Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits; Direction générale des affaires publiques et des communications• Agence de la santé publique du Canada – Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques

Les produits et résultats immédiats découlant de ces secteurs d'activité sont l'observation de la Loi sur le tabac et de la réglementation connexe, la mise en place de stratégies de

prévention, l'élaboration d'interventions, de politiques et de règlements tenant compte du tabagisme, notamment la vigueur du marché de contrebande, ainsi qu'une hausse de la sensibilisation du public aux risques que pose l'usage des produits du tabac pour la santé.

La Loi sur le tabac et la Loi de 2001 sur l'accise renferment des règlements de lutte antitabac. Les stratégies de prévention cherchent à réduire les incitatifs poussant les jeunes et les autres à commencer à fumer. Cependant, depuis 2009, les campagnes de prévention de masse dans les médias n'ont pas été financées par la SFLT. Différents règlements, politiques et interventions ont été mis en place pour soutenir les objectifs généraux de la SFLT, et pour tenir compte du marché du tabac de contrebande.

Parmi les résultats intermédiaires de la SFLT, il y a une compréhension accrue du marché du tabac de contrebande au Canada; la protection des jeunes et des autres personnes face aux incitatifs les poussant à utiliser les produits du tabac et à la dépendance en découlant; une hausse des comportements de renoncement au tabac chez les utilisateurs de la ligne d'aide, les Premières Nations et les Inuits, les jeunes adultes fumeurs, les participants à des projets financés par l'ASPC (notamment des professionnels de la santé et des fumeurs en cliniques et dans les collectivités), ainsi que l'ensemble de la population. En comprenant mieux le marché du tabac de contrebande, le gouvernement fédéral pourra tenir compte des préoccupations associées à l'accès aux produits du tabac de contrebande et à la disponibilité de ces produits, ainsi que de l'incidence sur les entreprises légitimes. Depuis plusieurs années, la Stratégie a pour objectif d'empêcher les jeunes de commencer à fumer. Cela aide aussi à réduire la dépendance, ainsi que les risques pour la santé qui sont associés au tabagisme. En plus de la prévention, le renoncement est un aspect important de la Stratégie. Les fumeurs actuels ont besoin de soutien dans le cadre de différentes interventions pour arrêter de fumer. Ces interventions réduiront le nombre de fumeurs canadiens.

La portée prévue de la Stratégie vise tous les Canadiens. Plus récemment, elle a commencé à mettre davantage l'accent sur les jeunes, ainsi que les communautés des Premières Nations et des Inuits.

Le lien entre ces secteurs d'activités et les résultats escomptés est illustré dans le modèle logique (voir l'annexe 1). L'évaluation visait à mesurer le niveau de réalisation des extrants et des résultats définis au cours de la période visée.

2.4 Harmonisation et ressources du programme

Au sein de Santé Canada, les activités de la SFLT relèvent du résultat stratégique « Les risques et avantages pour la santé associés aux aliments, aux produits, aux substances et aux facteurs environnementaux sont gérés de façon appropriée et communiqués aux Canadiens ». Le sous-programme particulier de l'Architecture d'alignement des programmes (AAP) est 2.5.1. Lutte antitabac. Les activités associées au volet des Premières Nations et des Inuits relèvent du sous-sous-programme Vie saine, du sous-programme 3.1.1 : Promotion de la santé et prévention des maladies auprès des membres des Premières Nations et des Inuits.

Du point de vue horizontal, la SFLT est aussi harmonisée avec ce qui suit :

- Sous-programme 1.2.3 : Prévention des maladies chroniques (non transmissibles) et des blessures (AAP de l'ASPC);
- Programme 1.3 : Lutte au crime (AAP de Sécurité publique);
- Programme 1.1 : Opérations policières (AAP de la GRC);
- Programme 1.3 : Évaluation du risque et sécurité (AAP de l'ASFC);
- Programme : Recouvrements, observation et vérification (AAP de l'ARC).

Le budget total de la SFLT était de 230 millions de dollars sur cinq ans.

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

L'évaluation porte sur la période du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2016, et comprend toutes les activités réalisées par les partenaires fédéraux, à l'exception du SPPC, puisqu'il a réalisé des activités à durée limitée en 2012-2013.

L'évaluation s'harmonise avec la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada et a pris en compte les cinq enjeux principaux dans le cadre des deux thèmes de la pertinence et du rendement, comme indiqué dans l'annexe 2. Pour chaque élément fondamental, des questions précises ont été formulées à partir d'éléments du programme; ce sont ces questions qui ont guidé le processus d'évaluation.

Une approche fondée sur les résultats a été utilisée pour évaluer les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés, cerner les conséquences imprévues, le cas échéant, et déterminer les leçons apprises.

La Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor a guidé la conception de l'évaluation et la détermination des méthodes de collecte de données, afin que l'évaluation satisfasse aux objectifs et aux exigences de la Politique. Le modèle non expérimental utilisé s'inspirait du Cadre d'évaluation, qui expose de façon détaillée la stratégie d'évaluation appliquée au programme et assure une collecte de données uniforme à l'appui de l'évaluation.

Diverses méthodes ont été employées pour recueillir les données nécessaires à l'évaluation, dont une revue de la littérature, un examen de la documentation et des données financières, une étude des données sur le rendement, des entrevues auprès d'informateurs clés, trois études de cas et une analyse des médias. L'annexe 2 contient plus de renseignements sur les méthodes de collecte et d'analyse des données. De plus, pour les besoins de l'analyse des données, on a procédé à la triangulation des renseignements recueillis à l'aide des différentes méthodes susmentionnées. L'utilisation de multiples sources de données et de la triangulation visait à accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

Un groupe de travail composé de représentants des ministères et organismes partenaires de la SFLT et dirigé par le Bureau de la vérification et de l'évaluation de Santé Canada a orienté l'évaluation. Ces représentants ont participé à la collecte de données, ainsi qu'à la validation des constatations et des conclusions.

3.2 Contraintes et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont soumises à des contraintes qui peuvent avoir des conséquences sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions. Le tableau suivant décrit les contraintes rencontrées au cours de l'évaluation. Il est aussi question des stratégies d'atténuation mises en œuvre pour faire en sorte que les constatations de l'évaluation puissent être utilisées en toute confiance pour orienter la planification des programmes et la prise de décisions.

Tableau 3. Contraintes et stratégies d'atténuation

Contrainte	Incidence	Stratégie d'atténuation
Les entrevues avec les informateurs clés sont d'une nature rétrospective.	Les entrevues sont de nature rétrospective, fournissant une perspective récente sur des événements passés. Cela peut avoir une incidence sur la validité de l'évaluation des activités ou résultats pouvant avoir changé au fil du temps.	Triangulation des autres sources de données pour valider ou fournir d'autres renseignements sur les données saisies lors des entrevues. L'examen de la documentation a permis d'obtenir des renseignements sur l'organisation.
La structure des données financières n'est pas liée aux extraits ou aux résultats.	La capacité de quantifier l'efficacité et l'économie est limitée.	D'autres sources de données (y compris des entrevues avec des informateurs clés et des analyses documentaires) ont été utilisées afin de pouvoir quantifier l'efficacité et l'économie
Les plus récentes données de 2015 sur la pertinence n'étaient pas accessibles.	Cette situation restreint la capacité d'évaluer les tendances en matière de prévalence du tabagisme pendant la durée de l'évaluation.	Les données les plus récentes accessibles (2013) ont été utilisées. Lorsqu'une triangulation avec d'autres données probantes a été faite, il a été possible d'obtenir les meilleurs renseignements possible sur les tendances en matière de prévalence du tabagisme.

4.0 Constatations

4.1 Pertinence : Enjeu n° 1 : Besoin continu du programme

Même si la prévalence du tabagisme a diminué au fil du temps pour atteindre 14,6 %, le niveau de 2013, les répercussions de l'usage du tabac sur la santé montrent qu'il faut continuer de lutter contre le tabagisme afin de réduire davantage ce taux, particulièrement auprès des populations vulnérables.

Au Canada, la prévalence du tabagisme a diminué ou est demeurée constante toutes les années lors desquelles elle a été mesurée entre 1985 (35 %) et 2013 (14,6 %)¹. Même si le taux de prévalence est plus bas que jamais, il y a tout de même 4,2 millions de Canadiens âgés de 15 ans et plus qui fument chaque jour ou à l'occasion. Le tabagisme a des répercussions considérables sur la santé des fumeurs et des personnes exposées à la fumée, en plus d'avoir une incidence économique négative sur l'ensemble du Canada.

L'usage du tabac joue un rôle de cause à effet dans plus de 10 cancers différents (p. ex. poumon, bouche, estomac, foie). Il s'agit de la principale cause de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), une maladie inflammatoire faisant en sorte que les poumons sont obstrués, rendant la respiration difficile². Plusieurs personnes qui continuent de fumer mourront de maladies découlant du tabagisme. On évalue que 23 % de tous les décès au Canada et, plus particulièrement, 31 % des décès liés à un cancer en 2010 étaient attribuables au tabagisme³. En 2012, les coûts directs (p. ex. soins hospitaliers, médicaments, médecins et autres professionnels de la santé, recherche en santé et autres dépenses en matière de soins de santé) et les coûts indirects (p. ex. invalidité à court et à long terme, décès prématurés) du tabagisme étaient évalués à 18,4 milliards de dollars⁴.

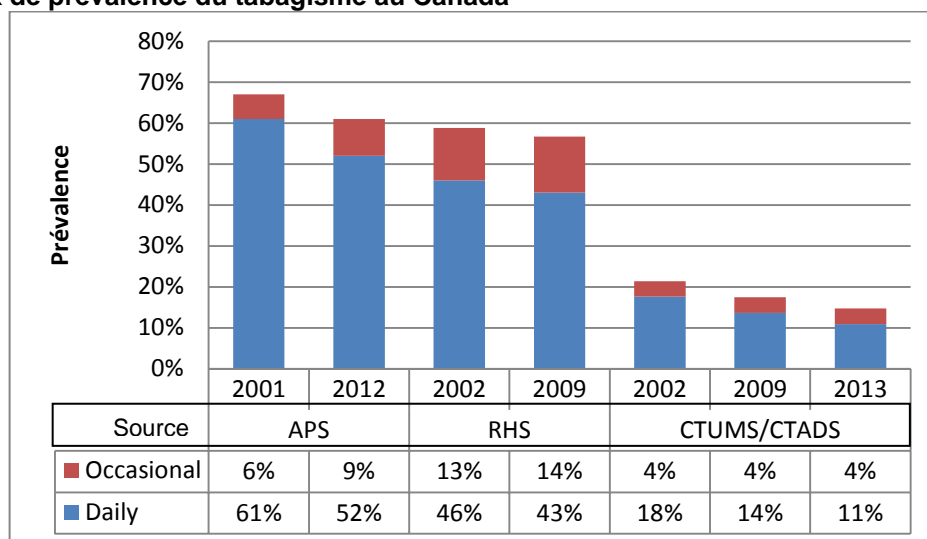
L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2013, et l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves (ECTADE) de 2014-2015 fournissent les données les plus récentes sur la prévalence du tabagisme dans les dix provinces. Cependant, elles ne comprennent pas de données des trois territoires. Même si, en vertu de la Loi sur le tabac, il est interdit de fournir des produits du tabac aux jeunes, en 2014-2015, 3,4 % des élèves de la sixième année à la douzième année (environ 87 000 élèves) fumaient des cigarettes. De ce nombre, 1,6 % des élèves étaient des fumeurs quotidiens, et 1,9 % étaient des fumeurs occasionnels. En outre, selon les résultats de l'ECTAD de 2013, 6,3 % des jeunes âgés de 15 à 17 ans ont déclaré fumer quotidiennement (2,3 %) ou occasionnellement (4 %). Le taux de tabagisme a augmenté à 17,7 % chez les jeunes âgés de 18 et de 19 ans, tandis que 9,6 % d'entre eux fumaient quotidiennement, et 8,1 % fumaient à l'occasion. Il s'agit du changement entre le groupe plus jeune et celui des personnes âgées de 18 et de 19 ans le plus important en ce qui a trait aux fumeurs quotidiens et occasionnels.

Les communautés des Premières Nations (dans les réserves) ont un taux de tabagisme supérieur à celui de l'ensemble de la population au Canada. Les données comparables les plus récentes sont tirées de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) de 2008-2010, de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2012, de l'Enquête de surveillance de

l'usage du tabac au Canada (ESUTC) de 2009 et de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2013. Il faut prendre note que les données de l'ESUTC et de l'ECTAD ne comprennent pas le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, ni le Nunavut. Ces régions comptent la proportion la plus élevée de Canadiens déclarant une identité autochtone⁵. L'ERS a indiqué que 43 % des adultes vivant dans des communautés autochtones fumaient chaque jour, et 13,7 % fumaient à l'occasion. Toutefois, les adultes plus jeunes (âgés de 18 à 29 ans) dans les communautés des Premières Nations comptaient la proportion la plus élevée de fumeurs quotidiens (51,5 %) et de fumeurs occasionnels (15,9 %). L'EPA a indiqué que 52,2 % de la population canadienne inuite de 15 ans et plus fume tous les jours, et 9,4 % fume à l'occasion. À l'opposé, dans le cadre de l'ESUTC de 2009, 14 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus étaient des fumeurs quotidiens, tandis que 4 % étaient des fumeurs occasionnels.

Du point de vue de l'équité en santé, le fait que le taux de prévalence pour le reste du Canada diminue plus rapidement que celui dans les communautés des Premières Nations, comme l'illustre la figure 1, est préoccupant. En comparant les données de l'ERS de 2002-2003 et celles de l'ESUTC de 2002 aux données de 2009, on peut constater que la proportion des fumeurs quotidiens dans les communautés des Premières Nations est passée de 46 % à 43 %, tandis que celle des fumeurs quotidiens ayant répondu à l'ESUTC est passée de 18 % à 14 %.

Figure 1 : Taux de prévalence du tabagisme au Canada



Selon des données probantes, les personnes qui arrêtent de fumer amélioreront leur santé, réduiront leur risque de maladies chroniques, et augmenteront leur espérance de vie⁶. Santé Canada a compilé des études sur les bienfaits associés au renoncement au tabac, notamment le fait qu'au cours des 8 heures qui suivent la dernière cigarette, le niveau de dioxyde de carbone dans le sang revient à la normale; au cours des 24 heures qui suivent la dernière cigarette, le risque de crise cardiaque est réduit; au cours des 9 mois qui suivent le renoncement, les poumons reprennent de la vigueur, la respiration est améliorée et la toux est diminuée; au cours de l'année qui suit le renoncement, le risque de coronaropathie est réduit; après 5 ans, le risque d'accident vasculaire cérébral est revenu à la normale. On évalue que les fumeurs canadiens âgés de 35 à 69 ans qui sont décédés en 2010 ont perdu

24 années de leur vie. En moyenne, les fumeurs âgés de plus de 69 ans ont perdu 7 années de leur vie⁷.

En plus des risques pour la santé qui sont associés au tabac, il existe des préoccupations additionnelles concernant le tabac de contrebande. Ce type de tabac a une incidence sur les entreprises (p. ex. les fabricants de tabac, les dépanneurs) qui voient la vente de cigarettes légales réduite. Il diminue aussi les recettes provenant des taxes pour les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Il arrive souvent que le tabac de contrebande soit vendu dans un emballage qui ne respecte pas la Loi sur le tabac, et qui ne comporte pas de mises en garde en matière de santé à l'intention des fumeurs. Il est aussi vendu à un prix qui ne comprend pas toutes les taxes applicables. Le coût inférieur du tabac de contrebande nuit à l'approche du gouvernement qui est de « taxer le tabac à un taux élevé et soutenable afin de réduire le tabagisme⁸ ». Le tabac de contrebande a aussi été lié à d'autres activités illégales⁹.

Dans l'ensemble, le contexte relatif aux produits du tabac est fluide, tandis que des changements découlent de l'industrie et des tendances en matière d'usage du public. En plus des activités permanentes réalisées dans le cadre de la SFLT, on déploie aussi des efforts pour anticiper les besoins futurs et en tenir compte. Ces activités sont nécessaires, afin d'être proactif, au lieu de réagir face au changement.

La SFLT a déterminé plusieurs besoins anticipés et en a tenu compte. Par exemple, les Partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques, le programme des subventions et contributions de l'ASPC, ont fourni un financement pour faire avancer des projets novateurs fondés sur des données probantes qui ciblent les efforts de renoncement au tabac, qui proposent des résultats mesurables, et qui pourraient être mis en place à l'échelle du pays ou s'appliquer à d'autres populations ciblées.

En outre, le Programme de la lutte au tabagisme (PLT) a adopté une approche de planification de projets nationale, afin d'évaluer les pratiques opérationnelles de l'industrie, et de déterminer les secteurs de non-conformité et des façons de tenir compte des pratiques industrielles changeantes. Dans le cadre du PLT, un programme a aussi été lancé pour déterminer et évaluer la conformité des détaillants en ligne, ainsi que l'utilisation des médias sociaux et des applications de téléphone intelligent pour faire la promotion du tabac.

Parmi les besoins particuliers déterminés par le PLT et les personnes interrogées en ce qui concerne la participation future éventuelle, il y a la conformité et l'application de la loi en ce qui a trait aux articles de vapotage. Le PLT remarque qu'à l'avenir, il pourrait participer à des activités de promotion de la conformité et de collecte de renseignements sur le marché dans les régions. Cependant, à cette étape-ci, les articles de vapotage ne relèvent pas de la SFLT.

Le gouvernement fédéral a plusieurs obligations permanentes en ce qui a trait à la lutte antitabac qu'il doit continuer d'assumer. Parmi les domaines de responsabilité fédérale principaux, il y a la prestation de services et d'avantages en matière de santé aux Premières Nations et aux Inuits, en plus de lutter contre la contrebande et le commerce illicite. L'ASFC et la GRC, deux organismes fédéraux, se partagent certaines responsabilités, notamment la surveillance des activités illicites concernant le commerce du tabac et l'application de la loi.

L'ASFC est chargée de tous les ports d'entrée, tandis que la GRC est responsable des activités entre les ports d'entrée et le territoire national. Le gouvernement fédéral cherche à atteindre un niveau supérieur de santé dans les communautés autochtones, comme l'indique la Politique fédérale de 1979 sur la santé des Indiens. Il est donc particulièrement préoccupé par le taux disproportionnellement élevé de tabagisme dans les communautés des Premières Nations et des Inuits. Le gouvernement fédéral est résolu à fournir les ressources financières dont les provinces et territoires ont besoin pour combler la demande additionnelle pour des services d'aide au renoncement, puisque certains emballages de produits du tabac affichent des mises en garde qui comprennent le numéro de téléphone de la ligne d'aide au renoncement pancanadienne et une adresse Web, conformément au Règlement sur l'étiquetage des produits du tabac (cigarettes et petits cigares).

Enfin, le gouvernement fédéral a l'obligation d'entreprendre des activités de lutte contre le tabagisme à titre de membre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLA) de l'OMS, que le Canada a ratifiée en 2004. Les pays qui ont ratifié la CCLA de l'OMS se sont engagés à adopter des politiques de lutte contre le tabagisme rigoureuses, afin de protéger la santé de leurs populations. Pour faire avancer la CCLA, l'OMS a présenté un ensemble de mesures et de ressources techniques qui tiennent compte des dispositions de réduction de la demande de la Convention-cadre, et qui les appuient. Parmi ces mesures, il y a la surveillance de l'usage du tabac et les politiques de prévention; la protection des individus face à la fumée de tabac; l'aide proposée pour renoncer au tabac; des mises en garde en ce qui concerne les dangers que représente le tabac; l'application d'interdictions en ce qui concerne la publicité sur le tabac, la promotion du tabac et les commandites du tabac; le maintien de taxes efficaces sur le tabac; et des politiques de protection de la santé publique face aux intérêts commerciaux et à d'autres intérêts directs de l'industrie du tabac. À titre de partie de la CCLA de l'OMS, le Canada participe aussi à des réunions d'organes directeurs (p. ex. conférences des parties), produit des rapports sur la conformité tous les deux ans, et contribue financièrement au moyen des contributions volontaires évaluées.

4.2 Pertinence : Enjeu n° 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Les objectifs de la SFLT sont harmonisés aux priorités de ses partenaires fédéraux ainsi qu'à celles du gouvernement fédéral à plus grande échelle.

Depuis le renouvellement de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme¹⁰ en 2012, ses objectifs ont été :

- de décourager les enfants et les jeunes de commencer à fumer;
- d'aider les fumeurs à renoncer au tabac;
- d'aider les Canadiens à se protéger contre la fumée secondaire;
- de réglementer la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac en appliquant la Loi sur le tabac.

Les budgets fédéraux ont mis l'accent sur différents aspects de la lutte contre le tabagisme. Voici des exemples :

- Budget de 2014 – création du groupe de travail sur la lutte contre le tabac de contrebande de la GRC financé au moyen d'une réaffectation interne des ressources^{11,12,13}
- Budget de 2014 – hausse du droit d'accise applicable aux produits du tabac pour éliminer le taux inférieur sur le marché intérieur applicable aux produits du tabac vendus sur les marchés hors taxes¹⁴
- Budget de 2013 – hausse du taux du droit d'accise sur les autres produits du tabac fabriqués pour qu'il soit mieux harmonisé à celui des cigarettes¹⁵
- Budget de 2013 – augmentation de la capacité de lutter contre le tabac de contrebande en offrant un financement à Sécurité publique pour les services de police des Premières Nations¹⁶

En 2015, le Cabinet du premier ministre a déclaré, lors de la Semaine nationale sans fumée, que le gouvernement du Canada était résolu « à aider les Canadiens à cesser de fumer et à rester non-fumeurs » et qu'il collabore avec différents partenaires pour « sensibiliser les Canadiens sur les dangers du tabagisme, pour aider les fumeurs à renoncer au tabac et pour décourager les Canadiens, surtout les jeunes, de commencer à fumer¹⁷ ».

La lettre de mandat de la ministre de la Santé¹⁸, qui lui demandait « d'adopter des prescriptions en matière de banalisation des emballages des produits du tabac similaires à celles de l'Australie et du Royaume-Uni », montrait bien que l'engagement visant à décourager les Canadiens à commencer à fumer et à inciter les fumeurs à arrêter de fumer est une priorité. À la suite de cette lettre, le 31 mai 2016, la ministre de la Santé a annoncé la tenue de consultations publiques sur la banalisation des emballages des produits du tabac. Cette annonce coïncidait avec la Journée mondiale sans tabac de l'OMS^{19,20}.

Parmi les cibles des Objectifs de développement durable en santé de l'OMS, il y a le fait de « renforcer l'application de la CCLA de l'OMS dans tous les pays, s'il y a lieu²¹ ». Atteindre les objectifs de la CCLA et présenter des rapports à la Conférence des parties font partie des engagements et obligations clés du Canada sur la scène internationale depuis qu'il a ratifié la Convention en 2004. Le Canada a joué un rôle de leadership lors de l'élaboration du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac en 2012 (le Protocole n'est toujours pas en vigueur)²², et les Directives pour l'application de la CCLA en 2014 (articles 9 et 10 sur la réglementation des produits du tabac)²³ et des recommandations (p. ex. mesures durables pour renforcer l'application de la Convention) formulées dans le cadre de la CCLA.

Les questions relatives à la lutte contre le tabagisme (p. ex. banalisation des emballages, accès des professionnels de la santé à de l'information, tabac de contrebande, taxes) sont une priorité pour tous les ministères et organismes partenaires de la SFLT.

Parmi les priorités de Santé Canada, il y a le fait de « renforcer l'ouverture et la transparence pendant que la modernisation des lois, des règlements et de la prestation des soins en matière de santé se poursuit²⁴ ». Parmi ses résultats stratégiques, il y a « les risques et les avantages pour la santé associés aux aliments, aux produits, aux substances et aux facteurs environnementaux sont gérés de façon appropriée et communiqués aux Canadiens²⁵ ». Le tabac est aussi un des sous-programmes de l'AAP de Santé Canada.

La priorité stratégique de l'ASPC, soit « leadership en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies²⁶ », est à la base de ses travaux cherchant à tenir compte des facteurs de risque, comme le tabagisme, qui, comme il a été prouvé, augmentent le potentiel d'être atteint de maladies²⁷. L'approche des Partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques fait partie du sous-programme Maladies chroniques (non transmissibles) et blessures de l'Agence. Les Partenariats plurisectoriels gèrent un financement provenant de différentes sources, comme la SFLT, et comprennent des approches en matière de santé de la population qui tiennent compte des facteurs de risque et de protection communs pour les maladies chroniques, notamment le renoncement au tabac. Les partenariats multisectoriels se fondent sur le principe qu'un secteur seul ne peut pas lutter de manière significative contre les causes des maladies chroniques, et qu'un grand nombre de partenaires est requis pour déterminer et trouver des solutions durables qui amélioreront la santé de la population²⁸.

L'ARC ne compte aucune priorité directe en ce qui a trait au tabac. Cependant, elle cherche à s'assurer que les droits sur les produits du tabac établis dans le cadre de la Loi de 2001 sur l'accise sont payés. L'ARC réalise aussi des activités d'observation visant les fabricants nationaux de produits du tabac, conformément à la Loi de 2001 sur l'accise²⁹, et collabore avec des intervenants pour veiller à l'efficacité des mesures de lutte antitabac.

Des organismes du portefeuille de Sécurité publique n'ont pas de priorités en matière de tabagisme. Cependant, le résultat stratégique de Sécurité publique est « Un Canada sécuritaire et résilient³⁰ ». Il comprend le sous-sous-programme Crimes graves et crime organisé. Parmi les aspects sur lesquels ce sous-sous-programme met l'accent, il y a le tabac de contrebande, un sujet que l'ancien ministre de la Sécurité publique a mentionné dans un certain nombre de communiqués de presse^{31,32}. Au sein du portefeuille de la Sécurité publique, la GRC se charge du crime organisé, comme l'indique sa priorité organisationnelle Crimes graves et crime organisé³³. Elle compte aussi un groupe de travail sur la lutte contre le tabac de contrebande³⁴. Tandis que la GRC ne met pas particulièrement l'accent sur un bien précis, le programme de la Police fédérale cible les groupes et les réseaux du crime organisé, qui peuvent être actifs sur le marché du tabac de contrebande. Dans le même ordre d'idées, la priorité de l'ASFC, qui est « d'assurer la sécurité de la frontière de façon stratégique³⁵ », cherche à maîtriser le risque associé à la contrebande pénétrant au Canada. Le sous-programme Renseignement de l'ASFC se charge de ce risque, en recueillant des renseignements, notamment sur le crime organisé et la contrebande, en les analysant et en les échangeant avec des partenaires responsables de l'application de la loi.

4.3 Pertinence : Enjeu n° 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

La lutte contre le tabagisme relève du gouvernement fédéral, ainsi que d'autres ordres de gouvernement.

Tous les ordres de gouvernement ont un rôle à jouer dans la lutte contre le tabagisme. L'autorisation stratégique de la SFLT a été renouvelée en 2012 pour une période de cinq ans (2012-2017). Elle aligne les rôles et responsabilités fédéraux selon quatre fonctions de base : élaboration de politiques et engagements internationaux; recherche et surveillance; réglementation et conformité; et interventions de la communauté (annexe 1).

La SFLT finance des activités associées à l'application de la Loi sur le tabac fédérale, qui a pour but de « protéger la santé des Canadiennes et des Canadiens compte tenu des preuves établissant, de façon indiscutable, un lien entre l'usage du tabac et de nombreuses maladies débilitantes ou mortelles ». Parmi les autres considérations, elle décrit un rôle que le gouvernement fédéral doit adopter pour « préserver notamment les jeunes des incitations à l'usage du tabac et du tabagisme qui peut en résulter; protéger la santé des jeunes en limitant de l'accès au tabac; mieux sensibiliser la population aux dangers que l'usage du tabac présente pour la santé³⁶ ». La SFLT finance aussi des activités dans le cadre de l'application de la Loi de 2001 sur l'accise, qui impose des droits d'accise fédéraux sur les produits du tabac, et réglemente la délivrance de permis relatifs au tabac aux fabricants et aux détaillants de produits du tabac; assure l'estampillage et le marquage des produits du tabac; et impose des restrictions concernant la possession de produits du tabac qui ne sont pas estampillés. En outre, la SFLT offre des fonds à la GRC et à l'ASFC pour la surveillance des produits du tabac de contrebande saisis dans le cadre de l'exercice de leur rôle d'application des lois fédérales, activité financée au moyen de fonds provenant de sources autres que la SFLT.

À l'échelle internationale, le Canada est une Partie de la CCLA de l'OMS³⁷. La SFLT tient pleinement compte de l'article 5 de la CCLA qui prévoit que « chaque Partie élabore, met en œuvre, actualise et examine périodiquement des stratégies et des plans et programmes nationaux multisectoriels globaux de lutte antitabac conformément aux dispositions de la Convention et des protocoles auxquels elle est Partie³⁸ ». Selon le rapport le plus récent de Santé Canada présenté à la Conférence des Parties sur son application de la CCLA (avril 2016), le Canada a adopté, d'une manière complète, presque tous les rôles attendus de lui en ce qui a trait à la lutte au tabagisme. Cependant, un examen des rapports présentés par Santé Canada montre que certaines attentes particulières associées à la CCLA n'ont pas été comblées. Par exemple, une auto-évaluation a révélé que le Canada ne prévoit pas de pourcentage des recettes fiscales qui servirait à financer la SFLT ou la lutte contre le tabagisme. Le Canada n'interdit pas la vente de produits du tabac par des mineurs. En outre, il n'interdit pas la vente de produits du tabac au moyen de distributrices^{39,40}. À l'appui de l'article 5.3, l'engagement de Santé Canada auprès de l'industrie du tabac est limité aux situations lors desquelles il est nécessaire de réglementer avec efficacité l'industrie et les produits du tabac. Cependant, dans un contre-rapport préparé par le Global Tobacco Forum, des préoccupations ont été exprimées en ce qui concerne la mobilisation des autres ministères, organisations et institutions semi ou quasi-publiques auprès de l'industrie du tabac. Les situations lors desquelles des sociétés productrices de tabac font des dons dans le cadre d'événements et des actions de telles sociétés sont ajoutées au régime de pensions du gouvernement du Canada ne respectent pas les principales recommandations de la CCLA.

Le Canada appuie l'Initiative pour un monde sans tabac dans le cadre du volet Maladies non transmissibles et Santé mentale de l'OMS. Cette initiative cherche à assurer un leadership stratégique mondial, en incitant la mobilisation à tous les échelons de la société. Le Canada a fourni une expertise financière et technique dans le cadre des activités réalisées sous l'égide de cette initiative.

Les gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux continuent de jouer un rôle de plus en plus important en ce qui concerne la lutte antitabac. Un rôle de leadership plus fort de la part du gouvernement fédéral améliorerait l'uniformité et l'efficacité.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux jouent un rôle de plus en plus important en ce qui a trait à la lutte au tabagisme⁴¹. Tous les territoires et provinces ont des actes législatifs en vigueur concernant la lutte au tabagisme, ainsi que des stratégies dont l'approche et l'objet varient, afin de prévenir le tabagisme, d'aider au renoncement et de protéger le public des effets de la fumée secondaire. Dans leurs commentaires, les informateurs clés ont soutenu qu'un leadership fédéral accru – surtout en matière de réglementation – permettrait d'accroître l'uniformité et d'assurer un niveau de protection constant à l'échelle du Canada. Par exemple, certains ministres provinciaux de la Santé ont remarqué que le manque de leadership fédéral concernant la question de l'arôme de menthol dans le tabac^{42,43}, et que l'apparition de nouveaux enjeux, comme les articles de vapotage, ont fait en sorte que plusieurs mesures législatives provinciales ont été adoptées. La majorité des principaux intervenants ont aussi fait valoir ce point. Depuis 2012, plusieurs provinces ont adopté et/ou modifié des lois de lutte contre le tabagisme, afin de tenir compte de questions dont le gouvernement fédéral ne s'est pas chargé. Les provinces de l'Alberta, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, du Québec et de l'Ontario ont modifié leurs lois afin d'ajouter le menthol à la liste des arômes interdits dans les produits du tabac. Entre-temps, la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ont commencé à se pencher sur de nouveaux enjeux, comme les pipes à eau et les articles de vapotage. Dans certains cas, l'industrie du tabac au Canada a profité des lacunes de la loi fédérale pour contester les décisions provinciales, et a engagé des poursuites judiciaires, alléguant dans les documents que le fait d'interdire le menthol dans le tabac n'est pas de compétence provinciale^{44,45}. En outre, les provinces continuent d'élargir la portée de leurs lois créant des milieux sans fumée, afin de tenir compte de la question de la fumée secondaire (p. ex. terrasses, logement public et véhicules automobiles personnels dans lesquels des enfants se trouvent).

Les provinces et territoriaux participent aussi activement à la lutte contre le tabac de contrebande. Depuis plus de 30 ans, l'atelier consacré au tabac de la Conférence des enquêtes interprovinciales et interterritoriales (CEI) annuelle regroupe des partenaires provinciaux, territoriaux et fédéraux participant à l'application des lois sur le tabac et les produits du tabac. Cet atelier cherche à faciliter la coopération et l'échange de renseignements requis pour lutter contre la contrebande, en mettant l'accent sur l'évitement fiscal interprovincial et international. L'atelier de 2016 a été coorganisé par le ministère des Finances de l'Ontario.

