



# **Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme 2001-2011**

## **Évaluation horizontale**

Rapport final

Juin 2012

**Canada** 

# Table des matières

Réponse de la direction et plan d'action.....	ii
Sommaire.....	vii
1.0 Introduction.....	1
2.0 Historique de la lutte contre le tabagisme au Canada.....	1
3.0 Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme.....	3
3.1 Gouvernance de la SFLT.....	5
3.2 Historique budgétaire de la SFLT.....	7
3.3 Activités liées à la SFLT.....	10
4.0 L'évaluation de la SFLT.....	16
4.1 Objet de l'évaluation, portée et considérations.....	16
4.2 Méthodologie.....	17
4.3 Limites.....	22
5.0 Constatations de l'évaluation – Pertinence.....	24
5.1 Nécessité continue de la SFLT.....	24
5.2 Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral.....	26
5.3 Harmonisation avec les priorités gouvernementales.....	27
5.4 Sommaire de la pertinence.....	28
6.0 Constatations de l'évaluation – Rendement.....	29
6.1 Prévalence globale et chez les jeunes.....	29
6.1.1 Tendances relatives à la prévalence du tabagisme.....	29
6.1.2 Prévalence globale.....	30
6.1.3 Prévalence chez les jeunes.....	41
6.1.4 Sommaire de la prévalence globale et chez les jeunes.....	46
6.2 Exposition à la fumée secondaire.....	47
6.2.1 Récentes tendances.....	47
6.2.2 Sommaire de la fumée secondaire.....	53
6.3 Organisation mondiale de la Santé (OMS) – Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT).....	54
6.3.1 Aperçu de la CCLAT de l'OMS.....	54
6.3.2 Engagement du Canada à l'égard de la lutte contre le tabagisme.....	54
6.3.3 Contribution de la SFLT à l'engagement du Canada.....	54
6.3.4 Sommaire de la CCLAT de l'OMS.....	56
6.4 Prochaine génération des politiques de lutte contre le tabagisme.....	57
6.4.1 Aperçu de la contribution de la SFLT à la prochaine génération des politiques de lutte contre le tabagisme.....	57
6.4.2 Sommaire de la prochaine génération des politiques sur la lutte contre le tabagisme.....	63
6.5 Surveiller et évaluer les activités liées au tabac de contrebande et améliorer la conformité.....	64
6.5.1 Aperçu de la contrebande du tabac.....	64
6.5.2 Activités des ministères partenaires.....	65
6.5.3 Sommaire de la contrebande du tabac.....	74
6.6 Efficacité et économie.....	74
6.6.1 Contexte.....	74
6.6.2 Analyse 1 — Estimation de l'incidence économique du tabagisme et des avantages des réductions de la prévalence du tabagisme.....	75
6.6.3 Analyse 2 — Estimation d'un avantage économique annuel possible pour la SFLT.....	80
6.6.4 Sommaire de l'efficacité et de l'économie.....	81
7.0 Conclusions et recommandations.....	81
Annexe A — Profil des projets de subventions et contributions.....	85
Annexe B — Mortalité attribuable au tabagisme moyenne estimative selon les différentes causes sous-jacentes.....	88

# Réponse de la direction et plan d'action

## Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme 2001-2011

La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT), lancée en 2001 par Santé Canada en partenariat avec Sécurité publique Canada (SPC), la Gendarmerie royale du Canada (GRC), l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC), l'Agence du revenu du Canada (ARC) et le Service des poursuites pénales du Canada (SPPC), se voulait une démarche complète, intégrée et soutenue visant à réduire la consommation de tabac.

La présente évaluation sommative portant sur les dix années de la Stratégie est la quatrième évaluation des mesures de lutte contre le tabagisme prises par le gouvernement fédéral. Elle fait suite aux évaluations de la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT – 1994-1997), de l'Initiative de lutte contre le tabagisme (ILT – 1997-2001) et à l'évaluation de mi-parcours de la SFLT (2001-2006).

L'autorisation en matière de politiques liée à la SFLT est arrivée à échéance le 31 mars 2012. Le gouvernement du Canada examine actuellement de nouvelles stratégies en matière de lutte contre le tabagisme. Les constatations de l'évaluation serviront donc à orienter l'élaboration de politiques sur le rôle futur du gouvernement fédéral dans la lutte antitabac.

Santé Canada a examiné l'évaluation et, de manière générale, est d'accord avec les conclusions qu'elle contient. Toutefois, la Direction des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme a exprimé certaines préoccupations concernant la manière dont est décrit le *Règlement sur l'information relative aux produits du tabac* (RIPT) et certaines affirmations qui pourraient porter à confusion en ce qui a trait aux liens entre les messages de mise en garde et l'abandon du tabac. Le Plan d'action de gestion présente certaines des mesures que prendra Santé Canada de concert avec d'autres ministères fédéraux ainsi que des observations générales concernant la manière dont est décrit le RIPT.

### **Réponse de la direction de l'Agence des services frontaliers du Canada**

L'ASFC accepte de façon générale les conclusions de l'évaluation. Elle continuera de collaborer avec Santé Canada et les partenaires fédéraux à la lutte contre le tabagisme.

### **Réponse de Sécurité publique Canada**

SPC accepte les conclusions du rapport d'évaluation et appuie les recommandations qui y sont formulées. Le Ministère appuiera Santé Canada dans la mise en œuvre de son plan d'action de gestion, le cas échéant.

### **Réponse de la Gendarmerie royale du Canada**

La GRC accepte les conclusions du rapport d'évaluation et appuie les recommandations qui y sont formulées. Elle appuiera Santé Canada dans la mise en œuvre de son plan d'action de gestion, le cas échéant.

### **Réponse de l'Agence du revenu du Canada**

L'ARC accepte de façon générale les conclusions de l'évaluation et continuera de collaborer avec Santé Canada et les partenaires fédéraux à la lutte contre le tabagisme.

## **Réponse du Service des poursuites pénales du Canada**

Le SPPC accepte de façon générale les conclusions de l'évaluation et continuera de collaborer avec Santé Canada et les partenaires fédéraux à la lutte contre le tabagisme, s'il y a lieu.

### **Observations générales**

L'évaluation horizontale de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme vise à mesurer les grands objectifs de la SFLT. L'un des objectifs énoncés est l'abandon du tabac.

La Direction des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme (DSCLT) a exprimé des préoccupations sur la manière dont sont formulés certains passages du rapport, qui laissent entendre que le but des étiquettes se trouvant sur l'emballage des produits du tabac (obligatoires en vertu du *Règlement sur l'information relative aux produits du tabac* [RIPT]) est lié à l'abandon du tabac.

Le RIPT a été pris en vertu de la *Loi sur le tabac*. L'un des buts de cette loi, tel qu'il est indiqué à l'article 4 de celle-ci, est de mieux sensibiliser la population aux dangers que l'usage du tabac présente pour la santé. Le même objectif a été mentionné dans le résumé de l'impact de la réglementation du RIPT, publié dans le numéro du 19 juillet 2000 de la *Gazette du Canada*, Partie II ([www.canadagazette.gc.ca/archives/p2/2000/2000-07-19/pdf/g2-13415.pdf](http://www.canadagazette.gc.ca/archives/p2/2000/2000-07-19/pdf/g2-13415.pdf)). Toutefois, tel qu'il est rédigé, le rapport comprend certaines affirmations qui pourraient porter à confusion en ce qui a trait aux liens entre les messages de mise en garde et l'abandon du tabac.

Afin de tenir compte adéquatement de ces questions dans les prochaines évaluations, le personnel de la DSCLT travaillera en collaboration avec la Direction de l'évaluation afin d'avoir une meilleure compréhension de la *Loi sur le tabac*, du RIPT et d'autres règlements.

**Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme – Évaluation horizontale**  
**Réponse de la direction et plan d'action**

Recommandations	Réponse et mesures	Livrables	Gestionnaire responsable	Calendrier
<p>Simplifier les activités antitabac de manière à mettre l'accent sur l'application de la <i>Loi sur le tabac</i>, qui comprend la <i>Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes</i>, et sur le maintien d'un rôle de leadership par l'intermédiaire d'activités de recherche et de surveillance afin d'éclairer les politiques et la réglementation et d'orienter les efforts concertés visant à exécuter une stratégie nationale globale et intégrée de lutte contre le tabagisme.</p>	<p>Santé Canada, en collaboration avec les ministères fédéraux partenaires de la SFLT, est déterminé à mettre en place des mesures visant à réduire les taux de tabagisme et à protéger la santé des Canadiens.</p> <p>La recommandation sera prise en compte pendant le processus d'élaboration des politiques.</p>	<p>Approbation et mise en œuvre d'un nouveau programme de lutte contre le tabagisme</p> <p>Annonce d'un nouveau programme de lutte contre le tabagisme</p>	<p>Directeur général, Direction des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme (DSCLT), Direction générale de la santé environnementale et la sécurité des consommateurs (DGSESC), Santé Canada</p>	<p>Juin 2013</p>
<p>Cerner les pratiques exemplaires ou prometteuses parmi les projets financés par des S et C et veiller à ce que cette information soit communiquée aux partenaires compétents.</p>	<p>La direction reconnaît la nécessité d'en apprendre le plus possible des projets financés par des S et C qui ont été mis en œuvre dans le cadre de la SFLT et de communiquer ces connaissances aux intervenants et aux partenaires.</p> <p>Santé Canada procédera à l'examen de tous les projets financés par des S et C dans le cadre de la SFLT afin de cerner les pratiques prometteuses et les leçons retenues.</p> <p>Santé Canada communiquera les conclusions de cet examen aux intervenants et aux partenaires.</p>	<p>Achèvement de l'examen des projets financés par des S et C pour cerner les pratiques prometteuses et les leçons retenues.</p>	<p>Directeur général, DSCLT, DGSESC, Santé Canada</p>	<p>Mars 2014</p>
<p>Élaborer une approche systématique de mesure du rendement en mettant l'accent sur l'établissement d'un lien entre les données sur le rendement, le modèle logique et les indicateurs de rendement afin d'orienter les processus d'évaluation et de production de rapports.</p>	<p>La direction reconnaît qu'il faut établir une solide stratégie de mesure du rendement afin de surveiller les résultats et d'en rendre compte. En outre, il faut fournir régulièrement de l'information à la direction en vue de la surveillance et veiller à la réalisation des objectifs, des résultats et des activités.</p>			

Recommandations	Réponse et mesures	Livrables	Gestionnaire responsable	Calendrier
	<p>Une stratégie de mesure du rendement sera mise au point pour harmoniser les orientations et les résultats stratégiques avec le futur rôle du gouvernement fédéral dans la lutte contre le tabagisme.</p> <p>Mise en œuvre de la stratégie de mesure du rendement, notamment la collecte des indicateurs cernés.</p>	Stratégie de mesure du rendement approuvée par le Secrétariat du Conseil du Trésor	Directeur général, DSCLT, DGSESC, Santé Canada	Octobre 2013
	Un cadre d'évaluation reposant sur le plan de mesure du rendement des programmes sera élaboré en collaboration avec les partenaires fédéraux.	Cadre d'évaluation qui respecte les normes du Secrétariat du Conseil du Trésor	Chef de l'évaluation, directeur général, Direction de l'évaluation ASPC	Un an après l'approbation du programme - Décembre 2013

# Acronymes

AAP	Architecture des activités de programme	LCPE	Loi canadienne sur la protection de l'environnement
APVP	Années potentielles de vie perdues	LRPT	Loi réglementant les produits du tabac
ARC	Agence du revenu du Canada	MAT	Morbidité attribuable au tabagisme
ASFC	Agence des services frontaliers du Canada	MGS	Mises en garde liées à la santé
BPPS	Bureau de la politique et de la planification stratégique	MMCEAT	Morbidité, mortalité et coûts économiques attribuables au tabagisme
BRC	Bureau de la réglementation et de la conformité	OAN	Organismes autochtones nationaux
BRSET	Bureau de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation en matière de tabac	ONG	Organismes non gouvernementaux
BSMA	Bureau du sous ministre adjoint	PANLC	Plan d'action national de lutte contre la contrebande
CAMH	Centre de toxicomanie et de santé mentale	PILTD	Programme des initiatives de lutte contre le tabagisme et les drogues
CCAT	Coalition canadienne d'action contre le tabac	PNRA	Programme national de recouvrement des amendes
CCLAT	Convention cadre pour la lutte antitabac	PSM	Programme de la sécurité des milieux
CCMT	Comité consultatif ministériel sur le tabagisme	PSTSP	Programme de santé au travail et de sécurité du public
CGRR	Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats	RGT	Région du Grand Toronto
CLLT	Comité de liaison sur la lutte contre le tabagisme	RHDCC	Ressources humaines et Développement des compétences Canada
CNFE	Chutes Niagara Fort Érié	RIRPT	Règlement sur l'information relative aux produits du tabac
DAI	Direction des affaires internationales	RIT	Renseignements sur l'industrie du tabac
DGRP	Direction générale des régions et des programmes	RPT	Règlement sur les produits du tabac
DGSCP	Direction générale des services de cotisation et des prestations	RRRT	Règlement sur les rapports relatifs au tabac
DGSESC	Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs	S et C	Subventions et contributions
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits	SFLT	Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme
DSCLT	Direction des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme	SLTPNI	Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits
ESUTC	Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada	SNLT	Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme
ETJ	Enquête sur le tabagisme chez les jeunes	SP	Sécurité publique Canada
FAT	Fraction attribuable au tabagisme	SPMA	Service de police mohawk d'Akwesasne
GRC	Gendarmerie royale du Canada	SPPC	Service des poursuites pénales du Canada
GTCLLT	Groupe de travail du Comité de liaison sur la lutte contre le tabagisme	SRDT	Stratégie de réduction de la demande de tabac
ILT	Initiative de lutte contre le tabagisme	SSILT	Système de surveillance de l'information sur la lutte contre le tabagisme
		TPS	Taxe sur les produits et services
		TVP	Taxe de vente provinciale

# Sommaire

La présente évaluation vise à évaluer les progrès accomplis de 2001 à 2011 vers la réalisation des objectifs de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT), en mettant particulièrement l'accent sur la deuxième moitié de la SFLT (2007-2011). Elle en examine la pertinence et le rendement afin de remplir les exigences relatives à la responsabilisation énoncées dans la Politique sur l'évaluation du gouvernement du Canada. Les évaluateurs ont en outre tenté de tenir compte dans la mesure du possible non seulement des facteurs externes associés aux résultats mais aussi des interactions complexes des contributions des différents paliers de gouvernement.

La SFLT a été lancée à titre de stratégie décennale (2001-2011) visant à réduire les maladies et les décès associés au tabagisme au Canada. La SFLT se veut un programme complet, intégré et soutenu de lutte contre le tabagisme qui repose sur les pratiques exemplaires internationales et est conçu pour prendre appui sur les initiatives fédérales antérieures visant à réduire la demande de tabac.

L'un des éléments clés de la lutte que Santé Canada mène contre le tabagisme est l'application de la *Loi sur le tabac* adoptée en 1997, et d'un éventail de règlements. La *Loi sur le tabac* a pour objet de réglementer la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac au Canada. Elle a pour objectif de protéger tous les Canadiens, notamment les jeunes, contre les conséquences de l'usage du tabac pour la santé.

Une série de règlements découlent de la *Loi sur le tabac*, notamment le *Règlement sur l'information relative aux produits du tabac* (RIRPT), qui est entré en vigueur en 2000, et le *Règlement sur l'étiquetage des produits du tabac* (cigarettes et petits cigares), venu remplacer, en 2011, les exigences liées aux cigarettes et aux petits cigares énoncées dans le RIRPT. Ces deux règlements exigent que des mises en garde illustrées figurent sur l'emballage des produits du tabac. L'étiquetage des produits du tabac est un élément essentiel des efforts que déploie le gouvernement fédéral pour informer les Canadiens des risques pour la santé associés au tabagisme ainsi que des bienfaits de cesser de fumer.