S'appuyant sur la loi provinciale⁴⁶ et des pratiques exemplaires⁴⁷, des municipalités en Ontario cherchent à lutter davantage contre le tabagisme et à récupérer les coûts des

inspections en matière d'application de la loi au moyen de « permis de vendeur de tabac au détail ». Par exemple, la Ville d'Ottawa délivre un permis pour vendeur de tabac que toutes les entreprises vendant des produits du tabac doivent se procurer. En 2016, le coût de ce permis annuel était d'environ 861 \$⁴⁸. En ce qui concerne l'incidence mesurée, certains marchands à Ottawa ont fait valoir publiquement que la nécessité d'obtenir un tel permis (ainsi que les coûts qui pourraient augmenter au fil du temps) les incite à réévaluer la valeur associée à la vente de tabac dans leur commerce par rapport à d'autres produits⁴⁹. C'est pourquoi il y a une réduction énorme du nombre de vendeurs de tabac dans la Ville d'Ottawa. Ils sont passés d'environ 800 en 2008 à 495 en 2016. Les droits recueillis par la Ville d'Ottawa ne peuvent pas servir à faire un profit. Ils doivent financer les inspections nécessaires en santé publique, en plus de réaliser des enquêtes lors de plaintes logées par le public en ce qui a trait au tabagisme.

Grâce à un financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, l'Association pour les droits des non-fumeurs du Canada a créé et maintient une base de données accessible par le public qui renferme les lois sur les milieux sans fumée à l'échelle du Canada. Selon un examen de cette base de données, entre le 1^{er} janvier 2012 et le 30 avril 2016, environ 115 municipalités à l'échelle du Canada ont adopté et/ou modifié des restrictions locales en matière de tabagisme. En outre, environ 33 % de ces municipalités ont adopté et/ou modifié des règlements pour tenir compte des articles de vapotage⁵⁰.

4.4 Rendement : Enjeu n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

4.4.1 Dans quelle mesure les résultats immédiats ont-ils été atteints?

Résultat immédiat n° 1 : Conformité aux règlements sur la lutte contre le tabagisme

À l'échelle du Canada, le marché du tabac a amélioré sa conformité aux dispositions de la Loi sur le tabac et de la Loi de 2001 sur l'accise. Une surveillance continue et constante de la part de Santé Canada et de l'ARC a assuré une forte conformité.

La Loi sur le tabac réglemente la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac. Santé Canada réalise des activités de promotion de la conformité, de surveillance de la conformité et d'application de la loi à l'appui de la Loi sur le tabac et de la réglementation connexe. Ces activités de conformité et d'application de la loi visent le secteur de la fabrication et de l'importation, le secteur de la vente au détail, ainsi que l'industrie. Selon les principaux informateurs, il semble que, dans l'ensemble, les taux de non-conformité relativement faibles en ce qui concerne la Loi sur le tabac et la réglementation connexe sont principalement attribuables à la surveillance constante et permanente.

Au Canada, environ 60 fabricants et importateurs participent activement à la vente de produits du tabac. La majorité d'entre eux se trouvent en Ontario et au Québec. Ils font l'objet des mesures de surveillance de la conformité suivantes :

- La norme sur le potentiel d'allumage des cigarettes, établie dans le Règlement sur le potentiel incendiaire des cigarettes (RPIC);
- L'interdiction d'utiliser certains additifs dans les cigarettes, les petits cigares et les feuilles d'enveloppe, conformément aux articles 5.1 et 5.2 de la Loi sur le tabac (additifs interdits);
- L'interdiction de promouvoir, au moyen des emballages de cigarettes, de petits cigares et de feuilles d'enveloppe, la présence d'additifs qui ne peuvent être utilisés dans lesdits produits, conformément à l'article 23.1 de la Loi sur le tabac (Interdiction de faire la promotion d'additifs interdits sur l'emballage d'un produit);
- Les exigences minimales quant à l'emballage des cigarettes, des petits cigares et des feuilles d'enveloppeⁱⁱ, en vertu de l'article 10.1 de la Loi sur le tabac (Norme minimale d'emballage);
- Les exigences en matière d'emballage (plus particulièrement les mises en garde, les déclarations relatives aux émissions toxiques et les messages d'information sur la santé) établies dans le Règlement sur l'étiquetage des produits du tabac (cigarettes et petits cigares) (REPT).
- Les exigences en matière de déclaration (renseignements sur les produits du tabac, notamment les procédures de fabrication, les ventes, les ingrédients, les activités de recherche, les émissions toxiques, les constituants et les activités de promotion), conformément au Règlement sur les rapports relatifs au tabac.

Dans l'ensemble, le taux de non-conformité est très faible. Depuis 2012-2013, on a assisté à une baisse de la non-conformité. Le REPT est le règlement adopté le plus récemment, en septembre 2011. Selon des informateurs internes clés, il s'écoule habituellement deux ans avant d'atteindre un taux de conformité de 100 % lorsque de nouveaux règlements entrent en vigueur. En 2015-2016, l'évaluation de l'observation des exigences minimales quant à l'emballage visait l'emballage des petits cigares. Les exigences minimales en matière d'emballage pour les cigarettes sont en vigueur depuis 1997. Le taux de conformité est toujours 100 %.

ⁱⁱ La feuille d'enveloppe est une feuille ou un tube fait de tabac qui sert à rouler le tabac à cigarette. Elle est semblable au papier à rouler.

Tableau 4. Taux de non-conformité à certaines dispositions de la Loi sur le tabac et de la réglementation connexe, et nombre d'échantillons analysés – Secteur de la fabrication/de l'importation, de 2012-2013 à 2015-2016

Dispositio ns	2012-2013		2013-2014		2014-2015		2015-2016	
	Nombre d'échantil lons analysés	Taux de non- conformité (%)	Nombre d'échanti llons analysés	Taux de non- conformité (%)	Nombre d'échanti llons analysés	Taux de non- conformité (%)	Nombre d'échanti llons analysés	Taux de non- conformité (%)
Règlement sur le potentiel incendiaire des cigarettes	108	0 %	20	0 %	20	0 %	20	0 %
Additifs interdits	60	0 %	318	0 %	197	0 %	100	0 %
Interdiction de faire la promotion d'additifs interdits sur l'emballage d'un produit	200	5 %	468	3 %	436	0 %	110	0 %
Exigences minimales relatives à l'emballage	200	5 %	262	3 %	247	0 %	79*	0 %
Règlement en matière d'étiquetage des produits du tabac (cigarettes et petits cigares) ^a	211	35 %	488	21 %	457	9 %	382	4 %

Source : Rapport annuel sur les activités de conformité et d'application de la loi (lutte contre le tabagisme)

^aÉchantillon visant l'emballage des petits cigares

En 2014-2015, 20 lettres d'avertissement ont été envoyées à des fabricants ou à des importateurs. Le non-respect des exigences en matière d'étiquetage était la principale raison justifiant l'envoi de ces lettres. La hausse de la non-conformité dans le cadre de la promotion d'additifs interdits sur l'emballage est probablement attribuable à l'entrée en vigueur de nouvelles exigences pour certains autres types de cigares.

Dans le cas des détaillants de produits du tabac, Santé Canada se sert des mesures suivantes pour surveiller la conformité :

- exigences minimales relatives à l'emballage;
- interdiction de faire la promotion d'additifs interdits sur l'emballage d'un produit;
- exigences en matière d'étiquetage;
- activités promotionnelles interdites.

Il existe entre 30 000 à 35 000 points de vente de produits du tabac au Canada. Des intervenants internes ont observé que les inspections de commerces de détail dans les régions éloignées et rurales posent problème, puisque les inspecteurs se trouvent dans les bureaux régionaux au sein de centres urbains. Des inspections sont réalisées en fonction d'un modèle d'inspection des commerces de détail qui renferme plusieurs paramètres,

notamment le nombre de détaillants par région, la répartition relative des détaillants urbains par rapport aux détaillants ruraux, ainsi qu'un calendrier d'application de la loi cyclique de cinq à six ans. Au cours des dernières années, le nombre d'inspections réalisées dans les commerces de détail a diminué. Certains informateurs clés ont exprimé des doutes quant au fait que le niveau actuel de couverture des inspections des commerces de détail vise adéquatement les points de vente.

À l'échelle des régions, la surveillance des détaillants dans les communautés des Premières Nations et des Inuits n'est pas uniforme. Toutefois, les inspecteurs communiquent avec ces détaillants pour les sensibiliser à ces règlements et assurer leur respect. Les communautés prenant part au volet des Premières Nations et des Inuits de la SFLT appuient ce point en réalisant leurs propres activités. Certaines communautés réalisent leurs propres activités de surveillance, et créent leur propre matériel pour veiller à ce que les détaillants respectent la Loi sur le tabac. À cette étape-ci, on ne dispose pas de détails sur les inspections réalisées dans les communautés des Premières Nations et inuites. Le calcul des taux de conformité n'en tient pas compte.

On juge qu'un détaillant n'est pas conforme si, pendant une inspection, on note au moins un cas de non-conformité concernant une mesure clé. En 2014-2015, parmi les mesures d'application de la loi prises, il y a eu des saisies dans le commerce de détail (216), ainsi que la présentation de lettres d'avertissement (8). Les lettres peuvent avoir fait état d'un nombre de cas et/ou de types de non-conformité.

Tableau 5. Taux de non-conformité à certaines dispositions de la Loi sur le tabac et de la réglementation connexe, et nombre d'inspections menées – Secteur de la vente au détail, de 2012–2013 à 2015-2016

Exercice financier	Nombre d'inspections	Taux de non-conformité
2012-2013	9 782	16 %
2013-2014	7 724	14 %
2014-2015	6 774	12 %
2015-2016	6 719	13 %

Source : Rapport annuel sur les activités de conformité et d'application de la loi (lutte contre le tabagisme)

Il est important de noter qu'au cours de l'exercice 2012-2013, Santé Canada a arrêté de réaliser des inspections dans les commerces de détail en ce qui concerne les dispositions fédérales relatives à la vente de produits de tabac aux jeunes, en plus d'éliminer le soutien financier versé à 7 provinces pour réaliser des activités semblables. Dans le cadre d'une étude publiée en 2014, Santé Canada a trouvé que 85 % des détaillants refusaient de vendre des cigarettes aux mineurs. Cette conclusion n'avait pas changé, sur le plan statistique, par rapport à 2009 (84 %). Des informateurs provinciaux clés ont exprimé une déception quant au fait que le gouvernement fédéral ne réalise plus d'inspection, puisqu'il s'agit d'une loi fédérale. Cependant, l'âge légal pour la vente de produits du tabac est aussi réglementé par

les provinces. Parmi les 10 provinces, l'âge légal est supérieur à l'âge minimum fédéral de 18 ans dans 6 provinces.

Le Règlement sur les rapports relatifs au tabac exige que les fabricants et les importateurs de produits du tabac présentent régulièrement des rapports au ministre de la Santé du Canada qui comprennent des données sur leurs ventes, des renseignements sur la fabrication, les ingrédients des produits du tabac, les constituants et les émissions toxiques, ainsi que leurs activités de recherche et de promotion. Depuis 2012-2013, le pourcentage de rapports incomplets a diminué. Au cours de l'exercice 2015-2016, Santé Canada a examiné 1 485 rapports de fabricants et d'importateurs. Parmi les rapports examinés, 131 (8,8 %) ont été jugés incomplets, et un total de 58 lettres faisant état du manque d'information ont été envoyées. Dans un certain nombre de cas, une lettre faisait référence à plus d'une lacune. Certains cas ont été transmis à la DGORR pour qu'elle prenne d'autres mesures d'application de la loi.

Tableau 6. Rapports jugés incomplets et lettres envoyées faisant état des lacunes – Secteur de la fabrication/de l'importation, de 2012–2013 à 2015-2016

Exercice financier	Nombre de rapports examinés	Nombre et pourcentage des rapports jugés incomplets	Nombre de lettres envoyées faisant état des lacunes
2012-2013	1 490	213 (14 %)	107
2013-2014	1 186	139 (12 %)	108
2014-2015	1 607	172 (11 %)	81
2015-2016	1 485	131 (8,8 %)	58

Source : Rapport annuel sur les activités de conformité et d'application de la loi (lutte contre le tabagisme)

En vertu de la Loi de 2001 sur l'accise, les fabricants et les commerçants de tabac doivent avoir une licence de l'ARC. Entre 2012-2013 et 2015-2016, le nombre de licences pour fabricants de tabac à l'échelle du Canada est demeuré stable, soit environ 24. Le nombre de titulaires de licence de tabac (TLT) a doublé, passant de 5 en 2012-2013 à 10 en 2015-2016, et le nombre de lieux autorisés pour les fabricants et les commerçants de tabac a augmenté, passant de 45 à 48. Les représentants de l'ARC ont un accès illimité et non annoncé aux locaux. Il s'agit d'une exigence de la licence. L'ARC réalise constamment des vérifications et des examens réglementaires. En 2015-2016, 13 vérifications et 208 examens réglementaires ont été réalisés au moyen des fonds de la SFLT. Cela a permis de maintenir la couverture complète des titulaires de licence, en mettant davantage l'accent sur des règlements particuliers.

À plusieurs reprises chaque année, l'ARC réalise des activités d'observation dans tous les établissements exploités par un titulaire de licence de tabac (en raison d'une hausse du financement versé par la SFLT au programme d'inspection). En outre, les conditions de délivrance de la licence comprennent un accès illimité. En ce qui concerne les dispositions

de la Loi de 2001 sur l'accise, le taux de conformité parmi les titulaires de licence de tabac est élevé. Entre 2012-2013 et 2015-2016, aucune révocation de licence n'a été signalée. Des activités d'observation ont entraîné la tenue d'évaluations dans le cadre de vérifications et l'imposition de sanctions administratives. Cependant, le nombre de telles situations a aussi diminué, passant d'un sommet de 6 évaluations dans le cadre de vérifications totalisant 1,5 million de dollars en 2013-2014 à trois évaluations dans le cadre de vérifications totalisant 11 427 \$ en 2015-2016. Une surveillance fréquente permet de veiller à ce que les problèmes ou préoccupations soient signalés et réglés rapidement. Des dispositions en matière de protection des renseignements personnels ont restreint l'échange de renseignements concernant les titulaires de licences entre Santé Canada et l'ARC. Cela n'a eu aucune incidence sur les inspections de l'ARC. Cependant, Santé Canada a fait face à quelques embûches puisqu'il ne connaît pas toujours le statut des titulaires de licences.

Les ventes de produits du tabac sont une importante source de revenus pour le gouvernement fédéral. En 2014-2015, les recettes découlant des droits d'accise pour les produits de tabac fabriqués au pays ont atteint 1,8 milliard de dollars. Il s'agit d'une hausse de 300 millions de dollars depuis 2012-2013, même si les ventes réelles sont demeurées les mêmes ou ont diminué. Cette hausse est attribuable à une augmentation du taux des droits d'accise pour les cigarettes dans le Budget de 2014.

Résultat immédiat n° 2 : Stratégies de prévention mises en place

La Loi sur le tabac a mis l'accent sur la prévention, en interdisant la vente aux jeunes, en interdisant certains additifs, en restreignant la promotion du tabac, et en assurant l'ajout de mises en garde en matière de santé sur l'emballage. Selon plusieurs intervenants, les activités de prévention réalisées par d'autres ordres de gouvernement ont créé une mosaïque d'efforts.

Puisque la majorité des fumeurs commencent à fumer avant l'âge de 19 ans, la SFLT a mis l'accent sur la prévention pour empêcher les jeunes de commencer à fumer⁵¹. Selon des études, il est plus efficace d'éviter que les gens commencent à fumer que de les aider à arrêter de fumer, en raison des défis associés au renoncement et à la dépendance⁵². Les intervenants externes ont aussi fait valoir ce point de vue.

Les interdictions particulières établies dans la Loi sur le tabac et la réglementation connexe visent à empêcher les jeunes de commencer à fumer en réduisant l'attrait du tabagisme. Parmi ces interdictions, il y a les restrictions touchant l'ajout de certains additifs, comme des arômes qui rendent les produits du tabac plus attirants pour les jeunes, l'interdiction de faire la promotion des produits du tabac qui peuvent attirer les jeunes, comme les publicités relatives au style de vie, l'ajout de mises en garde imagées en matière de santé qui sensibilisent davantage les gens aux risques du tabagisme, ainsi que la vente de produits du tabac interdite aux jeunes.

Comme mentionné précédemment, Santé Canada ne réalise plus d'inspections dans les commerces de détail dans le cadre des dispositions fédérales relatives à la vente de tabac aux jeunes. Selon une étude sur le comportement des détaillants réalisée en 2014, 85 % des détaillants ont refusé de vendre des cigarettes aux mineurs canadiens. À l'opposé, 34 % des

jeunes fumeurs qui étaient trop jeunes pour se procurer légalement des cigarettes dans leur province de résidence ont déclaré qu'ils achetaient des cigarettes auprès d'une source légale normale, comme un magasin⁵³. Trente-deux pour cent des jeunes fumeurs se sont procuré des cigarettes par l'intermédiaire d'un membre de la famille ou d'un ami⁵⁴. Selon plusieurs informateurs clés, les jeunes commencent à fumer à la maison. Davantage de prévention est nécessaire dans ce domaine.

Parmi les six éléments essentiels du volet des Premières Nations et des Inuits de la SFLT, il y a la prévention, qui relève du pilier axé sur la promotion de la santé. En ce qui concerne la prévention, qui est un aspect essentiel, les communautés entreprennent des activités mettant fortement l'accent sur les jeunes, notamment la formation de jeunes à titre de pairs-conseillers. Des campagnes de marketing social cherchent à empêcher l'usage du tabac commercial et le mauvais usage. Parmi les autres composantes fréquentes de l'aspect essentiel qu'est la prévention, il y a le soutien aux règlements antitabac et la réduction de l'usage du tabac commercial au sein des ménages (p. ex. les concours d'ampoules bleues pour identifier les lieux sans fumée).

Selon la majorité des intervenants externes, la SFLT ne comporte aucune stratégie de prévention, et la version initiale de la Stratégie (2001-2006) accordait davantage de place à ce volet. Les exemples de la stratégie de prévention fournis par les intervenants mettaient l'accent sur les médias de masse; ils ne tenaient pas compte des efforts de prévention associés à la réglementation et à la législation. Selon eux, le Canada n'est plus un leader dans le cadre des campagnes nationales de prévention dans les médias de masse. Les intervenants externes ont aussi indiqué qu'en limitant les activités de prévention aux règlements et aux lois, on ne cherche pas à restreindre les inégalités en ce qui concerne la prévalence du tabagisme à l'échelle du Canada. Certains ont exprimé des préoccupations quant au fait que les groupes marginalisés ne sont pas visés par les stratégies de prévention. La proposition initiale pour la campagne de marketing de la version actuelle de la SFLT comprenait des efforts de prévention auprès des jeunes, ainsi que des activités de renoncement. Cependant, en raison du financement limité, la campagne avait pour seul objectif le renoncement chez les jeunes.

D'autres ordres de gouvernement ont assuré la prévention du tabagisme au moyen de différentes stratégies, comme la campagne de sensibilisation « La tabac : fumer, souffrir, mourir » au Québec, et « Ontario sans fumée ». Puisque ces stratégies ne sont pas uniformes à l'échelle du pays, on constate l'existence d'une mosaïque d'efforts entraînant des inégalités et un manque d'efficacité.

Résultat immédiat n° 3 : Interventions, politiques et règlements tenant compte du tabagisme, notamment la vigueur du marché de contrebande

Des ministères et organismes partenaires, principalement Santé Canada et Sécurité publique, ont créé des interventions, des politiques et des règlements qui vont de pair avec le milieu du tabagisme. Il y a toutefois certains secteurs de l'industrie du tabac, comme la popularité croissante des articles de vapotage, où le gouvernement fédéral n'a pas pris de mesures jusqu'à maintenant comparativement à d'autres ordres de gouvernement.

Dans le cadre de la SFLT, Sécurité publique gère les contributions versées au Service de police mohawk d'Akwesasne (SPMA), afin qu'il entreprenne des activités de surveillance pour déterminer l'ampleur des activités de contrebande sur le territoire mohawk d'Akwesasne et autour de celui-ci. Ce territoire chevauche les frontières de l'Ontario, du Québec et de New York, et nécessite la coopération et le soutien mutuel de plusieurs organismes d'application de la loi, que ce soit à l'échelle locale, régionale, nationale ou internationale. Au cours de la période de l'évaluation, le SPMA a continué d'assurer une coordination avec plusieurs services de police. Les informateurs clés ont reconnu qu'il s'agit d'une pratique exemplaire en matière de collaboration entre les organismes d'application de la loi. En raison de la situation unique de l'emplacement, on a demandé au SPMA de fournir son expertise à d'autres communautés qui ont besoin de l'intégration de différents ordres de services de police. Les activités du SPMA financées par la SFLT ont permis d'embaucher des agents additionnels, et d'accroître les ressources pour surveiller les activités relatives au tabac de contrebande et mener des enquêtes sur celles-ci.

Au cours des cinq dernières années, le SPMA a constaté une baisse des saisies de produits de contrebande. Cependant, selon certains informateurs clés, il n'y a pas eu de baisse de l'activité de contrebande, car le mode de trafic a changé. Il y a eu une hausse du trafic de tabac sur l'eau, plutôt que sur la terre, puisque l'ASFC fait dorénavant ses inspections frontalières à l'île Cornwall. La capacité du SPMA de réaliser des activités aquatiques est restreinte.

En ce qui concerne la réussite constante des programmes, on a salué la participation des chefs de la communauté, ainsi que la sensibilisation aux activités de l'équipe d'enquête mixte du SPMA, qui comprend des membres d'autres services de police. Les relations formées dans le cadre d'interventions financées par la SFLT ont été utiles dans d'autres secteurs de lutte antitabac. Dans l'ensemble, on évalue que ces équipes collaborent bien. Elles ont aussi augmenté la visibilité des efforts déployés pour réagir face au marché du tabac de contrebande sur leur territoire.

La Direction pour la lutte antitabac s'est adaptée à l'industrie du tabac, en créant et en mettant en application des politiques, des lignes directrices, des procédures et des outils internes pour faciliter la réglementation des produits du tabac ainsi que l'application des dispositions de la Loi sur le tabac et de la réglementation connexe. Le personnel interne croit que les outils, les politiques et les procédures étaient bien documentés et visaient tous les domaines de la législation et de la réglementation existantes.

Selon les intervenants, il y a d'autres domaines du secteur du tabac dans lesquels le gouvernement n'intervient pas. La majorité des intervenants ont indiqué que l'exclusion du menthol de la liste des additifs interdits en vertu de la Loi de 2009 restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes représentait une lacune de la législation. Certains ont aussi manifesté des préoccupations quant au fait que la SFLT et Santé Canada ne prennent pas en considération les articles de vapotage. Actuellement, ces articles sont visés par deux lois au Canada. Les articles de vapotage renfermant de la nicotine ou associés à un usage thérapeutique sont visés par la Loi sur les aliments et drogues, et nécessitent une autorisation de Santé Canada avant leur mise en vente en fonction des données probantes sur la sécurité, l'efficacité et la qualité. En septembre 2016, aucun article de vapotage n'était autorisé. Les produits de vapotage renfermant de la nicotine qui sont

actuellement offerts sur le marché sont vendus illégalement. Les articles de vapotage sans nicotine ne servant pas à un usage thérapeutique sont offerts légalement, sans autorisation, et sont visés par la Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation. Cependant, selon les intervenants, l'application des règlements actuels n'est pas suffisante. Les articles de vapotage devraient être visés par les activités de la Direction pour la lutte antitabac.

La Direction pour la lutte antitabac a réalisé des études⁵⁵ afin de mieux comprendre le comportement des détaillants en ce qui concerne l'accès aux articles de vapotage (comme les cigarettes électroniques) par les jeunes, ainsi que la promotion. Les études ont été menées en 2015. Dans l'ensemble, 67 % des détaillants ont refusé de vendre des cigarettes électroniques à des jeunes dans des points de vente au détail au pays. Le taux de refus de vendre était plus élevé dans les épiceries (77 %), les dépanneurs à succursales (75 %) et les dépanneurs de station-service (71 %), et il était le plus bas lorsque les jeunes ont tenté d'acheter dans des dépanneurs indépendants (53 %)⁵⁶. Au Canada, il existe des mesures de contrôle strictes limitant l'étalage des produits du tabac et l'accès à ceux-ci; actuellement, les articles de vapotage ne sont pas visés. Dans 30 % des magasins visités, il y avait des étalages internes de produits de vapotage et, dans 6 % des magasins, des publicités se trouvaient à l'extérieur.

En ce qui concerne ces questions, le gouvernement fédéral n'est pas intervenu aussi fermement que d'autres administrations qui, entre 2012 et 2016, ont créé des politiques et des lois pour combler les lacunes existantes. Le 31 décembre 2015, la vente de tabac aromatisé au menthol était interdite dans cinq provinces. L'industrie du tabac a contesté juridiquement certaines de ces interdictions. Le 31 décembre 2015, sept provinces avaient adopté des lois concernant les articles de vapotage, notamment des lois interdisant le vapotage dans des lieux publics partagés, la publicité et la vente aux jeunes.

À l'échelle internationale, on porte davantage attention, dans le cadre de la lutte antitabac, aux autres dispositifs assurant un apport de nicotine (comme les articles de vapotage), qui pourraient modifier le paysage. Le Canada tire de l'arrière par rapport à l'Union européenne et aux États-Unis en ce qui concerne la surveillance et le contrôle de ces articles, ainsi que d'autres nouveaux produits du tabac. Dans l'ensemble, les intervenants croient que l'industrie du tabac continue d'innover, et que le gouvernement fédéral doit mieux réagir et intervenir rapidement pour tenir compte des nouveaux enjeux.

Résultat immédiat n° 4 : Sensibilisation accrue du public à l'égard des risques pour la santé liés à la consommation de produits du tabac

Même si les mises en garde en matière de santé figurant sur les étiquettes permettent d'informer avec efficacité les fumeurs au sujet des risques pour la santé que pose l'usage du tabac, il faut régulièrement assurer une rotation de ces messages.

L'ensemble actuel de mises en garde en matière de santé qui sont ajoutées à l'emballage des cigarettes et des petits cigares est en place depuis juin 2012. Ces mises en garde couvrent au moins 75 % des faces avant et arrière de l'emballage. Elles portent sur certains risques importants associés au tabagisme et à la fumée secondaire, comme les risques de l'exposition à la fumée secondaire pendant une grossesse et les risques pour la santé des enfants.

Selon un sondage de Santé Canada réalisé en 2013, 79 % des fumeurs regardaient ou lisaient les mises en garde relatives à la santé. Il s'agit d'une augmentation comparativement à 71 % en 2012. En 2013, la majorité des fumeurs (86 %) croyaient que les mises en garde en matière de santé fournissaient des renseignements importants, et 66 % des fumeurs pensaient que ces messages rendaient le tabagisme moins attirant. Cela montre que, dans l'ensemble, les mises en garde ont permis d'accroître avec efficacité la sensibilisation des fumeurs actuels en ce qui concerne les risques associés au tabagisme. Selon des études, les étiquettes doivent changer de manière périodique pour maintenir leur efficacité⁵⁷. Les lignes directrices de l'article 11 de l'OMS appuient aussi la rotation fréquente des mises en garde, puisque leur incidence diminue au fil du temps. Le Canada dispose des mêmes étiquettes depuis 2012.

Même si les fumeurs actuels de cigarettes et de petits cigares déclarent⁵⁸ que les mises en garde en matière de santé les sensibilisent davantage aux risques que posent les produits du tabac pour la santé, il existe peu de données probantes concernant la sensibilisation des non-fumeurs en ce qui a trait à ces risques. La SFLT ne réalise pas présentement d'activités qui cherchent à augmenter la sensibilisation des non-fumeurs actuels.

4.4.2 Dans quelle mesure les résultats intermédiaires ont-ils été atteints?

Résultat intermédiaire n° 1 : Meilleure compréhension du marché du tabac de contrebande au Canada

Le tabac de contrebande nuit à la sécurité publique, ainsi qu'aux efforts déployés en matière de santé publique pour lutter contre le tabagisme d'une manière complète. Alors que la GRC, l'ASFC et Santé Canada surveillent de façon indépendante différents aspects de la contrebande de tabac, il est encore nécessaire d'améliorer la compréhension du marché du tabac de contrebande.

Par tabac de contrebande, on entend tout produit de contrebande qui ne respecte pas les lois fédérales et provinciales, notamment en ce qui concerne l'importation et l'exportation, le marquage, le transport, le stockage, la fabrication, l'estampillage et le paiement des droits et taxes. Selon la GRC, il existe quatre sources de tabac de contrebande au Canada : les fabricants illégaux qui produisent des produits non réglementés sans permis au Canada; les produits contrefaits pénétrant souvent au pays dans des conteneurs maritimes ou dans le cadre de la contrebande transfrontalière; la réaffectation de produits exonérés des communautés des Premières Nations; et d'autres formes illégales, comme la revente de produits du tabac légaux obtenus lors de vols.

Le tabac de contrebande est illégal. Il a une incidence sur la sécurité publique, ainsi que la santé publique. D'un point de vue de la sécurité publique, la GRC signale que les groupes du crime organisé participent à la production, à la distribution et au trafic du tabac de contrebande⁵⁹. En outre, la menace que représente le blanchiment d'argent à la suite d'activités illégales associées au commerce du tabac est jugée très élevée, en raison du degré de sophistication des groupes du crime organisé participant à ce commerce. Le rôle central du crime organisé dans le commerce du tabac de contrebande au Canada signifie que cette activité illégale est liée à d'autres formes de crime; la plupart des groupes de crime

organisé au pays qui sont actifs sur le marché du tabac illégal participent aussi à d'autres formes de crime⁶⁰. Du point de vue de la santé publique, Santé Canada déclare que « fumer des cigarettes de contrebande présente les mêmes risques d'effets nocifs pour la santé que de fumer des cigarettes légales » [...] et que « les cigarettes de contrebande sont souvent vendues dans des paquets dont l'emballage ne contient pas l'information requise par les règlements en vigueur, notamment les mises en garde illustrées concernant la santé et l'information sur les émissions toxiques⁶¹ ». Dans le cadre de présentations au Comité permanent de la justice et des droits de la personne, la Coalition nationale contre le tabac de contrebande et l'Ontario Korean Businessmen's Association ont souligné que le tabac de contrebande a une incidence négative sur les bons contrôles gouvernementaux et de santé publique, puisque le fait que, selon des allégations, les produits sont offerts dans des sacs de plastique transparents sur le coin des rues nuit aux restrictions relatives à l'accès des jeunes que les marchands légitimes respectent, conformément à la Loi⁶². En outre, les produits du tabac de contrebande peuvent être achetés sur le marché noir à des coûts fortement inférieurs à ceux des produits légitimes dotés d'un timbre ou d'une bandelette d'ouverture indiquant que le fabricant a payé les taxes et droits applicables. Les prix inférieurs attribuables à l'évitement fiscal peuvent nuire à une théorie importante en matière de changement selon laquelle la demande pour les produits du tabac diminue tandis que les prix et les taxes augmentent^{63, 64}.

Au sein du gouvernement fédéral, la GRC, l'ASFC et Santé Canada surveillent tous de manière indépendante différents aspects du marché du tabac de contrebande. Les efforts déployés par Santé Canada en matière de surveillance ont mis l'accent sur l'étude des tendances en matière d'achat des personnes âgées principalement de 15 à 24 ans. Dans le cadre des enquêtes, on leur a demandé d'indiquer si elles avaient déployé des efforts pour se procurer des cigarettes à moindre coût. Parmi les autres questions⁶⁵, l'ECTAD a demandé aux répondants d'indiquer s'ils avaient acheté des cigarettes de contrebande et/ou des cigarettes dans une réserve des Premières Nations. Selon les résultats de l'enquête réalisée le plus récemment (2013) qui sont accessibles publiquement, environ 10 % des fumeurs canadiens ont acheté des cigarettes illégales dans une réserve des Premières Nations, tandis que deux pour cent des fumeurs ont déclaré avoir acheté des cigarettes qui auraient pu faire l'objet d'un trafic⁶⁶. La question du tabac dans le contexte des Premières Nations est complexe, délicate et comporte plusieurs dimensions, notamment l'usage commercial contre l'usage traditionnel, ainsi que le tabac de contrebande⁶⁷. Selon la GRC, dans plusieurs cas, les réseaux du crime organisé réalisent des activités dans des communautés autochtones, exploitant souvent la relation délicate sur le plan politique entre ces communautés et différents gouvernements et organismes d'application de la loi⁶⁸. Pour aborder la question de la contrebande dans les communautés des Premières Nations, la SFLT a versé des sommes à Sécurité publique qui, en retour, affecte ces sommes sous forme de subventions et de contributions à l'Initiative de partenariat avec Akwesasne, à laquelle le SPMA participe. Des informateurs clés, ainsi qu'une évaluation récente de l'Initiative de partenariat avec Akwesasne réalisée par Sécurité publique, notent que le financement a permis d'accroître la capacité du SPMA de réaliser des activités de collecte de renseignements, et de soutenir d'autres organismes d'application de la loi provinciaux, nationaux et internationaux dans le cadre d'enquêtes et d'opérations de lutte contre la contrebande dans la région d'Akwesasne. Un intervenant du SPMA souligne que le soutien de la SFLT au cours des quatre dernières années s'est avéré utile pour former des réseaux de collaboration qui permettent de lutter

contre les éléments du crime organisé, tout en soutenant le travail policier auprès des jeunes autochtones, afin de les inciter à se tenir loin d'une vie axée sur la criminalité.

Les efforts en matière de surveillance déployés par la GRC et l'ASFC ont mis l'accent sur les taux de saisies, découlant des activités d'application de la loi qui ne sont pas financées par la SFLT. Les données de surveillance sont transmises, de manière indépendante, à d'autres ministères fédéraux, comme Finances Canada, qui a indiqué utiliser les données lorsqu'il considère fixer les taux de taxation des produits du tabac. Les données sur le taux de saisie, ainsi que la quantité de biens de contrebande saisis, varient fortement au fil du temps. Comme le montrent les tableaux 7 et 8, même si la manière dont les données sur les saisies sont enregistrées et présentées par la GRC et l'ASFC varie, le nombre de saisies enregistrées par les deux organismes affiche une tendance à la baisse entre 2012 et 2015. Cependant, la quantité de biens saisis (en poids ou en nombre) ne montre pas nécessairement une tendance à la baisse au cours de la même période. Des informateurs clés ont souligné que cette tendance peut être attribuée au fait que la GRC et l'ASFC ont fait en sorte que leurs évaluations des risques et leur attention sont davantage axées sur des suspects et des criminels organisés plus actifs, au lieu de se concentrer sur des biens particuliers, comme le tabac.

Tableau 7. Données sur les saisies de tabac de contrebande de la GRC

Saisies	2012	2013	2014	2015
N ^{bre} de saisies	431	209	223	145
Nb ^{re} de cartouches/sacs de cigarettes saisis	356 000	101 000	94 000	24 700
Quantité de tabac haché fin saisie (kg)	33 000	32 000	55 400	40 400

Source : Compilé à partir des modèles de rapports sur le rendement de la SFLT de la GRC

Tableau 8. Données sur les saisies de tabac de contrebande de l'ASFC

Saisies	2012	2013	2014	2015
N ^{bre} de saisies	2 377	2 285	2 077	1 763
Cigarettes (cartouches)	20 094	65 867	17 696	26 300
Cigares (kg)	138	143	777	1 953
Tabac fabriqué (kg)	148 378	221 903	71 392	50 331
Autre tabac ^a (kg)	2 471	1 463	2 175	9 225

L'exactitude des statistiques de l'ASFC sur le tabac est limitée, et varie en fonction de la saisie uniforme des données par les agents des services frontaliers lorsqu'ils notent par voie électronique les saisies, ainsi que de la capacité du système d'enregistrer une unité de mesure uniforme.

^a Comprend le tabac à mâcher, les cigarillos et le tabac à priser.

Source : Compilé à partir des modèles de rapports sur le rendement de la SFLT de l'ASFC

Tous les partenaires fédéraux participant aux activités de surveillance du tabac de contrebande ont déclaré que leurs rôles étaient clairs, et que les données qu'ils fournissaient étaient utiles. Cependant, il existe des lacunes sur le plan de la collecte des statistiques sur

la contrebande à l'échelle du Canada. Même si la SFLT n'exige pas de fournir des rapports consolidés, plusieurs intervenants continuent de demander des données agrégées sur le marché du tabac de contrebande à l'échelle du Canada. Par exemple, la tribune de niveau stratégique établie en 2014, à la suite d'une évaluation horizontale réalisée par Sécurité publique sur les mesures de lutte contre le tabac de contrebande, a laissé entendre que les investissements faits dans les efforts de surveillance déployés par le gouvernement fédéral depuis 2012 n'ont pas permis d'obtenir les résultats attendus avec efficacité. Cette tribune a indiqué qu'il faut « mieux comprendre le marché du tabac de contrebande en réalisant une analyse du contexte des différents efforts déployés par le gouvernement fédéral et leur incidence sur le marché⁶⁹ ». Le fait que certains demandent une analyse du contexte peut découler, en partie, de l'observation qu'il n'y a aucun regroupement intégré de toutes les statistiques sur la contrebande recueillies par le gouvernement fédéral, ou de regroupement complet des statistiques sur la contrebande recueillies par d'autres ordres de gouvernement et les organismes d'application de la loi au Canada (p. ex. Sûreté du Québec; Police provinciale de l'Ontario).

En plus des efforts déployés par le gouvernement, des organismes parrainés par l'industrie (p. ex. la Coalition nationale contre le tabac de contrebande) ont aussi cherché à évaluer de manière particulière le marché du tabac de contrebande et ses liens avec les jeunes, en analysant les particularités des mégots de cigarettes jetés près ou sur des terrains d'école. Même si des informateurs clés reconnaissent que les organismes parrainés par l'industrie ont un biais de complaisance, faisant passer leurs intérêts économiques avant les considérations publiques, toutes les approches servant à calculer les activités clandestines offrent différents avantages et inconvénients en ce qui concerne la méthodologie. Par exemple, même si la collecte dissimulée des mégots de cigarettes jetés sur les terrains d'écoles permet d'éviter qu'il y ait une sous-estimation éventuelle de l'usage de produits de contrebande qui peut survenir lorsqu'on demande à des participants de faire état eux-mêmes d'un comportement illégal, cette approche a des limites. Tout d'abord, cette approche évalue la proportion de cigarettes de contrebande, pas la proportion de personnes faisant usage de tabac de contrebande. Dans le même ordre d'idées, l'identification du tabac de contrebande se limite aux éléments qui peuvent être déterminés lors d'une inspection visuelle. Il n'est pas possible d'identifier avec facilité certaines formes de tabac de contrebande (p. ex. cigarettes de marque faisant l'objet d'un trafic et cigarettes contrefaites) en examinant les mégots de cigarettes jetés. Il est possible d'identifier avec fiabilité les mégots des produits du tabac des Premières Nations. Cependant, ce sont des produits de contrebande uniquement si leur fabrication ou leur vente enfreint les règlements gouvernementaux⁷⁰. Enfin, il faut prendre en considération que toute tentative faite pour surveiller le tabac de contrebande d'une manière stratégique doit être complète et multidisciplinaire.

Résultat intermédiaire n° 2 : Protection des jeunes contre l'incitation à la consommation de produits du tabac et à la dépendance subséquente associée à ces produits

Les jeunes ont été protégés grâce à la surveillance constante des promotions, ainsi qu'à l'interdiction d'ajouter des arômes qui attirent les jeunes.

Comme l'indique Des assises solides, un objectif renouvelé : Aperçu de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme du Canada 2012-2017, la SFLT continue de mettre l'accent sur le fait d'éviter que les enfants et les jeunes commencent à fumer. On met donc l'accent sur le fait de limiter la capacité de l'industrie du tabac à commercialiser des produits du tabac à l'intention des jeunes. En 2013, 11 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans, et 18 % des jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans étaient des fumeurs (quotidiens ou occasionnels), par rapport à 22 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans et à 32 % des jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans en 2001⁷¹. En 2014-2015, 82 % des élèves canadiens de la 6^e année à la 12^e année n'avaient jamais essayé de fumer⁷². C'est une augmentation de 74 % en 2010-2011 et de 76 % en 2012-2013.

Figure 2 : Prévalence du tabagisme chez les jeunes et les jeunes adultes, 2001, 2012, 2013



Source : Enquête de surveillance de l'usage du tabac, 2012⁷³, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues, 2013⁷⁴

Depuis le renouvellement de la SFLT en 2012, le gouvernement fédéral a adopté d'autres lois pour tenter de protéger les jeunes face à l'attrait des produits du tabac. À la suite de l'adoption de la Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes, qui a modifié la Loi sur le tabac en 2009, le Canada est devenu le premier pays au monde à interdire l'ajout de certains additifs dans les cigarettes, les petits cigares (pesant un maximum de 1,4 gramme) et les feuilles d'enveloppe. La prévalence de l'usage de ces produits du tabac chez les jeunes a diminué, passant de 8 % en 2009 à 4 % en 2013⁷⁵. L'industrie du tabac a ensuite commercialisé des cigares d'un poids supérieur à 1,4 gramme, contournant avec efficacité les restrictions relatives aux arômes. Le 14 décembre 2015, le Décret visant à modifier l'annexe de la Loi sur le tabac est entré en vigueur, interdisant la fabrication et la vente de certains types de cigares (« autres cigares ») qui contiennent des additifs particuliers, comme des arômes attrayants pour les jeunes. L'emballage et la vente de ces produits sont aussi interdits lorsque l'emballage suggère, notamment au moyen d'illustrations, que ces produits renferment un additif interdit.

Certains informateurs clés ont indiqué être préoccupés par des lacunes de la législation fédérale, comme les exemptions relatives à l'utilisation des produits du tabac mentholés. Malgré des données probantes montrant que les jeunes sont plus susceptibles de commencer^{76,77} ou de continuer^{78,79} à fumer s'ils ont accès à des produits du tabac mentholés, en septembre 2016, le menthol était toujours exempté en vertu de la Loi sur le tabac. Plusieurs provinces et territoires ont adopté des lois antitabac pour combler ces types de lacunes de la législation fédérale et pour tenter, en partie, d'empêcher les jeunes de commencer à fumer et de les protéger de l'attrait associé à l'usage de produits du tabac. Chez les élèves de la 6^e à la 12^e année ayant utilisé tout produit du tabac au cours des 30 jours précédents, 70 % ont utilisé un produit aromatisé⁸⁰.

Le 29 avril 2016, la ministre de la Santé a annoncé la tenue de consultations sur les modifications prévues, afin de restreindre l'usage du menthol dans les produits du tabac. Comme le mentionne le communiqué de presse, « même si le taux de tabagisme chez les jeunes n'a jamais été aussi bas, des données récentes indiquent que les ventes de produits au menthol ont fait un bond important et que les jeunes fument des cigarettes au menthol. Cette recherche corrobore le bien-fondé des interdictions liées au tabac aromatisé dans le but de réduire son attrait pour les jeunes⁸¹ ».

Des informateurs internes clés ont manifesté des préoccupations en ce qui a trait à la façon dont l'industrie du tabac contourne les règlements relatifs à la promotion auprès des jeunes en ayant recours aux promotions sur Internet, notamment les médias sociaux (p. ex. Facebook, YouTube). En 2015-2016, Santé Canada a commencé des inspections de sites Web canadiens, afin de tenir compte de cette préoccupation. Cependant, ces inspections peuvent s'avérer complexes puisque les promotions peuvent disparaître rapidement d'Internet. En outre, certaines promotions sur les médias sociaux peuvent n'être accessibles qu'à des groupes privés. Parmi les autres défis concernant la conformité et l'application de la loi en ce qui concerne la promotion en ligne des produits du tabac, il y a le fait qu'Internet a changé drastiquement par rapport aux prévisions lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur le tabac en 1997. À cette époque, il n'y avait pas de commerce en ligne ni de médias sociaux. Comme un informateur clé l'a mentionné, on considérait Internet comme le prolongement des publications. Les changements importants et fréquents apportés à Internet depuis 1997 font en sorte qu'il est difficile pour la législation, comme la Loi sur le tabac, de suivre le rythme.

Même si la SFLT de 2012-2017 ne faisait pas mention du vapotage et des articles de vapotage, les personnes interviewées ont souligné qu'elles considèrent dorénavant qu'il s'agit d'un nouvel aspect important de la lutte contre le tabagisme, surtout chez les jeunes. La Loi sur le tabac ne réglemente pas le vapotage ni les articles de vapotage. Des informateurs clés ont souligné que l'usage d'articles de vapotage chez les jeunes a été associé à une possibilité supérieure que les jeunes fument, qu'il ne dissuade pas les jeunes de fumer des cigarettes traditionnelles et qu'il peut même inciter les jeunes à fumer⁸², et vice versa⁸³. L'exposition à des publicités sur les articles de vapotage a été associée à une possibilité supérieure que les jeunes utilisent ces produits⁸⁴. En outre, une étude récente réalisée auprès d'élèves de neuvième année dans la région de Niagara, en Ontario, a trouvé que l'usage des articles de vapotage est fréquent chez le groupe étudié. Cette étude a aussi conclu que plusieurs élèves utilisent des articles de vapotage parce qu'ils les considèrent comme « nouveaux, plaisants et sympas⁸⁵ ».

Une étudeⁱⁱⁱ de Santé Canada réalisée en 2015 a évalué la volonté des détaillants de vendre des articles de vapotage aux jeunes, ainsi que le placement, l'accessibilité et la promotion de ces produits dans les commerces⁸⁶. Au moment de l'étude, seules quelques provinces (c.-à-d. le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse) imposaient des restrictions sur les articles de vapotage (p. ex. accessibilité, publicité). Selon l'étude, 62 % des détaillants avaient placé des articles de vapotage bien en vue dans le point de vente. Cependant, le client n'y avait pas accès. Dans 19 % des points de vente au détail, les articles de vapotage étaient hors de la vue. Par contre, 15 % des points de vente visités avaient un comptoir libre-service. On a remarqué que la volonté du détaillant de vendre des articles de vapotage aux jeunes était supérieure en présence de publicité à l'intérieur (45 %), de promotions (18 %) ou de publicité à l'extérieur (8 %).

La pipe à eau (ou narghilé ou houka) était une autre question que la SFLT de 2012-2017 n'abordait pas. Depuis la mise en place de cette stratégie, certaines provinces ont adopté des lois concernant la pipe à eau. Comme un certain nombre d'informateurs clés l'ont mentionné, la Loi sur le tabac ne tient pas compte des pipes à eau, ni du type de tabac utilisé avec celles-ci. On a remarqué que l'usage de la pipe à eau est en hausse au Canada, notamment chez les jeunes. Selon des données de l'ESUTC et de l'ECTAD, en 2006, période lors de laquelle la question a été posée pour la première fois, 4 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus ont déclaré avoir déjà fait l'essai d'une pipe à eau. Ce pourcentage est passé à 8 % en 2001, et à 10 % en 2012 et en 2013. Moins de 1 % des Canadiens ont déclaré avoir utilisé une pipe à eau au cours des 30 jours précédents en 2011, année lors de laquelle cette question a été posée pour la première fois, tout comme en 2012 et en 2013. Cependant, 3 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans et 4 % des jeunes adultes ont aussi déclaré avoir fumé une pipe à eau au cours des 30 jours précédents lors de chacune de ces années^{87,88}. Même si la prévalence de l'usage des pipes à eau n'est pas aussi élevée que celle d'autres produits du tabac et des articles pour fumeurs, il s'agit d'un domaine nécessitant une attention accrue.

Résultat intermédiaire n° 3 : Nombre accru de participants aux interventions financées par la SFLT qui tentent de cesser de fumer

Depuis le renouvellement de la SFLT, des fonds ont été fournis, par l'intermédiaire de Santé Canada et de l'ASPC, à un certain nombre de programmes, dans le but d'accroître le renoncement au tabagisme. L'initiative d'aide au renoncement pancanadienne a entraîné une hausse du nombre de fumeurs recevant de l'aide pour arrêter de fumer. Certaines initiatives recevant des fonds de la SFLT visent directement les fumeurs individuels, tandis que d'autres mettent l'accent sur la formation des fournisseurs de soins de santé afin qu'ils aident leurs clients à arrêter de fumer.

Ligne d'aide au renoncement

ⁱⁱⁱ La méthode de collecte de données a été définie dans l'optique de découvrir « l'état des choses ». Les données de cette étude sont strictement destinées à fournir de l'information et n'ont pas été recueillies à des fins de vérification de la conformité ni d'application de la loi.

Après le lancement du numéro sans frais pancanadien en 2012, on a constaté une importante hausse du nombre de gens ayant recours à un service téléphonique d'aide au Canada. Un quart des appelants sondés qui ont appelé le numéro pancanadien a mentionné avoir cessé de fumer ou avoir réduit sa consommation de produits du tabac.

Parmi les principales caractéristiques du Règlement sur l'étiquetage des produits du tabac (cigarettes et petits cigares)⁸⁹, il y avait l'obligation d'afficher le numéro sans frais de la ligne d'aide au renoncement pancanadienne et l'adresse du portail Web consacré au renoncement avec les mises en garde et les messages d'information en matière de santé sur les emballages. Les utilisateurs de la ligne pancanadienne sans frais d'aide au renoncement sont redirigés vers des services de renoncement au tabac existants fournis par les provinces et les territoires. En 2011-2012, Santé Canada a négocié un protocole d'entente (PE) avec chaque province et territoire, afin de rembourser aux administrations les coûts associés à la hausse de la prestation de services à la suite de l'adoption du nouveau règlement sur l'étiquetage. Selon les PE, les provinces et territoires se sont engagés à participer à une évaluation de l'initiative. Cinq fournisseurs assurent le service dans tous les territoires et provinces. Sykes Assistance Services fournit les services de renoncement en Colombie-Britannique, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut. La Société canadienne du cancer couvre l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et le Yukon. Les autres provinces sont couvertes par des services ou associations provinciaux.

L'évaluation de l'initiative d'aide au renoncement pancanadienne⁹⁰ a étudié les changements découlant de l'impression du numéro sans frais de la ligne d'aide pancanadienne sur certains produits du tabac depuis 2012. Selon l'évaluation, le nombre d'appels aux différentes lignes d'aide canadiennes a fortement augmenté après le début de l'impression du numéro sur les emballages de cigarettes et de petits cigares. En 2012, 104 043 appels ont été reçus par les lignes d'aide canadiennes pour vaincre le tabagisme dans les trois premières années depuis l'introduction du numéro sans frais pancanadien, comparativement à 61 157 appels pour les lignes d'aide provinciales au cours des trois années précédentes. La hausse la plus importante a été enregistrée en 2012. Le nombre d'appels a ensuite diminué chaque année. Cependant, il demeure supérieur au nombre enregistré au cours de l'année de référence 2011. Une hausse initiale des appels et une baisse pour atteindre un niveau supérieur au niveau de référence ont été observées dans les autres pays étudiés dans le cadre de l'évaluation de l'initiative d'aide au renoncement pancanadienne.

Au Canada, les utilisateurs de la ligne d'aide au renoncement ont tendance à être de gros fumeurs, en fonction du nombre de cigarettes qu'ils fument par jour et du moment où ils fument leur première cigarette. Près de 40 % des utilisateurs de cette ligne fumaient leur première cigarette de la journée au cours des 5 minutes suivant leur réveil, par rapport à un peu plus de 20 % de la population comparable de fumeurs canadiens.

Dans le cadre de l'évaluation, les clients de la ligne d'aide ont été interviewés sept mois et dix-huit mois après le contact initial. Parmi les 5 366 personnes interviewées à sept mois, 26 % ont indiqué qu'il s'était écoulé au moins 30 jours depuis leur dernière cigarette, et 29 %

ont mentionné qu'il s'était écoulé sept jours depuis leur dernière cigarette. Ces résultats vont de pair avec les résultats des services d'aide au renoncement américains, et sont supérieurs au taux de renoncement après 30 jours observé habituellement au sein de la population générale. L'évaluation a aussi montré que les personnes qui n'avaient pas arrêté de fumer au moment de l'enquête de suivi à sept mois avaient modifié leur comportement en matière de tabagisme, et que 91 % avaient pris des mesures pour essayer d'arrêter de fumer. Au moment du suivi après sept mois, le pourcentage de gros fumeurs a diminué, passant de 33 % à 19 %. En outre, le pourcentage de fumeurs qui fumaient leur première cigarette au cours des 5 minutes suivant leur réveil a diminué, passant de 41 % à 30 %. Il s'agit d'un indicateur laissant entendre que les gens réussissent davantage à arrêter de fumer⁹¹. Des 1 132 entrevues de suivi réalisées lorsque 18 mois se sont écoulés depuis le contact initial^{iv}, 79 % des personnes ayant cessé de fumer à sept mois n'avaient pas recommencé à fumer, et 64 % des répondants n'avaient pas du tout fumé au cours des 12 mois précédents. Dans le cadre de l'évaluation, il a été possible de déterminer que 15 % des répondants ont été en mesure de ne pas fumer pendant une période d'au moins 12 mois.

Selon les données de l'ECTAD de 2013, 5,6 % des fumeurs qui ont essayé d'arrêter de fumer au cours de l'année précédente, et ceux qui avaient renoncé au tabac au cours des 2 années précédentes, avaient eu recours à une ligne d'aide. Même s'il ne s'agit pas d'un pourcentage élevé, les résultats sont comparables à ceux des États-Unis et d'autres pays⁹². Cependant, comme il est mentionné dans l'évaluation de l'initiative d'aide au renoncement pancanadienne⁹³, la demande pour la ligne d'aide au Canada n'est pas aussi élevée qu'aux États-Unis. Au Canada, la ligne d'aide a été utilisée par moins de 1 % de tous les fumeurs. En 2012, cela équivalait à 61 appels par 10 000 fumeurs. Aux États-Unis, les lignes d'aide ont reçu 259 appels par 10 000 fumeurs au cours de la même période. Il existe plusieurs facteurs qui peuvent expliquer la portée accrue, notamment le fait que la plupart des lignes d'aide offertes par les états proposent des médicaments gratuits pour renoncer au tabac; les dépenses générales pour la promotion et la sensibilisation sont plus de 10 fois supérieures par fumeur aux États-Unis par rapport au Canada; les lignes d'aide sont un centre névralgique pour la lutte antitabac dans les états. L'efficacité du counseling en matière de renoncement augmente en association avec les médicaments pour le renoncement, et l'agencement de counseling et de médicaments est considéré comme une norme par la CCLA. Aucune ligne d'aide canadienne n'offre de médicaments pour le renoncement au tabac. Aucune province n'exige le recours à une telle ligne pour accéder à des médicaments d'aide à l'abandon gratuits ou à coût réduit.

« Je te laisse » – Campagne à l'intention des jeunes adultes

La campagne « Je te laisse », qui cible les jeunes adultes fumeurs et qui est financée par la SFLT, a montré qu'environ 75 % des participants ont songé à arrêter de fumer.

Selon les données de l'ECTAD de 2013, la prévalence du tabagisme chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans (18 %) était supérieure à celle des jeunes âgés de 15 à 19 ans (11 %) et des adultes âgés de 25 ans et plus (15 %)⁹⁴. Même s'il s'agit d'une forte baisse par rapport

^{iv} Les répondants avaient participé à l'entrevue menée sept mois après le contact initial.

au taux de prévalence de 32 % chez les jeunes adultes en 2001⁹⁵, c'est tout de même une tendance considérée comme préoccupante selon la SFLT de 2012-2017.

Une étude de cas sur la campagne « Je te laisse » a été réalisée, afin d'évaluer de manière plus approfondie son approche novatrice quant au renoncement au tabac. Cette campagne a été tout d'abord lancée par la Société canadienne du cancer en janvier 2012, au moyen des fonds versés dans le cadre de la version précédente de la SFLT de Santé Canada. Elle visait les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans, et mettait à l'essai des solutions pour offrir un soutien au renoncement par l'intermédiaire de services numériques et en ligne, comme les médias sociaux et une application pour téléphone intelligent. Le projet a ensuite été autorisé par Santé Canada qui l'a financé entre avril 2012 et mars 2016.

Un certain nombre de changements ont été apportés à la campagne. Ils ont été dévoilés au début de 2014, tandis que le programme est devenu une campagne de marketing hybride numérique et en personne. La principale stratégie de marketing se fondait sur les activités de mobilisation en personne dans les universités et les collèges, ainsi que dans les lieux extérieurs très achalandés, afin d'inciter les jeunes adultes fumeurs (âgés de 20 à 24 ans) à participer à un dialogue sur le renoncement au tabac, tout en faisant la promotion des ressources accessibles sur le site Web (jetelaisse.ca) et l'application mobile « Je te laisse ».

La campagne avait deux résultats clés : une hausse de la sensibilisation aux risques que pose le tabagisme pour la santé, ainsi que les bienfaits du renoncement chez les populations cibles; et des changements quant à l'attitude envers le renoncement (comme une hausse de la motivation pour arrêter de fumer) chez les personnes exposées au matériel de la campagne.

Entre janvier 2014 et mars 2015, 92 activités ont été réalisées à l'échelle du Canada. En tout, 47 000 visiteurs se sont rendus sur le site Web de la campagne. L'application « Je te laisse » a été téléchargée à 1 335 reprises. Entre avril et août 2015, 41 autres activités tenues à l'échelle du Canada ont donné lieu à 57 848 interactions. De plus, 3 250 participants ont pris part au concours vidéo « Je te laisse ». Le site Web « Je te laisse » a enregistré 22 238 visites, et l'application a été téléchargée 2 130 fois. Aucune donnée sur le taux réel de renoncement n'a été recueillie. Selon les résultats obtenus lors de sondages réalisés après les activités, la majorité des répondants ont convenu que l'information reçue les incitait à songer à arrêter de fumer (tableau 9).

Tableau 9. Sondages effectués après les événements

	Janvier 2014 – mars 2015	Avril-mai 2015	Juin-août 2015
Nombre de sondages remplis après les activités	764	491	279
A convenu que l'information reçue lors des activités l'a motivé à songer à arrêter de fumer	73 %	78 %	75 %
A convenu que l'information trouvée sur le site Web l'a motivé à songer à arrêter de fumer	78 %	82 %	88 %

Un certain nombre d'activités de mobilisation sur les médias sociaux ont eu lieu pour faire la promotion de la campagne, notamment une campagne sur Twitter (du 29 juin au 2 août 2015), des publicités avant le lancement au moyen d'AdWords de Google et de YouTube (du 7 juillet au 2 août 2015), et un concours de mots-clics avec égoportraits sur Instagram et Twitter à l'été 2015. La campagne Twitter a permis d'obtenir 1,4 million d'impressions^v et 8 000 clics par l'intermédiaire de 34 gazouillis en promotion. En outre, il y a eu plus de 575 000 impressions par l'entremise des promotions d'AdWords de Google et de YouTube.

Parmi les informateurs clés interrogés, la réaction était positive en ce qui concerne les interactions en personne, le site Web indépendant de la campagne et l'application mobile. Cependant, certains intervenants ont critiqué l'absence de marketing et le manque de mobilisation sur les médias sociaux. La campagne, conçue par la Société canadienne du cancer pour mobiliser et toucher de manière généralisée les jeunes sur les médias sociaux, n'a pu être maintenue dans son modèle initial par Santé Canada en raison des restrictions gouvernementales relatives aux médias sociaux, ce qui pose un défi. Cette réduction de la mobilisation sur les médias sociaux a été considérée comme une occasion ratée par Santé Canada d'accroître la portée de la campagne. Selon certains informateurs clés, le fait d'avoir accordé davantage de place aux médias sociaux lors de la campagne aurait permis d'accroître la portée et l'incidence de celle-ci.

Participants à un projet de l'ASPC

Les activités financées dans le cadre l'approche axée sur les partenariats plurisectoriels de l'ASPC ont montré que les participants renoncent au tabac ou prévoient y renoncer.

Le recours à des approches collaboratives en ce qui a trait aux questions de santé publique s'avère utile pour maximiser les ressources et les compétences des différents partenaires⁹⁶. Même si on peut s'attendre à devoir relever des défis lorsque différents organismes collaborent ensemble pour atteindre un objectif commun, des études sur d'autres partenariats entre les secteurs public et privé, et des interviews avec des informateurs clés, ont montré plusieurs avantages, comme la capacité de joindre un public cible plus vaste et plus diversifié (individus, organismes, secteurs et communautés). En outre, au moyen de mécanismes de conclusion d'ententes de partenariat, il y a une hausse de la mobilisation et de la responsabilisation intersectorielles⁹⁷.

Depuis 2013, le Centre de prévention des maladies chroniques (CPMC) de l'ASPC invite des organismes à présenter des demandes de financement pour des projets de lutte antitabac, s'ils respectent les critères des Partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie

^v Une impression renvoie au nombre de fois que le contenu est affiché.

sains et prévenir les maladies chroniques. Cette possibilité de financement est différente, puisqu'elle appuie des projets auxquels les organismes publics et privés peuvent prendre part, en plus de permettre une adoption constante, permettant constamment le maintien d'un partenariat et la création de partenariats. Surtout, cette approche dispose d'un modèle de financement selon le rendement. Les paiements sont donc associés à des résultats et à des produits particuliers et mesurables sur lesquels les partenaires se sont entendus⁹⁸. En mars 2016, quatre projets multisectoriels avaient reçu un financement de plus de 8 millions de dollars de l'ASPC par l'entremise de la SFLT.

Le **Réseau canadien pour les soins respiratoires (RCSR)** a reçu des fonds de l'ASPC pour améliorer la capacité de professionnels de la santé à intégrer les interventions éprouvées en matière d'abandon du tabagisme. Ce projet propose aux professionnels de la santé une formation et une certification pour l'obtention d'un titre d'éducateur certifié dans le domaine de l'abandon du tabagisme, afin qu'ils augmentent leur capacité à fournir aux clients de l'information pour arrêter de fumer. Parmi les professionnels de la santé participants qui ont été interviewés, 88 % (n = 62) ont déclaré un changement en ce qui concerne leur pratique en matière de renoncement au tabac à la suite de la formation et de la certification, et 92 % (n = 54) ont signalé que le taux d'abandon de leurs patients était supérieur (p. ex. patients qui ont arrêté de fumer pendant plus longtemps).

Le projet **Implementing a National Smoking Cessation Program in Respiratory and Diabetes Education Clinics (INSPIRE)** étendra le modèle d'abandon du tabac offert à Ottawa à des centres d'éducation sur les maladies respiratoires et le diabète à l'échelle du Canada. Selon une évaluation précoce du programme, 67 % des participants (n = 296) ont déclaré avoir réduit le nombre de cigarettes fumées après 30 jours, 24 % des participants (n = 231) ont déclaré avoir arrêté de fumer après 30 jours, et 18 % ont déclaré avoir arrêté de fumer après six mois (n = 138).

La **Manitoba Tobacco Reduction Alliance (MANTRA; Building and Enhancing the Tobacco Cessation Capacity of Health Professional Interveners)** a créé un programme de certification pour former les professionnels de la santé de première ligne en ce qui concerne le programme (Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health (TEACH), et a étendu ce programme aux centres de cancérologie au Manitoba. La MANTRA s'est associée à un certain nombre d'organismes, notamment la province du Manitoba, des associations des soins de santé et des fondations. Selon les premiers résultats obtenus dans le cadre de ce projet, le but à court terme en matière de formation d'animateur offerte aux professionnels de la santé, qui a été fixé à 20, a été dépassé.

Une des études de cas de l'évaluation (voir l'annexe 4) a examiné le programme Je cours, j'écrase!, qui cherche à aider les participants à arrêter de fumer pendant qu'ils apprennent à courir, que ce soit dans le cadre de programmes d'entraînement en personne dans des succursales du Coin des coureurs, ou en ligne. Le programme a été initialement conçu et créé par la Société canadienne du cancer, qui a communiqué avec le Coin des coureurs, afin de tirer profit de son expertise et de ses ressources. Dans le cadre du programme Je cours, j'écrase!, on agence le programme de renoncement au tabac de dix semaines de la Société canadienne du cancer au programme pour apprendre à courir du Coin des coureurs.

Le programme Je cours, j'écrase! actuel comporte trois options en ce qui a trait à l'inscription : un programme d'entraînement en magasin, un programme en ligne, et un programme autonome « À ma façon ». Les programmes d'entraînement en magasin et en ligne sont d'une durée de 10 semaines, et comprennent un programme d'entraînement progressif supervisé par un entraîneur du Coin des coureurs qui enseigne comment marcher et/ou courir, qui offre des conseils pour renoncer au tabac, ainsi que des appels de soutien d'un intervenant spécialisé en renoncement des lignes d'aide au renoncement provinciales/territoriales participantes. L'inscription au programme autonome est gratuite. Cependant, ce programme ne comprend pas certains services offerts dans le cadre des autres options, comme le soutien d'un entraîneur, ainsi que des bons de réduction pour des produits de remplacement de la nicotine. Tous les participants reçoivent le dépliant d'aide de la Société canadienne du cancer, obtiennent les numéros de la ligne d'aide téléphonique et l'adresse Web des services de renoncement auxquels ils ont accès, et peuvent obtenir du soutien et de l'information par l'intermédiaire des médias sociaux (Facebook, Twitter et YouTube). Tous les participants sont admissibles à des prix^{vi} lorsqu'ils achèvent le programme, une marche/course de 5 km, en plus de montrer qu'ils continuent d'être non-fumeurs à une date particulière, comme l'évalue le test de cotinine.

Le programme a été lancé en 2016. Les premiers programmes d'entraînement en magasin et virtuel, ainsi que la marche/course de 5 km, ont été achevés en juillet 2016. En 2017, le nombre de succursales du Coin des coureurs offrant le programme d'entraînement en magasin devrait augmenter, pour le faire passer à 50 succursales dans les dix provinces. D'ici 2018, le programme devrait être offert dans les 110 succursales (chiffre en vigueur en juillet 2015) de la chaîne. La première ronde du programme Je cours, j'écrase! comptait 1 079 participants en ligne (entraînement virtuel, n = 72; Commit to Quit, n = 830) et dans 21 succursales du Coin des coureurs (n = 177). En 2016, le nombre de participants inscrits était beaucoup plus bas que la cible fixée à 5 775 inscriptions. Parmi les raisons offertes pour expliquer le nombre inférieur d'inscriptions à celui prévu en 2016, il y avait la période relativement courte qui s'est écoulée entre le moment où le financement a été approuvé et le lancement du programme. L'équipe du programme Je cours, j'écrase! a déjà réalisé des sondages auprès de ses partenaires, et des fumeurs qui ne se sont pas inscrits aux programmes, afin de déterminer les défis et les occasions décelés au cours de la première année du programme. Elle pourra ainsi augmenter le nombre d'inscriptions au cours des deuxième et troisième années.