En 2001, une somme près de 560 millions de dollars a été dépensée pour les cinq premières années de la SFLT en vue de l'exécution d'activités de lutte contre le tabagisme, dont les suivantes : le recours aux médias de masse; l'élaboration et l'application de règlements pris en vertu de la *Loi sur le tabac*; la recherche et la surveillance; la coordination nationale des efforts de lutte contre le tabagisme; la collaboration avec les partenaires fédéraux en matière de surveillance de la contrebande du tabac; le soutien des programmes de réduction du tabagisme chez les Premières nations et les Inuits; et le financement de diverses activités au moyen de subventions et de contributions (S et C).



Les modalités de la SFLT ont été renouvelées en 2007. Alors que les sommes destinées aux partenaires fédéraux sont demeurées les mêmes, atteignant approximativement 16 millions de dollars par année, une somme beaucoup moins élevée que les années antérieures (57 millions de dollars par année) a été affectée aux activités de lutte contre le tabagisme de Santé Canada. Par conséquent, l'allocation totale affectée à la deuxième phase de la SFLT était de 285 millions de dollars pour Santé Canada et de 80 millions de dollars pour les partenaires fédéraux sur cinq ans.

L'évaluation sommative de la SFLT réalisée en 2006 a révélé que presque tous les objectifs établis en 2001 ont été atteints ou dépassés dès 2005. Toutefois, la mesure dans laquelle cette réussite pouvait être attribuée à la SFLT était restreinte. Dans le contexte de l'atteinte des objectifs initiaux de la SFLT, les objectifs de celle-ci ont été révisés en vue de la deuxième phase et un objectif primordial consistant à réduire la prévalence du tabagisme au Canada de 19 % à 12 % d'ici 2011 a été établi à titre de cible éloignée. Les objectifs de la SFLT en 2001 et les objectifs particuliers ayant été révisés en vue de la deuxième phase de la SFLT sont résumés comme suit :

### Objectifs de la SFLT en 2001 et 2007

Phase 1 - 2001	Phase 2 - 2007
Faire passer la prévalence du tabagisme de 25 % (niveau de 1999) à 20 %	Réduire la prévalence globale du tabagisme de 19 % (2006) à 12 % d'ici 2011
Réduire le nombre de cigarettes vendues de 30 %	Faire passer la prévalence du tabagisme chez les jeunes de 15 % à 9 %
Faire passer le taux de conformité des détaillants en ce qui regarde la vente aux jeunes de 69 % à 80 %	Augmenter de 1,5 million le nombre d'adultes (y compris les jeunes adultes) qui cessent de fumer
Réduire le nombre de personnes exposées à la fumée ambiante du tabac dans les lieux publics fermés	Réduire la prévalence de l'exposition quotidienne à la fumée secondaire au Canada de 28 % à 20 %
Étudier comment imposer des changements aux produits du tabac pour les rendre moins dangereux pour la santé	Examiner la prochaine génération de politiques antitabac au Canada
	Contribuer à la mise en œuvre mondiale de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac (CCLAT)
	Surveiller et examiner les activités de contrebande de produits du tabac et renforcer la conformité

Les modalités de la SFLT ont été renouvelées en 2007, au moment où les fonctions de Santé Canada en matière de surveillance, de recherche, de réglementation et de conformité sont alors demeurées semblables à celles incombées en 2001. Cependant, l'accent mis sur la conformité est passé des détaillants aux fabricants, et à la collecte de renseignements concernant l'industrie. Les fonctions stratégiques sont également demeurées similaires, mais un accent supplémentaire a été mis sur les activités internationales et l'examen de la prochaine génération de mesures antitabac, au moyen de l'inclusion d'objectifs reflétant ces activités. Le recours aux médias de masse n'était pas prévu dans la SFLT en 2007.

## Gouvernance

Santé Canada était responsable de la gestion globale et de la mise en œuvre de la SFLT. La Direction des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme (DSCLT) de la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs (DGSESC) de Santé Canada était la direction responsable. La DSCLT avait recours à d'autres secteurs du Ministère qui exerçaient un contrôle direct sur divers aspects de la SFLT ou fournissaient un soutien et une expertise.

Entre 2008 et 2010, deux changements majeurs ont été apportés à la structure de gouvernance – la création de la Direction générale des régions et des programmes (DGRP) et la fusion des programmes antitabac et les substances contrôlées. La création de la DGRP a donné lieu au transfert de toutes les fonctions liées aux subventions et aux contributions et autres volets d'exécution du Programme des initiatives de lutte contre le tabagisme et les drogues (PILTD) au sein de cette Direction générale. Les activités de conformité et d'application menées en lien avec la *Loi sur le tabac* dans les régions ont aussi été transférées à la DGRP. Les autres activités de la SFLT ont continué à relever de la DGSESC.

L'objectif relatif au tabac de contrebande ainsi que l'objectif concernant la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la Santé (CCLAT-OMS) prennent appui sur les activités de plusieurs ministères fédéraux : la Gendarmerie royale du Canada (GRC), l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC), Sécurité publique Canada (SP), le ministère de la Justice (MJ), le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI), le Service des poursuites pénales du Canada (SPPC), l'Agence du revenu du Canada (ARC) ainsi que Santé Canada.

La SFLT met fortement l'accent sur les partenariats entre le gouvernement fédéral et autres paliers de gouvernement. Compte tenu que la lutte contre le tabagisme est une activité intergouvernementale, la collaboration est nécessaire non seulement avec les autres paliers de gouvernement mais aussi avec de nombreux organismes non gouvernementaux afin d'atteindre des objectifs communs.

## Portée et méthodologie de l'évaluation

L'évaluation a examiné les questions fondamentales de la Politique sur l'évaluation du gouvernement du Canada concernant la pertinence et le rendement. L'évaluation de la pertinence a porté sur des questions relatives à la nécessité continue de la SFLT, à l'harmonisation de la Stratégie avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral et à l'harmonisation de celle-ci avec les priorités gouvernementales. Le rendement a été évalué au moyen de l'examen de la réalisation des objectifs de la SFLT et d'une analyse qui a permis d'établir des estimations relatives au rendement du capital investi (RCI).

La méthodologie de cette évaluation de la SFLT décennale (2001-2011) a fait appel à de multiples sources de données probantes comprenant une recension des écrits et un examen de documents, la modélisation économétrique, une analyse de données secondaires, des entrevues menées auprès d'informateurs clés et un sondage effectué auprès des intervenants. L'évaluation a

également pris appui sur les évaluations du processus et de l'incidence qui ont été menées antérieurement afin d'évaluer la composante du programme de subventions et de contributions (S et C) lié à la SFLT. Ces méthodes ont été employées pour fournir des données quantitatives et qualitatives et confirmer les constatations, le cas échéant. De plus, les données recueillies au cours du processus d'évaluation ont été validées dans le cadre d'entrevues informelles réalisées auprès du personnel de programme de la SFLT.

## Constatations de l'évaluation

### Pertinence

Les taux de prévalence du tabagisme au Canada ont diminué considérablement au cours de la dernière décennie et sont parmi les plus bas dans les pays développés. De plus, la participation des provinces et des territoires à la lutte contre le tabagisme s'est accrue. Dès 2007, toutes les provinces s'étaient dotées de lois renforçant les mesures législatives de lutte contre le tabagisme qui émanaient autrefois uniquement du gouvernement fédéral. En outre, les dépenses provinciales et territoriales consacrées aux stratégies de lutte contre le tabagisme ont plus que doublé depuis 2001.

Néanmoins, il semble que les intervenants perçoivent toujours la nécessité pour le gouvernement fédéral de poursuivre les efforts visant à soutenir la lutte contre le tabagisme. Les intervenants croient que le rôle principal du gouvernement fédéral consiste à exercer un leadership en tant que responsable de la coordination aux niveaux national et international qui consisterait notamment à élaborer des lois, des règlements et des cadres nationaux.

Même si les priorités fédérales actuelles ne font pas ressortir la lutte contre le tabagisme comme un objectif principal du gouvernement fédéral, le gouvernement du Canada a toujours la responsabilité d'appliquer la *Loi sur le tabac*, qui comprend la *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes*.

### Rendement

Les taux globaux de tabagisme, qui ont connu une baisse constante depuis les années 1960, ont continué de diminuer depuis le lancement de la SFLT en 2001. Selon l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), les taux globaux de tabagisme, qui comprennent les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels, ont diminué, passant de 21,7 % en 2001 à 16,7 % en 2010. Toutefois, la cible éloignée consistant à réduire la prévalence globale du tabagisme à 12 % d'ici 2011 n'a pas été atteinte. Cela dit, le taux actuel de prévalence du tabagisme quotidien est de 13 % et est le plus faible parmi les pays comparables. En plus du fait qu'un nouveau creux a été atteint quant à la prévalence chez les adultes, l'objectif d'un taux de prévalence de 9 % chez les jeunes a été réalisé; toutefois, aucun changement statistiquement significatif n'est survenu depuis 2007. Néanmoins, en dépit de cette baisse des taux de prévalence, le taux de diminution a ralenti considérablement depuis 2007.

La SFLT a contribué pour une petite part à la baisse de la prévalence du tabagisme grâce à ses règlements sur l'accès des jeunes et l'étiquetage, et au soutien qu'elle offre en vue de la mise en œuvre d'interdictions provinciales visant la fumée secondaire. Même s'il a été signalé que le niveau de conformité des détaillants et des fabricants était élevé, il était difficile de faire des

déclarations quant à la contribution de d'autres règlements de la SFLT à la baisse des taux de tabagisme en raison des limites du modèle économétrique et des constatations contradictoires issues de d'autres sources de données probantes. La modélisation économétrique réalisée dans le cadre de la présente évaluation a permis de constater que les influences externes extérieures à la SFLT (p. ex. le niveau de scolarité atteint, suivi de la taxe provinciale et de la taxe d'accise) sont les plus importants prédicteurs de la participation au tabagisme et de la consommation de tabac. Les interdictions visant l'étalage dans les établissements de vente au détail, ainsi que l'âge légal pour acheter des cigarettes sont aussi des prédicteurs de la participation au tabagisme.

L'évaluation de l'incidence des projets de S et C a démontré que certains des projets de contributions axés sur le renoncement au tabac ont donné lieu à des taux de renoncement élevés, mais en raison de la participation restreinte à ces interventions et de leur portée limitée et du très peu de données disponibles sur les résultats, il a été impossible de faire des généralisations quant à l'efficacité de ces projets en matière de réduction de la prévalence. Cependant, d'autres projets de S et C axés sur l'application des connaissances ont permis d'influencer et de favoriser dans une certaine mesure l'élaboration de politiques et de lois, comme en témoigne la mise en œuvre d'interdictions provinciales visant la fumée secondaire, de lignes pancanadiennes d'aide au renoncement, et des lignes directrices sur le renoncement du tabagisme de CAN-ADAPTT (Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique). De plus, les projets financés portant sur les politiques et l'échange de connaissances ont permis d'appuyer et d'éclairer les politiques aux niveaux fédéral, provincial et organisationnel.

L'objectif consistant à réduire l'exposition des Canadiens à la fumée secondaire a été atteint. Santé Canada a fait la promotion d'environnements sans fumée grâce à ses fonds de contribution, à des campagnes médiatiques de masse et à son rôle de leadership dans la mise en œuvre d'interdictions de fumer à l'aide de ressources informationnelles et monétaires. La mise en œuvre d'interdictions visant la fumée secondaire dans la plupart des provinces illustre la façon dont le gouvernement fédéral peut influencer le changement.

Dans le cadre de la SFLT, Santé Canada et ses autres ministères partenaires ont appuyé la concrétisation de l'engagement du Canada à participer à la CCLAT-OMS en contribuant à l'élaboration de la CCLAT et en fournissant des conseils techniques sur les articles originaux ainsi qu'un soutien continu aux fins de la mise en œuvre de ceux-ci à l'échelle mondiale. Cette participation à la CCLAT démontre que le gouvernement du Canada exerce un leadership à l'échelle internationale.

Tout au long de l'exécution de la SFLT, les fonctions de recherche et de surveillance semblent avoir été exercées de manière active et avoir servi à éclairer l'élaboration de lois, de règlements et de diverses politiques et positions. En outre, les projets de S et C ainsi que les travaux effectués en collaboration avec des intervenants ont été importants pour l'avancement de la prochaine génération de politiques de lutte contre le tabagisme, tant fédérales que provinciales.

La production et l'application de connaissances ont constitué une caractéristique prédominante de la SFLT. Des investissements ont été faits afin d'assurer la production continue de connaissances qui appuieront l'exécution de d'autres travaux relatifs aux politiques dans l'avenir.

Dans l'ensemble, la production de connaissances et leur application subséquente semblent avoir aidé à régler le tabac au Canada, à renseigner les administrations au Canada sur les questions émergentes, et à déterminer l'orientation des efforts concertés de lutte contre le tabagisme.

SP, l'ASFC et la GRC ont utilisé les fonds affectés à la SFLT pour surveiller et examiner de manière concertée les activités de contrebande du tabac, ce qui a pu contribuer à l'augmentation considérable du nombre de saisies observées entre 2001 et 2009. De plus, l'évaluation a révélé que les capacités d'analyse du renseignement se sont accrues grâce à l'ajout de personnel. Étant donné que l'objectif consistait simplement à surveiller et à examiner le marché en vue d'éclairer les politiques fiscales, le volume des saisies indique que des activités de suivi ont eu lieu et des renseignements sous forme de rapports et réunions ministérielles ont été fournis au ministère des Finances Canada pour informer les politiques fiscales. L'augmentation du nombre de vérifications, d'examins, et d'amendes recouvrées grâce à une dotation accrue démontre que l'ARC et le SPPC ont mené des activités de conformité. Il a été impossible de déterminer les répercussions de ces activités sur la disponibilité de produits du tabac légaux ou illégaux.

Le total estimatif annuel des avantages économiques prévus de l'ensemble des mesures de lutte contre le tabagisme en vigueur au Canada est de 1,8 milliard de dollars. Les analyses ont révélé que si la SFLT contribuait à réduire d'environ 5 % la prévalence du tabagisme, le RCI (c'est-à-dire le rendement du capital investi) annuel atteindrait 17 millions de dollars selon les estimations. Par contre, à supposer que la contribution de la SFLT soit supérieure à 5 %, le RCI serait également supérieur.

## Conclusions et recommandations

Bien que de fortes baisses de la prévalence du tabagisme aient été observées pendant la durée de la SFLT (2001-2011), la prévalence est demeurée relativement stable entre 2007 et 2010. L'objectif global de la phase 2 relatif à la prévalence était une cible éloignée fixée à 12 % à la lumière de la réalisation précoce des objectifs initiaux de la phase 1 de la SFLT. Néanmoins, cet objectif consistant à réduire la prévalence à 12 % n'a pas été atteint. Toutefois, l'objectif visant à réduire à 9 % la prévalence du tabagisme chez les jeunes a été réalisé.

Dans l'ensemble, la SFLT a contribué à la baisse de la prévalence du tabagisme grâce à ses restrictions d'accès des jeunes et ses exigences d'étiquetage, et au soutien qu'elle offre en vue de la mise en œuvre d'interdictions provinciales visant la fumée secondaire. Cependant, les sources de données probantes ont laissé entendre que les mesures externes non financées par la SFLT, touchant notamment le niveau de scolarité atteint et la taxation, étaient les principaux facteurs ayant contribué aux changements sur le plan de la prévalence, suivis des lois provinciales interdisant l'étalage dans les établissements de vente au détail et établissant l'âge légal.

La plupart des changements environnementaux à grande échelle (c.-à-d. l'imposition de taxes et les interdictions visant la fumée secondaire) ont été mis en œuvre entre 2001 et 2007 et depuis ce temps, le milieu canadien de la lutte contre le tabagisme a peu changé. Les changements que les provinces ont apportés en matière de lutte contre le tabagisme au cours de cette période

comprennent des restrictions visant la publicité au point de vente imposées par l'intermédiaire d'interdictions provinciales concernant l'étalage dans les établissements de vente au détail, des interdictions relatives à la fumée secondaire dans l'ensemble de la province ainsi que des lois provinciales sur les véhicules sans fumée. Maintenant que les provinces et les territoires interviennent davantage, un grand nombre de questions relatives à la lutte contre le tabagisme sont désormais traitées au niveau provincial et territorial, et les programmes de prévention ou de cessation sont de plus en plus réalisés à ce niveau.

Les seuls changements majeurs survenus au niveau fédéral sont l'adoption de la *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes* qui en 2009 a modifié la *Loi sur le tabac* et les nouvelles étiquettes axées sur la santé prévues par le nouveau *Règlement sur l'étiquetage des produits du tabac (cigarettes et petits cigares)* pris en 2011. Il a été impossible, dans le cadre de la présente évaluation, d'évaluer les répercussions de la loi sur la prévalence puisque certaines de ses dispositions sont entrées en vigueur seulement vers la fin de 2009 tandis que d'autres, vers le milieu de 2010.

L'évaluation a démontré que la conformité aux restrictions et aux règlements découlant de la *Loi sur le tabac* était stable et élevée, tandis que la participation de fumeurs aux programmes de renoncement au tabac offerts dans le cadre de projets financés par des S et C faisant partie de l'évaluation de l'incidence des projets de S et C était restreinte. De plus, les données issues de cette évaluation n'ont pas permis de déterminer les répercussions globales que les projets de renoncement au tabac financés par les projets de S et C ont eues sur la prévalence. Ce n'est pas surprenant puisque de nombreux projets de renoncement ciblaient les populations vulnérables et ne visaient qu'à contribuer à la diminution des taux de prévalence du tabagisme. Les données probantes provenant de cette évaluation et la stabilisation des taux de prévalence indiquent que la réussite en matière de renoncement au tabac au sein de la population actuelle de fumeurs sera limitée à moins que la participation et la portée des projets de S et C soient améliorées.

D'autres projets de S et C axés sur l'application des connaissances ont influencé et fournis des renseignements qui ont servi à l'élaboration de politiques et de lois. De plus, les projets financés portant sur les politiques et l'échange de connaissances ont permis d'appuyer et d'éclairer les politiques à l'échelle fédérale, provinciale et organisationnelle.

Le leadership exercé par le gouvernement fédéral était manifeste tout au long de la présente évaluation, y compris en ce qui a trait au rôle de Santé Canada dans la CCLAT-OMS, à la mise en œuvre d'interdictions visant la fumée secondaire, aux données de recherche et de surveillance disponibles sur le tabagisme au Canada, aux recherches menées afin d'appuyer les interdictions provinciales concernant l'étalage dans les établissements de vente au détail, ainsi qu'à la *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes*. L'exercice continu d'un leadership en matière de lutte contre le tabagisme exige un investissement continu dans la recherche et la surveillance afin de cerner les nouvelles questions liées au tabagisme et d'être en mesure d'y donner suite dans le cadre des relations avec les intervenants ou d'activités stratégiques.

L'objectif relatif au tabac de contrebande consistait simplement à surveiller et à évaluer le marché ainsi qu'à accroître la conformité afin d'orienter les politiques. Par conséquent, la hausse du nombre de saisies révèle que des activités de surveillance liées au tabac de contrebande ont bien eu lieu tandis que le nombre accru de vérifications et d'examen de réglementation, de même que d'amendes recouvrées, indique que les partenaires fédéraux ont amélioré leurs activités de conformité.

Compte tenu des constatations et des conclusions de l'évaluation et du milieu actuel de la lutte contre le tabagisme, il pourrait être nécessaire de simplifier la structure actuelle de la SFLT. Néanmoins, il semble demeurer nécessaire que le gouvernement fédéral déploie des efforts soutenus en matière de lutte contre le tabagisme non seulement pour appliquer la *Loi sur le tabac* et ses règlements mais aussi pour exercer un rôle de leadership en tant que responsable de la coordination aux niveaux national et international. Afin d'exécuter une stratégie nationale globale et intégrée de lutte contre le tabagisme, désignée comme une pratique exemplaire, il faut adopter l'approche stratégique consistant à combiner les règlements fédéraux, l'élaboration de politiques, la recherche et la surveillance et à appuyer les efforts provinciaux et internationaux de lutte contre le tabagisme.

L'approche d'évaluation de la SFLT a fait appel à la modélisation par simulation de pointe à titre de source de données probantes afin de fournir des données quantitatives sur le rendement qui devaient être corroborées au moyen d'un système de mesure du rendement qui offrirait à la fois des données qualitatives et autres données quantitatives. Toutefois, tel que mentionné dans la section sur la méthodologie du présent rapport, le système de mesure du rendement n'a pas été mis en œuvre pour diverses raisons. Au cours de la rédaction du rapport d'évaluation, il est devenu évident que les données comportaient des lacunes. Un examen ponctuel de documents internes a donc été effectué afin de tenter de saisir des données qualitatives rétrospectives pour combler ces lacunes. Bien qu'une quantité considérable d'information ait été recueillie dans le cadre du processus de l'examen de documents internes, il est demeuré impossible de procéder à une triangulation avec de multiples sources de données probantes dans certains domaines. Il est en outre devenu évident qu'il existe une abondance de données sur le rendement relativement à la SFLT; toutefois, ces données ne sont pas bien classées/suivies en fonction des extraits de programme et de ses indicateurs de rendement. En dernier lieu, d'autres sources de données probantes (comme la modélisation économétrique et la recension des écrits) traitent de la lutte contre le tabagisme au Canada de façon plus générale (ce qui comprendrait les activités lancées par les provinces et les territoires, les ONG et les municipalités) plutôt que de faire état plus particulièrement des activités liées à la SFLT qui relèvent du gouvernement fédéral.

Par conséquent, voici les recommandations découlant de l'évaluation, sous la direction de Santé Canada:

- Simplifier les activités antitabac de manière à mettre l'accent sur l'application de la *Loi sur le tabac* (modifiée en tant que *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes*) et ses règlements, et sur le maintien d'un rôle de leadership par l'intermédiaire d'activités de recherche et de surveillance afin d'éclairer les politiques et la réglementation et de déterminer l'orientation des efforts concertés visant à exécuter une stratégie nationale globale et intégrée de lutte contre le tabagisme.
- Cerner les pratiques exemplaires ou prometteuses parmi les projets financés par des S et C et veiller à ce que cette information soit communiquée aux partenaires pertinents.
- Élaborer une approche systématique de mesure du rendement en mettant l'accent sur l'établissement d'un lien entre les données sur le rendement et le modèle logique ainsi que les indicateurs de rendement afin d'orienter les processus d'évaluation et de production de rapports.



## 1.0 Introduction

Santé Canada s'est engagé à évaluer la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) au cours de l'exercice 2010-2011 et à revenir devant le Cabinet au plus tard à l'automne 2011 pour présenter une voie à suivre en matière de lutte contre le tabagisme en prenant appui sur les résultats de l'évaluation comme source de données probantes en vue d'éclairer le processus du Cabinet. Cette évaluation est conforme à la Politique sur l'évaluation de 2009 du gouvernement du Canada car elle examine les cinq questions fondamentales se rapportant à la pertinence et au rendement. En outre, le présent rapport traite des activités et des réalisations liées à la SFLT qui ont été accomplies entre 2001 et 2011, mais il porte plus particulièrement sur la période de 2007 à 2010 étant donné qu'une évaluation sommative de la Stratégie a été effectuée en 2006. Les conclusions et les recommandations générales sont présentées dans la dernière section du rapport.

## 2.0 Historique de la lutte contre le tabagisme au Canada

La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (appelée « SFLT » ou « la Stratégie » dans le rapport) a été annoncée en 2001 en tant que stratégie globale de lutte contre le tabagisme, relevant de Santé Canada, visant à réduire les maladies et les décès attribuables au tabagisme. Cette Stratégie a fait suite à de longs antécédents d'activités de lutte contre le tabagisme réalisées par le gouvernement fédéral depuis les années 1960.

Les types d'activités de lutte contre le tabagisme, y compris les interventions que le gouvernement du Canada a menées au cours de différentes périodes, ont graduellement été réorientés, passant d'activités « se rapportant au tabac » (principalement des activités de recherche) à des interventions de « lutte contre le tabagisme », qui sont devenues plus exhaustives au fil du temps. Les mesures d'intervention connues du public ont débuté par l'éducation du public (1963-1964) et ont ensuite évolué, débouchant sur des programmes de promotion de la santé ou de « marketing social » (années 1980 aux années 2000), combinés à des restrictions initialement volontaires visant certaines activités commerciales des sociétés productrices de tabac. Ces changements négociés concernant les activités de commercialisation, qui ont débuté brièvement en 1971-1972 sous la menace de la loi proposée, ont donné lieu à un processus plus concerté d'élaboration de politiques amorcé au début des années 1980 qui a débouché lors de la promulgation de l'ancienne Loi réglementant les produits du tabac, L.R. (1988) ch. 20.

L'approche stratégique combinant la législation, la réglementation, et la promotion de la santé a été mise en œuvre en 1986 de concert avec la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme (SNLT, approximativement de 1986 à 1993), dont les fonds provenaient de la réaffectation à l'interne des fonds consacrés au programme des médicaments. Il s'agissait de la première stratégie de lutte contre le tabagisme et elle a été suivie par : la Stratégie de réduction de la demande de tabac (1994-1997), l'Initiative de lutte contre le tabagisme (1997-2001) qui a été annoncée simultanément avec l'Initiative anticontrebande, puis par la SFLT (2001-2011).

La Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT) faisait partie du Plan d'action national de lutte contre la contrebande (PANLC) que le gouvernement fédéral a lancé le 8 février 1994. La date de lancement de l'initiative a été choisie afin de correspondre à celle de la mise en œuvre d'une série de baisses de taxes visant le tabac, qui ont été motivées par des problèmes croissants liés au tabac de contrebande. La Stratégie devait rester en vigueur jusqu'au 31 mars 1997 et avait pour objectif, par l'intermédiaire de programmes, de l'éducation du public et de mesures d'application, de réduire au minimum les répercussions négatives prévues des baisses de taxes sur la consommation de produits du tabac, plus particulièrement chez les groupes les plus susceptibles de commencer à consommer des produits du tabac ou d'en consommer davantage en raison de la baisse des prix. Santé Canada s'est vu confier la responsabilité de la mise en œuvre de la Stratégie. Au total, une somme de 104 millions de dollars a été dépensée dans le cadre de la SRDT sur une période de trois ans.

L'Initiative de lutte contre le tabagisme (ILT) a été lancée par le gouvernement fédéral en 1997-1998 et était assortie d'un budget de 50 millions de dollars. Ces ressources ont été affectées à des travaux liés aux règlements et à la conformité sur une période de cinq ans prenant fin en mars 2002. Un volet de financement permanent de 10 millions de dollars par année a été ajouté en 1998-1999 afin d'établir un volet d'éducation du public. Une argumentation a par la suite été établie en faveur de l'intégration du volet de financement permanent à la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT), qui a remplacé l'ILT en 2001.

La SFLT englobe la majorité des activités de lutte contre le tabagisme que le gouvernement fédéral exécute, mais elle n'est pas représentative de toutes les activités qui influent sur l'usage, les répercussions ou la disponibilité des produits du tabac. Les ministères suivants réalisent des activités qui ne sont pas financées par l'intermédiaire de la SFLT mais qui portent sur le tabac :

- Le ministère des Finances est responsable de la taxation des produits du tabac;
- Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC) est responsable de la *Loi sur la santé des non-fumeurs*;
- L'Agence de la santé publique du Canada mène des interventions en matière de modes de vie sains, qui peuvent comprendre des messages relatifs à la prévention et au renoncement;
- Agriculture Canada se penche sur la culture du tabac et offre un programme visant à aider les agriculteurs à faire la transition entre la culture du tabac et un autre type de culture.

## 3.0 Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme

À la suite de l'ILT, la SFLT a été lancée à titre de stratégie décennale (2001 à 2011, puis a été prolongée d'une année) visant à réduire les maladies et les décès associés au tabagisme au Canada. La SFLT se veut un programme complet, intégré et soutenu de lutte contre le tabagisme qui repose sur les pratiques exemplaires internationales et est conçu pour prendre appui sur les initiatives fédérales antérieures.

L'un des éléments clés de la lutte que Santé Canada mène contre le tabagisme est l'application de la *Loi sur le tabac* adoptée en 1997, et d'un éventail de règlements. La *Loi sur le tabac* a pour objet de réglementer la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac au Canada. Elle a pour objectif de protéger tous les Canadiens, notamment les jeunes, contre les conséquences de l'usage du tabac pour la santé.

Une série de règlements découlent de la Loi sur le tabac, notamment le Règlement sur l'information relative aux produits du tabac (RIRPT), qui est entré en vigueur en 2000, et le Règlement sur l'étiquetage des produits du tabac (cigarettes et petits cigares), venu remplacer, en 2011, les exigences liées aux cigarettes et aux petits cigares énoncées dans le RIRPT. Ces deux règlements exigent que des mises en garde illustrées figurent sur l'emballage des produits du tabac. L'étiquetage des produits du tabac est un élément essentiel des efforts que déploie le gouvernement fédéral pour informer les Canadiens des risques pour la santé associés au tabagisme ainsi que des bienfaits de cesser de fumer.

Il est à noter que la Cour suprême du Canada a conclu, en 2007, dans l'affaire Canada (Procureur général) c. JTI-Macdonald Corp., [2007] 2 R.C.S. 610, que la Loi sur le tabac ainsi que le RIRPT étaient constitutionnels dans leur intégralité.

La raison invoquée par le gouvernement pour accroître ses investissements dans la lutte contre le tabagisme est la nécessité d'une action globale visant à tenir compte de la diversité des questions complexes liées à l'usage du tabac. Des données probantes issues du programme de lutte contre le tabagisme de la Californie et de recherches du Center for Disease Control des États-Unis indiquent que les mesures indépendantes, même si elles sont bien financées, ne fonctionnent pas ou offrent peu d'avantages, plus particulièrement à long terme.

En 2001, une somme de 560 millions de dollars a été dépensée pour les cinq premières années de la SFLT en vue de l'exécution d'activités de lutte contre le tabagisme, dont les suivantes : le recours aux médias de masse; l'élaboration et l'application de règlements pris en vertu de la *Loi sur le tabac*; la recherche et la surveillance; la coordination nationale des efforts de lutte contre le tabagisme; la collaboration avec les partenaires fédéraux en vue de régler le problème de contrebande; le soutien des programmes de réduction du tabagisme chez les Premières nations et les Inuits; et le financement de diverses activités au moyen de subventions et de contributions (S et C).

Les modalités de la SFLT ont été renouvelées en 2007, alors que les sommes destinées aux partenaires fédéraux sont demeurées les mêmes, atteignant approximativement 16 millions de

dollars par année, une somme beaucoup moins élevée que les années antérieures (57 millions de dollars par année) a été affectée aux activités de lutte contre le tabagisme de Santé Canada. Par conséquent, l'allocation totale affectée à la deuxième phase de la SFLT était de 285 millions de dollars pour Santé Canada et de 80 millions de dollars pour les partenaires fédéraux.