Selon les partenaires de l'initiative Je cours, j'écrase!, l'approche multisectorielle offre des avantages, comme une hausse de la crédibilité du programme en raison de la participation de l'ASPC et d'un parrainage officiel, et une capacité accrue de joindre d'autres partenaires éventuels. En outre, le financement de l'ASPC a permis à la Société canadienne du cancer et au Coin des coureurs d'attirer l'attention sur le programme et de le mettre en place plus facilement à l'échelle du pays. L'ASPC a aussi tiré profit du partenariat Je cours, j'écrase!. Par exemple, l'attention positive énorme accordée au programme par les médias a favorisé la perception envers l'ASPC, notamment, la manière dont elle est considérée comme un partenaire, pas seulement comme le seul intervenant en santé publique.

^{vi} Il est important de noter que les prix incitatifs du concours ne sont pas payés au moyen des fonds de l'ASPC.

Même s'ils en sont encore aux premières étapes, certains projets financés dans le cadre de la Composante des Premières Nations et des Inuits de la SFLT ont réussi à accroître le renoncement au tabac^{vii}.

Le renoncement est un des quatre piliers de la lutte contre le tabagisme dont les projets doivent tenir compte pour obtenir un financement dans le cadre de la Composante des Premières Nations et des Inuits (CPNI) de la SFLT. Une étude de cas détaillée se trouvant à l'annexe 4 renferme davantage de renseignements sur ce volet. Même si tous les projets ayant reçu des fonds comprenaient des activités réalisées dans le cadre de ce pilier, le degré selon lequel le renoncement était abordé variait en fonction du projet et de la communauté. Selon les intervenants, la participation aux activités de renoncement est variable. Elle dépend de l'étape à laquelle de la communauté se trouve. Est-elle prête à intervenir? Ils ont remarqué qu'il est important de laisser la communauté choisir le pilier de la lutte antitabac en fonction duquel elle réalisera des activités. Certaines communautés (dont le taux de prévalence est supérieur) peuvent être tenues de mettre l'accent sur la prévention, la sensibilisation et l'éducation pour dénormaliser l'usage du tabac avant de réaliser des activités axées sur le renoncement. Les intervenants des Premières Nations ont aussi souligné l'importance des activités de renoncement qui ciblent l'usage du tabac commercial, et qui assurent la prise en considération du caractère sacré de l'usage du tabac traditionnel.

Les projets financés dans le cadre de la CPNI ont réalisé un vaste éventail d'activités de renoncement au tabac, notamment des campagnes sur les médias sociaux, des publicités télévisées, une formation sur l'abandon, et l'accès facilité à des produits, à des outils et à des ressources d'aide à l'abandon du tabac. La CPNI a aussi collaboré avec les autorités locales pour créer ou améliorer des politiques (p. ex. créer des lieux sans fumée dans des endroits publics ou en augmenter le nombre), afin de réduire la prévalence du tabagisme. En 2015-2016, le nombre de lieux sans fumée à l'extérieur dans les communautés participantes a triplé, et le nombre de lieux sans fumée à l'intérieur a plus que doublé par rapport à 2014-2015.

Les composantes du renoncement offertes par l'entremise de la CPNI ont intéressé plusieurs participants. Il y a eu une hausse de la participation aux activités de renoncement. Au cours de la première année complète de ce volet, plus de 3 000 personnes ont pris part à un programme ou à une intervention en matière d'abandon du tabagisme, et 35,7 % de ces participants ont achevé l'intervention. Cette initiative a été considérée comme étant moyennement réussie⁹⁹. La Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique a aussi observé une hausse de 25 % des produits d'aide à l'abandon du tabac financés au moyen des prestations supplémentaires en santé de 2014-2015 à 2015-2016. Les représentants du programme associent ce changement à une hausse de la sensibilisation en ce qui a trait l'accès aux produits d'aide au renoncement dans le cadre de la stratégie de lutte antitabac.

^{vii} Il est possible d'obtenir davantage de renseignements sur la CPNI dans l'étude de cas, à l'annexe 4.

4.4.3 Dans quelle mesure les résultats à long terme ont-ils été atteints?

Résultats à plus long terme : Diminution de la prévalence du tabagisme chez les Canadiens

La prévalence du tabagisme continue de diminuer. Cependant, la baisse a ralenti au cours des dernières années. La situation du Canada est semblable à celle des autres pays développés. Cependant, ces pays ont fixé des objectifs futurs ambitieux.

Au Canada, en 2013, la prévalence du tabagisme (usage quotidien et occasionnel) chez les personnes âgées de 15 ans et plus a été inférieure à la prévalence dans plusieurs pays développés comparables. La prévalence du tabagisme au Canada était de 14,6 %, par rapport à 17 % en Nouvelle-Zélande, à 18 % aux États-Unis, et à 20 % au Royaume-Uni (base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS)^{100 viii}.

Au Canada, la prévalence des fumeurs (usage quotidien et occasionnel) parmi les personnes âgées de 15 ans et plus a diminué, passant de 25 % en 1999 à 14,6 % en 2013. Même s'il y a eu une baisse significative de la prévalence au cours des années qui ont suivi l'adoption de la SFLT, un certain nombre d'informateurs clés ont remarqué un ralentissement de la baisse au cours des dernières années. L'objectif de réduction de la prévalence du tabagisme de la SFLT précédente faisait en sorte que le taux passait de 19 % en 2006 à 12 % en 2011. Cependant, la SFLT de 2012-2017 ne comptait aucun objectif précis à atteindre au cours de la période de cinq ans. Certains informateurs clés ont mentionné la nécessité d'établir un objectif à long terme, et ont suggéré que cet objectif devrait être ambitieux (p. ex. 5 % d'ici 2035).

En 2013, dans le cadre d'un mandat des Nations Unies visant à réduire les décès prématurés évitables attribuables à des maladies non transmissibles, l'Assemblée mondiale de la Santé a fixé un objectif de réduction de l'usage du tabac volontaire mondial. Cet objectif faisait partie de neuf objectifs volontaires mondiaux convenus en ce qui concerne le programme de surveillance mondiale des maladies non transmissibles de l'OMS. Il a été adopté en 2014, lors de la sixième session de la Conférence des Parties de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS. En utilisant les niveaux de prévalence du tabagisme de 2010 comme données de référence, les états membres de l'OMS chercheront à réduire l'usage du tabac d'un niveau relatif de 30 % d'ici 2025, au sein des populations âgées de 15 ans ou plus. En ce qui concerne le Canada, il s'agit d'une réduction faisant passer le taux de prévalence du tabagisme de 17 % en 2010 à 10,57 % en 2025. Selon une analyse des données d'enquêtes nationales évaluant les probabilités, par pays, d'atteindre les objectifs de réduction du tabagisme, le Canada est en voie d'atteindre ses objectifs pour les hommes et les femmes¹⁰¹.

À l'échelle internationale, plusieurs pays ont fixé des objectifs plus ambitieux que l'objectif de réduction mondiale de l'OMS. En voici des exemples :

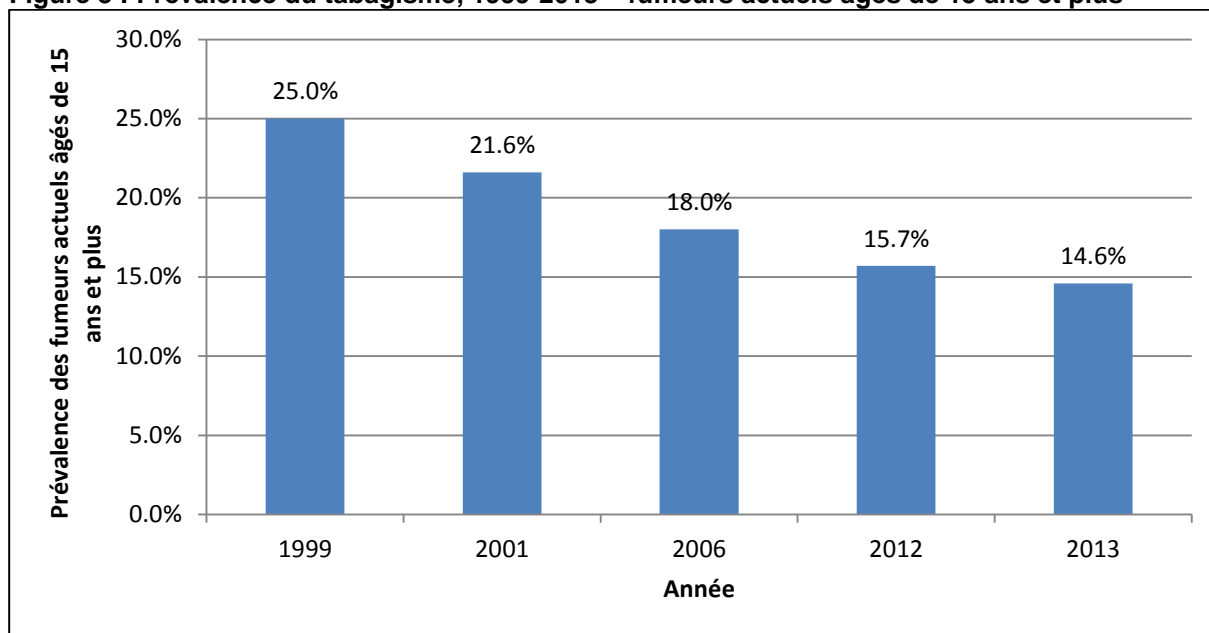
- Les États-Unis cherchent à réduire le tabagisme de 40 % par rapport à l'année de référence de 2008 d'ici 2020¹⁰².

^{viii} Taux standardisé pour l'âge des fumeurs actuels.

- L’Australie cherche à réduire la prévalence nationale du tabagisme chez les adultes pour que le taux atteigne un maximum de 10 %, et à réduire de moitié la prévalence du tabagisme chez les adultes autochtones et insulaires du détroit de Torres d’ici 2018¹⁰³.
- La Nouvelle-Zélande a fixé un objectif de zéro fumeur d’ici 2025¹⁰⁴.

Plusieurs informateurs clés ont mentionné qu’il est difficile de réduire la prévalence du tabagisme, puisqu’il est probable qu’un certain pourcentage de la population générale ne sera jamais capable d’arrêter de fumer. Certains ont souligné qu’il devient plus coûteux et plus difficile de réduire la prévalence du tabagisme après un certain point. Il faut donc créer des approches plus novatrices en ce qui a trait au renoncement au tabac et à la prévention.

Figure 3 : Prévalence du tabagisme, 1999-2013 – fumeurs actuels âgés de 15 ans et plus



Source : Enquête de surveillance de l’usage du tabac au Canada, 1999, 2001, 2006, 2012; Enquête canadienne sur le tabac, l’alcool et les drogues, 2013

Remarque : Par fumeurs actuels, on entend les fumeurs quotidiens et les fumeurs non quotidiens (ou fumeurs occasionnels)

Depuis 2010-2011, le taux de tabagisme chez les jeunes Canadiens a diminué de manière significative. Selon l’Enquête canadienne sur le tabac, l’alcool et les drogues chez les élèves de 2014-2015, les jeunes de la sixième année à la douzième année étaient moins susceptibles de déclarer être des fumeurs actuels (3 %) en 2014-2015, par rapport à 2012-2013 (4 %). Cela fait suite à une autre baisse significative par rapport à 2010-2011 (6 %). Une proportion plus élevée de jeunes a aussi déclaré n’avoir jamais essayé de fumer (82 % en 2014-2015 contre 76 % en 2012-2013). En outre, on a observé une baisse significative, soit de 28 % en 2012-2013 à 23 % en 2014-2015, chez ces jeunes, lorsqu’on considère qu’ils n’avaient jamais utilisé un produit du tabac, sans égard à son format.

4.5 Rendement : Enjeu n° 5 : Démonstration d’économie et d’efficacité

La Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada et les directives contenues dans le document Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux (2013) définissent la démonstration d'économie et d'efficacité à titre de mesure de l'utilisation des ressources par rapport à la production des extrants et des progrès réalisés quant aux résultats escomptés. L'évaluation se fonde sur le principe que tous les ministères ont des systèmes normalisés de mesure du rendement et que les systèmes financiers relient l'information sur les coûts de programme à des intrants, à des activités, à des extrants et à des résultats attendus particuliers.

La structure de données pour les renseignements financiers détaillés du PASPAC n'a pas permis de déterminer avec facilité si les extrants de programme étaient produits de façon efficace ou si les résultats escomptés avaient été atteints à peu de frais. Plus précisément, le manque de données sur les coûts relatifs aux extrants et aux résultats nuit à la capacité de recourir à des approches de comparaison des coûts. En ce qui concerne l'évaluation de l'économie, les difficultés concernant le suivi du financement au sein de l'enveloppe générale du programme ont limité l'évaluation. Compte tenu de ce qui précède, les responsables de l'évaluation ont produit des observations sur les économies et l'efficacité en se basant sur la revue de la littérature, les entrevues auprès d'informateurs clés et les données financières pertinentes disponibles.

Financement

Pour les années 2012-2013 à 2016-2017, la SFLT a reçu un total de 230 millions de dollars. En raison de l'approche exclusive de la stratégie renouvelée dans le cadre du budget de 2012, l'affectation totale par rapport à la version de 2006-2007 à 2010-2011 a diminué de 158,7 millions de dollars. À la fin de 2012-2013, le financement réservé au Service des poursuites pénales du Canada a été éliminé, afin d'accroître le respect de la Loi de 2001 sur l'accise en utilisant les sommes provenant des amendes.

À l'échelle de la Stratégie, une somme de 24,1 millions de dollars n'a pas été utilisée au cours des trois premières années. Ces fonds périmés représentent 10 % des fonds alloués totaux, ou 18 % des fonds alloués qui devaient être utilisés jusqu'à ce moment. Le tableau 10 illustre l'affectation et les dépenses totales par partenaire fédéral. Selon des notes tirées des rapports annuels fournis au Secrétariat du Conseil du Trésor, les fonds périmés sont attribuables à ce qui suit : le fait d'avoir reçu trop tard les fonds (Santé Canada), des retards associés au lancement des programmes (Santé Canada, ASPC), des retards attribuables au temps requis pour négocier avec les partenaires (ASPC), des besoins financiers inférieurs à ceux prévus pour les poursuites et la ligne d'aide au renoncement pancanadienne (Santé Canada), et une réaffectation interne des ressources pour lutter contre la contrebande (GRC). Au cours de la première année de la nouvelle Stratégie, Sécurité publique a dépassé le financement alloué. Des ressources additionnelles ont été consacrées aux salaires et aux coûts opérationnels. Cette situation ne s'est pas reproduite au cours des années suivantes.

En ce qui concerne les secteurs du portefeuille de la Santé qui ont reçu des subventions et contributions (DGSPNI-Santé Canada, CPMC-ASPC), le financement de la SFLT ne

prévoyait pas de sommes pour les salaires ni la dotation. Cela signifie que le personnel actuellement en poste devait se charger des responsabilités associées à la planification et à l'administration des nouvelles contributions. Selon les intervenants internes, il aurait pu offrir un soutien additionnel aux bénéficiaires du financement s'il avait eu davantage de ressources réservées. Les ressources qui n'étaient pas financées par la SFLT ont été exclues des dépenses.

Tableau 10. Affectations et dépenses – SFLT

Année	Ministère	Affectations planifiées (M\$)	Dépenses (M\$)	Écart (M\$)	Pourcentage du budget prévu dépensé
2012-2013	Santé Canada ^a	41.5	32.8	-8.7	79%
	ASPC	1	0.5	-0.5	50%
	Sécurité publique	0.6	0.7	0.1	117%
	GRC	1.7	1.2	-0.5	71%
	ASFC	3.7	3.3	-0.4	89%
	ARC	0.9	0.9	0	100%
2013-2014	Santé Canada	32.4	25.9	-6.5	80%
	ASPC	2.4	1.5	-0.9	63%
	Sécurité publique	0.6	0.6	0	100%
	GRC	1.7	0.9	-0.8	53%
	ASFC	3.7	2.9	-0.8	78%
	ARC	0.9	0.9	0	100%
2014-2015	Santé Canada	35.2	31.1	-4.1	88%
	ASPC	2.4	1.4	-1	58%
	Sécurité publique	0.6	0.6	0	100%
	GRC	1.7	1.7	0	100%
	ASFC	3.7	3.7	0	100%
	ARC	0.9	0.9	0	100%
Total pour la 1 ^{re} de trois années		135.6	111.5	-24.1	82%

Source : Données financières fournies par le Bureau du dirigeant principal des finances.

^a Les coûts des locaux de TPSGC et les coûts de Services partagés Canada font partie des données sur le budget du Santé Canada.

Observations sur la pertinence et l'utilisation des données relatives à la mesure du rendement

Il existe une stratégie de mesure du rendement pour les programmes dans le champ d'application. La Stratégie est ventilée en fonction de ses composantes. Tous les organismes partenaires produisent des rapports sur les résultats et les faits saillants du rendement à l'intention de Santé Canada. Le Ministère ajoute ensuite les données à son Rapport sur les plans et priorités, à son Rapport ministériel sur le rendement et, en fin de compte, à la Base de données sur les résultats des initiatives du Secrétariat du Conseil du Trésor. La DLT prépare un rapport annuel sur le rendement qui est présenté à tous les partenaires fédéraux. Ce rapport a servi dans le cadre de l'évaluation.

Les versions antérieures de la SFLT énuméraient des objectifs de réduction particuliers. Entre 2001 et 2011, la SFLT devait atteindre cinq objectifs : réduire la prévalence de 25 % à 20 %; réduire le nombre de cigarettes vendues de 30 %; accroître la conformité par les détaillants pour atteindre 80 %; réduire le nombre de personnes exposées à la fumée secondaire dans les lieux publics; et étudier comment imposer des changements aux produits du tabac¹⁰⁵. Santé Canada a fixé des objectifs révisés pour la Stratégie pour la période de 2007 à 2011, afin de tenir compte des importants progrès réalisés pour atteindre les objectifs initiaux. Parmi ces objectifs, il y avait : réduire la prévalence du tabagisme pour atteindre 12 % en 2011; réduire la prévalence du tabagisme chez les jeunes pour atteindre 9 %; accroître le nombre d'adultes qui ont renoncé au tabac de 1,5 million; réduire la prévalence de Canadiens exposés à la fumée secondaire pour atteindre 20 %; étudier la prochaine génération de politiques de lutte antitabac; participer à la CCLA de l'OMS; surveiller et évaluer les activités de contrebande, en plus d'accroître la conformité¹⁰⁶.

Aucun objectif n'a été établi dans la version de la SFLT de 2012-2017. Les documents renvoient plutôt seulement aux activités qui devront être réalisées, ainsi qu'aux deux groupes visés par ces activités (p. ex. réserves des Premières Nations et communautés inuites, et jeunes adultes). Les intervenants ont critiqué ce changement.

Observations sur l'efficience

En 2012, le numéro sans frais de la ligne d'aide au renoncement pancanadienne a été imprimé pour la première fois sur les emballages de produits du tabac. Ce numéro de téléphone unique et cette adresse de site Web unique figurant sur les emballages regroupent des services de renoncement au tabac de chaque province et territoire, assurés par six fournisseurs de services indépendants situés partout au Canada. Une hausse du nombre d'appelants a permis aux lignes d'aide d'être plus efficaces lors du traitement des dossiers et de l'aiguillage des clients vers les services de soutien. Lorsqu'on compare le coût des lignes d'aide pour les années 2009-2011 (avant le lancement de la ligne d'aide pancanadienne) et 2012-2014 (après son lancement)^{ix}, on

^{ix} L'année 2011-2012 était anormale en ce qui concerne les appels à la ligne d'aide, puisque l'Alberta et la Colombie-Britannique ont lancé des campagnes de promotion pour des thérapies de remplacement de la nicotine gratuites ou à frais réduits.

remarque une baisse du coût moyen par client servi : de 771 \$ à 407 \$ par appelant, et de 2 964 \$ à 1 566 \$ par personne qui renonce au tabac. Cependant, il faut noter qu'après la hausse initiale, le nombre d'appelants a diminué chaque année, depuis le lancement de la ligne d'aide pancanadienne. On ne connaît pas l'incidence que cela pourrait avoir sur l'efficacité permanente des lignes d'aide.

Parmi les manques d'efficacité soulignés par les intervenants externes, il y a les accords de financement distincts conclus avec chaque fournisseur de services de la ligne d'aide pour chaque province et territoire. Cela a entraîné de la confusion chez les fournisseurs de service, comme la Société canadienne du cancer, puisqu'ils doivent offrir différents niveaux de service en fonction de l'endroit où l'appelant réside.

Les organismes partenaires ont aussi indiqué avoir mis en place des mesures pour augmenter leur propre efficacité interne. Par exemple, la DLT a déterminé des mesures communes à des fins de production de rapports internes qui simplifient les processus de planification et de préparation de rapports, ce qui permet de réduire le fardeau imposé au personnel qui doit suivre différentes mesures et en faire état. En 2011-2012, l'ASFC a rationalisé sa fonction de renseignement, en réduisant le niveau de ressources qu'elle consacrait aux activités d'évaluation et de surveillance financées par la SFLT. Ce changement permet de mieux harmoniser les ressources de l'ASFC avec les priorités du gouvernement. En 2013-2014, l'ASFC a mis à l'essai une nouvelle approche nationale de planification en fonction des projets. Des informateurs clés internes ont trouvé cette approche utile et informative sur le plan opérationnel. Selon eux, il s'agissait d'une bonne occasion pour tirer profit des efforts et des ressources à l'échelle du pays.

Dans plusieurs cas, les informateurs clés ont déclaré que les préoccupations économiques^x réduisaient l'efficacité des programmes. Certains ont indiqué que la fusion de l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues annuelle et de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) annuelle pour créer l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) réalisée tous les deux ans fait en sorte que cette dernière est un moyen moins efficace de surveiller l'usage du tabac. Des intervenants ont indiqué qu'une proportion importante du contenu sur le tabac a été supprimé pour faire place à du nouveau contenu sur les drogues et l'alcool. Certains ont suggéré que cette situation s'avérait particulièrement préoccupante puisque de nouveaux domaines nécessitant une lutte contre le tabagisme (p. ex. vapotage) apparaissaient et qu'il fallait accorder de la place au nouveau contenu sur la marijuana, réduisant ainsi la place réservée aux questions sur le tabagisme. Selon les commentaires au sujet de la nouvelle ECTAD, le contenu supprimé était utile et considéré comme étant important par les provinces et territoires. Il permettait de mieux comprendre les tendances en matière de tabagisme et d'usage du tabac.

^x Quantité minimale de ressources requises pour obtenir les résultats attendus

Des intervenants ont aussi suggéré que l'adoption de l'ECTAD a suscité des préoccupations opérationnelles concernant l'expertise du personnel, les retards quant à la publication et le caractère opportun de la diffusion. Les employés ne peuvent plus être des spécialistes du domaine, comme ils l'étaient lorsqu'ils se concentraient sur un seul sujet. Selon certains, l'ajout des drogues et de l'alcool fait en sorte que le personnel est taxé. Des rapports doivent aussi être approuvés en fonction de deux perspectives différentes, le tabac et les drogues, faisant en sorte que certains sont préoccupés par des retards éventuels. Selon les intervenants, le fait que l'ECTAD soit réalisée tous les deux ans pose un problème en matière de collecte de données sur le tabac pour deux raisons. Tout d'abord, on perçoit l'industrie comme étant en évolution rapide. La période de deux ans ne permet pas à l'enquête d'être aussi souple que possible. Ensuite, cela limite les données accessibles pour évaluer l'incidence des changements apportés aux politiques.

Parmi les autres manques d'efficacité, il y a l'élaboration de lois distinctes, mais semblables, par les provinces et territoires pour des questions relevant du gouvernement fédéral. Les intervenants interviewés ont suggéré que les provinces et territoires devaient adopter des lois, puisque le gouvernement fédéral n'agissait pas en réaction aux nouveaux enjeux (p. ex. tabac aromatisé, articles de vapotage). Ils ont souligné qu'il n'est pas idéal d'avoir différentes lois, puisque cette approche n'est pas complète ni uniforme à l'échelle du pays, entraînant des inégalités parmi les Canadiens. En outre, certains ont remarqué que le fardeau économique de l'analyse de l'usage du tabac relevant du gouvernement fédéral n'a pas été mis à jour depuis 2006. Il se fonde sur les données de 2002. Des intervenants des provinces et territoires ont mentionné qu'il s'agissait d'un document très utile pour les décideurs. Cependant, il est de plus en plus difficile à utiliser puisqu'il est dépassé.

Même si de nouveaux fonds sont réservés aux campagnes de marketing, les intervenants ont souligné qu'aucune campagne dans les médias de masse ne faisait partie de la version de la SFLT pour 2012-2017. Les campagnes dans les médias de masse antérieures ont été accueillies d'un œil favorable. Lors des évaluations précédentes, on avait remarqué qu'elles réussissaient à informer les Canadiens au sujet des mesures prises par le gouvernement fédéral. Des intervenants ont suggéré qu'il s'agissait d'une étape importante pour jeter les bases des activités de lutte antitabac des organismes externes et des provinces et territoires. Certains intervenants ont indiqué qu'ils étaient préoccupés par le fait que l'absence de campagnes dans les médias de masse nuirait aux gains réalisés en ce qui concerne la dénormalisation du tabagisme et à la hausse des connaissances en ce qui a trait aux préoccupations relatives à la santé découlant de l'usage du tabac.

Observations concernant la collaboration et les partenariats

Puisque le secteur de la lutte contre le tabagisme est complexe, il nécessite des partenariats et une collaboration. Dans le cadre de la SFLT, une collaboration a été assurée en ce qui concerne plusieurs initiatives. En ce qui concerne le tabac de contrebande :

- Sécurité publique travaille avec l'Initiative de partenariat avec Akwesasne à l'appui de la Stratégie de lutte contre la contrebande de tabac. Cela a permis de faire des gains dans la lutte contre le tabagisme. Des informateurs clés ont déclaré que, sans le partenariat, il n'aurait pas été possible d'obtenir le même effet.

L'ASFC a fait état d'activités améliorées de détection de la fraude et de la contrebande grâce à une collaboration et à un service du renseignement coordonné avec les partenaires internationaux.

Les partenaires du portefeuille de la Santé ont aussi pris part à des partenariats et initiatives de collaboration. Voici quelques faits saillants de ces initiatives de collaboration :

- Chaque communauté financée par la Composante des Premières Nations et des Inuits de la SFLT a mobilisé plusieurs partenaires, au sein et à l'extérieur de celle-ci. Parmi les partenaires, il y avait des écoles, des aînés des communautés et des conseils d'aînés, des éducateurs, des modèles de rôle pour les jeunes, des infirmiers et des fournisseurs de services de soins de santé, des chefs et des conseils de bande, et des médias communautaires.
- L'ASPC a été en mesure d'obtenir un soutien des partenaires dans le cadre d'activités associées au tabagisme par l'intermédiaire des Partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques. Depuis 2012-2013, quatre projets ont reçu un financement. En moyenne, un financement de 8,1 millions de dollars de l'ASPC a été approuvé dans le cadre des projets. De cette somme, près de 2,4 millions de dollars venaient de partenaires. Ces projets ont aussi permis d'accueillir de nouveaux partenaires ayant une portée et de l'influence auprès des Canadiens, notamment le Coin des coureurs, en ce qui concerne la lutte antitabac.

Tableau 11. Fonds obtenus pour les projets de la SFLT de l'ASPC (\$)

Titre du projet	Chef de projet	Financement provenant de l'ASPC (\$)	Financement des partenaires (\$)	Financement total (\$)
Renforcement de la capacité des professionnels de la santé	Réseau canadien pour les soins respiratoires	1 009 292	316 000	1 325 292
Programme national d'abandon du tabac dans les cliniques respiratoires	Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa	1 640 007	269 050	1 909 127
MANTRA	Manitoba Tobacco Reduction Alliance	450 000	150 000	600 000
Je cours, j'écrase!	Société canadienne du cancer	4 997 757	1 665 939	6 663 696
TOTAL (approuvé)		8 097 056	2 400 989	10 498 115

Source : Les données financières proviennent de l'ASPC.

Observations concernant la gouvernance

Au sein de la Stratégie, tous les partenaires connaissaient leurs domaines de responsabilité. Selon eux, il n'y avait pas de chevauchement des efforts déployés par les partenaires. Des réunions bilatérales entre des partenaires fédéraux ont eu lieu au sujet de questions d'intérêt mutuel. Au sein du portefeuille de la Santé, il y a eu une certaine collaboration dans le cadre des activités. Selon des informateurs clés, ils obtenaient le soutien de la DLT lorsque c'était nécessaire. Par exemple, l'ASPC a indiqué avoir collaboré avec la DLT lors de l'examen des demandes de projet, et la DLT et la DGAPC ont collaboré dans le cadre de la campagne Je te laisse. Il y avait un certain degré de coordination parmi les partenaires du portefeuille de la Sécurité publique, en raison de l'établissement d'une tribune de niveau stratégique s'occupant de questions concernant le tabac de contrebande. Cette tribune n'était pas associée directement aux activités de la SFLT, mais utilisait les données de surveillance de la contrebande financées par celle-ci.

Même s'il existe deux comités de directeurs généraux chargés de la gouvernance de la SFLT (le Comité de coordination des directeurs généraux du portefeuille de la Santé responsable de la SFLT, et le Comité de coordination des directeurs généraux interministériels responsable de la SFLT), ces comités se sont réunis peu fréquemment. Certains partenaires ont indiqué n'interagir avec les coordonnateurs centraux de la SFLT qu'en ce qui concerne les rapports requis. Certains ont aussi manifesté des préoccupations concernant les retards quant à l'approbation des rapports communs, comme les rapports de mesure du rendement annuels. L'horizontalité des activités des partenaires n'était pas évidente et le niveau d'engagement des partenaires variait.

Au niveau fédéral-provincial-territorial, le Comité de liaison sur la lutte contre le tabagisme (CLLT) a été formé en 2000. Son rôle a évolué; selon ses membres, il sert actuellement de forum d'échange de renseignements. Selon les informateurs clés, le manque de réunions en personne a nui aux efforts de ce comité en matière de collaboration.

Observations sur la rentabilité des mesures de lutte contre le tabagisme

Selon une évaluation économétrique de la SFLT¹⁰⁷, la majorité des changements apportés à la politique a eu des effets significatifs et permanents sur le nombre de personnes utilisant des produits du tabac et la quantité de tabac consommée. À la suite des évaluations économétriques concernant les changements apportés aux politiques dans le cadre des versions antérieures de la SFLT, on constate que la version actuelle de la Stratégie continue d'appuyer et de surveiller ces changements.

Selon les rapports, depuis 1999, le taux de tabagisme a diminué, tandis que les politiques relatives au tabagisme (p. ex. lieux sans fumée, âge pour le tabagisme, hausse des prix) ont été renforcées. Cette situation a été observée autant chez les jeunes (entre 15 et 18 ans) que chez les adultes. Chez les jeunes, l'application du niveau le plus élevé d'interdiction en matière de tabagisme dans les lieux publics a été associée à une réduction de cinq à six points de pourcentage du taux de prévalence. Dans les provinces où l'âge auquel les gens peuvent fumer est plus élevé, la réduction du taux de prévalence a été de quatre points de pourcentage. En 2009, l'adoption de la Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes a été associée à une baisse de 2 points de pourcentage de la prévalence chez les jeunes.

Le prix des cigarettes a été évalué en examinant la hausse du prix de détail réel des cigarettes et le montant des taxes applicables aux cigarettes. Pour chaque hausse de 1 % du prix et des taxes, il y avait une baisse de 0,43 % et de 0,34 % (respectivement) du taux de prévalence chez les jeunes, et une baisse de 0,21 % et de 0,13 % de la consommation chez les jeunes. Chez les adultes, pour toute hausse de 1 % du prix et des taxes, il y avait une baisse de 0,12 % et de 0,16 % (respectivement) du taux de prévalence, et une baisse de 0,16 % et de 0,15 % (respectivement) de la consommation. Le seul changement à la politique examiné qui n'était pas associé à un changement en matière de prévalence ou de consommation était celui de l'interdiction relative à l'étalage.

En plus d'améliorer la santé des Canadiens, les mesures de lutte contre le tabagisme sont associées à d'importantes économies de coûts en matière de soins de santé pour le gouvernement. Il a été évalué que, pour chaque personne renonçant au tabac, des économies de 8 533 \$ en soins de santé directs et en invalidité de courte durée sont réalisées. En outre, des coûts de 413 000 \$ pour réduire le risque de décès prématuré sont évités¹⁰⁸. Selon une évaluation du bien-être^{xi} réalisée récemment par l'ASPC, le fait de passer de fumeur quotidien à non-fumeur est associé à une valeur équivalente

^{xi} L'évaluation du bien-être évalue la somme qui produirait un effet équivalent sur le bien-être lors d'un changement de comportement.

évaluée à 256 \$ par semaine, et le fait de passer de fumeur occasionnel à non-fumeur est associé à une valeur équivalente de 63 \$ par semaine.

Les politiques et programmes qui font partie de la SFLT ont été considérés, à l'échelle internationale, comme étant des mesures en santé rentables. En outre, ils vont de pair avec la CCLA de l'OMS. Même s'il n'y a pas encore de données sur la situation au Canada, l'European Respiratory Society (2013)¹⁰⁹ souligne que les interventions en matière d'abandon du tabac, qu'elles soient de nature pharmaceutique ou que ce soit des conseils et du counseling, sont des mesures en santé très rentables chez les fumeurs actuels. Les intervenants ont aussi remarqué que les politiques de prévention en matière de tabagisme, comme l'interdiction visant la promotion et les taxes élevées, jouent un rôle précieux pour empêcher les jeunes de commencer à fumer : la société récoltera le fruit de ces efforts au cours des décennies futures.