La première évaluation officielle de la SFLT, qui a eu lieu en 2006, a révélé que presque tous les objectifs établis en 2001 ont été atteints ou dépassés dès 2005. Toutefois, la mesure dans laquelle cette réussite pouvait être attribuée à la SFLT était restreinte. Dans le contexte de l'atteinte des objectifs initiaux de la SFLT, les objectifs de celle-ci ont été révisés en vue de la deuxième phase et un objectif primordial consistant à réduire la prévalence du tabagisme au Canada de 19 % à 12 % d'ici 2011 a été établi à titre de cible éloignée. Les objectifs de la SFLT en 2001 et les objectifs particuliers ayant été révisés en vue de la deuxième phase de la SFLT sont résumés dans le tableau ci-dessous :

### Objectifs de la SFLT en 2001 et 2007

Phase 1 - 2001	Phase 2 - 2007
Faire passer la prévalence du tabagisme de 25 % (niveau de 1999) à 20 %	Réduire la prévalence globale du tabagisme de 19 % (2006) à 12 % d'ici 2011
Réduire le nombre de cigarettes vendues de 30 %	Faire passer la prévalence du tabagisme chez les jeunes de 15 % à 9 %
Faire passer le taux de conformité des détaillants en ce qui regarde la vente aux jeunes de 69 % à 80 %	Augmenter de 1,5 million le nombre d'adultes (y compris les jeunes adultes) qui renoncent au tabac
Réduire le nombre de personnes exposées à la fumée ambiante du tabac dans les lieux publics fermés	Réduire la prévalence de l'exposition quotidienne à la fumée secondaire au Canada de 28 % à 20 %
Étudier comment imposer des changements aux produits du tabac pour les rendre moins dangereux pour la santé	Examiner la prochaine génération de politiques antitabac au Canada
	Contribuer à la mise en œuvre mondiale de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT)
	Surveiller et examiner les activités de contrebande de produits du tabac et renforcer la conformité

Les modalités de la SFLT ont été renouvelées en 2007, au moment où les fonctions de Santé Canada en matière de surveillance, de recherche, de législation et de réglementation et de conformité sont alors demeurées semblables à celles incombées en 2001. Cependant, l'accent mis sur la conformité est passé des détaillants aux fabricants, et à la collecte de renseignements concernant l'industrie. Les fonctions stratégiques sont également demeurées similaires, mais un accent supplémentaire a été mis sur les activités internationales et l'examen de la prochaine génération de mesures antitabac, au moyen de l'inclusion d'objectifs reflétant ces activités. Le recours aux médias de masse n'était pas prévu dans la SFLT en 2007.

Bien que la sensibilisation aux risques pour la santé associés au tabac soit encore un objectif pour le gouvernement, la Stratégie de 2007 indiquait que les interventions de prévention, de renoncement et d'éducation devraient viser à changer les comportements liés au tabagisme et à déterminer quelles interventions sont efficaces pour influencer sur les changements de comportement. Un autre changement important ayant touché les activités et le financement a été l'annulation de la Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits.

De plus, bien que cela n'ait pas été indiqué de manière explicite, la défense de la *Loi sur le tabac* contre les litiges est ressortie à titre de pression financière.

## 3.1 Gouvernance de la SFLT

### Santé Canada

Santé Canada était le ministère responsable de la SFLT ainsi que de la gestion globale et de la mise en œuvre de la Stratégie. Deux directions générales de Santé Canada étaient directement responsables de la Stratégie de lutte contre le tabagisme; toutefois, il se peut qu'elles aient fait appel au soutien et à l'expertise de d'autres secteurs du Ministère dans des domaines où des chevauchements peuvent survenir. La Direction des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme (DSCLT) de la DGSESC était la direction générale responsable au sein de Santé Canada.

Au moment où les modalités de la SFLT ont été renouvelées en 2007, les structures de gouvernance étaient en grande partie demeurées stables au sein de Santé Canada. Les fonctions et les bureaux étaient très semblables à ceux qui étaient en place en 2001, mais après 2007, un changement plus substantiel a été perçu au sein de Santé Canada. Entre 2008 et 2010, deux changements majeurs ont été apportés à la structure de gouvernance – la création de la Direction générale des régions et des programmes (DGRP) et la fusion des programmes antitabac et des substances contrôlées.

La création de la DGRP a donné lieu au transfert de toutes les fonctions liées aux subventions et aux contributions et autres volets d'exécution du programme au Programme des initiatives de lutte contre le tabagisme et les drogues (PILTD) au sein de cette Direction générale. Les activités de conformité et d'application menées en lien avec la *Loi sur le tabac* dans les régions ont aussi été transférées à la DGRP. Les autres activités de la SFLT ont continué à relever de la DGSESC. Les fonctions liées à la SFLT ont été réparties davantage au sein de la DGRP, et les activités reliées aux subventions et aux contributions ont été confiées à la Direction des programmes, et les activités reliées à la conformité et à l'application ont été confiées aux Régions. La DGSESC a continué d'assumer la gouvernance de la conformité et de l'application ainsi que la prestation du volet régional de la DGRP à l'échelle régionale.

À la suite de la réorganisation de la DGSESC et de la DGRP, Santé Canada a décidé de fusionner les fonctions de Santé Canada qui faisaient partie de la Stratégie canadienne antidrogue, devenue par après la Stratégie nationale antidrogue, à celles de la SFLT. En 2009, un nouveau groupe a ainsi été créé, sous le nom de Direction des substances contrôlées et de la lutte au tabagisme (DSCLT). Auparavant, la "Direction pour la lutte antitabac" était chargé de diriger les activités de Santé Canada, et c'est cette direction qui a été fusionné avec la Direction chargée de substances contrôlées. Avec ces changements organisationnels, la SFLT a continué de faire partie de l'Architecture des activités de programme (AAP) sous l'activité « consommation et abus de substances » et la sous activité axée sur le « tabac ».

Le Bureau de la réglementation et de la conformité (BRC) de la DSCLT était responsable de la surveillance des activités de conformité et d'application liées à la *Loi sur le tabac* et a amorcé la modification de règlements existants ou l'élaboration de nouveaux règlements pris en application de la *Loi*. De plus, certaines activités d'application relatives à la *Loi sur le tabac* ont été transférées du BRC au groupe des Régions au sein de la DGRP.

Les partenariats formés dans le cadre de la SFLT étaient démontrés par les liens solides établis non seulement entre les ministères fédéraux mais également entre le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux, territoriaux et municipaux. Une étroite collaboration avec les secteurs privés et bénévoles et, à l'échelle internationale, avec la communauté mondiale, venait renforcer la Stratégie. Cette approche reconnaît que la responsabilité de la lutte contre le tabagisme est partagée et que le tabagisme demeure un défi important et persistant sur le plan de la santé, un défi qui exige un engagement permanent des ressources et l'attention de tous les partenaires de la lutte contre le tabagisme.

Au sein de Santé Canada, plusieurs autres partenaires appuyaient la SFLT en plus de la DSCLT, de la DGSESC et de la DGRP en vue de poursuivre les efforts de lutte contre le tabagisme dans les collectivités autochtones, ainsi qu'à l'échelle internationale, et en collaboration avec les provinces et les territoires. Ces efforts coordonnés exigent la participation des partenaires suivants :

#### **Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)**

La DGSESC et la DGRP ont travaillé en permanence avec la DGSPNI afin d'assurer la coordination et la cohérence des activités de Santé Canada en matière de lutte contre le tabagisme. À la suite de l'annulation de la Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits en 2006, certains projets de S et C ciblaient les membres des Premières nations vivant dans les réserves et les Inuits vivant dans les collectivités inuites. La DGRP a continué de travailler étroitement avec la DGSPNI et avec les organismes de santé des Premières nations et des Inuits afin de cerner les priorités à l'appui des programmes de lutte contre le tabagisme.

#### **Direction des affaires internationales (DAI)**

La DSCLT et la DGRP ont travaillé avec la Direction des affaires internationales de Santé Canada pour élaborer les contributions du Canada aux initiatives internationales de lutte contre le tabagisme (p. ex. la Convention-cadre pour la lutte antitabac [CCLAT] de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS]).

#### **Comité de liaison sur la lutte contre le tabagisme (CLLT)**

Le directeur général de la DSCLT était coprésident du CLLT. Le Comité de liaison sur la lutte contre le tabagisme était un groupe de représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux qui se réunissaient deux fois par année afin de remplir les mandats suivants :

- Servir de forum pour la collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à l'égard des éléments de la stratégie intitulée *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada* : une stratégie nationale;

- Faire le suivi des progrès réalisés dans l'élaboration d'un plan de travail pour une action commune concernant les éléments de la Stratégie;
- Soulever des questions capitales et prodiguer des conseils au Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS), qui fait des recommandations à la Conférence des sous-ministres de la Santé;
- Intégrer la lutte contre le tabagisme au programme global de santé publique et des populations à l'échelle territoriale, provinciale et nationale;
- Faciliter la collaboration continue avec les organismes non gouvernementaux concernés par la lutte contre le tabagisme.

### **Comité consultatif ministériel sur la lutte contre le tabagisme (CCMLT)**

Le CCMLT est entré en action en 2001, mais il n'a tenu aucune réunion depuis l'automne 2005. Le Comité a donné des conseils sur les stratégies, les politiques, les mécanismes et les activités nécessaires à la mise en œuvre efficace de la SFLT et à l'appui accordé par le gouvernement fédéral à la Stratégie nationale approuvée par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé et des organismes non gouvernementaux. Le Comité a aussi surveillé et évalué les activités de lutte contre le tabagisme réalisées au Canada et dans d'autres administrations.

### **Autres partenaires fédéraux**

Les objectifs consistant à surveiller et à examiner les activités de contrebande et à renforcer la conformité ont été poursuivis avec l'aide d'autres ministères fédéraux. La responsabilité de la surveillance et de l'examen des activités de contrebande des produits du tabac incombait à la Gendarmerie royale du Canada (GRC), à l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC) et à Sécurité publique Canada (SP); la responsabilité du volet de renforcement de la conformité de cet objectif incombait au Service des poursuites pénales du Canada (SPPC) et à l'Agence du revenu du Canada (ARC).

### **Autres administrations**

La SFLT mettait fortement l'accent sur les partenariats entre le gouvernement fédéral et d'autres paliers de gouvernement. Compte tenu que la lutte contre le tabagisme est une activité intergouvernementale, la collaboration est nécessaire non seulement avec les autres paliers de gouvernement mais aussi avec de nombreux organismes non gouvernementaux afin d'atteindre des objectifs communs.

## **3.2 Historique budgétaire de la SFLT**

En 2001, le financement affecté à la SFLT pour les cinq premières années était d'environ 560 millions de dollars. Un financement stable d'approximativement 16 millions de dollars par année était alloué aux partenaires fédéraux aux fins de la surveillance et du contrôle de la contrebande, tandis que le budget annuel de Santé Canada a grimpé, passant de 54,5 millions de dollars par année à 99,2 millions de dollars dès 2004-2005. De plus, une somme de 10 millions de dollars sous forme de financement permanent provenant de l'Initiative de lutte contre le tabagisme antérieure était fournie.

En 2007, alors que les sommes destinées aux partenaires fédéraux sont demeurées les mêmes, atteignant approximativement 16 millions de dollars par année, une somme beaucoup moins élevée (57 millions de dollars par année) a été affectée aux activités de lutte contre le tabagisme de Santé Canada. Par conséquent, l'allocation totale affectée à la deuxième phase de la SFLT était de 285 millions de dollars pour Santé Canada et de 80 millions de dollars pour les partenaires fédéraux.

## Fonds alloués à Santé Canada

La réduction des fonds alloués à Santé Canada dans le cadre de la SFLT au cours de la deuxième moitié de la SFLT découlait principalement de réductions importantes permanentes, et de la décision de mettre fin à la Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits lors de l'examen des dépenses de 2006 (voir le tableau ci-dessous).

### Allocation de fonds annuelle totale

Allocation de fonds annuelle totale	
Total de l'ILT	10 000 000 \$
Total alloué à Santé Canada au titre de la SFLT	99 800 000 \$
<b>Total alloué à Santé Canada</b>	<b>109 800 000 \$</b>
LCPE	-13 000 000 \$
Fonds de publicité du Bureau du Conseil privé (BCP)	-16 488 217 \$
Réduction touchant la DGSPNI	-12 278 000 \$
Réaffectations gouvernementales	-8 224 706 \$
Réaffectations de Santé Canada	-3 821 570 \$
Fonds de la convention collective	1 488 483 \$
Ajustements techniques liés à la mise à jour annuelle des niveaux de référence (MJANR)	118 721 \$
Ajustements liés à la MJANR du Régime d'avantages sociaux des employés (RASE)	-272 411 \$
<b>Allocation résiduelle totale de Santé Canada</b>	<b>57 322 300 \$</b>

Cette diminution de financement a réduit l'allocation de Santé Canada provenant de la SFLT à approximativement 57 millions de dollars par année. Depuis 2007-2008, les fonds alloués à Santé Canada dans le cadre de la SFLT ont fait l'objet de d'autres réaffectations au sein du ministère (0,2 million de dollars) et de réductions gouvernementales (3,3 millions de dollars), ce qui a donné lieu à un niveau de financement de 53 millions de dollars en 2011. D'autres réductions, transferts et péremptions importants ont aussi eu lieu.

Au cours de la première année de la SFLT, une somme de 4,3 millions de dollars a été transférée à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Au cours de la deuxième année, une somme de 3,1 millions de dollars a été transférée au Bureau de la qualité de l'eau du Programme de la sécurité des milieux à titre de réaffectation permanente (PSM), une péremption de 8,7 millions de dollars est survenue au cours de la troisième année, et une réaffectation de 12,7 millions de dollars touchant les directions générales a été effectuée au cours



de la quatrième année. D'importants transferts, réductions ou péremptions ont été enregistrés chaque année et ne sont pas survenus uniquement au cours des premières années de la SFLT. Plusieurs élections et prorogations ont eu lieu et ont retardé les approbations de financement, plus particulièrement au cours de la deuxième phase de la Stratégie, ce qui a entraîné des péremptions. Une somme de 6,3 millions de dollars a été transférée à la DGSPNI en 2008-2009, et une péremption de 2,5 millions de dollars est survenue en 2009-2010.

En plus des péremptions et des transferts, il a été nécessaire de consacrer une proportion considérable du financement aux coûts corporatifs. Par exemple, en 2009-2010, les « directions générales de services corporatifs » ont reçu une allocation de 3,8 millions de dollars; il a été déterminé qu'une somme d'un (1) million de dollars a été affectée au soutien de la « technologie de l'information d'entreprise », une somme de 0,8 million de dollars a été transférée afin de couvrir une série de « réductions corporatives ». Afin de soutenir la Direction générale au niveau de ses fonctions, une réduction annuelle permanente de 2,8 millions de dollars a été appliquée à la SFLT.

Ces réductions corporatives et ministérielles de 8,5 millions de dollars ont eu une incidence sur le montant du financement disponible pour les activités portant directement sur la lutte contre le tabagisme. Les dépenses affectées aux activités de lutte contre le tabagisme en 2010-2011 atteignaient au total moins de 45 millions de dollars, y compris les frais judiciaires de 6,3 millions de dollars.

Il convient de souligner qu'au cours de la deuxième moitié de la SFLT, les litiges sont ressortis à titre de pression financière. Le gouvernement du Canada a été mis en cause par des sociétés productrices de tabac dans six affaires judiciaires, et Santé Canada a mentionné un certain nombre de d'autres affaires susceptibles d'entraîner des risques dans l'avenir et par conséquent, le Bureau de soutien aux litiges liés au tabac, a été créé au sein de la DSCLT. Le soutien financier des activités se rapportant aux litiges a été initialement tiré de fonds de subventions et contributions qui n'avaient pas été dépensés – un retard survenu dans l'approbation des modalités de la SFLT en 2007-2008 a donné lieu à des fonds excédentaires considérables au cours de l'exercice en question. Le financement des frais de litiges a été approuvé en 2008-2009, mais il a été indiqué que des fonds supplémentaires, d'approximativement trois (3) millions de dollars par année, seraient fournis à même le budget de la SFLT à des fins de soutien aux litiges. Au cours des années où les frais de litige dépassaient cette allocation de fonds ainsi que la somme de trois (3) millions de dollars provenant de la SFLT, d'autres fonds destinés à la SFLT ont été réaffectés. Par exemple, en 2010-2011, une somme d'approximativement 6,1 millions de dollars provenant de la SFLT a été affectée au soutien des litiges.