Il a été reconnu que les mises en garde en matière de santé apparaissant sur les produits du tabac¹¹⁰ sont un moyen simple et rentable d'accroître la sensibilisation aux effets que le tabagisme a sur la santé, et de réduire l'usage du tabac, comme l'indiquent les lignes directrices à l'article 11 (emballage et étiquetage des produits du tabac) de la CCLA de l'OMS. Les études canadiennes¹¹¹ confirment aussi l'efficacité de ces mises en garde sur l'emballage des produits du tabac.

Observations sur les autres approches

Les politiques de lutte contre le tabagisme du Canada et les activités de la SFLT vont de pair avec l'orientation établie par l'OMS et les articles de la CCLA. Cependant, comme l'ont remarqué des informateurs externes clés, et comme l'indique un document fourni par des intervenants externes dans le cadre de consultations budgétaires, il existe des options de mécanismes de financement plus novateurs dans le cadre de la lutte antitabac au Canada.

Plusieurs informateurs clés ont remarqué que les fonds consacrés à la lutte antitabac ne reflètent pas le taux élevé de taxes d'accise associé aux produits du tabac. L'affectation des revenus provenant des taxes sur le tabac, assurée par la législation, qui servent à financer les plans et stratégies de lutte antitabac reçoit l'appui de la CCLA de l'OMS, même si elle reconnaît le droit souverain des Parties de déterminer et d'établir leurs propres politiques en matière de taxation, qui ont été mises en place dans certains pays.

En 2009, les États-Unis ont adopté la Family Smoking Prevention and Tobacco Act (Tobacco Control Act)¹¹². Le Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques (FDA) a donc le pouvoir de recueillir des frais d'utilisation auprès des fabricants et des importateurs de produits du tabac, fonds qui serviront à financer le Center for Tobacco Products. La somme à recueillir auprès de l'industrie est déterminée d'avance, en fonction de l'évaluation des besoins du Centre en ce qui a trait aux activités de lutte contre le tabagisme. Les frais d'utilisation sont répartis selon le pourcentage de la part de marché déterminé par les données concernant les ventes présentées directement à la FDA par les entreprises en vertu de la loi. Au sein de chaque catégorie de produits du tabac, les frais sont ensuite répartis parmi les

entreprises en fonction de leur part du marché américain pour la catégorie en question. La Tobacco Control Act donne au secrétaire de la FDA le pouvoir d'évaluer et de recueillir des frais tous les trimestres.

Les fonds découlant des frais recueillis par le CTP sont accessibles jusqu'à ce qu'ils soient dépensés. Cela permet une planification à long terme de projets de recherche complexes sans avoir à se préoccuper de fonds qui ne sont pas reportables. Conformément à la Tobacco Control Act, les fonds découlant des frais ne peuvent servir que dans le cadre d'activités de lutte antitabac, qui font l'objet d'une vaste définition. Parmi ces activités, il y a la recherche sur les produits et la population, les campagnes dans les médias de masse, l'évaluation des produits et l'examen de ceux-ci.

D'autres pays ont aussi étudié la possibilité d'imposer un prélèvement pour le tabac, ou une taxe directe touchant les fabricants et les importateurs de tabac qui serait répartie selon chaque entreprise en fonction de sa part de marché. Par exemple, en 2016, l'Islande a déclaré que 0,9 % de toutes les taxes sur le tabac recueillies est réservé aux mesures de lutte contre le tabagisme et de prévention¹¹³. En 2014, la Pologne a indiqué que 0,5 % du droit d'accise sur les produits du tabac sert à financer son programme de lutte antitabac¹¹⁴. Dans le même ordre d'idées, à Ottawa, le coût des permis de marchand de cigarettes a été augmenté de manière considérable. Ces sommes servent à financer des inspections en santé publique et des enquêtes sur les questions de lutte contre le tabagisme. Parmi les recommandations connexes formulées par la Société canadienne du cancer, il y avait les frais d'inscription pour tous les produits et emballages, ainsi que des incitatifs en fonction du rendement que les fabricants de tabac pourraient obtenir ou des sanctions qui pourraient leur être imposées si l'objectif en matière de prévalence du tabac n'était pas atteint.

Si on compare le Canada à d'autres pays, on a découvert que différentes sommes sont réservées aux programmes de lutte contre le tabagisme à l'échelle fédérale ou nationale. En 2014-2015, environ 61,7 millions de dollars néo-zélandais (l'équivalent de 45,1 millions de dollars américains) ont été dépensés en Nouvelle-Zélande dans le cadre du programme de lutte antitabac¹¹⁵; en Australie, une somme de plus de 135 millions de dollars australiens (l'équivalent de 103 millions de dollars américains) a été consacrée aux campagnes antitabac entre 2009-2010 et 2015-2016¹¹⁶; aux États-Unis, à l'échelle fédérale, le budget de 2016 réservé au Center for Tobacco Products a atteint 635 millions de dollars américains¹¹⁷. Une somme évaluée à 468 millions de dollars américains a été dépensée par les états américains au cours de l'exercice financier de 2016¹¹⁸. En 2014, les Centres for Disease Control aux États-Unis ont recommandé de fixer l'objectif pour le financement de la lutte antitabac de 7,41 à 10,53 dollars américains par habitant¹¹⁹. En 2016, seulement un état a respecté le niveau de financement recommandé¹²⁰. Le financement de la SFLT équivaut à environ 1 dollar américain par habitant. À l'opposé, le programme de lutte antitabac de la

Nouvelle-Zélande consacre 10,1 dollars américains par habitant^{xii}. L'Australie dépense 0,73 dollar américain par habitant^{xiii} dans le cadre de ses campagnes de lutte contre le tabagisme. Les dépenses fédérales aux États-Unis équivalaient à 2 dollars américains par habitant en 2016.

Parmi les autres options, il y a la formation de partenariats public-privés, ou des partenariats multisectoriels dans le cadre des programmes de lutte contre le tabagisme. L'ASPC s'est servie d'une approche axée sur un partenariat plurisectoriel dans le cadre de ses programmes financés par la SFLT, comme le programme Je cours, j'écrase!. Selon les Centres for Disease Control, les partenariats public-privé mis en place au Colorado et au Minnesota pour offrir des lignes d'aide au renoncement sont considérés comme étant des pratiques exemplaires en ce qui a trait aux programmes de lutte antitabac¹²¹. Dans le cadre de ces partenariats, les programmes de lutte contre le tabagisme des états collaborent avec les régimes d'assurance maladie privés pour rembourser la ligne d'aide de l'état ou concluent directement une entente avec un fournisseur de ligne d'aide pour se procurer des services. Au Colorado, le plan du partenariat avec les régimes d'assurance maladie compense les coûts de la ligne d'aide au renoncement de l'état de 12 à 14 %¹²².

5.0 Conclusions

5.1 Conclusions quant à la pertinence

5.1.1 Besoin continu

À la suite de notre analyse, nous concluons que le besoin de lutter contre le tabagisme se fait encore sentir à l'échelle du Canada. Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué au Canada, les plus récentes données provenant de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2013 ont révélé une prévalence générale du tabagisme de 14,6 %. C'est donc dire qu'environ 4,2 millions (14,6 %) de Canadiens âgés de 15 ans et plus fumaient alors. Des taux de tabagisme plus élevés ont été observés chez les Inuits et les Premières Nations (dans les réserves). En 2010, 43 % des adultes vivant dans des communautés autochtones fumaient chaque jour, et 13,7 % fumaient à l'occasion. Selon les données de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012, 54,1 % de la population canadienne inuite de 19 ans et plus fume tous les jours, et 9,1 % fume à l'occasion. Le tabagisme continue d'avoir des incidences sur la santé des Canadiens; il joue un rôle causal dans plus de 10 cancers différents, dans les maladies cardiovasculaires, dans les accidents vasculaires cérébraux et dans les maladies pulmonaires obstructives chroniques. De plus, on estime que le fardeau

^{xii} Selon le taux de change du 20 sept. 2016 de 0,728 dollar néo-zélandais pour 1 dollar américain; population évaluée à 4 471 millions en Nouvelle-Zélande (61,7 millions de dollars néo-zélandais * 0,728) / 4 471 000 = 10,1 dollars américains

^{xiii} Selon le taux de change du 20 sept. 2016 de 0,754 dollar australien pour 1 dollar américain; population évaluée à 23,13 millions en Australie (61,7 millions de dollars australiens * 0,754) / 23 130 000 = 0,73 dollar américain

économique lié au tabagisme au Canada s'est chiffré à plus de 18 milliards de dollars en 2013.

5.1.2 Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Les enjeux entourant la lutte contre le tabagisme sont harmonisés à la priorité du gouvernement fédéral d'assurer la santé et la sécurité des Canadiens. La Lettre de mandat de la ministre de la Santé (2015) précisait que la lutte contre le tabagisme par l'emballage neutre des produits du tabac était une grande priorité. Le tabac étant un facteur de risque pour les maladies chroniques, il entre dans la priorité « leadership en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies » de l'ASPC. L'ARC veille activement à ce que les taxes fédérales sur les produits nationaux du tabac soient payées. Les partenaires du portefeuille de Sécurité publique qui participent à la SFLT surveillent et évaluent le marché du tabac de contrebande, dans le respect de leurs priorités de traiter le crime et la contrebande. Le Canada a également des engagements et des obligations à l'échelle internationale, notamment dans le cadre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la Santé.

5.1.3 Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le rôle du gouvernement dans la lutte contre le tabagisme a été clairement défini dans les lois en place, à savoir la Loi sur le tabac et la Loi de 2001 sur l'accise. Les rôles à cet égard d'autres ordres de gouvernements sont également précisés, dans le respect de leurs mandats juridictionnels. Dans leurs commentaires, les informateurs clés ont soutenu qu'un leadership fédéral accru – surtout en matière de réglementation – permettrait d'accroître l'uniformité et d'assurer un niveau de protection constant à l'échelle du Canada. While tobacco control is addressed by various jurisdictions and levels of government, efforts were seen to be complementary and not duplicative.

5.2 Conclusions quant au rendement

5.2.1 Atteinte des résultats prévus (efficacité)

En général, la SFLT parvient à produire les résultats escomptés. La diminution de la prévalence du tabagisme a ralenti, mais s'est poursuivie. Comme aucun objectif en matière de prévalence n'a été fixé pour la période de 2012 à 2017 de la SFLT, il est difficile d'évaluer le niveau de réussite de la stratégie à cet égard.

La conformité aux dispositions de la Loi sur le tabac, la Loi de 2001 sur l'accise et la réglementation existante a augmenté, grâce à la surveillance soutenue de Santé Canada et de l'ARC.

Et avec l'amélioration des services de la ligne d'aide au renoncement, le nombre de fumeurs qui ont reçu de l'aide pour cesser de fumer a augmenté. De plus, les premiers

résultats des projets visant le renoncement du tabac sont prometteurs. Toutefois, la portée de ces projets reste limitée.

La prévention a été assurée par les dispositions de la Loi sur le tabac et de la réglementation connexe, notamment par l'interdiction de la vente aux jeunes, par les renseignements de santé sur les étiquettes, par les restrictions relatives à la promotion du tabac et aux arômes. Les intervenants ont affirmé que des activités de prévention ont été entreprises par d'autres ordres de gouvernement, et créé un ensemble disparate d'efforts.

Des mesures ont été prises pour protéger les jeunes visant à les inciter à commencer à fumer en assurant une surveillance continue du marketing ciblant les jeunes et en interdisant les arômes pouvant les attirer. Alors que les restrictions visant les arômes de certains produits du tabac ont permis de faire diminuer le tabagisme chez les jeunes, l'absence de mesures prises par le gouvernement fédéral à l'égard d'autres aspects du tabac a notamment accru la popularité des produits de vapotage.

En ce qui concerne le tabac de contrebande, la SFLT se concentre sur la surveillance et l'évaluation du marché clandestin. Le nombre de saisies de produits du tabac de contrebande a diminué, mais les taux de saisies varient sur de courts intervalles. La raison de ces diminutions n'est pas encore claire. Les sources gouvernementales et non gouvernementales continuent de réclamer que l'on comprenne mieux le marché du tabac de contrebande à l'échelle nationale.

La SFLT a réalisé les activités qu'elle avait prévu faire au cours de la période évaluée, et avec les fonds affectés à ses partenaires. Certains informateurs clés ont jugé que ces activités n'étaient pas assez ambitieuses. Les activités du Canada suivent toutefois les principaux articles de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la Santé et présentent une approche nationale plurisectorielle pour lutter contre le tabagisme.

Démonstration d'économie et d'efficience

De nombreuses activités financées grâce à la SFLT ont tiré leur succès de la collaboration et des partenariats. Les projets financés par l'ASPC ont notamment mis en commun des fonds dans le cadre d'engagements multisectoriels. Toutefois, l'engagement accru d'organisations externes et d'autres ordres de gouvernement contribuerait à faire progresser les objectifs du Canada en matière de lutte contre le tabagisme.

Les fonds de la SFLT ont diminué d'environ 35 % par rapport à la période quinquennale précédente. Dans certains secteurs, la réduction du financement et l'accent mis sur l'aspect économique du programme ont eu des conséquences négatives sur l'efficacité opérationnelle. On le remarque surtout au niveau de la capacité de recherche et de surveillance de la SFLT, où l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada – qui est annuelle – a été remplacée par une enquête bisannuelle portant sur plus d'un sujet, dont l'alcool et les drogues.

Des inefficacités ont été relevées en comparant les domaines d'intérêt fédéral chez les provinces et les territoires. Les intervenants ont affirmé qu'en raison du manque de mesures prises par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires ont créé un ensemble disparate d'efforts à l'égard de nouveaux enjeux, générant ainsi des inégalités pour les Canadiens. Par ailleurs, des accords de financement distincts destinés aux services de la ligne d'aide au renoncement ont aussi entraîné des niveaux de service inégaux, suscitant la confusion des fournisseurs de service.

Tous les partenaires fédéraux connaissaient leurs domaines de responsabilité, et personne n'a signalé de duplication des efforts. Mais les liens entre les activités tenues par les différents partenaires n'étaient pas clairs, et le niveau d'engagement des partenaires variait. Les réunions des comités de coordination n'étaient pas régulières, et des préoccupations ont été formulées concernant les délais d'approbation des rapports communs.

5.3 Recommandations

L'évaluation de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme a permis de formuler les quatre recommandations qui suivent.

Recommandation 1

Envisager de fixer des objectifs en matière de diminution des taux de prévalence du tabagisme, tant dans la population générale que dans les populations affichant des taux plus élevés.

Pour les intervenants, l'absence d'objectifs en matière de diminution de la prévalence du tabagisme dans la SFLT de 2012-2017 empêche de mesurer le succès général du programme et d'orienter vers un objectif commun les activités de la SFLT. Le Canada a réussi à atteindre les objectifs fixés dans les premières versions de la SFLT, et son taux actuel de prévalence est de 14,6 %. L'objectif volontaire de l'OMS pour la prévalence du tabagisme est de 10,57 % chez les Canadiens de 15 ans et plus d'ici 2025 et à la lumière de ces chiffres, le Canada est en voie d'atteindre cette cible. D'autres pays semblables au Canada ont fixé des objectifs de réduction du tabac plus ambitieux.

Aucun objectif n'a été fixé pour les populations canadiennes affichant des taux de prévalence plus élevés. Ces taux n'ont pas diminué aussi rapidement que les taux de prévalence généraux, et pourraient exiger des efforts plus ciblés. Compte tenu du mandat de Santé Canada d'offrir des services et des prestations de santé aux Premières Nations et aux Inuits, ainsi que de l'engagement du gouvernement fédéral à établir des liens avec les peuples autochtones, faire appel au leadership et aux communautés des Premières Nations et des Inuits afin de fixer des objectifs pertinents et adéquats pourrait permettre de cibler les activités de la SFLT et contribuer à définir son orientation future.

Recommandation 2

Définir et préciser clairement les secteurs de la lutte contre le tabagisme où le leadership du gouvernement fédéral est nécessaire, particulièrement à la lumière des mesures actuellement prises par les provinces, les territoires et les municipalités.

La lutte contre le tabagisme exige des efforts concertés de nombreux ordres de gouvernement de diverses compétences. Au fil de l'évolution de la SFLT, il sera important que le gouvernement fédéral – en consultation avec les intervenants et les autres ordres de gouvernement – définisse et précise clairement les secteurs réglementaires et stratégiques nécessitant son leadership. Cela aidera les intervenants et les autres ordres de gouvernement à comprendre leur rôle dans le contexte de la lutte contre le tabagisme.

Bien que l'on ait appelé le gouvernement fédéral à prendre d'autres mesures pour lutter contre le tabagisme, les ministères partenaires devront examiner les secteurs et les populations pour déterminer à qui ces nouvelles mesures seraient plus profitables. On pourrait examiner ces mesures nationales dans le cadre de la stratégie, lorsque possible.

Recommandation 3

Envisager des solutions pour réglementer les nouveaux enjeux liés à la lutte contre le tabagisme.

L'industrie du tabac est novatrice et bien souvent, la législation et la réglementation ne parviennent pas à suivre son rythme. Les intervenants ont laissé entendre que le besoin d'uniformiser et d'appliquer la réglementation fédérale se faisait sentir afin de protéger la santé des Canadiens, notamment celle des jeunes. Le gouvernement fédéral devrait maintenant encourager la prise de mesures souples pour les nouveaux produits du tabac, et voir à ce qu'un cadre de réglementation approprié soit en place et diffusé tant à l'industrie qu'au public.

Devant de nouveaux enjeux – et la réglementation nécessaire pour les traiter –, il peut être utile d'envisager des moyens de financement novateurs pour lutter contre le tabagisme. Ces moyens pourraient s'inspirer de modèles internationaux, comme l'imposition d'une taxe sur les produits du tabac.

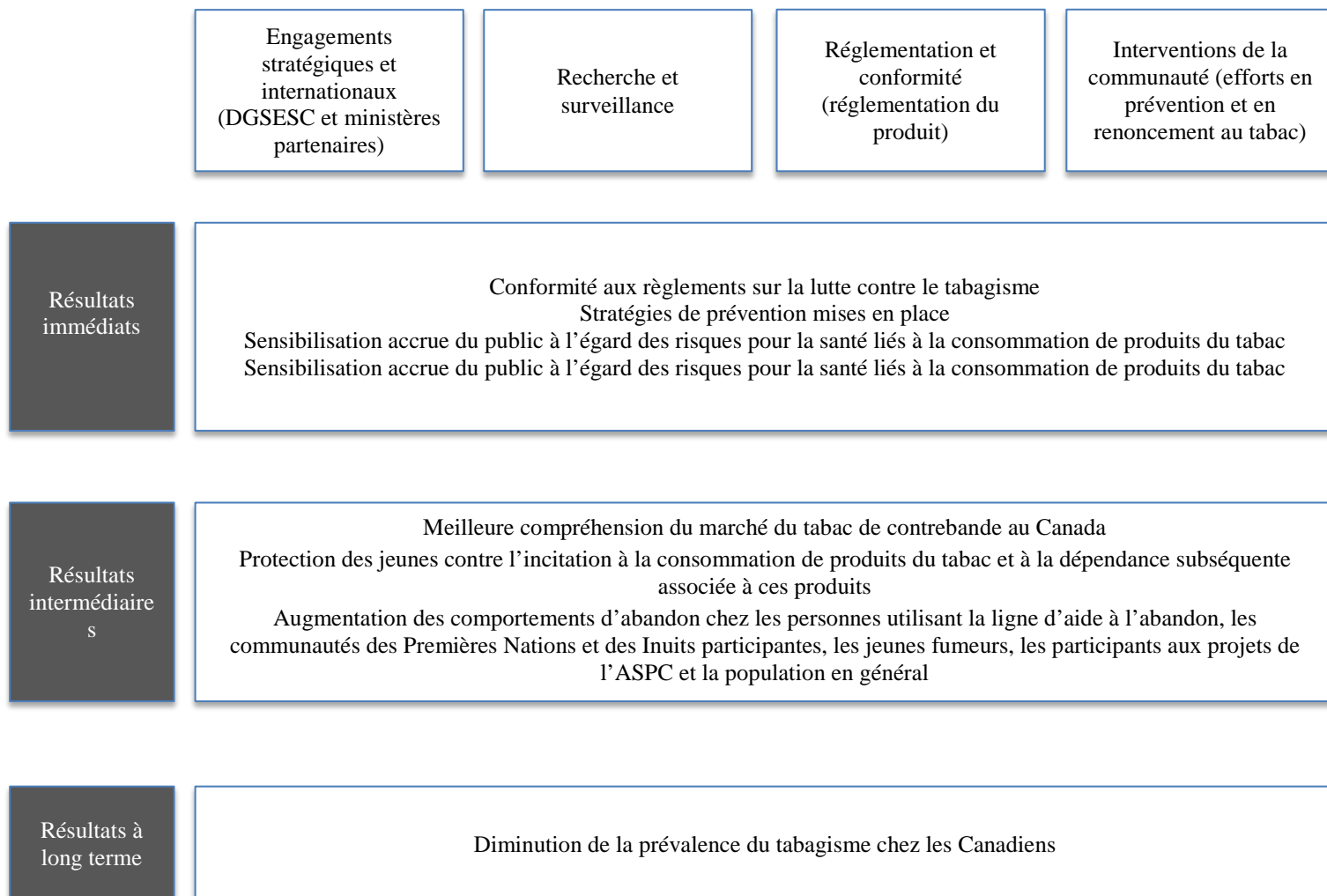
Recommandation 4

Examiner la possibilité de rapports intégrés sur les aspects liés au tabac de contrebande, afin de faciliter l'analyse pancanadienne.

La présence soutenue du marché du tabac de contrebande mine les efforts de lutte contre le tabagisme déployés à l'échelle du Canada. Plusieurs ministères et organismes

féderaux surveillent indépendamment différents aspects du tabac de contrebande, tout comme d'autres ordres de gouvernement et organismes d'exécution. En plus des gouvernements, des organisations financées par l'industrie ont aussi tenté d'évaluer la portée et la nature du marché du tabac de contrebande, plus précisément son interaction auprès des jeunes. La surveillance du tabac de contrebande étant un très large enjeu, les résultats rapportés sont peu cohérents. Il sera profitable aux ministères et organismes de pouvoir donner un aperçu complet et intégré du marché du tabac, y compris de ses tendances. Compte tenu de la multiplicité des ministères et organismes impliqués, et du fait que chacun dispose de ses propres systèmes de collecte de données et exigences en matière de rapport, la compilation des données sur la contrebande pourrait s'avérer difficile. À l'heure actuelle, on devrait se pencher sur la possibilité d'intégrer les rapports et, dans la mesure du possible, d'adopter une méthode simplifiée de production de rapports.

Annexe 1 – Modèle logique



Annexe 2 – Résumé des résultats

Cotation des résultats

Les notations ont été fournies afin d'indiquer le degré accordé à chaque question ou enjeu lié à l'évaluation.

Symboles de notation de la pertinence et degrés d'importance :

Un résumé de la notation de la pertinence est présenté au tableau 1 ci-dessous. La légende contient une description des symboles de notation de la pertinence et leur degré d'importance.

Tableau 1 : Symboles de notation de la pertinence et degrés d'importance :

Éléments à évaluer	Indicateurs	Cote générale	Résumé
Besoin continu du programme			
<p>Quelles préoccupations sociétales ou en matière de santé justifient la poursuite de la SFLT, y compris des activités des ministères partenaires?</p> <p>La SFLT est-elle en mesure de répondre aux besoins futurs?</p>	<p>Éléments de preuve de ce qui suit :</p> <p>a) Fardeau sociétal et économique actuel</p> <p>b) Fardeau actuel sur la santé (prévalence du tabagisme, données démographiques des fumeurs et répartition)</p> <p>Éléments de preuve de ce qui suit :</p> <p>a) Fardeau sociétal et économique prévu (à l'échelle nationale et internationale)</p> <p>b) Fardeau prévu sur la santé</p> <p>c) Changements en matière de lutte contre le tabagisme</p> <p>d) Adaptation de la SFLT aux</p>	<p>Cote élevée</p>	<p>Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué au Canada, les plus récentes données provenant de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2013 ont révélé une prévalence générale du tabagisme de 14,6 %. Des taux de tabagisme plus élevés ont été observés chez les Inuits et les Premières Nations (dans les réserves). En 2010, 43 % des adultes vivant dans des communautés autochtones fumaient chaque jour, et 13,7 % fumaient à l'occasion. Selon les données de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012, 54,1 % de la population canadienne inuite de 19 ans et plus fume tous les jours, et 9,1 % fume à l'occasion. Le tabagisme continue d'avoir des incidences sur la santé des Canadiens; il joue un rôle causal dans plus de 10 cancers différents, dans les maladies cardiovasculaires, dans les accidents vasculaires cérébraux et dans les maladies pulmonaires obstructives chroniques. De plus, on estime que le fardeau économique lié au tabagisme au Canada s'est chiffré à plus de 18 milliards de dollars en 2013.</p>

Éléments à évaluer	Indicateurs	Cote générale	Résumé
	changements au paysage e) Capacité d'adaptation de la SFLT		
Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral			
Quels sont les rôles du gouvernement fédéral à l'égard du tabagisme et du contrôle des produits du tabac?	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure dans laquelle les objectifs du programme s'harmonisent avec l'administration fédérale • Mesure dans laquelle les activités de la SFLT sont coordonnées avec celles de ses partenaires, des provinces et des territoires et des autres intervenants 	Cote élevée	Le rôle du gouvernement dans la lutte contre le tabagisme a été clairement défini dans les lois en place, à savoir la Loi sur le tabac et la Loi de 2001 sur l'accise. Les rôles à cet égard d'autres ordres de gouvernements sont également précisés, dans le respect de leurs sphères de contrôle respectives. Dans leurs commentaires, les informateurs clés ont soutenu qu'un leadership fédéral accru – surtout en matière de réglementation – permettrait d'accroître l'uniformité et d'assurer un niveau de protection constant à l'échelle du Canada.
Comment les rôles des provinces, des territoires et des municipalités liés au tabagisme et au contrôle des produits du tabac ont-ils changé depuis le dernier renouvellement de la SFLT?	<ul style="list-style-type: none"> • Données probantes concernant les stratégies ou activités P-T en matière de tabagisme • Données probantes concernant les changements à ces stratégies ou activités depuis 2012 • Données probantes concernant les stratégies ou 	Cote élevée	

Éléments à évaluer	Indicateurs	Cote générale	Résumé
	activités municipales concernant le tabagisme <ul style="list-style-type: none"> Données probantes concernant les changements à ces stratégies ou activités depuis 2012 		
Harmonisation avec les priorités du gouvernement			
Quelles sont les priorités du gouvernement du Canada en matière de tabagisme et le contrôle des produits du tabac, et quels sont les liens avec la SFLT?	<ul style="list-style-type: none"> Priorités du gouvernement du Canada La mesure dans laquelle les objectifs du programme correspondent aux priorités fédérales récentes et actuelles 	Cote élevée	Les enjeux entourant la lutte contre le tabagisme sont harmonisés à la priorité du gouvernement fédéral d'assurer la santé et la sécurité des Canadiens. La Lettre de mandat de la ministre de la Santé (2015) précisait que la lutte contre le tabagisme par l'emballage neutre des produits du tabac était une grande priorité. Le Canada a également des engagements et des obligations à l'échelle internationale, notamment dans le cadre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la Santé.
Quels sont les résultats stratégiques et les priorités du Ministère en matière de tabagisme et de contrôle des produits du tabac, et quels sont les liens avec la SFLT?	<ul style="list-style-type: none"> La mesure dans laquelle les objectifs du programme cadrent avec les résultats stratégiques ministériels et contribuent à l'atteinte de ces derniers La mesure dans laquelle les objectifs du programme correspondent aux 	Cote élevée	Le tabac étant un facteur de risque pour les maladies chroniques, il entre dans la priorité « leadership en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies » de l'ASPC. L'ARC veille activement à ce que les taxes fédérales sur les produits nationaux du tabac soient payées. Les partenaires du portefeuille de Sécurité publique qui participent à la SFLT surveillent et évaluent le marché du tabac de contrebande, dans le respect de leurs priorités de traiter le crime et la contrebande.

Éléments à évaluer	Indicateurs	Cote générale	Résumé
	priorités, au mandat et aux rôles du Ministère		

Symboles de notation du rendement et degrés d'importance :

Un résumé de la notation du rendement est présenté au tableau 2 ci-dessous. La légende contient une description des symboles de notation du rendement et leur degré d'importance.

Tableau 2 : Symboles de notation du rendement et degrés d'importance

Éléments	Indicateurs	Cote générale	Résumé
Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Dans quelle mesure le résultat immédiat, Conformité aux règlements sur la lutte contre le tabagisme, a-t-il été atteint?	Données probantes (données sur le rendement) sur l'atteinte des extraits et des résultats.	Atteinte	Dans l'ensemble, la non-observation de la Loi sur le tabac et de la Loi de 2011 sur l'accise en ce qui concerne le tabac est très faible. Au cours de la période visée par l'évaluation, le respect des règlements et des dispositions de la Loi sur le tabac et de la Loi de 2011 sur l'accise a augmenté, grâce à la surveillance soutenue de Santé Canada et de l'ARC.
Dans quelle mesure le résultat immédiat, Stratégies de prévention mises en place, a-t-il été atteint?	Nombre et nature des stratégies mises en place	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	La Loi sur le tabac permet de faire de la prévention, en interdisant les ventes aux jeunes; en interdisant certains additifs; en restreignant la promotion du tabagisme; en assurant l'impression de mises en garde en matière de santé sur les étiquettes. Selon plusieurs intervenants, les activités de prévention réalisées par d'autres ordres de gouvernement ont créé une mosaïque d'efforts.
Dans quelle mesure le résultat immédiat, Interventions, politiques et règlements tenant compte du tabagisme, notamment la vigueur du marché de contrebande, a-t-il été atteint?	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et nature des projets financés (DGSPNI et ASPC) • Nombre et nature des projets de modification des politiques ou des règlements • Taux de conformité des fabricants, des importateurs et des détaillants • Nombre et nature des interventions, politiques et règlements réagissant à des 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	Des ministères et organismes partenaires, principalement Santé Canada et Sécurité publique, ont créé des interventions, des politiques et des règlements qui tiennent compte du tabagisme. Il y a toutefois certains secteurs de l'industrie du tabac, comme la popularité croissante des produits de vapotage, où le gouvernement fédéral n'a pas pris de mesures jusqu'à maintenant comparativement à d'autres ordres de gouvernement.

Éléments	Indicateurs	Cote générale	Résumé
	facteurs environnementaux clés qui peuvent influencer éventuellement sur le comportement des fumeurs		
<p>Dans quelle mesure le résultat immédiat, Sensibilisation accrue du public à l'égard des risques pour la santé liés à la consommation de produits du tabac, a-t-il été atteint?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure dans laquelle les résultats et les extraits ont été atteints. • -réaction aux mises en garde en matière de santé sur les emballages • Nombre, nature et portée (nombre de participants) des interventions et des projets mis en œuvre (ASPC et DGSPNI) • Nombre et nature des campagnes de marketing, de sensibilisation et de mobilisation (visant les groupes dont les taux de tabagisme sont disproportionnellement plus élevés) • Nombre de jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans qui ont été sensibilisés grâce à une de ces campagnes (visant les groupes dont les taux de tabagisme sont disproportionnellement plus élevés) • Mesure dans laquelle il a été indiqué que la « santé » et la « grossesse ou un enfant » sont la principale raison d'arrêter de fumer (change au fil du temps) • Sensibilisation des jeunes aux risques pour la santé associés au tabagisme (change au fil du temps) 	<p>Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié</p>	<p>Les mises en garde en matière de santé sur les emballages permettent d'informer, avec efficacité, les fumeurs au sujet des risques que le tabagisme pose pour la santé. En 2013, on a trouvé que 79 % des fumeurs regardaient ou lisaient les messages des mises en garde. Il s'agit d'une augmentation comparativement à 71 % en 2012. En 2013, la majorité des fumeurs (86 %) pensaient que ces messages fournissaient d'importants renseignements, et 66 % des fumeurs pensaient que ces messages rendaient le tabagisme moins attrayant.</p> <p>Il existe peu de données probantes sur la sensibilisation des non-fumeurs aux risques que le tabagisme pose pour la santé. Toutefois, 75 % des personnes ayant récemment renoncé au tabac ont indiqué que la santé était la principale raison pour laquelle elles avaient arrêté de fumer.</p>
<p>Dans quelle mesure le résultat intermédiaire, Meilleure</p>	<p>Une meilleure connaissance :</p>	<p>Progrès réalisé;</p>	<p>En ce qui concerne le tabac de contrebande, la</p>

Éléments	Indicateurs	Cote générale	Résumé
compréhension du marché du tabac de contrebande au Canada, a-t-il été atteint?	<ul style="list-style-type: none"> • Source des cigarettes • Achat de cigarettes qui sont peut-être des cigarettes de contrebande • Achat de cigarettes dans une réserve des Premières Nations • Facilité d'achat des cigarettes de contrebande • Facilité pour les jeunes d'acheter des cigarettes ou d'y accéder • Nombre et importance des saisies • Taux de perturbation Mesure dans laquelle les activités et les extrants de la SFLT génèrent des connaissances au sujet du marché du tabac de contrebande	travail supplémentaire justifié	SFLT se concentre sur la surveillance et l'évaluation du marché clandestin. Le nombre de saisies de produits du tabac de contrebande a diminué, mais les taux de saisies varient sur de courts intervalles. La raison de ces diminutions n'est pas encore claire. Les sources gouvernementales et non gouvernementales continuent de réclamer que l'on comprenne mieux le marché du tabac de contrebande à l'échelle nationale.
Dans quelle mesure le résultat intermédiaire, Protection des jeunes contre l'incitation à la consommation de produits du tabac et à la dépendance subséquente associée à ces produits, a-t-il été atteint?	<ul style="list-style-type: none"> • Début du tabagisme retardé/âge supérieur au moment où la personne commence à fumer • Nombre de jeunes fumeurs comparativement au nombre des années précédentes 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	On a protégé les jeunes contre les mesures visant à les inciter à commencer à fumer en assurant une surveillance continue du marketing ciblant les jeunes et en interdisant les arômes pouvant les attirer. Alors que les restrictions visant les arômes de certains produits du tabac ont permis de faire diminuer le tabagisme chez les jeunes, l'absence de mesures prises par le gouvernement fédéral à l'égard d'autres aspects du tabac a notamment accru la popularité des produits de vapotage.
Dans quelle mesure le résultat intermédiaire, Nombre accru de participants aux interventions financées par la SFLT qui tentent de cesser de fumer, a-t-il été atteint?	Parmi les projets financés par la SFLT (ASPC, DGSPNI, ligne d'aide au renoncement) et la population générale <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du nombre de personnes essayant de cesser de fumer • Nombre accru de personnes renonçant au tabagisme • Augmentation du nombre de 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	Les premiers résultats des projets visant le renoncement du tabac sont prometteurs. Même si la portée de ces projets demeure limitée, la portée pourrait tout de même être étendue à l'avenir. Après le lancement du numéro sans frais pancanadien en 2012, on a constaté une importante hausse du nombre de gens ayant recours à un service téléphonique d'aide au Canada. Un quart des appelants sondés qui

Éléments	Indicateurs	Cote générale	Résumé
	personnes qui pourraient vraiment cesser de fumer <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du taux d'abandon et diminution de la prévalence 		ont appelé le numéro pancanadien a mentionné avoir cessé de fumer ou avoir réduit sa consommation de produits du tabac.
Quelle incidence le programme a-t-il sur la réduction de la prévalence du tabagisme chez les Canadiens?	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la prévalence de fumeurs quotidiens par âge • Nombre inférieur de jeunes fumeurs comparativement au nombre des années précédentes 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	La diminution de la prévalence du tabagisme a ralenti, mais s'est poursuivie. En 2013, le taux de prévalence du tabagisme au Canada était de 14,6 %. Ces résultats sont comparables à ceux des autres pays développés. Depuis 2010-2011, le taux de tabagisme chez les jeunes Canadiens a diminué de manière significative. Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves de 2014-2015, les jeunes de la 6 ^e à la 12 ^e année étaient moins susceptibles de déclarer être des fumeurs (3 %) en 2014-2015 qu'en 2012-13 (4 %).
Démonstration d'économie et d'efficience			
Le programme a-t-il réalisé ses activités de la manière la plus efficiente possible? Existe-t-il d'autres programmes qui complètent, chevauchent ou reproduisent les objectifs de la SFLT? Y a-t-il d'autres approches possibles pour la mise en œuvre de ce programme?	<ul style="list-style-type: none"> • Écart entre les dépenses prévues et réelles et entre les tendances et les conséquences. • Lorsque possible, comparaison des coûts par extrant (inspections et interventions) au fil du temps • Lorsque cela est pertinent (p. ex. S et C), degré d'incidence atteint ou pertinence du pourcentage des frais administratifs. • Données probantes relatives aux mesures prises pour accroître l'efficacité et la rentabilité (p. ex. coordination avec les provinces et les territoires, regroupement des enquêtes, réorganisation) • Données probantes concernant 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	De nombreuses activités financées grâce à la SFLT ont tiré leur succès de la collaboration et des partenariats. Les projets financés par l'ASPC ont notamment mis en commun des fonds grâce à des partenariats multisectoriels. Les fonds de la SFLT ont diminué d'environ 35 % par rapport à la période quinquennale précédente. Dans certains secteurs, la réduction du financement et l'accent mis sur l'aspect économique du programme ont eu des conséquences négatives sur l'efficacité opérationnelle. On le remarque surtout au niveau de la capacité de recherche et de surveillance de la SFLT, où l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada – qui est annuelle – a été remplacée par une enquête bisannuelle portant sur plus d'un sujet, dont l'alcool et les drogues.

Éléments	Indicateurs	Cote générale	Résumé
	d'autres programmes <ul style="list-style-type: none"> Données probantes concernant d'autres approches 		Tous les partenaires fédéraux connaissent leurs domaines de responsabilité, et personne n'a signalé de duplication des efforts. Mais les liens entre les activités tenues par les différents partenaires n'étaient pas clairs, et le niveau d'engagement des partenaires variait.
Des mécanismes de mesure du rendement appropriés ont-ils été mis en place? Si tel est le cas, est-ce que la haute direction/les décideurs se servent de cette information?	<ul style="list-style-type: none"> Caractère approprié des activités de mesures du rendement Données probantes sur l'utilisation des données sur le rendement dans la prise de décisions 	Atteinte	Il existe une stratégie de mesure du rendement pour les programmes dans le champ d'application. La Stratégie est ventilée en fonction de ses composantes. Tous les organismes partenaires produisent des rapports sur les résultats et les faits saillants du rendement à l'intention de Santé Canada. Le Ministère ajoute ensuite les données à son Rapport sur les plans et priorités, à son Rapport ministériel sur le rendement et, en fin de compte, à la Base de données sur les résultats des initiatives du Secrétariat du Conseil du Trésor. La DLT prépare un rapport annuel sur le rendement qui est présenté à tous les partenaires fédéraux. Ce rapport a servi dans le cadre de l'évaluation.

Annexe 3 – Description de l'évaluation

Portée de l'évaluation

L'évaluation portait sur la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) pour la période allant de 2012-2013 à 2016-2017. L'évaluation a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la Loi sur la gestion des finances publiques et de la Politique sur l'évaluation du Conseil du Trésor du Canada (2009). L'évaluation porte sur les activités des partenaires fédéraux actuels, à savoir Santé Canada, Sécurité publique (SP), la Gendarmerie royale du Canada (GRC), l'Agence du revenu du Canada, l'Agence des services frontaliers du Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. Le financement à durée limitée offert au Service des poursuites pénales du Canada en 2012-2013 n'a pas été visé par l'évaluation.

Questions à évaluer

Les questions d'intérêt visées par l'évaluation s'harmonisaient avec les cinq questions fondamentales énoncées la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor. Ces éléments se trouvent dans le tableau qui suit. Suivant chaque question fondamentale, les questions d'évaluation ont été adaptées en fonction du programme et ont orienté le processus d'évaluation.

Tableau 1 : Enjeux et questions principaux de l'évaluation

Principaux enjeux	Questions à évaluer
Pertinence	
Élément 1 : Besoin continu du programme	Évaluation de la mesure dans laquelle le programme continue de répondre à un besoin manifeste et est réceptif aux besoins des Canadiens <ul style="list-style-type: none"> Quels besoins sociétaux ou en matière de santé justifient la poursuite de la SFLT, y compris des activités des ministères partenaires?
Élément 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement	Évaluation des liens entre les objectifs des programmes et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques du Ministère. <ul style="list-style-type: none"> Quelles sont les priorités du gouvernement du Canada en ce qui a trait au tabagisme et au contrôle des produits du tabac? Quelles sont les priorités ministérielles et quels sont les résultats stratégiques liés au tabagisme et au contrôle des produits du tabac?
Élément 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	Évaluer le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral à l'égard de l'exécution du programme. <ul style="list-style-type: none"> Quels sont les rôles du gouvernement fédéral à l'égard du tabagisme et du contrôle des produits du tabac?
Rendement (efficacité, efficience et rentabilité)	
Élément 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	Évaluation des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés (y compris les résultats immédiats, intermédiaires et ultimes) par rapport aux cibles et à la portée du programme ainsi qu'à la conception du programme, ce qui comprend les liens et la

	<p>contribution des extraits aux résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure la prévalence du tabagisme a-t-elle été réduite? <ul style="list-style-type: none"> • Comment la conformité à la Loi sur le tabac a-t-elle évolué? • Dans quelle mesure le niveau de sensibilisation aux risques du tabagisme a-t-il évolué chez les utilisateurs des ressources financées par la SFLT et de la population générale? • Comment l'incidence de l'initiation au tabagisme a-t-elle évolué? • Comment les comportements relatifs à l'abandon du tabac ont-ils évolué? • Quels facteurs environnementaux (nationaux ou internationaux) peuvent avoir une incidence sur les comportements liés au tabac des Canadiens? Quelles mesures ont pris Santé Canada et les ministères partenaires pour faire face à ces changements?
<p>Élément 5 : Démonstration d'économie et d'efficacité</p>	<p>Évaluer l'utilisation des ressources par rapport à la production des extraits et aux progrès en vue de l'obtention des résultats escomptés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre des programmes, a-t-on réalisé les activités de la façon la plus économique et la plus efficace possible? <p>Évaluation de l'efficacité de la conception et de la mise en œuvre du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il d'autres programmes qui complètent, chevauchent ou reproduisent les objectifs de la SFLT? • Y a-t-il d'autres approches possibles pour la mise en œuvre de ce programme?

Méthodes de collecte et d'analyse des données

Les données analysées dans le cadre de l'évaluation ont été recueillies auprès de différentes sources et au moyen de diverses méthodes, dont les suivantes :

Examen de documents – Environ 400 documents portant sur la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme ont fait l'objet d'un examen en vue de l'établissement de renseignements au sujet de la pertinence (priorités, rôles et responsabilités) des activités. Les ministères partenaires ont fourni à l'équipe chargée de l'évaluation des documents pertinents concernant les activités menées dans le cadre de la SFLT.

Examen des données financières – On a examiné les données financières de 2012-2013 à 2016-2017, y compris les dépenses prévues au budget et les dépenses réelles pour les organisations partenaires.

Entrevues auprès d'informateurs clés – Des entrevues ont été réalisées auprès de 65 intervenants (intervenants internes (n = 37), soit SC (n = 17), ASPC (n = 4), ARC

(n = 2), Sécurité publique (n = 3), ASFC (n = 2), GRC (n = 9)^{xiv}; intervenants provinciaux et territoriaux (n = 10); partenaires externes et informateurs clés (n = 18)). À quelques exceptions près, les entrevues ont été réalisées par deux membres de l'équipe d'évaluation, dont l'un avait comme responsabilité principale la prise de notes. Les notes et les transcriptions ont été analysées à l'aide de NVIVO. Des entrevues additionnelles ont été réalisées dans le cadre des études de cas.

Analyse provinciale, territoriale et municipale – Une analyse des activités de lutte contre le tabagisme réalisées par les provinces, les territoires et les municipalités a été faite en consultant les sites Web des gouvernements provinciaux et territoriaux et des municipalités.

Revue de la littérature – Une entreprise à forfait avait le mandat de faire une recherche concernant les documents canadiens et étrangers. Cette revue de la littérature a permis de répondre aux principales questions de l'évaluation, et a évalué l'évolution de différentes questions en matière de lutte contre le tabagisme depuis le lancement initial de la SFLT en 2001. Après avoir examiné les documents pour en assurer la pertinence, on a analysé 81 articles.

Examen des données sur le rendement – On a réalisé un examen des données sur le rendement d'activités de grappes réalisées entre 2012-2013 et 2016-2017 (rapports d'évaluation et du rendement des projets, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) et Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD)).

Étude de cas – Trois études de cas ont été réalisées en ce qui concerne des programmes financés par la SFLT : « Je te laisse » (Santé Canada); « Je cours, j'écrase! » (ASPC); et la Composante des Premières Nations et des Inuits de la SFLT (Santé Canada). Ces études de cas comprenaient des entrevues auprès d'informateurs clés, un examen des documents, ainsi que l'examen des données financières, et portaient sur des programmes particuliers en matière de tabac (p. ex. renoncement au tabac).

Analyse des médias – La Direction générale des affaires publiques et des communications de Santé Canada a réalisé une analyse des médias, notamment des médias sociaux, afin d'évaluer la couverture de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016.

Les données, recueillies à partir des diverses sources et au moyen des diverses méthodes énumérées ci-dessus, ont été soumises à la triangulation. Celle-ci comprend : la compilation, l'examen et la synthèse systématiques des principaux résultats; l'analyse statistique des données quantitatives issues des bases de données; l'analyse thématique des données qualitatives; l'analyse comparative des données provenant de diverses sources pour valider les constatations générales.

^{xiv} Les entrevues auprès des intervenants de la GRC ont été réalisées par les Services nationaux d'évaluation des programmes de la GRC.

Annexe 4 – Études de cas

Étude de cas 1 – Je cours, j'écrase!

Étude de cas 2 – Je te laisse

Étude de cas 3 – Composante des Premières Nations et des Inuits

Étude de cas n° 1 Je cours, j'écrase!

Résumé des résultats

L'ASPC a reçu des subventions et des contributions dans le cadre de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT), afin d'étudier l'usage du tabac comme facteur de risque des maladies chroniques. Ces fonds ont été intégrés à l'approche généralisée en matière de prévention des maladies chroniques, et ont servi à créer et à mettre en place des interventions novatrices de lutte contre le tabagisme par l'intermédiaire des subventions et contributions actuellement versées dans le cadre des Partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques. À cette étape-ci, en 2016, l'ASPC met en application l'approche des partenariats plurisectoriels à plus de 20 projets en santé publique.

L'approche des partenariats plurisectoriels du Centre de prévention des maladies chroniques (CPMC) s'appuyait sur un certain nombre d'exigences clés qui différaient des autres possibilités de financement. Dans le cadre de celle-ci, on sollicitait des idées de projet par l'intermédiaire d'un processus d'adoption permanent à deux étapes qui commençait par la présentation d'idées de projet au moyen d'une lettre d'intention. Si les idées étaient retenues, le promoteur pouvait recevoir une invitation à présenter une demande de financement dans le cadre du projet. Grâce à ce processus permanent, les intervenants pouvaient tirer profit de nouvelles possibilités de partenariat et formuler des idées de projet novatrices, tout en réduisant le fardeau imposé aux demandeurs préparant des propositions de projet qui ne respectaient peut-être pas les exigences du programme.

Les projets doivent recevoir des fonds de contrepartie, que ce soit des sommes en espèces, des ressources en nature ou un agencement des deux provenant de sources autres que celles financées par des contribuables, en plus d'avoir conclu des partenariats avec des organisations non gouvernementales (ONG). En outre, les projets reçoivent des fonds dans le cadre d'une approche fondée sur le rendement. Cela signifie que les versements sont associés à des résultats et à des jalons convenus.

Description de l'étude de cas

Quatre projets ont reçu des fonds de la SFLT par l'intermédiaire de l'ASPC pour la période allant de 2012 à 2016 (voir le tableau 1) : « Je cours, j'écrase! », Améliorer la capacité de professionnels de la santé à intégrer les interventions éprouvées en matière d'abandon du tabagisme, Implementing a National Smoking Cessation Program in Respiratory Clinics (INSPIRE), et Building and Enhancing the Cessation Capacity of Health Professional Interveners. En consultation avec le secteur du programme, le projet « Je cours, j'écrase! » a été sélectionné comme sujet d'une étude de cas pour plusieurs raisons : il reçoit la somme la plus importante parmi les quatre projets de renoncement au tabac; il met directement l'accent sur l'abandon du tabac; il a attiré l'attention des médias. L'étude de cas met l'accent sur la mise en place du projet « Je

cours, j'écrase! » dans le cadre d'un partenariat multisectoriel, ainsi que les premières réussites et les leçons retenues dans le cadre du projet.

Tableau 1. Fonds investis dans les projets de l'ASPC dans le cadre de la SFLT (\$)

Titre du projet	Chef de projet	Financement provenant de l'ASPC (\$)	Financement des partenaires (\$)	Financement total (\$)
Améliorer la capacité de professionnels de la santé à intégrer les interventions éprouvées en matière d'abandon du tabagisme	Réseau canadien pour les soins respiratoires	1 009 292	316 000	1 325 292
National Smoking Cessation Program in Respiratory Clinics (INSPIRE)	Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa	1 640 077	269 050	1 909 127
Building and Enhancing the Cessation Capacity of Health Professional Interveners	Manitoba Tobacco Reduction Alliance	450 000	150 000	600 000
Je cours, j'écrase!	Société canadienne du cancer	4 997 757	1 665 939	6 663 696
TOTAL (approuvé)		8 097 126	2 400 989	10 498 115

La méthodologie de l'étude de cas comprenait sept entrevues auprès d'intervenants clés (p. ex. Société canadienne du cancer, ASPC, Coin des coureurs), ainsi qu'un examen des documents. En outre, des questions au sujet de « Je cours, j'écrase! » ont été posées pendant les entrevues (n = 9) auprès des intervenants provinciaux et territoriaux (n = 10). Les données de mesure sur le rendement de l'initiative « Je cours, j'écrase! » étaient limitées, puisque le financement a commencé le 1^{er} août 2015.

Je cours, j'écrase!

Le programme « Je cours, j'écrase! » du Coin des coureurs cherche à aider les participants à arrêter de fumer en faisant davantage d'activité physique. Les participants prennent part au programme de dix semaines du Coin des coureurs leur apprenant à courir, qui met particulièrement l'accent sur la manière de renoncer au tabac au moyen des ressources éprouvées de la Société canadienne du cancer (SCC). Le programme actuel du Coin des coureurs comporte trois options en ce qui a trait à l'inscription : un programme d'entraînement en magasin, un programme en ligne, et un programme autonome « À ma façon ». Les programmes d'entraînement en magasin et en ligne sont d'une durée de 10 semaines, et comprennent un programme d'entraînement progressif supervisé par un entraîneur du Coin des coureurs qui enseigne comment marcher et/ou courir, qui offre des conseils pour renoncer au tabac, ainsi que des appels de soutien d'un intervenant spécialisé en renoncement des lignes d'aide au renoncement provinciales/territoriales participantes. Dans le cadre du programme en ligne, les participants reçoivent des conseils sur la manière de marcher ou de courir par l'intermédiaire de directives audio fournies chaque semaine, ainsi qu'un soutien au

renoncement par courriel ou sur Internet. L'inscription au programme autonome est gratuite. Cependant, ce programme ne comprend pas certains services offerts dans le cadre des autres options, comme le soutien d'un entraîneur, ainsi que des bons de réduction pour des produits de remplacement de la nicotine. Tous les participants reçoivent le dépliant d'aide de la SCC, obtiennent les numéros de la ligne d'aide téléphonique et l'adresse Web des services de renoncement auxquels ils ont accès, et peuvent obtenir du soutien et de l'information par l'intermédiaire des médias sociaux (Facebook, Twitter et YouTube). Tous les participants sont admissibles à des prix^{xv} lorsqu'ils achèvent le programme, une marche/course de 5 km, en plus de montrer qu'ils continuent d'être non-fumeurs à une date particulière.

Le programme a été conçu et créé initialement par la SCC, en fonction des études existantes sur les avantages de l'exercice lors du renoncement au tabac. En raison de l'expertise au Canada du Coin des coureurs en ce qui concerne les programmes de marche ou de course à des fins d'entraînement, la SCC a communiqué avec l'entreprise pour obtenir de l'aide lors de la création du programme. Ce partenariat a donné lieu à l'initiative conjointe, tirant profit des connaissances et de l'expérience de chacun, plus particulièrement les ressources et l'expertise de la SCC en matière de renoncement et le programme permettant d'apprendre à courir du Coin des coureurs. En matière de financement de programme, l'ASPC s'est intéressée à la SCC et au Coin des coureurs en raison de leur infrastructure, de leurs ressources, de leur expérience et de leur engagement constant en ce qui a trait aux modes de vie sains, notamment le renoncement au tabac et la promotion de l'activité physique, qui vont au-delà des paramètres de l'accord de financement.

Les principales discussions entre la SCC et le Coin des coureurs concernant la manière de mettre en place et à l'essai le programme ont commencé en 2013. Le programme pilote s'est déroulé dans une succursale d'Ottawa, entre avril et juin 2013. À la fin du programme, une course de 5 km a été organisée le 1^{er} juillet 2013. Au départ, trente-quatre participants étaient inscrits au projet pilote. De ceux-ci, 24 ont pris part à la première séance, et 14 ont terminé le programme de dix semaines. Le projet pilote a été évalué par l'Université de Toronto, et comprenait un test des niveaux de monoxyde de carbone des participants, afin de vérifier si ces derniers avaient arrêté de fumer. Selon les résultats de l'évaluation, lors du suivi réalisé après 6 mois, 29 % des participants avaient arrêté de fumer pendant 30 jours au cours de la période de six mois ayant suivi la fin du programme, et 21 % n'avaient pas fumé pendant 8 semaines ayant suivi la fin du programme. Tous les participants ont déclaré faire davantage d'activité physique au moment du suivi réalisé après 6 mois¹²³.

Ces résultats étaient comparables à d'autres programmes de renoncement au tabac qui comprennent de l'activité physique, comme le programme Ontario Quit & Get Fit¹²⁴, et ceux qui proposent des thérapies de remplacement de la nicotine, comme le programme de renoncement au tabac de la Colombie-Britannique¹²⁵.

^{xv} Il est important de noter que les prix incitatifs du concours sont payés au moyen des fonds des partenaires, pas ceux de la SFLT ou de l'ASPC.

Le programme Quit & Get Fit a été mis en place en 2010, par l'Ontario Lung Association, en partenariat avec GoodLife Fitness. Il reçoit des fonds du ministère de la Promotion de la santé et du Sport de l'Ontario depuis 2010-2012¹²⁶. Le programme Quit & Get Fit, semblable au programme « Je cours, j'écrase! », intégrait l'activité physique sous la supervision d'un entraîneur personnel, ainsi qu'un soutien au renoncement au tabac offert par un entraîneur personnel ayant reçu une formation spéciale. Selon les résultats du programme Quit & Get Fit en 2012, parmi les 193 fumeurs inscrits au programme, 39,4 % avaient arrêté de fumer à la fin du programme, et 22,3 % étaient toujours non-fumeurs 3 mois après la fin du programme. La consommation moyenne quotidienne de cigarettes avait diminué chez les personnes qui continuaient de fumer. En outre, les fumeurs et les personnes ayant arrêté de fumer ont déclaré faire plus d'activité physique vigoureuse 3 mois après la fin du programme¹²⁷.

Le programme de renoncement au tabac de la Colombie-Britannique a été lancé en 2011. Il propose aux résidents admissibles de la province un approvisionnement de 12 semaines de gomme ou de timbre de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) sans ordonnance, ou un approvisionnement de 12 semaines de médicaments de désaccoutumance au tabac offerts sur ordonnance. Selon l'évaluation du programme réalisée en 2015, parmi les 3 001 répondants, 26,8 % ont déclaré avoir arrêté de fumer, 52 % avaient arrêté de fumer pendant plus de 30 jours après l'utilisation du programme, et 71 % avaient tenté au moins une fois d'arrêter de fumer pendant au moins 24 heures¹²⁸.

Des études récentes sur les programmes d'abandon du tabac qui intègrent l'exercice, avec ou sans produits de TRN, ont trouvé qu'il est bénéfique d'ajouter l'activité physique au plan de renoncement, tandis que les taux de renoncement au tabac diminuent^{129,130}. Selon une étude, même si les composantes de maintien aident à continuer de renoncer au tabac 14 semaines après une intervention, elles n'offraient pas d'aussi bons résultats lors de suivis réalisés à un moment ultérieur. Cela soulève la question à savoir comment aider les participants à continuer de renoncer au tabac à long terme¹³¹. Une autre étude a indiqué que des séances téléphoniques additionnelles en matière de renoncement peuvent aider la personne à demeurer non-fumeuse à plus long terme¹³².

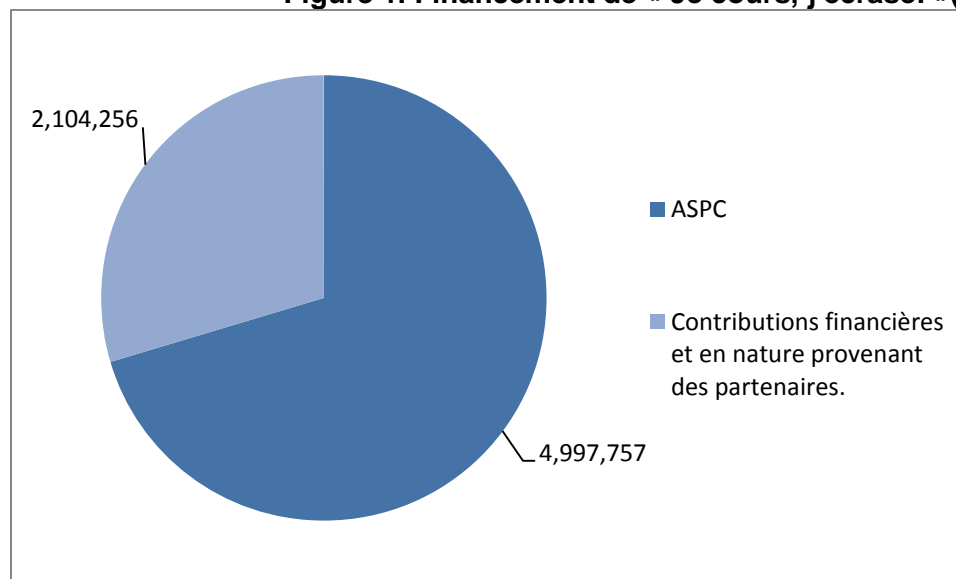
Puisque, dans le cadre de l'évaluation de « Je cours, j'écrase! », un suivi sera réalisé auprès des participants un an après le programme, il pourrait être possible d'examiner si l'approche aidera davantage les participants à demeurer non-fumeurs à long terme. L'évaluation du projet, réalisée par le docteur Guy Faulkner de l'Université de la Colombie-Britannique, étudiera le statut de fumeur et les niveaux d'activité physique des participants aux trois options de programme que ces participants déclareront eux-mêmes à la fin du programme de 10 semaines, ainsi que six mois et douze mois après celui-ci. Des tests de monoxyde de carbone (CO) seront réalisés auprès de tous les participants en succursale tout au long du programme de 10 semaines. Les tests de salive pour évaluer le taux de cotinine serviront à vérifier si les gagnants des prix demeurent non-fumeurs. Le statut de fumeur d'un échantillon de participants en succursale sera vérifié par contrôle de CO ou test de salive pour obtenir le taux de

cotinine à six mois et à douze mois. Dans le cadre de l'évaluation, des données additionnelles seront recueillies au moyen d'un certain nombre de sources, notamment les sondages à la fin du programme auprès des participants, des entrevues le personnel du Coin des coureurs, de l'information fournie par les lignes d'aide aux fumeurs, et des observations directes sur les programmes participants.

En raison de la réussite du programme pilote, l'ASPC a communiqué avec l'équipe de la SCC et du Coin des coureurs, afin d'évaluer si elle voulait offrir le programme pilote à plus grande échelle. L'ASPC a confirmé que le Coin des coureurs respectait les critères de l'approche de partenariat plurisectoriel (p. ex. renoncement au tabac, activité physique, partenaires multisectoriels) et soutenait les objectifs de la SFLT en matière d'abandon du tabac.

L'accord conclu par l'ASPC et la SCC est entré en vigueur le 1^{er} août 2015, et le demeurera jusqu'au 31 mars 2020. L'ASPC versera environ 5 millions de dollars sur cinq ans à la SCC dans le cadre d'une approche de paiement selon le rendement, tandis que les paiements sont associés à l'obtention de résultats précisés d'avance, négociés conjointement et mesurables. Comme l'indique l'accord de contribution détaillé, la SCC (le bénéficiaire) recevra des versements pour les résultats obtenus, et doit fournir à l'ASPC une description du résultat obtenu, une description du rendement, la date de l'obtention des résultats, ainsi que les dépenses réelles faites pour obtenir ce résultat.

Figure 1. Financement de « Je cours, j'écrase! »(\$)



La SCC versera 224 490 \$ au cours de la période de cinq ans, et fournira son expertise en matière d'abandon du tabac, ainsi que des ressources, comme son guide sur le renoncement au tabac, du soutien individualisé par l'entremise des lignes d'aide au renoncement nationale et provinciales, ainsi que son programme de renoncement au tabac aux dirigeants et aux entraîneurs des programmes du Coin des coureurs. Le Coin

des coureurs a convenu de fournir 1,2 million de dollars sur cinq ans, en plus de se charger de choisir les succursales dans lesquelles les programmes « Je cours, j'écrase! » seront offerts, et de former les dirigeants des programmes et les entraîneurs, avec l'aide de la SCC. Des fonds additionnels et des contributions en nature seront fournis par des entreprises du secteur privé, notamment McNeil Consumer Healthcare.

Parmi les objectifs du projet financé, comme ils figurent dans la proposition du projet et à l'annexe A de l'accord de contribution, il y a la prise en compte de deux facteurs de risque modifiables des maladies chroniques, soit l'usage du tabac et l'inactivité physique. En fin de compte, on cherche à aider les gens à faire régulièrement de l'activité physique, ce qui, seul ou en combinaison avec le renoncement au tabac, leur permettra de réduire leur risque de cancer, de diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires.

La population ciblée dans le cadre du programme « Je cours, j'écrase! » est constituée de fumeurs canadiens qui souhaitent arrêter de fumer ou songent à arrêter. Même si la SFLT détermine que les communautés des Premières Nations et des Inuits et que les jeunes adultes sont les groupes sur lesquels les activités devraient mettre l'accent, le programme de financement des partenariats multisectoriels adopte une approche axée sur la santé de la population, notamment des mesures multisectorielles et l'innovation sociale, dans le but d'améliorer la santé de toutes les populations, tout en réduisant les inégalités en matière de santé chez certains groupes de population s'il y a lieu. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de tenir compte de populations précises. Cependant, la SCC a déterminé que le fait de définir des pratiques exemplaires et des leçons retenues pourrait aider à adapter le programme afin qu'il touche des groupes plus particuliers de la population, notamment ceux qui, selon la SFLT, ont besoin d'une attention additionnelle.

Le gouvernement du Canada a annoncé le lancement du programme « Je cours, j'écrase! » le 28 juillet 2015¹³³. L'inscription pour le programme de 2016 a eu lieu de janvier 2016 au 23 avril 2016. Les premiers programmes d'entraînement virtuel et en succursale, ainsi que la marche/course de 5 km ont été achevés en juillet 2016. Ces premiers programmes comptaient 1 079 participants en ligne (entraînement virtuel, n = 72; Commit to Quit, n = 830) et 177 participants dans 21 succursales du Coin des coureurs. Ces chiffres étaient beaucoup moins élevés que l'objectif. En 2016, l'objectif en matière d'inscriptions était fixé à 5 775, ce qui comprenait 4 200 participants au programme autonome en ligne gratuit Commit to Quit, 525 participants au programme d'entraînement virtuel, et 525 participants au programme en succursale. La Société canadienne du cancer a choisi ces objectifs en fonction de son expérience antérieure dans le cadre d'un autre programme de renoncement au tabac, Driven to Quit. Le Coin des coureurs prévoit offrir le programme d'entraînement dans 50 succursales des dix provinces en 2017. D'ici 2018, il devrait être offert dans les 110 succursales (nombre de juillet 2015), tandis que les nombres ciblés augmenteront chaque année.

Parmi les raisons offertes pour expliquer le nombre inférieur d'inscriptions à celui prévu en 2016, il y avait la période relativement courte qui s'est écoulée entre le moment où le

financement a été approuvé et le lancement du programme. Les intervenants interviewés s'attendent à ce que le nombre d'inscriptions augmente au cours des prochaines années, tandis que le programme sera offert dans un plus grand nombre de succursales du Coin des coureurs, et qu'il attirera davantage l'attention.

Premiers succès

Le programme « Je cours, j'écrase! » s'appuie sur une approche axée sur le partenariat en matière de renoncement au tabac qui tire profit de l'expertise, des ressources, de la crédibilité auprès de la population et de la grande portée auprès de la population des organismes de santé publique classiques et d'organismes mobilisés du secteur privé. Tous les partenaires, notamment l'ASPC, peuvent donc soutenir un programme généralisé à plus grande échelle axé sur les données probantes, unique au Canada, qui met l'accent sur les programmes et résultats en matière de renoncement au tabac et d'activité physique.

Selon les partenaires de l'initiative « Je cours, j'écrase! », l'approche axée sur les partenariats multisectoriels offrait des avantages. Parmi les avantages pour la SCC et le Coin des coureurs, il y avait le fait que la participation de l'ASPC a augmenté la crédibilité du programme en raison du parrainage officiel de l'ASPC. Il y avait aussi la capacité accrue de s'entendre avec d'autres partenaires éventuels dans le cadre du programme « Je cours, j'écrase! » ou d'autres programmes en santé. Le financement de l'ASPC a été utile à plusieurs égards, et a permis au Coin des coureurs et à la SCC d'attirer l'attention sur le programme et de le mettre en place plus facilement partout au pays. L'expérience antérieure de l'ASPC en ce qui concerne des programmes axés sur la santé a aidé à orienter le lancement de « Je cours, j'écrase! », tout en permettant à la SCC et au Coin des coureurs de continuer à gérer le programme. En outre, l'approche axée sur les partenariats multisectoriels a permis l'échange de renseignements et un accès accru à la population.