## **Financement des partenaires fédéraux**

La somme d'approximativement 16 millions de dollars allouée aux partenaires fédéraux aux fins des activités de lutte contre la contrebande n'a pas changé au cours de la phase 2 de la SFLT, et a été répartie comme suit :

## Financement des partenaires fédéraux

Partenaires fédéraux	Allocation
SP	610 000 \$
SPPC	1 988 000 \$
ARC	888 910 \$
ASFC	10 560 800 \$
GRC	1 723 480 \$
<b>Total</b>	<b>15 771 190 \$</b>

Remarque: Il y a une petite différence dans les chiffres ci-dessus et ceux rapportés par le SPPC

Les fonds provenant de la SFLT alloués aux partenaires fédéraux étaient destinés à améliorer la conformité à la législation fédérale sur la taxation du tabac ainsi que le contrôle et la surveillance, mais ces ministères exécutent d'autres activités portant sur le tabac. Les fonds alloués dans le cadre de la SFLT sont utilisés de concert avec les fonds dont disposent les ministères pour entreprendre des activités complètes de lutte contre la contrebande du tabac et veiller à ce que le marché légal du tabac respecte les lois fiscales fédérales touchant le tabac.

### 3.3 Activités liées à la SFLT

Les activités de la phase 2 de la Stratégie étaient similaires à celles réalisées depuis 2001, avec pour exceptions notables le retrait du recours aux médias de masse, et le soutien à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Il a été noté que l'accent de la Stratégie serait de concentrer ses efforts à l'élaboration et à la mise à l'essai de techniques et de démarches de renoncement et de prévention, et de la conformité des détaillants à la conformité et à l'application au niveau de l'industrie et des fabricants. Les diverses activités liées à la SFLT sont décrites dans les sections qui suivent.

#### **La *Loi sur le tabac* et les règlements connexes**

La *Loi sur le tabac* du gouvernement fédéral, qui a été adoptée en 1997, régleme la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac au Canada. La *Loi sur le tabac* vise à protéger tous les Canadiens, notamment les jeunes, contre les conséquences de l'usage du tabac pour la santé.

L'article 4 de la *Loi sur le tabac* indique que la *Loi* a pour objet :

1. 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;
2. de préserver notamment les jeunes des incitations à l'usage du tabac et du tabagisme qui peut en résulter;
3. de protéger la santé des jeunes par la limitation de l'accès au tabac;

4. de mieux sensibiliser la population aux dangers que l'usage du tabac présente pour la santé.

De plus, la *Loi sur le tabac* impose des restrictions et des interdictions et confère des pouvoirs de réglementation dans des domaines clés afin d'appuyer les objectifs établis :

### Produits du tabac, y compris les normes, et les rapports d'information

Le *Règlement sur les rapports relatifs au tabac* (RRRT), qui a été adopté en juin 2000, exige que les fabricants et les importateurs présentent au ministre de la Santé des rapports détaillés sur leurs produits du tabac, y compris des renseignements portant sur la composition et les émissions des produits, des renseignements sur les ventes, l'emballage des produits, les projets de recherche entrepris par le fabricant ou pour son compte.

### Interdiction de la vente aux jeunes

La *Loi sur le tabac* interdit la vente de produits du tabac à des personnes ayant moins de 18 ans et exige que les détaillants de produits du tabac affichent des avis informant le public que la loi interdit de fournir des produits du tabac aux jeunes. Les règlements à cet égard précisent l'endroit où ces avis doivent être placés dans les commerces de détail, la façon dont ils doivent être placés, ainsi que leur forme et leur contenu. Le règlement précise également les documents qui peuvent servir à vérifier l'âge de la personne qui achète des produits du tabac et exonèrent les exploitants de boutiques hors taxes.

### Étiquetage liée à la santé des produits du tabac (à l'exception des cigarettes et petits cigares), y compris les mises en garde

Le *Règlement sur l'information relative aux produits du tabac*, adopté en 2000 en vertu de la *Loi sur le tabac* stipule les spécifications relatives des mises en garde liées à la santé, des messages d'information de santé (renseignements de santé) et d'information d'émissions toxiques qui doivent être inscrits sur les emballages de produits du tabac (sauf pour les cigarettes et petits cigares depuis 2011). Ces étiquettes liées à la santé ont été réalisées pour accroître la sensibilisation aux risques pour la santé et les effets sur la santé associés à la consommation de tabac.

### Étiquetage lié à la santé des cigarettes et des petits cigares, y compris les mises en garde

Le *Règlement sur l'étiquetage des produits du tabac* (cigarettes et petits cigares) adopté en 2011 vient remplacer les exigences en matière d'étiquetage des cigarettes et des petits cigares, qui étaient à l'époque édictées dans le *Règlement sur l'information relative aux produits du tabac* (RIRPT), par de nouveaux messages qui sont plus marquants, visibles et engageants. Ce règlement prévoit aussi l'inclusion d'une ligne d'aide sans frais pancanadienne et de l'adresse d'un portail Web sur le renoncement sur toutes les mises en garde relatives à la santé et sur certains messages d'information sur la santé. Le *Règlement* s'appuie sur les progrès réalisés grâce au RIRPT tout en visant à améliorer son efficacité globale. Il n'a cependant pas fait l'objet de la présente évaluation, car étant donné que ce dernier n'est entré en vigueur que récemment, son efficacité ne peut être évaluée.

## Promotion, Termes interdits

Le Règlement sur la promotion des produits du tabac et des accessoires (termes interdits), adopté en 2011, interdit l'utilisation des termes « légère », « douce » et leurs variantes sur les divers produits du tabac, leur emballage, le matériel promotionnel, la publicité au point de vente, de même que sur les accessoires pour fumeurs. Encore une fois, étant donné que ce règlement est entré en vigueur en 2011, il ne peut être examiné dans le cadre de cette évaluation.

## Promotion, y compris dans les établissements de vente détail et les autres formes de promotion

La publicité des produits du tabac est permise en vertu de la Loi sur le tabac uniquement s'il s'agit de publicité « informative » ou « préférentielle » qui se trouve dans une publication prévue pour la poste et adressées à un adulte ou à des affiches placées dans un endroit où les jeunes ne sont pas autorisés par la loi. À cet égard, les restrictions relatives à la promotion des produits du tabac ont pour objet de limiter l'exposition des gens, notamment les jeunes, à la publicité des produits du tabac, imposant des restrictions strictes sur la publicité de type « style de vie » ou « attrayante pour les jeunes ». À quelques exceptions près, les publications et les émissions étrangères sont exemptées de ces restrictions de diffusion de promotion interdite par la Loi sur le tabac.

## Saisie de produits du tabac

La *Loi sur le tabac* prévoit des pouvoirs d'exécution qui peuvent être exercés par les inspecteurs désignés. Lorsqu'un inspecteur saisit un produit du tabac ou autre, le propriétaire du produit saisi peut en demander la restitution à une cour. La procédure de restitution prévue par la *Loi sur le tabac* est décrite dans le *Règlement sur le tabac (saisie et restitution)*.

Dans le cadre de la SFLT, le Bureau de la réglementation et de la conformité (BRC) était responsable de gérer les activités de conformité et d'application liées aux règlements d'application de la *Loi sur le tabac*; entreprendre certaines mesures de conformité et d'application ainsi que d'élaborer de nouveaux règlements ou de mettre à jour les règlements en vigueur en vertu de la *Loi sur le tabac*. De plus, certaines activités d'application se rapportant à la *Loi sur le tabac* ont été transférées du BRC au groupe des Régions de la DGRP.

## Recherche

Le Bureau de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation en matière de tabac (BRSET) de la DGSESC était directement relié au secteur d'activité fonctionnelle de la recherche et de l'élaboration de politiques. La plupart des travaux que réalise ce Bureau ont contribué à l'objectif consistant à examiner l'avenir de la lutte contre le tabagisme. Les principales activités du BRSET étaient réparties entre trois portefeuilles : surveillance, évaluation et recherche, et renseignements sur l'industrie du tabac.

## Surveillance (ESUTC, ETJ)

Le BRSET a entrepris un certain nombre d'activités de suivi et de surveillance à l'appui de la SFLT qui comprenaient la surveillance de l'usage du tabac chez les Canadiens, la conformité des

détaillants au règlement sur l'accès des jeunes, et de l'opinion publique. Plus précisément, les activités de surveillance comprennent (mais sans s'y limiter) l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) qui se tient annuellement, et l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ) qui a lieu tous les six mois (des détails supplémentaires sont fournis dans la section consacrée à la méthodologie sous la rubrique de l'analyse des données secondaires).

### **Évaluation et recherche (suivi biologique)**

Le BRSET a effectué des recherches scientifiques portant sur le tabagisme et le tabac afin d'appuyer l'élaboration de règlements, de politiques et de programmes, ainsi que la diffusion de renseignements. Ces travaux se composaient en grande partie de projets de suivi biologique et de recherches supplémentaires liées à l'étude scientifique des produits du tabac.

### **Renseignements sur l'industrie du tabac**

Conformément à la phase 2 de la Stratégie, le BRSET a établi l'unité de renseignements sur l'industrie du tabac (RIT) en novembre 2008. Le principal objectif de l'unité était d'assurer une analyse rigoureuse des renseignements présentés par l'industrie à Santé Canada.

## **Politiques**

Le Bureau de la politique et de la planification stratégique (BPPS) de la DGSESC a dirigé l'élaboration de politiques pour la SFLT et a été désigné comme bureau de première responsabilité en ce qui concerne les exigences du gouvernement du Canada en matière de planification et de rapports à l'égard de la SFLT. Entre 2007 et 2010, les principales fonctions du groupe des politiques sur le tabac étaient les suivantes : élaboration de politiques, travaux internationaux au titre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), et relations avec les intervenants.

### **Élaboration de politiques**

Les principales activités du BPPS depuis 2007 ont porté sur l'élaboration des modifications de la *Loi sur le tabac* en tant que *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes* ; le soutien du renouvellement des mises en garde liées à la santé (Règlement sur l'étiquetage des produits du tabac (cigarettes et petits cigares) adoptée en 2011); l'évaluation de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme; et l'élaboration d'options concernant le futur rôle du gouvernement fédéral en matière de lutte contre le tabagisme.

### **Activités internationales au titre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT)**

La CCLAT est un instrument international de lutte contre le tabagisme relevant de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui a été élaboré en réponse à la mondialisation de l'épidémie de tabagisme et fait état de l'importance des stratégies visant à réduire la demande et des questions d'offre. Un certain nombre de partenaires fédéraux et de d'autres ministères ont participé à la coordination interministérielle et à la préparation de positions de négociation, dont les suivants : Sécurité publique Canada; la Gendarmerie royale du Canada, l'Agence des services frontaliers du Canada, et l'Agence du revenu du Canada. Santé Canada a pris part à ces démarches compte tenu que la CCLAT est axée sur la santé et de la préoccupation du public à l'égard des répercussions des produits du tabac de contrebande sur la santé.

## Relations avec les intervenants

Santé Canada comptait de nombreux partenaires dans le cadre de la SFLT, y compris des partenaires fédéraux, les provinces et les territoires, et des organismes non gouvernementaux. Santé Canada était chargé de gérer les relations avec ces groupes et de présider un certain nombre de groupes de travail mis sur pied dans le cadre de la SFLT.

## Programmes

### Subventions et contributions

Les subventions et les contributions offertes au titre de la SFLT étaient des mécanismes de financement au moyen desquels le gouvernement fédéral appuyait les activités de lutte contre le tabagisme menées par des organismes non gouvernementaux et autres paliers de gouvernement.

Dans le cadre de la SFLT, le financement des projets de S et C était disponible dans trois grandes catégories :

- **Projets de développement des connaissances** – projets de petite envergure visant à étudier, concevoir et mettre à l’essai un service, dans le cas desquels l’évaluation visait à mesurer les résultats de projet.
- **Projets d’application des connaissances** – la majorité des projets financés au moyen de S et C devaient porter sur l’application des connaissances. L’objectif de ces projets consistait à changer le comportement des fumeurs canadiens et à cette fin, à accroître le nombre de personnes qui renoncent au tabac ou tentent d’y renoncer, à réduire le nombre de personnes qui commencent à fumer, et à intensifier la lutte contre la fumée secondaire.
- **Projets de transfert des connaissances** – ces projets visaient à accélérer le transfert du service et son adoption par d’autres organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux qui sont mieux en mesure d’influer sur les comportements.

L’annexe A présente un résumé des projets de S et C qui ont été financés par l’intermédiaire de la SFLT. Un grand nombre de ces projets portaient sur l’« application des connaissances », plus particulièrement en ce qui concerne le renoncement au tabac. Conformément à l’accent mis sur le renoncement, 72 % des projets ciblaient les fumeurs. Parmi les fumeurs, de nombreux projets ciblaient des sous-groupes considérés comme étant des populations vulnérables, notamment les clients en santé mentale, les jeunes, et les collectivités autochtones (vivant dans les réserves et hors réserve). Les projets visaient aussi d’autres populations, dont les suivantes : professionnels de la santé (36 % des projets); la collectivité de la lutte contre le tabagisme, p. ex. les décideurs, les chercheurs (22 %); les non-fumeurs (18 %); ou d’autres groupes (p. ex. les familles, les employeurs) [12 %]. Vingt-huit pour cent (28 %) des projets de contributions visaient une clientèle formée de groupes autochtones vivant dans les réserves et 26 % des fonds alloués étaient consacrés à des groupes autochtones vivant hors réserve. Les projets ont été lancés en vue d’expérimenter des interventions différentes ou nouvelles ou de mettre des techniques à l’essai auprès de nouveaux groupes cibles.

## **Éducation du public**

La DGRP a fourni un éventail exhaustif de renseignements et de ressources sur l'usage du tabac, le renoncement au tabac, la prévention et la protection à divers auditoires, notamment les jeunes, les adultes, les milieux de travail, les femmes enceintes ainsi que la population des Premières nations et des Inuits.

## **Tabac de contrebande**

Les activités liées à l'objectif de la SFLT relatif à la surveillance et l'examen du tabac de contrebande relevaient de plusieurs ministères partenaires – c.-à-d. Sécurité publique Canada (SP); l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC); la Gendarmerie royale du Canada (GRC). Alors que le Service des poursuites pénales du Canada (SPPC) et l'Agence du revenu du Canada (ARC) étaient chargés d'améliorer la conformité afin de s'assurer que le marché du tabac légal soit conforme aux lois fiscales fédérales sur le tabac assurant ainsi aucun détournement vers le marché de la contrebande. Le financement de la SFLT a été utilisé pour accroître la capacité des ministères, principalement grâce à une dotation accrue, à réaliser une analyse de renseignements et à éclairer les décideurs.

## **Médias de masse nationaux**

En 2001, des ressources étaient recherchées pour le recours aux médias de masse, à raison de 30 millions de dollars en 2001-2002, de 40 millions de dollars en 2002-2003 et 2003-2004, et de 50 millions de dollars par année par la suite. Ces montants ont été réduits considérablement et au cours de la deuxième moitié de la SFLT (2007 à 2011), les campagnes médiatiques de masse ont été abandonnées. À ce jour, le budget consacré aux campagnes médiatiques de masse nationales à des fins médiatiques, de recherche et de production depuis l'exercice 2001-2002 a atteint 100,8 millions de dollars. En outre, un programme régional de financement par contributions axé sur les médias de masse était en vigueur en 2001 et a ensuite fait l'objet d'une réaffectation en 2007.

## **Programme de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations**

En plus des principaux objectifs de la première moitié de la SFLT (2001-2006), un des objectifs importants de la SFLT consistait à cibler les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves situées au sud du 60<sup>e</sup> parallèle, ainsi que les Inuits et toutes les collectivités des Premières nations vivant au nord du 60<sup>e</sup> parallèle où la prévalence du tabagisme était élevée. Le Programme de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations a été abandonné par Santé Canada en 2007.

## 4.0 L'évaluation de la SFLT

### 4.1 Objet de l'évaluation, portée et considérations

Cette évaluation visait à évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs de la SFLT. Elle porte sur les questions fondamentales se rapportant à la pertinence et au rendement afin de remplir les exigences relatives à la responsabilisation énoncées dans la Politique sur l'évaluation du gouvernement du Canada. Les questions d'évaluation relatives aux questions fondamentales que sont la pertinence et le rendement sont exposées dans le tableau ci-dessous.

La SFLT a fait l'objet d'une évaluation antérieure en 2006. Par conséquent, l'évaluation actuelle examine les dix années de la Stratégie s'étendant de 2001 à 2011 mais porte plus particulièrement sur la deuxième moitié de la SFLT (2007-2011). Les évaluateurs ont en outre tenté de tenir compte dans la mesure du possible non seulement des facteurs externes associés aux résultats mais aussi des interactions complexes entre les différents paliers de gouvernement, ou les contributions que ceux-ci ont apportées. Il était en outre prévu d'utiliser cette évaluation à titre de source de données probantes dans le cadre du processus de renouvellement de programmes.

#### Points et questions d'évaluation

Points d'évaluation	Questions d'évaluation
<b>Pertinence</b>	
	La SFLT demeure-t-elle nécessaire?
	Les activités et les objectifs de la SFLT correspondent-ils aux rôles et aux responsabilités du gouvernement fédéral?
	La SFLT correspond-elle aux priorités du gouvernement?
<b>Rendement</b>	
Efficacité	Dans quelle mesure a-t-il été possible d'atteindre les objectifs de la SFLT?
	Quelles sont les activités qui ont eu les plus grandes répercussions?
Efficiencia et économie	Quelles sont les répercussions économiques du tabagisme et quels sont les avantages de la réduction du tabagisme?
	Quel est le rendement du capital investi dans la SFLT?

### Approche d'évaluation

Le Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) élaboré en 2007 prévoyait une approche d'évaluation à quatre étapes visant à fournir une analyse de la pertinence et du rendement.



Le CGRR de 2007 traitait également de l'élaboration d'un modèle devant être utilisé pour déterminer l'optimisation des ressources. Cela aurait fourni aux décideurs des estimations quantitatives précises concernant les avantages à long terme sur le plan économique et en matière de santé qui sont directement attribuables à la SFLT. Il a été nécessaire d'avoir recours à deux volets de recherche pour appuyer la simulation :

- un modèle économétrique pour examiner les répercussions de diverses variables sociales, démographiques et économiques ainsi que les répercussions de diverses interventions qui pourraient ou non être financées dans le cadre de la SFLT. Des détails supplémentaires seront fournis ultérieurement dans la section sur les méthodes;
- une micro-analyse de l'efficacité des interventions de la SFLT (les projets de S et C financés dans le cadre de la SFLT, les règlements, et les projets financés par la Direction des affaires internationales de Santé Canada) pour appuyer l'approche de simulation.

Les résultats cumulatifs de ces deux volets étaient requis pour évaluer de façon plus précise l'efficacité de la SFLT. En raison du peu de progrès réalisés pour combler les lacunes des données existantes, la modélisation par simulation au niveau des populations n'a pas permis de fournir les estimations quantitatives précises des avantages à long terme sur le plan économique et en matière de santé directement attribuables à la SFLT qui étaient souhaités.

Pour répondre aux questions d'évaluation énoncées dans le CGRR et appuyer les questions fondamentales de l'évaluation tel que requis en vertu de la Politique sur l'évaluation du gouvernement du Canada actuellement en vigueur, la stratégie d'évaluation actuelle met principalement l'accent sur la modélisation macro-économétrique et au niveau des populations, en prenant appui sur les microdonnées issues des rapports d'évaluation des projets de subventions et de contributions, de recherches sur l'opinion publique, d'entrevues menées auprès d'intervenants clés et d'entrevues de validation.

## 4.2 Méthodologie

La présente section décrit les méthodes utilisées pour évaluer la SFLT (2001-2011). De multiples sources de données probantes comprenant une recension des écrits et un examen de documents, la modélisation économétrique, une analyse de données secondaires, des entrevues menées auprès d'informateurs clés et un sondage effectué auprès des intervenants ont été employées pour fournir des données quantitatives et qualitatives et confirmer les constatations, le cas échéant. De plus, les données recueillies au cours du processus d'évaluation ont été validées dans le cadre d'entrevues informelles réalisées auprès du personnel de programme de la SFLT. Suit une description des principales sources de données probantes.

### Modélisation économétrique

L'étude de modélisation économétrique visait à fournir une analyse économétrique des répercussions des politiques de lutte contre le tabagisme au Canada sur la prévalence du tabagisme et la quantité de tabac fumé. Le modèle a permis d'évaluer les répercussions des interventions fédérales (outils stratégiques liés à la SFLT et non liés à la SFLT) et des

interventions provinciales, territoriales et municipales, notamment : l'imposition de taxes sur les produits du tabac (ministère des Finances); les interdictions visant la fumée secondaire (provinces et territoires); les interdictions visant l'étalage dans les établissements de vente au détail (provinces et territoires); la conformité des détaillants aux interdictions de la vente aux mineurs (SFLT); les mises en garde liées à la santé (SFLT); l'âge légal (SFLT ainsi que les provinces et les territoires); les dépenses de Santé Canada en matière de lutte contre le tabagisme. En plus des variables relatives aux politiques antitabac, le modèle comprenait aussi des variables démographiques (p. ex. le niveau de scolarité, le revenu, l'état matrimonial).

Suivant l'exemple de Gagné, et de Gagné et Tedds<sup>1</sup>, un modèle en deux parties utilisant les données issues de l'ESUTC a été sélectionné aux fins de l'analyse et de la modélisation. Ce modèle en deux parties consistait à estimer :

- la participation, qui était définie comme la probabilité qu'une personne fume;
- la consommation, qui était définie comme le nombre de cigarettes qu'un fumeur fume au cours d'une période donnée.

Des estimations distinctes de la participation et de la consommation (relativement aux fumeurs) ont été établies concernant les jeunes, les adultes, et les travailleurs, les jeunes étant définis comme des personnes n'ayant pas atteint l'âge légal pour fumer dans leur province.

Ce modèle en deux parties est facile à mettre en œuvre et a été utilisé dans le cadre de recherches antérieures<sup>2</sup> et ne repose pas sur des restrictions d'exclusion pour tenir compte d'un biais de sélection possible, car l'équation relative à la consommation est axée sur les fumeurs plutôt que sur l'ensemble de la population<sup>3</sup>.

Les estimations concernant les jeunes et les adultes ont été produites au moyen de trois modèles différents qui seront désignés comme suit plus loin dans le rapport :

- **Modèle I** – Comprend les observations de 1999 à 2009. Ce modèle ne tient pas compte des provinces ni du temps, et par conséquent, contrairement au modèle II, ce modèle ne tient pas compte de l'incidence des variables non observées.
- **Modèle II** – Ce modèle comprend des variables de contrôle pour les provinces et le temps et tient donc compte de l'hétérogénéité non observée, mais il est plus susceptible de représenter les effets à court terme plutôt que les effets à long terme, ce qui pose un problème dans le contexte d'une toxicomanie.
- **Modèle III** – Ce modèle est identique au modèle I mais comprend uniquement les observations de 2001 à 2009. Comme le modèle I, ce modèle ne tient pas compte de l'incidence des variables non observées.

---

<sup>1</sup> Gagné, 2008; Gagné et Tedds, 2008a.

<sup>2</sup> Chaloupka et Wechsler, 1997.

<sup>3</sup> Gagné, 2008; Gagné et Tedds, 2008a.

## **Examen de documents**

Un certain nombre de documents ont été examinés afin de fournir des renseignements de base sur les activités de la SFLT et la structure de gouvernance, et pour contribuer aux sections sur les constatations d'évaluation relatives à la pertinence et au rendement. L'examen a notamment porté sur des documents internes comme des documents gouvernementaux, des rapports annuels, des notes de services internes ainsi que l'évaluation sommative de 2006 de la SFLT. D'autres documents ont été examinés dans le cadre des efforts visant à évaluer la pertinence de la SFLT. Ces documents comprennent d'importants documents établissant les priorités du gouvernement : les discours du Trône et les budgets (y compris les discours du budget et les plans budgétaires). De plus, un examen des communications du premier ministre du Canada a été réalisé.

## **Évaluation du processus des projets de subventions et de contributions (2011)**

Les résultats de l'évaluation du processus des projets de S et C réalisée en 2011 ont été utilisés comme source de données probantes dans le cadre de la présente évaluation de la SFLT. L'évaluation du processus a été exécutée en vue d'examiner la mise en œuvre des projets de S et C, les défis et les obstacles, les progrès accomplis et les leçons retenues. Les résultats attendus selon les propositions de projet ainsi que les rapports d'étape trimestriels de tous les projets de S et C financés par la SFLT ont été analysés et résumés. À partir d'un examen des résultats attendus et des descriptions des projets, les projets de contributions ont été classés dans sept catégories ou groupes de projets : lignes d'assistance, modèle d'Ottawa, counseling, politiques et échange de connaissances, formation, milieu de travail, et milieu scolaire. L'analyse des projets par groupe a facilité la détermination des leçons retenues, des pratiques exemplaires, et des défis propres à chaque groupe de projets. L'évaluation du processus a permis d'examiner les objectifs, activités, et extraits clés prévus; la situation financière; les partenariats; les réussites; et les défis ainsi que les obstacles associés aux 104 projets financés par S et C. La tenue de l'évaluation du processus comprenait une analyse détaillée du contenu des propositions de projet, des rapports d'étape des projets et des rapports de projet finaux terminés au plus tard en mars 2011.

## **Évaluation de l'incidence des projets de subventions et de contributions (2010)**

Cette étude visait à évaluer l'efficacité d'un échantillon de projets de S et C lancés dans le cadre de la SFLT au cours des exercices 2007-2008 à 2009-2010 qui pourraient être évalués au moyen d'un modèle expérimental (c.-à-d. au moyen d'un groupe témoin), mais cela s'est révélé impossible et par conséquent, l'évaluation a plutôt fait appel à un modèle quasi-expérimental. Le nombre de participants (n = 655 sur 1 051 à la période de référence) est tiré de 17 projets financés au total. Étant donné que le nombre de participants aux projets était beaucoup plus faible que prévu, un recensement a été réalisé auprès des participants aux projets consentant de participer à l'évaluation de l'incidence, (et non auprès d'un échantillon comme prévu initialement). Cela explique en outre pourquoi il était impossible d'avoir recours à une approche axée sur un modèle expérimental aux fins de l'évaluation de l'incidence des projets de S et C réalisée en 2010.

La conception des instruments de recensement reposait sur les objectifs de l'évaluation de l'incidence, et s'inspire largement des questionnaires existants sur les comportements liés à l'usage du tabac (p. ex. l'ESUTC). Le recensement de référence était conçu pour être mené principalement dans le cadre d'entrevues téléphoniques d'une durée approximative de 20 minutes. Le recensement a été mené de nouveau auprès de chacun des participants dans les trois (3) mois, six (6) mois et douze (12) mois suivant la fin du recensement de référence. Le questionnaire<sup>4</sup> portait notamment sur les points suivants :

- les antécédents tabagiques (p. ex. l'âge auquel la personne a commencé à fumer);
- l'usage actuel du tabac (p. ex. l'usage du tabac au cours des sept derniers jours, des 30 derniers jours);
- les restrictions quant au tabagisme à la maison;
- les tentatives de renoncement antérieures;
- la participation au projet (p. ex. source d'information au sujet du projet, niveau d'engagement, type d'intervention, mesures de préparation);
- les renseignements sociodémographiques (p. ex. langue, niveau de scolarité, état matrimonial, état de santé).

La majorité des entrevues de recensement ont été réalisées au téléphone; toutefois, un petit nombre de recensements ont été effectués en ligne ou au moyen d'un questionnaire papier. L'utilisation d'une approche de collecte de données axée sur des modes aussi variés entraîne des implications méthodologiques, mais la grande majorité des entrevues ont eu lieu au téléphone. En outre, étant donné qu'il était nécessaire de veiller à ce que le plus grand nombre possible de participants à chacun des projets répondent au recensement, il a été décidé que la nécessité d'obtenir un plus grand nombre de recensements complétés l'emportait sur les problèmes d'ordre méthodologique liés à l'utilisation de modes mixtes de collecte des données.

## **Morbidité, mortalité et coûts économiques attribuables au tabagisme (MMCEAT)**

Les modules logiciels sur la morbidité, la mortalité et les coûts économiques attribuables au tabagisme (MMCEAT) ont été utilisés pour estimer la mortalité attribuable au tabagisme (MAT), les années potentielles de vie perdues (APVP) attribuables au tabagisme, et les pertes de productivité attribuées aux maladies causées par le tabagisme, dans la section du rapport consacrée à l'efficience et à l'économie.

## **Sondage auprès des intervenants**

Santé Canada a commandé un sondage en ligne destiné aux intervenants de la lutte contre le tabagisme, y compris les organismes non gouvernementaux ayant reçu des fonds dans le cadre de la SFLT aux fins d'activités de lutte contre le tabagisme et ceux n'ayant pas reçu de fonds à cette

---

<sup>4</sup> Deux versions du questionnaire de base ont été élaborées. Le questionnaire de base initial a été adapté légèrement afin de produire une deuxième version englobant les utilisateurs de tabac à mâcher à la demande des responsables de deux projets menés en Saskatchewan.

fin, ainsi que les intervenants de l'industrie du tabac. Le sondage auprès des intervenants a servi à mettre à jour l'information obtenue en 2006 dans le cadre de recherches sur l'opinion publique qu'il a été impossible de répéter aux fins de la présente évaluation. L'instrument de sondage a été conçu en collaboration étroite avec Santé Canada afin d'aborder toutes les questions pertinentes, dont les suivantes :

- la nécessité continue des efforts de lutte contre le tabagisme au Canada;
- la nécessité continue d'une stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, et l'orientation appropriée des activités du gouvernement fédéral en matière de lutte contre le tabagisme;
- les répercussions perçues de la SFLT, ainsi que l'ensemble des points forts et des points faibles de la SFLT;
- les changements dans les rôles et les responsabilités des gouvernements provinciaux et fédéral en matière de lutte contre le tabagisme;
- les résultats et les répercussions du financement alloué aux intervenants dans le cadre de la SFLT;
- les sources d'information utilisées et les lacunes de l'information relative à la lutte contre le tabagisme.

Au total, le sondage en ligne a été envoyé à 521 intervenants choisis par Santé Canada, et le taux de réponse a été de 40 %. Soixante-quatre pour cent (64 %) des répondants avaient reçu un financement dans le cadre de la SFLT. Il convient de souligner que les constatations issues de ce sondage peuvent refléter les intérêts directs d'un grand nombre des intervenants.

## **Entrevues auprès d'informateurs clés**

À titre de suivi au sondage auprès des intervenants, des entrevues ont été menées auprès de 19 informateurs clés au total en octobre 2010. Ces 19 informateurs ont été sélectionnés au moyen d'une stratégie d'échantillonnage au jugé : un certain nombre de personnes ayant formulé des commentaires plus poussés ont été incluses; des personnes représentant des organismes d'intervenants clés et des personnes représentant des organismes de petite, moyenne et grande envergure ont été sélectionnées. Les entrevues menées auprès des informateurs clés visaient à obtenir une rétroaction plus détaillée sur les questions abordées dans le cadre du sondage, et à contribuer à l'analyse des constatations du sondage. Les entrevues ont été réalisées à l'aide d'un guide d'entrevue, et de questions semi-structurées.