L'ASPC a tiré profit du partenariat « Je cours, j'écrase! » de différentes façons. Même si les informateurs clés ont souligné que les programmes financés par l'entremise des PPS ne sont pas uniquement fondés sur l'aspect financier, cette approche non classique en matière de financement des programmes permet de mieux tirer profit de ressources financières et non financières. Le programme « Je cours, j'écrase! » a permis d'améliorer la marque de l'ASPC, permettant à l'ASPC d'être perçue comme un partenaire utile plutôt qu'un organisme chargé de faire la promotion de la santé publique. En outre, des occasions comme « Je cours, j'écrase! » permettent à l'ASPC de mettre à l'essai de nouvelles approches novatrices en matière de santé publique, ce qui aide à joindre et à influencer les Canadiens.

Comme le mentionnent les documents sur le partenariat¹³⁴, il existe des défis ou des risques associés aux partenariats multisectoriels, comme les motifs des partenaires et les conflits d'intérêts éventuels; l'incidence négative sur la réputation, notamment pour les secteurs public et sans but lucratif; le déséquilibre de pouvoir entre les organismes

partenaires; la perte d'autonomie, plus particulièrement chez les partenaires ayant moins de pouvoir. Même si on peut s'attendre à des défis lorsque différents organismes travaillent ensemble pour atteindre un objectif commun, il existe des avantages, comme l'échange de connaissances et d'expérience, une hausse de la portée des organismes participants, et un engagement et une responsabilité améliorés au moyen d'accords de partenariat.

Parmi les réussites du programme « Je cours, j'écrase! » associées aux résultats de la SFLT, il y a le fait que plus de mille Canadiens se sont inscrits au programme afin d'essayer de cesser de fumer. Il s'agit d'un des principaux objectifs de la SFLT. Même si le nombre de participants qui ont renoncé au tabac à la fin de la première ronde du programme n'est pas connu actuellement, ce chiffre est recueilli et des sondages de suivi réalisés par l'Université de la Colombie-Britannique permettront d'évaluer combien de participants sont toujours non-fumeurs.

Parmi les autres réussites associées aux résultats de la SFLT, il y a l'intégration des leçons retenues, ce qui permettra d'étendre la portée et l'effet possible du programme « Je cours, j'écrase! », aidant ainsi davantage de Canadiens à cesser de fumer, notamment ceux faisant partie des populations ciblées par la SFLT.

Leçons apprises

Communication avec les partenaires

Les trois partenaires ont déterminé un certain nombre de leçons retenues, notamment la nécessité d'adopter des approches novatrices en ce qui a trait aux questions de santé publique, comme le tabagisme. L'ASPC a été chaudement félicitée. Plusieurs ont fait l'éloge des relations entre l'Agence et les partenaires, notamment en ce qui concerne les communications régulières entre l'ASPC et la SCC et le Coin des coureurs. En raison de cette expérience positive en matière de communications ouvertes, qui avaient lieu toutes les deux semaines, l'ASPC l'a intégrée à plusieurs autres projets de partenariats multisectoriels.

Processus d'approbation prolongé

L'accord de contribution entre l'ASPC et la SCC a été signé en juillet 2015, après des négociations et un processus d'élaboration de propositions qui ont pris environ deux ans. L'ASPC, la SCC et le Coin des coureurs ont tous reconnu qu'il s'agit d'un processus long. Cela est attribuable en partie au fait que le processus de financement exige énormément de renseignements détaillés et compte plusieurs étapes. Comme le mentionne l'ASPC, il peut s'écouler énormément de temps avant que des propositions sur plusieurs interventions prometteuses soient prêtes à être approuvées, surtout lorsqu'elles sont élaborées par de nouveaux partenaires non classiques qui n'ont jamais préparé de proposition de financement, utilisé les modèles du gouvernement ou participé à ses processus d'approbation.

Faible taux d'inscription

Des sondages ont été réalisés par l'équipe de « Je cours, j'écrase! » auprès des partenaires du programme (c.-à-d. le Coin des coureurs, la SCC et autres) et des fumeurs qui ne se sont pas inscrits aux programmes, afin de déterminer les défis et les occasions décelés au cours de la première année du programme, afin d'accroître le nombre de participants au cours des deuxième et troisième années. Parmi les réponses fournies, il y avait le fait d'offrir le programme à plusieurs reprises au cours de l'année, de modifier les images sur le site Web de « Je cours, j'écrase! » pour tenir compte du groupe démographique ciblé, notamment pour attirer les fumeurs qui ne se perçoivent pas comme étant suffisamment en forme pour participer au programme, et d'améliorer le site Web pour faciliter le processus d'inscription.

Les médias ont accordé une attention considérable et positive au programme, notamment les médias classiques (p. ex. radio, télévision) et les médias sociaux (p. ex. Twitter, Facebook). Les résultats des sondages internes et externes réalisés en 2016 permettent à l'équipe de « Je cours, j'écrase! » de mieux cibler son public, afin de pouvoir accroître le nombre d'inscriptions. Par exemple, en janvier 2017, l'équipe de « Je cours, j'écrase! » commercialisera le programme de manière à tirer profit des résolutions du Nouvel An et de la Semaine sans tabac.

Partenariat intentionnel

Certains ont souligné l'importance de s'associer à des organismes respectés, comme la SCC, le Coin des coureurs et l'ASPC, et surtout des organismes qui ont de l'expérience en matière d'organisation d'événements publics et de campagnes sur les médias sociaux, et qui ont une marque et une réputation bien établies. Par exemple, la SCC fait preuve de prudence lorsqu'elle s'associe à un partenaire, surtout lorsque le partenaire est un organisme à but lucratif, afin de protéger sa réputation.

Adaptations

Certains informateurs clés provinciaux et territoriaux ont manifesté des préoccupations en ce qui concerne le programme « Je cours, j'écrase! », notamment les frais d'inscription imposés pour participer au programme, ce qui limite l'accès de certains au programme. Différentes sections de la santé publique et d'autres groupes ont souligné ce point. En réaction à ces préoccupations, le programme cherche à trouver des solutions et à aider à faire la promotion du volet Commit to Quit. Des informateurs clés provinciaux et territoriaux ont manifesté des préoccupations au sujet de différentes questions d'accessibilité, comme les régions dans lesquelles le long hiver rend la course à l'extérieur difficile, ou les régions rurales où on trouve moins d'endroits sécuritaires où courir. L'équipe de « Je cours, j'écrase! » cherche à créer des solutions plus complètes pour les communautés éloignées pour les années 2 et 3, même si elle a souligné qu'un certain nombre de communautés éloignées, inuites et des Premières Nations ont créé leurs propres groupes, et ont participé aux programmes en ligne et Commit to Quit. D'autres ont indiqué être préoccupés par la nécessité que les programmes financés par le gouvernement fédéral mettent l'accent sur la collaboration avec des programmes provinciaux et territoriaux déjà en place.

Conclusion

Le programme « Je cours, j'écrase! » va de pair avec l'objectif de la SFLT, qui est d'aider les gens à cesser de fumer, ainsi que la mission du CPMC qui est de favoriser les mesures multisectorielles axées sur des données probantes pour faire la promotion des modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques. Ce programme pourrait être adapté à différentes communautés, populations et questions de santé. D'ailleurs, la SCC et le Coin des coureurs ont indiqué s'intéresser à cet aspect.

La SCC et le Coin des coureurs ont suggéré que l'initiative « Je cours, j'écrase! » continuera d'être offerte même si le financement de l'ASPC cesse. Des personnes interviewées ont indiqué vouloir étendre le projet à d'autres régions du pays, en plus de l'étendre dans des communautés où il n'y a pas de succursales du Coin des coureurs. Comme mentionné dans le rapport annuel, les communautés rurales ont déjà utilisé les programmes en ligne (gratuits et payants) et ont formé leurs propres équipes. L'équipe de « Je cours, j'écrase! » prévoit tirer des leçons de cela, afin de joindre des communautés similaires aux années 2 et 3. En outre, les partenaires de « Je cours, j'écrase! » ont décrit comment ce programme pourrait être élargi ou adapté à différents milieux ou pour répondre à d'autres questions de santé publique. La SCC et le Coin des coureurs échangeaient déjà avec une communauté des Premières Nations pour savoir quel modèle conviendrait le mieux à une communauté des Premières Nations.

Le programme « Je cours, j'écrase! » est un exemple particulièrement intéressant de la manière dont des partenariats entre des organismes du secteur privé, des ONG et le gouvernement fédéral peuvent entraîner la création et la mise en place de programmes novateurs en santé publique. Même si des défis ont dû être relevés, surtout en ce qui concerne les délais relatifs au processus de financement et d'approbation, ils ont été fortement contrebalancés par une bonne communication et de l'assistance de la part de l'ASPC. Dans l'ensemble, l'ASPC, la SCC et le Coin des coureurs ont indiqué avoir vécu une expérience positive lors de la mise en place de « Je cours, j'écrase! ». Il y a eu intégration aux programmes futurs au profit de l'initiative des Partenariats plurisectoriels.

Étude de cas n° 2 Je te laisse

Résumé des résultats

En janvier 2012, la Société canadienne du cancer (SCC) a lancé Je te laisse, une nouvelle campagne numérique financée par Santé Canada, afin de promouvoir le renoncement au tabac dans les six provinces partenaires de Téléassistance pour fumeurs à l'échelle du Canada (Sask., Man., Ont., N.-B., N.-É., Î.-P.-É.). Le budget de la campagne initiale Je te laisse était de 514 712 dollars canadiens. La campagne a eu lieu de janvier à mars 2012. La campagne faisait appel à la métaphore associée au fait de mettre un terme à une relation malsaine pour aider les Canadiens à renoncer au tabac. Dirigée par le service de renoncement au tabac gratuit de la SCC, Téléassistance pour fumeurs, l'initiative a permis de mettre à l'essai des solutions pratiques pour offrir un soutien en matière de renoncement par l'intermédiaire des médias sociaux ainsi que d'un microsite et d'une application pour téléphone intelligent, et de générer de l'information concernant la création de services de renoncement au tabac et l'amélioration des services actuels pour les personnes âgées de 19 à 29 ans, groupe qui affiche le taux de prévalence le plus élevé au pays. Le programme Je te laisse a ensuite été autorisé par Santé Canada et financé pendant une période de quatre ans, d'avril 2012 à mars 2016 (exercices 2012-2013 à 2015-2016).

Profil du programme

Lorsque le financement initial de la SCC a pris fin, Santé Canada a autorisé Je te laisse, et l'a ajouté à la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme. En février 2013, Santé Canada et la SCC ont signé un accord de collaboration, qui comprenait des activités conjointes, comme la participation à des recherches sur l'opinion publique, une rétroaction et une mobilisation des intervenants de 2013 à 2017. Lorsque Santé Canada a autorisé Je te laisse, l'initiative, qui avait une portée uniquement numérique, est devenue une campagne de marketing hybride numérique et en personne. La première année de la campagne de marketing, soit 2012-2013, a mis principalement l'accent sur l'élaboration de la stratégie. En février 2013, des recherches sur l'opinion publique ont été réalisées sur l'attitude et les comportements des jeunes adultes (âgés de 20 à 24 ans). Les résultats de ces recherches ont été utilisés pour façonner la campagne, veillant ainsi à ce que les messages, les ressources et les méthodes de prestation soient adaptés aux jeunes adultes.

En 2013-2014, la deuxième année de la campagne, l'élaboration s'est poursuivie. Des modifications ont été apportées au site Web, des changements ont été faits au contenu Web et un site bilingue a été créé. Des membres de l'équipe dirigeante de jeunes adultes de Santé Canada ont été consultés lors de la création du matériel et de l'approche relatifs à la campagne. Parmi les changements apportés au site Web, il y avait l'ajout d'une section comprenant des ressources aux intervenants qui renfermait des boutons et bannières Web pouvant être téléchargés, et des billets de médias

sociaux pouvant être partagés. L'application mobile Je te laisse a aussi été modifiée et améliorée. Les changements au site Web et à l'application mobile ont été apportés avant le lancement (activité ministérielle à Vancouver, en C.-B.) le 20 janvier 2014. La principale stratégie de marketing était constituée d'activités de mobilisation en personne dans les universités et collèges, ainsi que dans des endroits extérieurs très achalandés, afin de faire participer de jeunes adultes fumeurs (âgés de 20 à 24 ans) à un dialogue sur le renoncement au tabac, tout en faisant la promotion des ressources accessibles à jetelaisse.ca, et sur l'application mobile Je te laisse. Le Bureau du Conseil privé (BCP) n'a pas approuvé de fonds pour la publicité pour faire davantage la promotion de la campagne.

En 2014-2015, la troisième année de la campagne, des événements de mobilisation ont été organisés à nouveau lors d'une saison plus clémente (automne), ainsi que durant la Semaine nationale sans fumée (janvier). Au cours de cet exercice, on a cherché à bâtir une communauté en ligne au sein de laquelle les jeunes adultes fumeurs pouvaient prendre part à une conversation sur le renoncement au tabagisme, et recevoir de l'information sur les activités de mobilisation. Une page d'événements a été lancée sur la page Facebook des Canadiens en santé, afin de fournir une plateforme numérique pour échanger et discuter.

Évaluation du rendement

Méthodologie

Dans le cadre de cette étude de cas, des entrevues et un examen des documents et des dossiers, notamment une mesure du rendement, ont été réalisés pour étudier l'obtention des résultats prévus de la campagne « Je te laisse ». Les entrevues ont été menées auprès des personnes suivantes :

- Santé Canada – Direction générale des communications et des affaires publiques (1)
- Société canadienne du cancer (1)
- Responsable de l'équipe de marketing expérimental de Je te laisse (1)
- Santé Canada – équipe dirigeante de jeunes adultes (2)

Activités et extrants

La mesure du rendement pour la campagne Je te laisse a suivi le nombre d'événements de mobilisation en personne, le nombre d'interactions lors de ces événements, le nombre et le type de matériel promotionnel distribué (circulaires et menthes de marque), le nombre de participants au concours vidéo, l'activité sur le site Web et l'application mobile, ainsi que la mobilisation sur les médias sociaux. Les activités et extrants de la campagne avaient pour objectif de faire des progrès quant à l'obtention des résultats prévus, soit :

- Connaissance accrue des dangers du tabagisme pour la santé et des avantages de renoncer au tabac parmi la population visée. (Résultat immédiat)
- Changement d'attitude à l'égard du renoncement (comme une motivation accrue de renoncer au tabac) chez les personnes exposées aux activités de la campagne. (Résultat intermédiaire)

Entre janvier 2014 et mars 2015, 92 activités ont eu lieu à l'échelle du Canada, dans le cadre desquelles plus de 126 000 jeunes adultes ont pris part à une conversation sur le renoncement au tabac. Cela a fait en sorte qu'il y a eu 47 000 visites sur le site Web Jetelaisse.ca. Chaque visite avait une durée moyenne de 1 minute 12. En outre, l'application *Je te laisse* a été téléchargée 1 335 fois (1 136 pour appareil Apple, 199 pour appareil Android, 68 % en anglais et 32 % en français). Selon la majorité des informateurs clés, les activités de mobilisation, sauf le volet associé aux médias sociaux, ont été réalisées en grande partie comme prévu et ont été une réussite. Des informateurs clés de tous les groupes ont souligné que les interactions en personne ont été une réussite. La plupart des informateurs ont mentionné que l'application mobile et le site Web autonome de la campagne étaient des façons novatrices et réussies de cibler les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans. En permettant à la campagne d'avoir une présentation autre que celle des sites Web du gouvernement fédéral, elle était plus susceptible, selon les informateurs clés, de toucher le groupe d'âge ciblé. Même si, dans l'ensemble, les informateurs ont jugé de manière positive le site Web, certains ont remarqué qu'il pourrait être dans un format plus convivial pour les appareils mobiles. En outre, il était parfois lent à charger.

Parmi les principales critiques que les informateurs clés ont formulées au sujet de la campagne *Je te laisse*, il y avait l'absence de marketing et de mobilisation sur les médias sociaux. Même si la campagne initiale conçue par la SCC était principalement une campagne sur les médias sociaux cherchant à mobiliser et à joindre de manière générale les jeunes, Santé Canada n'a pas adopté le volet consacré aux médias sociaux. Lorsque la campagne *Je te laisse* est passée de la SCC à Santé Canada, le gouvernement n'a pas approuvé le volet réservé aux médias sociaux de la campagne afin qu'elle se déroule comme prévu. La campagne n'avait pas de compte Facebook ou Twitter autonome qui aurait pu servir à mobiliser la population ciblée. Même si une page d'événements Facebook a été créée pour les activités en personne de la campagne *Je te laisse* associées au compte Canadiens en santé, on ne sait pas si le groupe d'âge visé a été touché, puisque le compte Canadiens en santé vise principalement les parents ayant de jeunes familles, et non les jeunes âgés de 20 à 24 ans.

Les intervenants interviewés, de tous les domaines, estiment que Santé Canada a manqué une occasion d'accroître la portée de la campagne en n'étant pas présent sur les médias sociaux, mais ils ont remarqué que les paramètres de toutes les activités de mobilisation étaient extrêmement limités au cours de la période examinée. Certains intervenants ont dit espérer que des changements récemment apportés pourraient entraîner un assouplissement de certaines restrictions imposées en ce qui concerne l'utilisation des médias sociaux par les ministères.

Résultats

Des données sur un certain nombre d'activités et de résultats ont été recueillies, afin de fournir des renseignements sur la mesure du rendement. La campagne *Je te laisse* a respecté ses indicateurs de rendement clés. En outre, la Direction générale des affaires publiques et des communications a tenu une réunion annuelle sur les résultats, lors de

laquelle les pratiques exemplaires et les leçons retenues au cours de la dernière année ont été passées en revue et intégrées aux événements à venir de la campagne.

Puisque plusieurs facteurs ont une incidence sur les deux résultats attendus de la campagne, soit une hausse de la sensibilisation à l'égard des risques que pose le tabagisme pour la santé et des avantages du renoncement au tabac, ainsi que des changements d'attitude à l'égard du renoncement, il n'est pas possible d'établir un lien de cause à effet direct entre les activités de la campagne Je te laisse et des changements souhaités au sein de la population ciblée. Cependant, les sondages réalisés après les événements auprès de 764 participants indiquent que :

- 73 % des personnes ayant reçu de l'information lors des événements ont convenu que cela les avait motivées à songer à cesser de fumer;
- 38 % des personnes qui ont pris part aux événements ont aussi visité le site Web;
- 78 % des personnes qui ont visité le site Web ont convenu que le contenu Web les avait motivées à songer à cesser de fumer.

Même si les sondages réalisés après les événements ont indiqué que les répondants étaient motivés à songer à cesser de fumer après avoir pris part à une activité de la campagne Je te laisse, le nombre de répondants n'était qu'une petite proportion de toutes les personnes touchées par les événements et le matériel de la campagne. En outre, aucun sondage de suivi n'a été réalisé au cours des mois qui ont suivi l'événement. Il n'est donc pas possible de déterminer si les participants à la campagne ont changé de comportement. Les versions futures de la campagne Je te laisse devraient harmoniser les questions d'enquête avec celles posées dans le cadre de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada ou de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes, et ajouter une composante de suivi au sondage, afin de déterminer tout changement de comportement chez les participants à l'événement.

Conclusions

Selon les documents examinés et les données sur la mesure du rendement recueillies, les événements et activités dans le cadre de la campagne se sont déroulés en grande partie comme prévu, tandis qu'il y avait peu de différences d'une année sur l'autre. Il existe des données sur les mesures Web, les téléchargements d'application et les événements en personne. Des informateurs clés ont déclaré que, selon eux, des progrès ont été réalisés pour obtenir les résultats prévus de la campagne Je te laisse. Même s'il est raisonnable de supposer que les activités de la campagne ont eu une certaine incidence, en raison du manque de données de référence et du fait qu'il est difficile de montrer des relations directes de cause à effet en ce qui concerne les activités de la campagne, il n'est pas possible de déterminer de manière définitive que les résultats prévus ont été obtenus.

Selon la majorité des intervenants interviewés, les activités en personne ont été une réussite. Toutefois, le fait que la campagne n'avait pas de composante associée aux médias sociaux en a déçu plusieurs. Selon eux, la portée aurait été beaucoup plus

grande si une campagne avait été diffusée sur les comptes Facebook, Twitter, Snapchat et autres. Selon plusieurs, le fait que la campagne n'ait pas été réalisée dans les médias sociaux est une occasion manquée. Il faudra régler cette situation si la campagne devait être renouvelée.

Étude de cas n° 3

Volet des Premières Nations et des Inuits de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme

Résumé des résultats

Les taux de prévalence du tabagisme chez les adultes inuits et des Premières Nations sont significativement plus élevés que ceux dans l'ensemble de la population canadienne. En outre, ils n'ont pas baissé au même rythme. Dans le cadre de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) renouvelée en 2012, la DGSPNI de Santé Canada a reçu des fonds à l'appui d'un nombre ciblé de communautés inuites et des Premières Nations pour créer et mettre en place des stratégies et des projets complets de lutte contre le tabagisme.

La Composante des Premières Nations et des Inuits (CPNI) de la SFLT se fonde sur les six domaines principaux de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLA) de l'Organisation mondiale de la Santé. La CCLA décrit les principaux éléments stratégiques de la lutte réussie contre le tabagisme, c'est-à-dire la prévention, la cessation, l'éducation, la protection, l'établissement des prix, ainsi que la recherche, la surveillance et l'évaluation. La proposition initiale d'Examen stratégique et fonctionnel présentée au Cabinet en ce qui concerne la CPNI de la SFLT comportait tous ces éléments.

L'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) et l'Assemblée des Premières Nations (APN) ont manifesté des préoccupations. L'ITK voulait s'assurer que l'initiative tienne compte de la perspective des Inuits, et qu'il y aurait suffisamment de temps pour mobiliser les communautés. L'APN n'a pas appuyé la première version de la CPNI de la SFLT, parce qu'elle croyait que l'initiative serait limitée à un certain nombre de communautés, et que les projets auraient à respecter tous les éléments de la CCLA. Plus particulièrement, les facteurs relatifs à l'établissement du prix et à l'imposition étaient considérés comme étant des aspects qui allaient à l'encontre de la compétence et de l'autonomie gouvernementale des Premières Nations. Une approche révisée a été créée qui prévoyait un degré de souplesse supérieur, permettant ainsi aux communautés de décider de la manière dont elles voulaient réduire l'accès aux produits du tabac et la disponibilité de ceux-ci. En outre, cette approche permettait une meilleure répartition des projets dans toutes les régions. Ces modifications allaient de pair avec l'intention initiale de l'approche originale.

Les projets sélectionnés pour obtenir un financement comprennent un éventail complet d'interventions en fonction des quatre piliers suivants : leadership (protection, réduction

de l'accès aux produits du tabac); promotion de la santé (prévention, éducation); cessation; et recherche et évaluation (collecte de données et surveillance). Tous les projets ont interagi avec une communauté de praticiens créée par l'intermédiaire de l'Association nationale autochtone du diabète (dans le cadre d'un accord de financement de trois ans conclu avec la DGSPNI), afin d'élaborer des outils de collecte de données et des modèles de rapports communs. On a incité les projets à partager les ressources pertinentes, les pratiques prometteuses et les stratégies en ce qui a trait à un continuum d'efforts en matière de prévention et de lutte contre le tabagisme. La communauté de praticiens a aussi facilité la communication entre les participants et les spécialistes de la recherche, de l'évaluation et de la réduction du tabac ou du renoncement à celui-ci.

En tout, 16 projets ont été financés dans toutes les régions. Des fonds ont aussi été versés à la Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique, et aux gouvernements du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest pour soutenir et accroître les efforts en matière de lutte contre le tabagisme dans ces administrations. En plus des projets communautaires, deux projets de recherche sont en cours, afin d'évaluer les données des enquêtes existantes pour combler les lacunes concernant la prévalence du tabagisme dans les communautés inuites et des Premières Nations au Canada.

Étude de cas

Cette étude de cas avait pour objectif d'évaluer les progrès de la CPNI de la SFLT à l'appui de la création et de la mise en place de stratégies complètes de lutte antitabac dans les communautés des Premières Nations et des Inuits. Elle appuie l'évaluation de la SFLT.

Étude de cas – Méthodologie

L'étude de cas comprenait un examen des documents fournis par le secteur de programme (p. ex. description des projets, propositions de projets, présentations concernant les projets), un examen du rapport annuel sur les résultats de la CPNI de la SFLT, des entrevues avec le personnel national et régional de la DGSPNI (n = 6) et des représentants des projets (n = 5). Puisque la collecte de données dans le cadre de l'étude de cas a eu lieu pendant les catastrophes naturelles en Alberta, les projets et les représentants de cette région n'ont pas participé. La sélection des projets aux fins des entrevues visait à obtenir un échantillon croisé composé de projets de diverses tailles présentant des différences en ce qui a trait aux montants de financement et aux communautés participantes.

Évaluation

Rôles et relations

La plupart des régions sont représentées dans les projets. Les projets touchent 350 communautés au sud du 60° et 25 communautés au Nunavut. La couverture dans la plupart des provinces est vaste, tandis que la majorité des projets visent plusieurs communautés. Par exemple, la Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-

Britannique a servi, en 2015-2016, 201 communautés. Des informateurs clés au Québec ont indiqué que toutes les communautés ont reçu du soutien dans le cadre d'activités de la CPNI de la SFLT. Cependant, le degré de participation des communautés variait.

Des représentants de projet ont indiqué que le processus de financement a été clairement expliqué, et que le soutien offert par le personnel de la DGSPNI était approprié. La mobilisation à l'échelle fédérale à une étape ultérieure et le fait de permettre à des représentants régionaux de travailler directement avec les communautés pour préparer des propositions de financement ont été essentiels dans le cadre de ce soutien. Le personnel de la DGSPNI a fait état d'un niveau de capacité élevé dans le cadre des projets sélectionnés.

Tous les projets ont indiqué qu'ils obtenaient un énorme soutien communautaire dans le cadre de leurs activités. Selon des représentants régionaux, le fait de mobiliser les communautés au début du processus a été essentiel, puisque cela augmente la transparence et leur permet de travailler dans le cadre d'un véritable partenariat. La portée de la mobilisation montrait bien le soutien communautaire. Selon les résultats de l'examen de deux ans de la CPNI de la SFLT, les projets se sont associés à un vaste éventail de soutiens communautaires, notamment des infirmiers, des fournisseurs de services pour dépendances, des chefs et des conseils de bande, ainsi que des aînés communautaires ou des conseils d'aînés. Des hausses importantes du nombre de partenariats communautaires entre les première et deuxième années de la CPNI de la SFLT ont été observées dans 12 catégories de partenaires communautaires, notamment la police fédérale-provinciale, les enseignants, les fournisseurs de soins de santé, les conseils de jeunes, les propriétaires d'entreprises/détaillants, les écoles, les médias communautaires, les garderies, les agents chargés de faire appliquer le règlement, les modèles de rôle auprès des jeunes, les centres de loisirs et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Ils ont aussi signalé avoir visé les populations ciblées dans les centres de traitement de la toxicomanie, les administrateurs et le personnel dans les écoles, les chefs et conseils, ainsi que les élèves.

Pratiques exemplaires

Échanger des renseignements par l'intermédiaire de la communauté de praticiens

Il a été déterminé que la collaboration entre les projets, et tout particulièrement la communauté de praticiens, fait partie des principales réussites. Créée par l'Association nationale autochtone du diabète dans le cadre d'un accord de financement de trois ans conclu avec la DGSPNI, la communauté de praticiens soutient les activités de mesure du rendement des projets et la collecte de données, en plus de surveiller l'analyse et la consolidation des résultats dans des rapports annuels.

Selon les personnes interviewées, les messages interorganisationnels fournis par la communauté de praticiens ont permis la diffusion d'information sur des projets particuliers, des pratiques prometteuses et des stratégies de mesure du rendement. La

réunion annuelle organisée par la communauté de praticiens a été considérée comme étant une réunion utile pour mieux comprendre le contexte de la lutte contre le tabagisme dans les communautés autochtones, et relier ces communautés sans devoir se rendre dans celles-ci, ce qui serait autrement trop coûteux.

Les ressources peuvent être diffusées

Les projets ont tiré profit de la diffusion des ressources à l'échelle des organismes. Selon les personnes interviewées, des ressources de programme ont été obtenues des gouvernements provinciaux et d'autres ordres de gouvernement, des versions antérieures de la CPNI de la SFLT et de l'Inuit Tapiriit Kanatami. Les communautés et les personnes qui ont participé à la Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières Nations et les Inuits qui a pris fin en 2007-2008 étaient considérées comme des experts ou des champions. On s'est donc fié à leur expérience. En outre, des intervenants ont indiqué que les communautés qui avaient créé du matériel pour la CPNI de la SFLT fournissaient ce matériel aux autres communautés, écoles et autres organisations qui s'intéressaient aux programmes pour les Autochtones.

Distinction entre le tabac commercial et le tabac cérémonial

Selon les intervenants interviewés, il était essentiel que les projets puissent créer un modèle qui faisait une différence entre l'usage traditionnel et commercial du tabac, et qui respectait l'usage lors de cérémonies, tout en ciblant l'usage commercial lors d'interventions. Selon certains, au départ, les communautés ont résisté, alléguant que les piliers de l'Organisation mondiale de la Santé, sur lesquels la CPNI de la SFLT se fonde, ne tenaient pas compte de la perspective des Premières Nations. Cependant, les intervenants ont mentionné que le programme fonctionnait très bien lorsque les communautés ont intégré leurs croyances culturelles au cadre du programme. Certains ont aussi noté qu'il ne s'agissait pas d'une préoccupation pour les Inuits, étant donné que le tabac n'a pas la même signification sur le plan culturel.

Leçons apprises

Plusieurs leçons ont été retenues, ce qui aidera à faire avancer la CPNI de la SFLT et l'ensemble des activités de lutte contre le tabagisme dans les communautés.

Importance du tabac traditionnel dans les communautés des Premières Nations

Les activités de lutte contre le tabagisme dans les communautés des Premières Nations ne devraient pas mettre l'accent du tabac commercial pour exclure le tabac cérémonial. Elles devraient soutenir la sensibilisation aux questions entourant le tabac cérémonial. Selon les personnes interviewées, il est important de faire preuve de respect et de protéger l'usage du tabac traditionnel, en augmentant la sensibilisation et les connaissances à l'égard des pratiques et des lieux sacrés. Cela aidera les communautés des Premières Nations à faire une distinction entre le tabac traditionnel et commercial, et à mieux lutter contre le tabac commercial. Certains ont déterminé que l'accès au tabac traditionnel est une préoccupation connexe, puisqu'on perçoit qu'il est souvent difficile à obtenir et plus coûteux. Cela entraîne un usage inapproprié du tabac commercial lors de cérémonies traditionnelles. Des programmes futurs pourraient

comblent cette lacune au moyen d'une sensibilisation à l'égard de la culture du tabac traditionnel et de son usage lorsque c'est possible.

Différentes collectivités en sont à différentes étapes

Selon les communautés inuites et des Premières Nations mettant en place un programme de la CPNI de la SFLT, la possibilité de choisir des piliers particuliers sur lesquels mettre l'accent était une caractéristique importante. Même si des programmes éventuels devaient présenter leurs plans de manière à tenir compte des quatre piliers déterminés, les communautés pouvaient choisir le pilier sur lequel elles voulaient mettre l'accent. Cela permettait aux programmes d'orienter les activités dans les domaines particuliers d'une communauté dans lesquels une intervention était requise. Même si des communautés étaient en mesure de commencer à adopter des pratiques d'intervention, d'autres avaient plutôt besoin de stratégies de communication pour dénormaliser l'usage du tabac. Même si les communautés comprenaient qu'il était utile d'adopter une approche complète à l'étape de la planification, la possibilité d'appliquer différentes stratégies en fonction des besoins de la communauté a facilité l'adoption du programme.

Durabilité

Les intervenants interviewés ont manifesté des préoccupations concernant l'avenir de la CPNI de la SFLT. Selon des intervenants communautaires, la première version de la CPNI de la SFLT, lancée en 1997 (la Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières Nations et les Inuits), a été une réussite, faisant des acquis et poursuivant sa lancée. Les programmes ont donc été déçus lorsque le financement de la stratégie a pris fin en 2008-2009. Selon les représentants communautaires, les gains faits au cours de cette période ont diminué. Des intervenants ont expliqué que des communautés hésitaient à participer à la CPNI de la SFLT parce que la version précédente avait pris fin brusquement. Des programmes ont mentionné qu'il était difficile de recruter et de maintenir en poste du personnel, puisque la stabilité des postes était mise en doute. Parmi les causes de retard mentionnées en ce qui a trait à l'offre du programme, la difficulté de pourvoir des postes a été signalée.

Réalisations

La CPNI de la SFLT compte quatre indicateurs clés de la réussite : nombre accru de milieux sans tabac, nombre accru de résolutions associées au tabagisme, pourcentage à la baisse du nombre de fumeurs quotidiens, et création et échange de pratiques prometteuses. Les personnes interviewées ont remarqué qu'il serait difficile de mesurer l'incidence du programme, puisqu'il a été démontré qu'il faudra peut-être attendre à la prochaine génération pour voir un changement d'attitude et une dénormalisation. Malgré cette préoccupation, le rapport annuel sur les résultats de 2015-2016 mentionne que des progrès ont été réalisés à plusieurs égards.