## **Recension des écrits**

Une recension des écrits a été réalisée en 2010 à partir d'études canadiennes et internationales sur le tabac et de documents gouvernementaux. La documentation analysée porte sur des mesures comportementales, les médias de masse, les mises en garde liées à la santé figurant sur les paquets de cigarettes, la conformité des détaillants aux règlements, et les règlements sur la promotion de la cigarette. Des recherches ont été effectuées dans la base de données Cochrane et dans PubMed afin de trouver des articles présentant les constatations d'évaluations quantitatives d'interventions de programmes particuliers (p. ex. lignes d'aide au renoncement au tabac). Tous

les articles pertinents ont ensuite été examinés en fonction de la méthodologie d'inclusion. Les articles inclus ont été résumés et synthétisés en ce qui a trait à chacun des types d'interventions inclus.

## Analyse des données secondaires

La principale source secondaire de données de la présente évaluation est l'ESUTC, qui est conçue pour surveiller les tendances relatives à la prévalence du tabagisme au Canada. L'ESUTC est une enquête transversale répétée, fondée sur un échantillon représentatif à l'échelle nationale, visant à recueillir des données sur la prévalence du tabagisme, la consommation de cigarettes, le comportement de renoncement, ainsi que des renseignements sociodémographiques comprenant l'âge, le sexe, l'état matrimonial et le niveau de scolarité. La population cible de l'ESUTC est formée des personnes de 15 ans et plus vivant au Canada, à l'exclusion des résidents du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, et des personnes vivant à temps plein dans des institutions. Plus de 20 000 observations sont recueillies par année, et le nombre d'observations est habituellement réparti de façon égale entre les dix provinces canadiennes, la moitié des observations sont recueillies auprès de personnes âgées de 15 à 24 ans, et l'autre moitié provient de personnes âgées de 25 ans et plus. Les répondants sont sélectionnés à partir d'une liste de numéros de téléphone actifs et d'un échantillon systématique de numéros puisés dans chacune des strates d'échantillonnage aux fins de l'enquête (*Guide de l'utilisateur des microdonnées : ESUTC, Cycle 1, février à juin 2005*).

L'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ), qui est financée par Santé Canada, a été créée en vue d'étudier les facteurs qui augmentent ou réduisent la probabilité de l'usage du tabac chez les jeunes. Cette enquête visait initialement les élèves de la 5<sup>e</sup> à la 9<sup>e</sup> année ainsi que leurs parents, mais les groupes d'âge ont été modifiés dans le cadre des versions ultérieures de l'enquête, incluant les élèves jusqu'à la 12<sup>e</sup> année, mais excluant les parents. En plus de recueillir des données sur la prévalence, l'ETJ fournit également des détails sur les attitudes et les comportements liés au tabagisme chez les jeunes, notamment : l'expérimentation; le comportement en matière d'achat et les sources de cigarettes; la sensibilisation aux risques du tabagisme pour la santé; la rétention des mises en garde liées à la santé et les opinions à ce sujet; l'expérience de l'alcool et des drogues et les facteurs sociodémographiques associés à l'usage du tabac. L'ETJ a été réalisée pour la première fois en 1994 et a été répétée en 2002, en 2004-2005, 2006-2007, et plus récemment en 2008-2009.

## 4.3 Limites

D'autres sources de données probantes initialement envisagées n'ont pas été utilisées en raison des politiques sur la tenue de sondages d'opinion auprès des Canadiens, et des ressources financières et en dotation limitées. Les sources en question comprennent des enquêtes autres que le sondage auprès des intervenants (c.-à-d. l'enquête sur l'exposition; l'enquête nationale d'opinion publique sur les attitudes des Canadiens envers le tabagisme), les études de cas; et le système de suivi du rendement conçu pour saisir des données détaillées sur les intrants opérationnels. De plus, certaines des méthodes mises en œuvre ont soulevé des problèmes liés aux données, notamment le fait qu'il a été impossible de réaliser l'évaluation de 2010 de l'incidence des projets de S et C tel que conçu. À mesure que le programme de S et C s'est

déroulé, le nombre de projets financés a été beaucoup plus faible que prévu initialement et seul un petit sous-ensemble de ces projets a été jugé pertinent à l'évaluation de l'incidence. En raison de la taille restreinte de l'échantillon initial et de l'attrition de l'échantillon au fil des quatre périodes de mesure, l'analyse des répercussions reposait sur un nombre relativement faible de cas et il a donc été difficile d'effectuer des analyses fondées sur les projets ou fondées sur les interventions pour déterminer l'efficacité.

En outre, il est à noter que les projets qui ont été inclus dans l'évaluation de 2010 de l'incidence des projets de S et C étaient très hétérogènes du point de vue de leur clientèle cible (p. ex. étudiants, personnes âgées, patients hospitalisés, patients en santé mentale/patients présentant des toxicomanies) et de la nature des interventions qui y sont liées (p. ex. counselling par les pairs, webémissions, et interventions de cliniciens). Il a par conséquent été difficile d'interpréter les analyses bivariées (p.ex. fondées sur les caractéristiques sociodémographiques des participants, le type d'intervention) sans pouvoir tenir compte d'un éventail de variables déterminantes. Encore une fois, compte tenu du peu de résultats corroborants au microniveau des projets et des interventions, il a été impossible d'attribuer aux activités liées à la SFLT les progrès réalisés à l'égard de nombreux objectifs de la SFLT.

Cela signifie que les données disponibles pour l'évaluation de la SFLT grâce aux nombreuses sources de données probantes donneront une image acceptable des mesures de lutte contre le tabagisme menées au Canada et des types d'activités qui semblent être plus efficaces que les autres. Toutefois, il reste des questions d'attribution à régler en raison des nombreux facteurs qui influent sur les taux de prévalence et de la multitude d'intervenants œuvrant dans le domaine de la lutte contre le tabagisme – sans oublier qu'un grand nombre des sources de données probantes au microniveau, en plus des évaluations des projets financés par contributions, n'ont pas été exploitées pour appuyer et asseoir les données de macroniveau supérieur en ce qui concerne expressément la Stratégie.

Un certain nombre de stratégies différentes ont été employées pour atténuer les difficultés d'attribution qui sont devenues évidentes au cours du processus d'évaluation. En premier lieu, en raison de l'absence d'un système de données sur le rendement, les données sur le rendement ont été recueillies au moyen d'un examen manuel de rapports annuels et de documents internes afin de fournir des données probantes de microniveau sur les réalisations accomplies dans le cadre de la SFLT par rapport à ses résultats. En second lieu, l'évaluation de la SFLT visait à effectuer une analyse quantitative à l'aide du modèle économétrique pour déterminer la faisabilité d'établir un modèle Logit en vue d'élaborer des coefficients qui permettraient de fournir des estimations sur la « contribution » de la SFLT à l'ensemble des réalisations en matière de lutte contre le tabagisme au Canada. À mesure que les limites de l'approche sont devenues évidentes, ces travaux ont été modifiés et une analyse plus brute du rendement du capital investi a été intégrée au rapport. En dernier lieu, compte tenu de l'absence de groupe témoin dans l'évaluation de l'incidence des projets de S et C réalisée en 2010, et de la nature bivariée de certains de ces projets financés, un modèle quasi-expérimental a été utilisé au lieu d'un modèle expérimental, comme il a été mentionné antérieurement. De plus, des entrevues de validation informelles ont été tenues pour confirmer les constatations et les conclusions préliminaires.

## 5.0 Constatations de l'évaluation – Pertinence

La section du rapport consacrée aux constatations de l'évaluation est présentée en fonction des questions fondamentales (c.-à-d, la pertinence et le rendement). Les constatations sont exposées par rapport à chacun des objectifs de la phase 2 et un résumé est fourni à la fin de chacune des sections.

### 5.1 Nécessité continue de la SFLT

Le sondage mené auprès des intervenants a révélé que la majorité d'entre eux conviennent que le Canada a connu un succès considérable dans le domaine de la lutte contre le tabagisme au cours des 10 dernières années (77 %), que les taux de tabagisme ont diminué et que la sensibilisation aux dangers du tabagisme et de la fumée secondaire pour la santé est élevée (74 %). Selon les données issues de l'ESUTC de 2010, les taux de prévalence du tabagisme ont baissé au cours des années de la Stratégie, mais cette baisse a ralenti et a même « atteint un plateau » au cours des cinq dernières années.

Des entrevues de suivi menées auprès d'informateurs clés ont laissé entendre que les intervenants semblent avoir l'impression que la participation du gouvernement fédéral à la lutte contre le tabagisme et l'attention qu'il y accorde ont diminué au cours des quelques dernières années. Un grand nombre d'intervenants clés interrogés ont souligné une diminution perçue quant au niveau d'engagement et d'effort, à l'investissement monétaire, et à la portée des activités du gouvernement fédéral en matière de lutte contre le tabagisme. En dépit de cette perception des intervenants, le sentiment selon lequel les efforts de lutte contre le tabagisme au Canada doivent se poursuivre était élevé, 87 % des répondants s'entendent pour dire que la lutte contre le tabagisme au Canada demeure nécessaire. La majorité des intervenants (72 %) croient en outre que la lutte contre le tabagisme est toujours une priorité importante pour les Canadiens.

Les intervenants sondés étaient invités à évaluer la mesure dans laquelle il demeure nécessaire de déployer des efforts dans des domaines particuliers en matière de lutte contre le tabagisme :

1. La réduction du nombre de jeunes qui fument a reçu la cote la plus élevée en ce qui a trait à la nécessité de poursuivre la participation (88 %). Cela constitue en outre la plus haute priorité pour la poursuite des efforts selon le sondage réalisé en 2006 dans le cadre de l'évaluation. 2. Cependant, le taux de prévalence chez les jeunes observé lors de l'ESUTC (9 %) laisse entendre que la prévalence chez les jeunes a atteint un nouveau creux au Canada en 2010.
2. L'augmentation du nombre de fumeurs qui cessent de fumer a aussi été perçue comme un domaine où la poursuite des efforts demeure très nécessaire (82 %). Comme dans le cas de la situation observée chez les jeunes, le taux global de tabagisme relevé dans le cadre de l'ESUTC chez la population âgée de plus de 15 ans (17 %) laisse entendre que les taux globaux de tabagisme ont atteint un nouveau creux en 2010.



3. Plus de sept (7) intervenants sur dix (10) estiment qu'il est grandement nécessaire de poursuivre les efforts pour ce qui est de réglementer la vente du tabac (73 %), de réduire la contrebande (71 %), et de réglementer la fabrication des produits du tabac (70 %).

Lors du sondage, les intervenants ont aussi été interrogés au sujet des priorités de la SFLT et bien que plus de la moitié des intervenants sondés aient convenu que les priorités établies de la SFLT sont appropriées, 45 % d'entre eux ont mentionné des priorités supplémentaires sur lesquelles la Stratégie pourrait être axée à leur avis. Les priorités supplémentaires en question consistent notamment à cibler la population autochtone, à aborder les stratégies de commercialisation de l'industrie, et à s'occuper de d'autres populations à risque.

Il ressort clairement d'un examen de documents que les démarches qui relevaient auparavant principalement du rôle du gouvernement fédéral concernant la lutte contre le tabagisme se sont élargies et comprennent désormais les mesures antitabac provinciales et territoriales. Grâce aux interventions accrues des provinces et des territoires à cet égard, de nombreuses questions relatives à la lutte contre le tabagisme sont maintenant réglées au niveau des provinces et des territoires, et les programmes de prévention ou de renoncement sont de plus en plus exécutés à ce niveau. Les provinces et les territoires ont en outre adopté un certain nombre de lois et règlements visant notamment à interdire l'étalage des produits dans les établissements de vente au détail, à interdire le tabagisme à bord de voitures, à interdire le tabagisme dans les lieux publics, et à augmenter l'âge minimum d'achat.

Les intervenants du secteur du tabac ont aussi été invités à donner leur opinion quant aux répercussions que le fait de ne pas renouveler la SFLT aurait sur la lutte contre le tabagisme au Canada. Soixante-dix-neuf pour cent des intervenants (n = 126) ayant reçu un financement dans le cadre de la Stratégie croient que les répercussions seraient importantes. Les perceptions des intervenants n'ayant pas reçu de financement dans le cadre de la Stratégie (n = 37) étaient réparties de façon plus égale, mais le tiers d'entre eux estiment tout de même que les répercussions seraient de moyennes à importantes. Il convient également de souligner que, même si dans l'ensemble 69 % des intervenants considèrent que le non-renouvellement de la SFLT aurait des répercussions importantes, seulement 23 % d'entre eux sont d'avis que cela entraînerait une augmentation de la prévalence du tabagisme.

De nombreux intervenants interrogés ont dit craindre que le gouvernement fédéral n'estime que « c'en est fini du tabac ». Les personnes interrogées ont convenu à l'unanimité que le taux de tabagisme est encore trop élevé et que le Canada ne peut se permettre de cesser de prendre des mesures visant à réduire la prévalence même si le taux de tabagisme quotidien au sein de la population canadienne âgée de 15 ans et plus se situait à 13 % (ESUTC, 2010), soit le taux le plus faible parmi les pays comparables. Toutefois, certaines populations vulnérables présentent toujours des taux de prévalence supérieurs à la moyenne, notamment la population autochtone.

## 5.2 Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le sondage d'opinion publique de 2006 a laissé entendre que le mandat du gouvernement fédéral dans certains domaines était plus clair que celui de d'autres paliers de gouvernement ou autres partenaires. À cette époque, les Canadiens appuyaient surtout la responsabilité du gouvernement fédéral dans les domaines de la législation et réglementation de la fabrication et de la vente de produits du tabac, et de la lutte contre la contrebande. Les Canadiens ont le plus souvent attribué au gouvernement fédéral un rôle de partenaire égal avec les provinces et les organismes non gouvernementaux, et environ un Canadien sur quatre était en faveur d'un rôle de leadership pour le gouvernement fédéral. Le renoncement, les mesures visant à empêcher les jeunes de commencer à fumer, et la fumée secondaire sont des domaines dans lesquels le rôle des organismes individuels était moins clair. Dans ces cas, les Canadiens voyaient le plus souvent une approche coordonnée, faisant intervenir de nombreux partenaires, mais il n'y avait pas de consensus clair au sujet d'un chef de file.

Selon le sondage mené auprès des intervenants du secteur du tabac en 2010, 45 % d'entre eux croient que la nécessité d'un rôle pour le gouvernement fédéral est environ la même qu'il y a 10 ans et 46 % d'entre eux croient que cette nécessité est plus élevée qu'il y a dix ans, malgré le fait que la prévalence a considérablement diminué au cours des dix dernières années. Il est à noter que les intervenants ayant reçu un financement au titre de la SFLT dans le passé sont plus susceptibles d'estimer que la nécessité de mesures fédérales de lutte contre le tabagisme est élevée (94 %), ou d'estimer que cette nécessité est restée la même (52 %). Ceux qui n'ont jamais reçu de financement sont plus portés à considérer que cette nécessité est plus faible qu'il y a dix ans.

Lors du sondage, les intervenants ont été invités à indiquer le niveau de responsabilité le plus utile ou pertinent que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pourraient assumer, selon eux, à l'égard de divers domaines ou priorités de la lutte contre le tabagisme. Les résultats de ce sondage laissent entendre qu'il conviendrait de confier au gouvernement fédéral la plus grande part de responsabilité pour ce qui est d'exercer un leadership à l'échelle internationale, de participer à des forums mondiaux et de favoriser l'établissement d'ententes (entre les paliers de gouvernement et d'autres organismes) concernant la lutte contre le tabagisme (86 % par comparaison à 14 % pour ce qui est des gouvernements provinciaux et territoriaux).