En fonction des données de référence recueillies en 2014-2015, le nombre de milieux sans tabac est passé, en 2015-2016, de 676 (466 milieux intérieurs, 210 milieux extérieurs) à 1 688 (1 001 milieux intérieurs, 687 milieux extérieurs). Le nombre moyen

de milieux sans fumée déclarés par projet est passé de 56 à 102. Les bureaux et écoles des Premières Nations et de bandes faisaient partie des types de milieux qui ont été les plus fréquemment désignés comme étant des milieux sans fumée de 2014-2015 à 2015-2016.

En 2014-2015, le tiers des projets ont indiqué que des organismes dirigeants dans leur région avaient adopté des résolutions en matière de tabagisme. Ce pourcentage s'est élevé à 67 % en 2015-2016. En outre, le nombre de résolutions associées au tabagisme adoptées par ces organismes dirigeants a augmenté. En 2014-2015, 23 résolutions en matière de tabagisme ont été adoptées. Un an plus tard, 53 résolutions l'avaient été. Parmi les résolutions adoptées, il y avait la désignation de milieux sans tabac, l'utilisation des recettes provenant du tabac pour financer des activités de promotion de la santé, la promotion de foyers sans tabac, l'agrandissement des zones sans tabac autour des immeubles, et l'application de l'interdiction de fumer dans les milieux sans tabac.

En 2015-2016, sept projets ont fait état d'activités de renoncement au tabac visant au moins un des groupes cibles. Dans le cadre de ces projets, on évalue que 3 197 personnes avaient commencé un programme de renoncement au tabac, et que 1 141 personnes (36 %) en avaient déjà achevé un. Parmi les personnes qui avaient commencé un programme, 163 personnes (5,1 %) avaient réduit leur consommation de tabac, et 52 personnes avaient indiqué avoir cessé de fumer (1,6 %).

Un nombre accru de projets ont commencé à réaliser des activités pour évaluer leur rendement, comme la collecte de données de référence sur les statistiques en matière de tabagisme, la surveillance de projets et la production de rapports. En 2014-2015, 53 % des projets avaient commencé à recueillir des données sur le renoncement au tabac dans le cadre d'une enquête auprès de la population ou d'une enquête communautaire. En 2015-2016, ce pourcentage a augmenté, s'établissant à 73 %. En outre, une proportion supérieure de projets qui devaient recueillir des données sur le renoncement au tabac ont commencé à les recueillir (42 % en 2015-2016 contre 25 % en 2014-2015). Un nombre supérieur de projets ont achevé la collecte de données (58 % contre 13 %).

Conclusions

La CPNI de la SFLT est un élément important de la SFLT, puisqu'elle met l'accent sur un segment de la population canadienne qui affiche des taux de prévalence supérieurs. Selon l'information découlant des entrevues, le contenu des documents examinés et le rapport annuel sur les résultats, la CPNI de la SFLT a enregistré plusieurs réussites au cours des deux premières années, même si la période pour mettre en place les projets et recueillir les données sur les résultats était limitée. Il faut s'attendre à ce que les réussites s'accumulent, tandis que des projets additionnels seront mis en place et que d'autres évolueront.

Parmi les caractéristiques importantes de la CPNI de la SFLT, il y avait la capacité d'une communauté à créer des activités de lutte contre le tabagisme en fonction de ses

besoins. Les communautés ayant reçu des fonds ont indiqué avoir obtenu un soutien en ce qui a trait à cette souplesse prévue dans le programme et au respect de l'usage traditionnel ou sacré du tabac. Les projets financés ont aussi indiqué avoir reçu un soutien pour relier les projets à l'échelle du pays par l'intermédiaire de la communauté de praticiens. Ces liens ont aidé à créer une stratégie de rapport commune qui permettra de mesurer plus facilement les progrès pendant le déroulement des projets.

Note de fin de document – Références

- 1 Gouvernement du Canada. (2013). Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada 2012 (ESUTC) [Statistiques]. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/enquete-surveillance-usage-tabac-canada-esutc-2012.html>.
- 2 Gibson, J. G., Loddenkemper, R., Lundbäck, B., & Sibille, Y. (2013). The European Lung White Book. Sheffield, Royaume-Uni : European Respiratory Society, p.101. Consulté à l'adresse suivante <http://www.erswhitebook.org/>.
- 3 Peto, R., Lopez, A. D., Pan, H., Boreham, J., & Thun, M. (septembre 2015). Mortality from smoking in developed countries 1950-2020: Trends in smoking-attributed mortality and total mortality. Consulté à l'adresse suivante <http://rum.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>.
- 4 Krueger, H., Krueger, J., & Koot, J. (2015). Variation across Canada in the economic burden attributable to excess weight, tobacco smoking and physical inactivity. *Canadian Journal of Public Health*, 106(4), 171-177.
- 5 Statistique Canada. (2013). Peuples autochtones du Canada : Premières Nations, Métis et Inuits Statistique Canada, no de catalogue 99-011-X2011001. Ottawa. Tiré de <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-fra.pdf>
- 6 Santé Canada. (2012). Sur la voie de la réussite - Guide pour devenir un non-fumeur Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/voie-reussite-guide-pour-devenir-non-fumeur.html#a22>.
- 7 Peto, R., Lopez, A. D., Pan, H., Boreham, J., & Thun, M. (septembre 2015). Mortality from smoking in developed countries 1950-2020: Trends in smoking-attributed mortality and total mortality. Consulté à l'adresse suivante <http://rum.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>.
- 8 Gouvernement du Canada. (Mars 2013). Emplois, croissance et prospérité à long terme : Le Plan d'action économique de 2013 Tiré de <http://www.budget.gc.ca/2013/doc/plan/budget2013-fra.pdf>.
- 9 Gendarmerie royale du Canada (2012). Stratégie de lutte contre le tabac de contrebande, Troisième rapport d'étape (2010-2011). Tiré de http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/grc-rcmp/PS61-11-2011-fra.pdf
- 10 Santé Canada. (2012). Des assises solides, un objectif renouvelé : Aperçu de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme du Canada 2012-2017 Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/assises-solides-objectif-renouvele-apercu-strategie-federale-lutte-contre-tabagisme-canada-2012-2017.html>.
- 11 Gouvernement du Canada. (2014). Sur la voie de l'équilibre : créer des emplois et des opportunités. Tiré de <http://www.budget.gc.ca/2014/docs/plan/pdf/budget2014-fra.pdf>.
- 12 Sécurité publique Canada. (2014). Rapport ministériel sur le rendement 2013-14. Tiré de <http://www.rcmp-grc.gc.ca/fr/2013-2014-rapport-ministeriel-sur-le-rendement>.
- 13 Sécurité publique Canada. (2014). Évaluation horizontale de 2012-2013 des mesures de lutte contre le tabac de contrebande : Rapport final Tiré de <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2013-hrznlt-vltn-msrs-cntrbnd-tbcc/index-fr.aspx>
- 14 Gouvernement du Canada. (11-02-2014). Sur la voie de l'équilibre : créer des emplois et des opportunités. Tiré de <http://www.budget.gc.ca/2014/docs/plan/pdf/budget2014-fra.pdf>
- 15 Gouvernement du Canada. (Mars 2013). Emplois, croissance et prospérité à long terme : Le Plan d'action économique de 2013 Tiré de <http://www.budget.gc.ca/2013/doc/plan/budget2013-fra.pdf>.
- 16 Gouvernement du Canada. (Mars 2013). Emplois, croissance et prospérité à long terme : Le Plan d'action économique de 2013 Tiré de <http://www.budget.gc.ca/2013/doc/plan/budget2013-fra.pdf>.
- 17 Gouvernement du Canada. (18 janvier 2015) Déclaration du Premier ministre du Canada à l'occasion de la Semaine nationale sans fumée. [Déclaration]. Tiré de http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=923289&_ga=1.175489067.860959038.1489631882.
- 18 Bureau du premier ministre (n.d.). Lettre de mandat de la ministre de la Santé. Tiré de <http://pm.gc.ca/fra/lettre-de-mandat-de-la-ministre-de-la-sante>
- 19 Santé Canada. (31 mai 2016). La ministre Philpott lance des consultations publiques sur la banalisation des emballages des produits du tabac [Communiqué de presse] Consulté le 31 mai 2016 à l'adresse suivante http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=1077359&tp=1&_ga=1.182716719.860959038.1489631882.
- 20 Organisation mondiale de la santé. (2016). Journée mondiale sans tabac 2016 : Préparez-vous au conditionnement neutre [déclaration] Consulté le 27 mai 2016 à l'adresse suivante <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2016/fr/>.

- 21 Nations Unies. (n.d.). Objectif 3 : Objectif de développement durable - Assurer des conditions de vie en bonne santé et favoriser le bien-être de tous à tout âge. Consulté le 26 mai 2016 à l'adresse suivante <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>.
- 22 Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS. (n.d.). Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac Tiré de <http://www.who.int/fctc/protocol/fr/>.
- 23 Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS. (n.d.). Directives partielles pour l'application des articles 9 et 10. Tiré de http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_9and10/fr/.
- 24 Santé Canada. (2016). Rapport sur les plans et priorités 2016–2017. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites/2016-2017-rapport-plans-priorites.html>.
- 25 Ibid.
- 26 Agence de la santé publique du Canada. (2016). Rapport sur les plans et priorités 2016–2017. Tiré de <http://www.healthycanadians.gc.ca/publications/departement-ministere/phac-report-plans-priorites-2016-2017-rapport-plans-priorites-asp/alt/phac-report-plans-priorites-2016-2017-rapport-plans-priorites-asp-fra.pdf>.
- 27 Agence de la santé publique du Canada. (2015). Rapport ministériel sur le rendement 2014-15. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/rapports-ministeriels-rendement/2014-15-rapport-ministeriel-rendement.html>.
- 28 Agence de la santé publique du Canada. (2016). Rapport sur les plans et priorités 2016–2017. Tiré de https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites/2016-2017-rapport-plans-priorites.html#s2_1.2.3.
- 29 Loi sur la taxe d'accise, L.R.C. (1985), ch. E-15 Tiré de <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/e-15/>.
- 30 Sécurité publique Canada. (2016). Rapport sur les plans et priorités 2016–2017. Tiré de <http://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rprt-plns-prrts-2016-17/rprt-plns-prrts-2016-17-fr.pdf>.
- 31 Gouvernement du Canada. (31 mai 2015) Déclaration du ministre Blaney dans le cadre de la Journée mondiale sans tabac [Déclaration]. Consulté le 25 mai 2016 à l'adresse suivante http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?ctr.sj1D=&ctr.mnthndV1=5&mthd=advSrhc&ctr.dpt1D=460&nid=982269&ctr.lc1D=&ctr.tp1D=&ctr.yrStrtV1=2012&ctr.kw=tobacco&ctr.dyStrtV1=1&ctr.aud1D=&ctr.mnthStrtV1=2&ctr.page=1&ctr.yrmdV1=2016&ctr.dyndV1=25&_ga=1.200070830.1850654039.1489076463.
- 32 Gouvernement du Canada. (30 avril 2014). Le ministre Blaney félicite les organismes d'application de la loi pour le démantèlement d'un réseau transfrontalier à grande échelle de contrebande de tabac [Déclaration]. Consulté le 25 mai 2016 à l'adresse suivante http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?ctr.sj1D=&ctr.mnthndV1=5&mthd=advSrhc&ctr.dpt1D=460&nid=844139&ctr.lc1D=&ctr.tp1D=&ctr.yrStrtV1=2012&ctr.kw=tobacco&ctr.dyStrtV1=1&ctr.aud1D=&ctr.mnthStrtV1=2&ctr.page=1&ctr.yrmdV1=2016&ctr.dyndV1=25&_ga=1.95214364.1850654039.1489076463.
- 33 Sécurité publique Canada. (2016). Rapport sur les plans et priorités 2016–2017. Tiré de <http://www.rcmp-grc.gc.ca/wam/media/748/original/35576926127499960eda4474d8fb359c.pdf>.
- 34 Sécurité publique Canada. (2015). Rapport ministériel sur le rendement 2014-2015. Tiré de <http://www.rcmp-grc.gc.ca/fr/rapport-ministeriel-sur-le-rendement-gendarmerie-royale-du-canada-2014-2015>.
- 35 Agence des services frontaliers du Canada. (2016). Rapport sur les plans et priorités 2016–2017. Tiré de <http://www.cbsa-asfc.gc.ca/agency-agence/reports-rapports/rpp/2016-2017/rpp-2016-2017-fra.pdf>.
- 36 Loi sur le tabac. L.C. 1997, c.13. Tiré de <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/t-11.5/>.
- 37 Nations Unies. (2006). Treaty Series (Vol. 2302). New York, NY : Nations Unies, p. 166.
- 38 Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS. (29 juin 2004) Organisation mondiale de la santé. Tiré de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf>.
- 39 Santé Canada. (26 avril 2016). Core Questionnaire of the Reporting Instrument of the WHO FCTC [Self-report]. Consulté le 14 juillet 2016 à l'adresse suivante http://apps.who.int/fctc/implementation/database/sites/implementation/files/documents/reports/canada_2016_report_0.pdf.
- 40 Organisation mondiale de la santé. (2014). 2014 Global Progress Report on Implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control, p.83. Tiré de <http://www.who.int/fctc/reporting/2014globalprogressreport.pdf>.

- 41 Nykiforuk, C., Eyles, J., & Campbell, S. (2008). Smoke-free spaces over time: a policy diffusion study of bylaw development in Alberta and Ontario, Canada. *Health and Social Care in the Community*, 16(1): 64-74.
- 42 Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (26 février 2014). Provinces Urges Action on Flavoured Tobacco [News Release]. Consulté à l'adresse suivante <https://news.gov.bc.ca/stories/province-urges-action-on-flavoured-tobacco>.
- 43 Latimer, K. (25 juin 2015). Provinces hold off on menthol smokes ban [Communiqué de presse]. *Star Phoenix*. Consulté à l'adresse suivante <http://anadiennews.com/docview/1691392170/7D3CE8EB420844BDPQ/1?accountid=27430>.
- 44 Wong, J. (29 mai 2015). Imperial Tobacco alleges in court documents menthol ban is outside province's jurisdiction [Communiqué de presse]. Canadian Broadcasting Corporation. Consulté à l'adresse suivante <http://globalnews.ca/news/2024780/imperial-tobacco-alleges-in-court-documents-menthol-ban-is-outside-provinces-jurisdiction/>.
- 45 Lalonde, M. (2 mars 2016). Tobacco giant launches legal challenge to landmark Bill 44; Ban on menthol cigarettes violates constitutional rights, company says [Communiqué de presse]. *The Gazette*, Montréal. Consulté à l'adresse suivante <http://search.proquest.com/canadiannews/docview/1771898580/66F71586CA244C7EPQ/3?accountid=27430>.
- 46 Ministère des Finances de l'Ontario (2014). Tobacco Tax – Basic Rules for Tobacco Retail Dealers. Tiré de <http://www.fin.gov.on.ca/publication/tobacco-retail-rules-en.pdf>.
- 47 Fondation pour la lutte contre le tabac/Association pour les droits des non-fumeurs. (2016). Best Practices in Tobacco Retailer Licensing. Tiré de https://www.nusra-adnf.ca/cms/file/files/SHAF_Tobacco_Retailer_Licensing_fact_sheet_final_March_2016.pdf.
- 48 Ville d'Ottawa. (n.d.). Tobacco Vendor Licence. Consulté le 13 septembre 2016 à l'adresse suivants : <http://ottawa.ca/en/permits-business-licences-and-applications/tobacco-vendor-license>
- 49 Rice, W. (14 novembre 2015). Ottawa tobacco vendors strip clubs, body rub parlours fees to double under proposed city budget [Communiqué de presse]. *CBC News Ottawa*. Consulté à l'adresse suivante <http://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/ottawa-tobacco-vendors-strip-clubs-body-rub-parlours-fees-to-double-under-proposed-city-budget-1.3317952>.
- 50 Fondation pour la lutte contre le tabac/Association pour les droits des non-fumeurs. (n.d.). NSRA's Smoke-Free Laws Database [Base de données]. Consulté à l'adresse suivante <http://database.nonsmokersrights.ca/>.
- 51 Santé Canada (2002). 2000-2002 Report on Tobacco Control – An Update
- 52 Gibson, J.G., Lodenkemper, R., Lundbäck, B., Sibille, Y. (2013). *European White Lung Book*. DOI : 10.1183/09031936.00105513 Tiré de <http://www.erswhitebook.org/>
- 53 Gouvernement du Canada. (2015). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : Sommaire des résultats pour 2013 [Statistiques]. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/enquete-surveillance-usage-tabac-canada-esutc-2012.html>.
- 54 Gouvernement du Canada. (2013). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : Sommaire des résultats pour 2013 [Statistiques]. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2013.html>
- 55 Santé Canada (2015) Comportement des détaillants à propos de l'accès des jeunes aux cigarettes électroniques et promotion Résumé en ligne. Consulté le 20 mai 2016 à l'adresse suivante <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/comportement-detaillants-propos-acces-jeunes-aux-cigarettes-electroniques-et-promotion-resume-ligne.html>.
- 56 Santé Canada (2015) Comportement des détaillants à propos de l'accès des jeunes aux cigarettes électroniques et promotion Résumé en ligne. Consulté le 20 mai 2016 à l'adresse suivante <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/comportement-detaillants-propos-acces-jeunes-aux-cigarettes-electroniques-et-promotion-resume-ligne.html>.
- 57 Hitchman, S. C., Driezen, P., Logel, C., Hammond, D., & Fong, G. T. (2013). Changes in Effectiveness of Cigarette Warnings Over Time in Canada and the United States: 2002-2011. *Nicotine & Tobacco Research*, 16(5): 536-543.
- 58 Health Canada (2013) WAVE survey
- 59 Gendarmerie royale du Canada (2012). Stratégie de lutte contre le tabac de contrebande, Troisième rapport d'étape (2010-2011). Tiré de http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/grc-rcmp/PS61-11-2011-fra.pdf
- 60 Sécurité publique Canada. (2015). Rapport de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme.
- 61 Santé Canada. (2010). Cigarettes de contrebande : analyse de la fumée. Tiré de <http://healthycanadians.gc.ca/publications/healthy-living-vie-saine/contraband-cigarettes-contrebandes/alt/contraband-cigarettes-contrebandes-fra.pdf>.

- 62 Canada. Parlement. Chambre des communes. Comité permanent de la justice et des droits de la personne - Témoignages Réunion 8, 3 décembre. 41e législature 2e session Consulté à l'adresse suivante
<http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Mode=1&Parl=41&Ses=2&DocId=6359833&Language=F>.
- 63 Mecredy, G., Diemert, L., Callahan, C., & Cohen J. (2013). Association between use of contraband tobacco and cessation outcomes: a population-based cohort study. *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 185, no 7 : 287-294.
- 64 Schwartz, R. (2016). Debunking the taxation-contraband tobacco myth. *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 188, no 6 : 401-402.
- 65 Statistique Canada. (2013). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : Information détaillée pour février à décembre 2013 [Statistiques]. Consulté à l'adresse suivante
http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4440.
- 66 Gouvernement du Canada. (2013). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : Sommaire des résultats pour 2013 [Statistiques]. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2013.html>
- 67 Haché, T. (2009). Commercial Tobacco in First Nations & Inuit Communities. Tiré de http://www.nsr-adnf.ca/cms/file/files/pdf/Commercial_Tobacco_in_First_Nations_and_Inuit_Communities.pdf.
- 68 Sécurité publique Canada. (2015). Services spéciaux de la police fédérale (SSPF) : Rapports annuel 2014 de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT).
- 69 Gouvernement du Canada. (21 octobre 2014). Strategic Level Forum – Contraband Tobacco: Minutes [Compte rendu des décisions].
- 70 Barkans, M., & Lawrance, K-A. (2013). Contraband tobacco on post-secondary campuses in Ontario, Canada: analysis of discarded cigarette butts. *BMC Public Health*, 13(335).
- 71 Gouvernement du Canada. (2013). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : Sommaire des résultats pour 2013 [Statistiques]. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2013.html>
- 72 Gouvernement du Canada. (2015). Sommaire des résultats de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves de 2014-2015 Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/sommaire-2014-2015.html>
- 73 Gouvernement du Canada. (2013). Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) : Sommaire des résultats annuels de 2012 [Statistiques]. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/enquete-surveillance-usage-tabac-canada-sommaire-2012.html>.
- 74 Gouvernement du Canada. (2013). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : Sommaire des résultats pour 2013 [Statistiques]. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2013.html>
- 75 Ibid.
- 76 Hersey, J.C., Ng, S.W., Nonnemaker, J.M., Mowery, P., Thomas, K.Y., Vilsaint, M.C., Allen, J.A., & Haviland, M.L. (2006) Are menthol cigarettes a starter product for youth? *Nicotine Tob Res*, 8(3): 403–413.
- 77 Klausner, K. (2011) Menthol cigarettes and smoking initiation: a tobacco industry perspective. *Tobacco Control*, 20(Suppl 2): ii12–ii19.
- 78 Azagba, S., Minaker, L.M., Sharaf, M.F., Hammond, D., & Manske, S. (2014). Smoking intensity and intent to continue smoking among menthol and non-menthol adolescent smokers in Canada. *Cancer Causes & Control*, 25(9): 1093-1099.
- 79 Nonnemaker, J., Hersey, J., Homsy, G., Busey, A., Allen, J., & Vallone, D. (2013) Initiation with menthol cigarettes and youth smoking uptake. *Addiction*, 108(1): 171-178.
- 80 Gouvernement du Canada. (2015). Sommaire des résultats de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves de 2014-2015 Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/sommaire-2014-2015.html>
- 81 Santé Canada. (29 avril 2016). Le gouvernement du Canada va de l'avant avec une proposition visant à interdire l'ajout de menthol dans la majorité des produits du tabac [Communiqué de presse]. Consulté le 13 mai 2016 à l'adresse suivante http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?mid=1059269&_ga=1.191565091.860959038.1489631882.
- 82 Dutra, L.M., & Glantz, S.A. (2014). Electronic Cigarettes and Conventional Cigarette Use Among US Adolescents : A Cross-sectional Study. *The Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 168(7), 610-617.

- 83 Wang, M., Wang, J-W., Cao, S-S., Wang, H-Q. & Hu, R-Y. (2016). Cigarette Smoking and Electronic Cigarettes Use: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(1), 120.
- 84 Singh, T., Agaku, I.T., Arrazola, R.A., Marynak, K.L., Neff, L.J., Rolle, I.T. & King, B.A. (2016). Exposure to Advertisements and Electronic Cigarette Use Among US Middle and High School Students. *Pediatrics*, 137(5).
- 85 Khoury, M., Manlihot, C., Fan, C.P., Gibson, D., Stearne, K., Chahal, N., Dobbin, S. & McCrindle, B.W. (2016). Reported electronic cigarette use among adolescents in the Niagara region of Ontario. *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 188, no 11 : 794-800.
- 86 Santé Canada. (2016). Comportement des détaillants à propos de l'accès des jeunes aux cigarettes électroniques et promotion. Tiré de <http://www.gazette.gc.ca/rp-pr/p2/2011/2011-10-12/html/sor-dors177-fra.html>.
- 87 Gouvernement du Canada. (2012). Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada 2012 (ESUTC) Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/enquete-surveillance-usage-tabac-canada-esutc-2012.html>.
- 88 Gouvernement du Canada. (2013). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : Sommaire des résultats pour 2013 [Statistiques]. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2013.html>
- 89 Loi sur le tabac : Règlement en matière d'étiquetage des produits du tabac (cigarettes et petits cigares) (1997). *Gazette du Canada*, Partie II, 22 septembre 2011, vol. 145, no. 21. (DORS/2011-177). Tiré de <http://canadagazette.gc.ca/rp-pr/p2/2015/2015-06-17/html/sor-dors126-fra.php>.
- 90 Santé Canada. (Avril 2016). Evaluation of the Pan-Canadian Toll-free Quitline Initiative. [VERSION PROVISOIRE]
- 91 Baker, T.B., Piper, M.E., McCarthy, D.E., Bolt, D.M., Smith, S.S., Kim, S-Y., Colby, S., Conti, D., Giovino, G.A., Hatsukami, D., Hyland, A., Krishnan-Sarin, S., Niaura, R., Perkins, K.A., & Toll, B.A. (2007). Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: Implications for nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(Suppl 4): S555-S570.
- 92 Santé Canada. (2016-04). Evaluation of the Pan-Canadian Toll-free Quitline Initiative. [VERSION PROVISOIRE – pas encore publiée]
- 93 Ibid.
- 94 Gouvernement du Canada. (2013). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : Sommaire des résultats pour 2013 [Statistiques]. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2013.html>
- 95 Gouvernement du Canada. Tableaux supplémentaires de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/aperçu-general-donnees-historiques-1999-2012.html>
- 96 Willis, C.D., Green, J.K., Abramowicz, A. & Riley, B.L. (2016). Renforcement des données probantes et des mesures relatives aux partenariats plurisectoriels en santé publique : un projet de recherche-action. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 366(6), 101-111
- 97 Willis, C.D., Green, J.K., Abramowicz, A. & Riley, B.L. (2016). Renforcement des données probantes et des mesures relatives aux partenariats plurisectoriels en santé publique : un projet de recherche-action. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 366(6), 101-111
- 98 Willis, C.D., Green, J.K., Abramowicz, A. & Riley, B.L. (2016). Renforcement des données probantes et des mesures relatives aux partenariats plurisectoriels en santé publique : un projet de recherche-action. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 366(6), 101-111
- 99 Kaplan Research Associates. (2016). The Federal Tobacco Control Strategy First Nations Inuit Health Branch, Health Canada: A report on the baseline data from the annual outcome reporting process. A two-year review 2014-2016.
- 100 Organisation de la santé mondiale. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015 Tiré de <http://www.who.int/gho/countries/en/#N>
- 101 Bilano, V., Gilmour, S., Moffiet, T., d'Espaignet, E.T., Stevens, G.A., Commar, A., Tuyl, F, Hudson, I., & Shibuya, K. (2015). Global trends and projections for tobacco use, 1990–2025: an analysis of smoking indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control. *Lancet*, 385(9972):966–976.
- 102 Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2016). Tobacco. Consulté le 14 juillet 2016 à l'adresse suivante <https://www.healthypeople.gov/2020/leading-health-indicators/2020-lhi-topics/Tobacco/data>.
- 103 Gouvernement de l'Australie, Intergovernmental Committee on Drugs. (2012). National Tobacco Strategy 2012-2018. Consulté le 14 juillet 2016 à l'adresse suivante http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/national_ts_2012_2018_html.

- 104 New Zealand Ministry of Health (2015). Smokefree 2025. Consulté le 14 juillet 2016 à l'adresse suivante <http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/tobacco-control/smokefree-2025>.
- 105 Santé Canada. (2002). Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) : Un cadre d'action. Tiré de <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H46-2-02-289F.pdf>.
- 106 Santé Canada. (2007). Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT). Consulté à l'adresse suivante <http://hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/news-nouvelles/ftcs-sflt-eng.php>.
- 107 Gagne, L. (2016). Econometric Evaluation of Tobacco Control Initiatives in Canada, 1999-2013: Préparé pour la Direction de la lutte contre le tabagisme de Santé Canada [Version provisoire]. Victoria, Canada : Université de Victoria.
- 108 Industrial Economics Limited. Economic Evaluation of Health Canada's Proposal to Amend the Tobacco Product Information Regulations. Report final | Décembre 2009
- 109 Gibson, J. G., Loddenkemper, R., Lundbäck, B., & Sibille, Y. (2013). The European Lung White Book. Sheffield, Royaume-Uni : European Respiratory Society, p. 98. Consulté en mars 2016 à l'adresse suivante <http://www.erswhitebook.org/>.
- 110 Li, L., Borland, R., Yong, H., Cummings, K.M., Thrasher, J.F., Hitchman, S.C., Fong, G.T., Hammond, D., & Bansal-Travers, M. (2015). Longer term impact of cigarette package arnings in Australia compared with the United Kingdom and Canada. *Health Education Research*, 30(1): 67-80.
- 111 Baskerville N.B., Hayward, L., Brown S., Hammond, D., Kennedy R.D., & Campbell, H.S. (2015). Impact of canadian tobacco packaging policy on quitline reach and reach equity. *Preventive Medicine*, 81: 243-250.
- 112 Tobacco Products, User Fees, Requirements for the Submission of Data Needed To Calculate User Fees for Domestic Manufacturers and Importers of Tobacco Products, 79 Fed. Reg. 39302 (July 10, 2014) (to be codified at 21 C.F.R. pt. 1150). Tiré de <http://www.fda.gov/downloads/TobaccoProducts/Labeling/RulesRegulationsGuidance/UCM404355.pdf>.
- 113 Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS. (26-04-2016). Iceland 2016 Report: Core Questionnaire of the Reporting Instrument of WHO FCTC. Tiré de <http://apps.who.int/ftc/implementation/database/parties/Iceland>
- 114 Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la santé (2014). Rapports de situation mondiaux de 2014 sur la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Tiré de http://www.who.int/ftc/reporting/summary_analysis/fr/.
- 115 Office of the Associate Minister of Health. (2016). Rapport sur le Tobacco Control Programme de la Nouvelle-Zélande. Tiré de <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/cabinet-paper-8-april-2016.pdf>.
- 116 Gouvernement de l'Australie, Intergovernmental Committee on Drugs. (2012). National Tobacco Strategy 2012-2018. Consulté le 14 juillet 2016 à l'adresse suivante http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/national_ts_2012_2018_html.
- 117 <http://www.fda.gov/TobaccoProducts/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Manufacturing/ucm521052.htm>
- 118 Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Fast Facts. Tiré de http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/.
- 119 http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2014/comprehensive.pdf
- 120 Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Fast Facts. Tiré de http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/.
- 121 Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. (2014). Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs—2014. Tiré de http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2014/comprehensive.pdf.
- 122 Partnership for Prevention. (2011). Colorado Tobacco Cessation and Sustainability Partnership: A Case Study: A Collaborative Approach to Meeting the U.S. Preventive Services Task Force Recommendations on Tobacco Cessation Screening and Intervention. Tiré de <https://www.prevent.org/downloadStart.aspx?id=49>.
- 123 Faulker, G., Hsin, A. & Zeglen, L. (n.d.). Evaluation of the Run to Quit Program: Final Report. [Document interne]
- 124 Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. (2012-11). Smoke-Free Ontario Strategy Evaluation Report. Tiré de http://otru.org/wp-content/uploads/2012/12/OTRU_SER_2012.pdf.
- 125 Colombie-Britannique. (2015-07). BC Smoking Cessation Program: Evaluation of the Nicotine Replacement Therapy Component. Tiré de <http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/health-drug-coverage/pharmacare/smokingcessationevaluationreport.pdf>.
- 126 Ontario Lung Association (n.d.). About Us. Consulté le 01-09-2016 à l'adresse suivante <http://www.quitandgetfit.ca/page.aspx?pid=818>.

- 127 Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. (2012-11). Smoke-Free Ontario Strategy Evaluation Report. Tiré de http://otru.org/wp-content/uploads/2012/12/OTRU_SER_2012.pdf.
- 128 Colombie-Britannique. (2015-07). BC Smoking Cessation Program: Evaluation of the Nicotine Replacement Therapy Component. Tiré de <http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/health-drug-coverage/pharmacare/smokingcessationevaluationreport.pdf>.
- 129 Abrantes, A.M., Bloom, E.L., Strong, D.R., Riebe, D., Marcus, B.H., Desaulnier, J., Fokas, K. & Brown, R.A. (2014). A Preliminary Randomized Controlled Trial of a Behavioral Exercise Intervention for Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 16 (8), 1094-1103, doi: 10.1093/ntr/ntu036.
- 130 Prapavessis, H., De Jesus, S., Fitzgeorge, L., Faulkner, G., Maddison, R. & Batten, S. (2016-01-20). Exercise to Enhance Smoking Cessation: the Getting Physical on Cigarette Randomized Control Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, DOI: 10.1007/s12160-015-9761-9.
- 131 Prapavessis, H., De Jesus, S., Fitzgeorge, L., Faulkner, G., Maddison, R. & Batten, S. (2016-01-20). Exercise to Enhance Smoking Cessation: the Getting Physical on Cigarette Randomized Control Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, DOI: 10.1007/s12160-015-9761-9.
- 132 Abrantes, A.M., Bloom, E.L., Strong, D.R., Riebe, D., Marcus, B.H., Desaulnier, J., Fokas, K. & Brown, R.A. (2014). A Preliminary Randomized Controlled Trial of a Behavioral Exercise Intervention for Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 16 (8), 1094-1103, doi: 10.1093/ntr/ntu036.
- 133 Agence de la santé publique du Canada. (28-07-2015). Le gouvernement du Canada lance le programme de renoncement au tabac Courir pour abandonner le tabagisme Tiré de http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?crtr.sj1D=&crtr.mnthndVI=8&mthd=advSrch&crtr.dpt1D=3150&nid=1008569&crtr.lc1D=&crtr.tp1D=&crtr.yrStrtVI=2015&crtr.kw=smoking&crtr.dyStrtVI=1&crtr.aud1D=&crtr.mnthStrtVI=6&crtr.page=1&crtr.yrmdVI=2016&crtr.dyndVI=30&_ga=1.186330528.860959038.1489631882.
- 134 Willis, C.D., Greene, J.K., Abramowicz, A. & Riley, B.L. (2016). Renforcement des données probantes et des mesures relatives aux partenariats plurisectoriels en santé publique : un projet de recherche-action. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 366(6), 101-111.