Les intervenants ont en outre indiqué que la plus grande partie de la responsabilité de la mise en œuvre de lois et de règlements devrait incomber au gouvernement fédéral (75 %). Les autres rôles importants du gouvernement fédéral mentionnés portent sur le règlement des problèmes de contrebande (73 %), l'exécution et la diffusion de recherches sur le tabac (69 %) et la tenue de campagnes médiatiques de masse (65 %).

Il était considéré que l'application des lois et des règlements visant à lutter contre le tabagisme était répartie plus également entre les organismes fédéraux et autres, 54 % des intervenants attribuant la responsabilité à cet égard au gouvernement fédéral. Les résultats sont similaires en ce qui a trait aux responsabilités relatives au financement de d'autres administrations et organismes aux fins d'activités de soutien au renoncement (58 % des répondants les ayant

attribuées au gouvernement fédéral) et d'activités d'éducation du public (49 % des répondants les ayant attribuées au gouvernement fédéral). Sans compter l'héritage dominant du partenariat continu et de la responsabilité partagée entre tous les paliers de gouvernement et autres organismes nationaux concernant la lutte contre le tabagisme. Néanmoins, il reste que 74 % des intervenants interrogés considèrent que la responsabilité première devrait incomber au gouvernement fédéral.

Les informateurs clés ont ensuite été interrogés de façon plus précise sur la nature du rôle continu que le gouvernement du Canada doit jouer à leur avis. Les intervenants ont décrit ce rôle en fonction d'un certain nombre de thèmes fondamentaux :

- rôle national - assurer la coordination, combler les lacunes, assurer l'uniformité, manifester un engagement;
- établir le cadre, les objectifs et la stratégie - créer pour les autres un plan à suivre;
- s'attaquer à l'offre – lois et règlements, contrebande, « lutter contre l'industrie »;
- coordonner l'information et les rôles, pratiques exemplaires - favoriser les réseaux, les réunions, la consultation, les discussions, et la transparence;
- innovation, créativité, nouvelles idées, susciter des discussions;
- travailler étroitement avec les autres intervenants - mobiliser les provinces et les territoires.

### **5.3 Harmonisation avec les priorités gouvernementales**

L'examen de documents du gouvernement fédéral a révélé que même si elle a fait l'objet d'un financement continu au cours des années 1990 et 2000, la lutte contre le tabagisme n'a pas été mentionnée à titre de priorité gouvernementale importante dans les documents actuels d'établissement des priorités gouvernementales depuis la fin des années 1990 (Discours du Trône, Budgets, etc.).

Depuis 1996, le « tabac » et le « tabagisme » ont été mentionnés seulement dans deux discours du Trône; en 1997 et en 2001. Le discours du Trône de 1997 indique que la lutte contre le tabagisme répond à un besoin pressant dans le domaine de la santé, tout comme l'Initiative canadienne sur le cancer du sein et la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Il a été annoncé dans ce discours que les ressources affectées à la Stratégie de réduction de la demande de tabac seraient doublées, et qu'à cet égard, on « mettra particulièrement l'accent sur les programmes communautaires destinés à éviter que les jeunes Canadiens ne commencent à fumer et à encourager les fumeurs à cesser de fumer ».

En 2001, le tabac a été mentionné dans la section du discours du Trône faisant état de diverses mesures locales visant à promouvoir la santé et à prévenir la maladie, soulignant que le gouvernement intensifierait ses efforts pour « réduire le tabagisme ». Toutefois, le Plan budgétaire traite du tabac et du tabagisme presque exclusivement du point de vue de la taxation des produits du tabac.

Le Plan budgétaire de 2000 et celui de 2001 comprennent des éléments indiquant que des sommes seront affectées à la stratégie de lutte contre le tabagisme, mais aucun autre commentaire n’y est fourni. Le Plan budgétaire de 2005 et celui de 2008 sont les seuls qui mentionnent le tabac ou le tabagisme et fournissent des détails supplémentaires au sujet de ces questions à titre de priorité en matière de santé. Ces plans budgétaires établissent un lien explicite entre la taxation et le renoncement au tabac ainsi que la prévention du tabagisme. Les mises à jour budgétaires mettaient aussi l’accent sur la taxation en ce qui a trait au tabac et au tabagisme.

Au cours de la phase 2 de la SFLT, les communications du Cabinet du Premier ministre ont traité de la lutte contre le tabagisme seulement à deux occasions alors qu’il était question des modifications apportées en 2009 à la *Loi sur le tabac* en tant que *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes*.

## 5.4 Sommaire de la pertinence

Compte tenu du milieu actuel de la lutte contre le tabagisme, il pourrait être nécessaire de simplifier la structure actuelle de la SFLT. Les taux de prévalence au Canada ont diminué considérablement dans le passé et sont parmi les plus bas dans les pays développés. Toutefois, certaines sous-populations présentent toujours des taux de prévalence supérieurs, notamment la communauté autochtone. De plus, la participation des provinces et des territoires à la lutte contre le tabagisme s’est accrue. Dès 2007, toutes les provinces s’étaient dotées de lois renforçant les mesures législatives de lutte contre le tabagisme qui émanaient autrefois uniquement du gouvernement fédéral, et les dépenses provinciales et territoriales consacrées aux stratégies provinciales de lutte contre le tabagisme ont plus que doublé depuis 2001.

Néanmoins, il semble que les intervenants perçoivent toujours la nécessité pour le gouvernement fédéral de continuer de déployer des efforts en vue de poursuivre la lutte contre le tabagisme. Les intervenants croient que le rôle principal du gouvernement fédéral consiste à exercer un leadership en tant que responsable de la coordination aux niveaux national et international qui consisterait notamment à élaborer des lois, des règlements et des cadres nationaux.

Même si les priorités fédérales actuelles ne font pas ressortir la lutte contre le tabagisme comme un objectif principal du gouvernement fédéral, le gouvernement du Canada a toujours la responsabilité d’appliquer la *Loi sur le tabac* modifiée en 2009 en tant que *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes* et son éventail de règlements.

## 6.0 Constatations de l'évaluation – Rendement

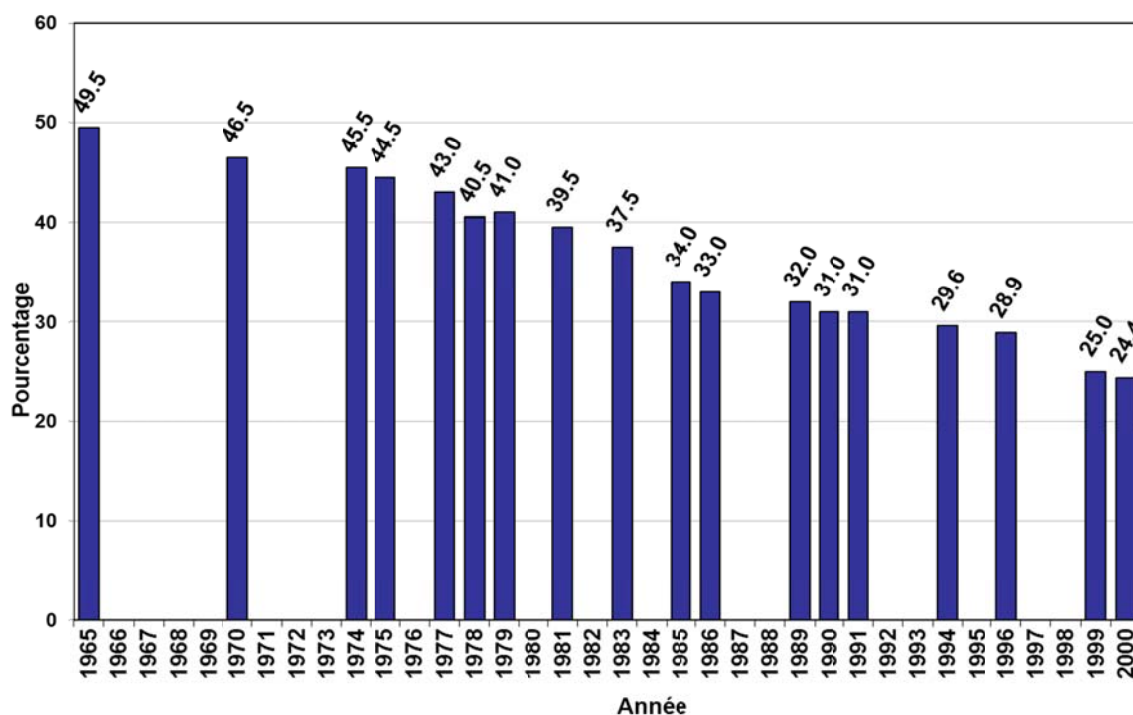
### 6.1 Prévalence globale et chez les jeunes

#### 6.1.1 Tendances relatives à la prévalence du tabagisme

Au cours des quatre dernières décennies, le taux de prévalence du tabagisme a été en baisse constante au sein de tous les groupes démographiques. En 1965, 49,5 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus fumaient tous les jours ou à l'occasion. Bien que les taux de tabagisme aient diminué entre les années 1960 et 1970, les taux de tabagisme ont commencé à chuter plus abruptement vers le milieu des années 1970. Entre 1975 et 1985, les taux de tabagisme ont diminué, passant de 45,5 % à 34 %. Les taux ont continué de baisser au cours des années 1980 et 1990. Entre 1991 et 2001, les taux globaux de tabagisme ont diminué, passant de 31 % à 21,7 % et une bonne part de cette diminution est survenue vers la fin de la décennie.

La figure 1 illustre le taux de prévalence du tabagisme en baisse constante.

Figure 1 : Taux de tabagisme au Canada (chez les personnes de 15 ans et plus), 1965 à 2000



Les taux de tabagisme chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans ont aussi diminué de façon générale après avoir augmenté pendant une bonne partie des années 1990. Entre 1991 et 1997, les taux chez les jeunes ont augmenté, passant de 22,6 % à 29,1 %, mais les taux de tabagisme chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans ont ensuite diminué à 22,5 % en 2001.

Bien que le tabagisme soit plus élevé chez les personnes âgées de 20 à 24 ans que chez le groupe des 15 à 19 ans, les taux de tabagisme sont également en baisse constante. Entre 1985 et 2001, le tabagisme chez ce groupe d'âge a diminué, passant de 42,7 % à 32,1 %.

## 6.1.2 Prévalence globale

Cette section présente les constatations d'évaluation quant aux objectifs relatifs à la prévalence établis pour les deux phases de la SFLT et en ce qui concerne l'ensemble de la population – c.-à-d. les personnes âgées de 15 ans et plus. Voici ces objectifs :

Pour la phase 1 de la SFLT (2001-2006) :

- faire passer la prévalence du tabagisme de 25 % (niveau en 1999) à 20 %;
- réduire de 30% le nombre de cigarettes vendues.

Pour la phase 2 de la SFLT (2007-2011) :

- réduire la prévalence globale du tabagisme de 19 % à 12 % d'ici 2011;
- augmenter de 1,5 million le nombre d'adultes (y compris les jeunes adultes) qui cessent de fumer.

Il est à noter que les objectifs relatifs à la prévalence ont été simplifiés afin de faciliter la reddition de compte dans le présent rapport. Premièrement, les objectifs établis concernant la prévalence globale pour la première et la deuxième phase ont été « combinés » en raison de la modification de la cible de la phase 2. Autrement dit, l'objectif dont il est fait état consiste à réduire la prévalence globale du tabagisme de 25 % (niveau en 1999) à 12 % d'ici 2011.

Deuxièmement, l'objectif énoncé en 2007, consistant à « réduire la prévalence globale du tabagisme de 19 % à 12 % d'ici 2011 » et l'objectif se rapportant au nombre d'anciens fumeurs sont en fait le même objectif; le premier étant exprimé sous forme de taux et le second étant exprimé en tant que nombre absolu d'anciens fumeurs requis pour atteindre le taux de prévalence de 12 %.

En dernier lieu, la réorientation des objectifs de la SFLT qui a eu lieu en 2007 a entraîné le retrait de l'objectif relatif au nombre de cigarettes vendues. Dans ce contexte, le présent rapport d'évaluation ne rend pas compte de cet objectif.

## Tendances récentes

Le taux global de tabagisme, qui baisse de manière constante depuis les années 1960, a continué de diminuer depuis la mise en œuvre de la SFLT en 2001. En outre, le taux global de tabagisme (qui comprend les fumeurs quotidiens et occasionnels) a diminué, passant de 21,7 % à 18,6 % entre 2001 et 2006, ce qui indique que l'objectif établi pour la première phase a été atteint.

Au cours des années subséquentes, le taux global de tabagisme a diminué de nouveau, passant à 16,7 % dès 2010 (ce qui signifie qu'approximativement 4,7 millions de Canadiens continuent de fumer). Toutefois, une bonne part de la baisse de 5 % observée entre 2001 et 2010 est

survenue au début des années 2000. Dès 2005, le taux global de tabagisme a atteint 18,7 %; une baisse de trois (3) points de pourcentage depuis 2001. En 2010, le taux global de tabagisme a atteint 16,7 %; une baisse de deux (2) points de pourcentage depuis 2005. Plus de 62 % de la réduction globale du tabagisme survenue depuis 2001 a eu lieu en 2005.

Le taux de tabagisme quotidien a diminué à 13 % en 2010, ce qui constitue le taux de prévalence le plus faible parmi les pays comparables. La population de fumeurs quotidiens se compose de fumeurs « invétérés », c'est-à-dire ceux qui fument au moins 100 cigarettes et n'ont pas l'intention de cesser de fumer, et de fumeurs réguliers, c'est-à-dire ceux qui souhaitent cesser de fumer et ont tenté de le faire au moins une fois dans leur vie. Les fumeurs occasionnels (ceux qui ne fument pas tous les jours et qui peuvent passer plusieurs semaines sans fumer une cigarette) sont demeurés relativement stables et représentent approximativement 4 % de la population de fumeurs. À mesure que le taux de tabagisme quotidien a diminué, le tabagisme occasionnel s'est accru en tant que proportion des fumeurs actuels. Le tabagisme occasionnel n'a pas beaucoup changé en tant que proportion de la population globale, ce qui indique un passage possible du tabagisme quotidien au tabagisme occasionnel.

Comme il a été mentionné antérieurement, un des nouveaux objectifs de la deuxième phase de la Stratégie consistait à augmenter de 1,5 million le nombre d'anciens fumeurs, ce qui représente le nombre de personnes cessant de fumer requis pour que le taux de prévalence nationale atteigne 12 %. Un ancien fumeur est défini comme une personne ayant fumé au moins 100 cigarettes au cours de sa vie mais qui ne fume pas à l'heure actuelle. Selon les données issues de l'ESUTC de 2010, le nombre d'anciens fumeurs âgés de 15 ans et plus au Canada a augmenté d'approximativement 1,3 million entre 1999 et 2010, mais aucun changement statistiquement significatif n'est survenu dans le nombre d'anciens fumeurs entre 2007 et 2010. L'estimation ponctuelle indique que le nombre d'anciens fumeurs a diminué d'approximativement 0,16 million entre 2005 et 2010 (ce qui se situe dans la marge d'erreur).

La majorité des membres de la population actuelle de fumeurs ont tenté de cesser de fumer à un moment donné de leur vie. Le pourcentage des fumeurs actuels qui ont tenté au moins une fois de cesser de fumer pendant 24 heures au cours de la dernière année était de 47 % en 2010. Ce pourcentage est étonnamment demeuré constant d'une année à l'autre. De plus, l'évaluation a révélé que les taux de réussite du renoncement se situent habituellement autour de 3 % à 5 % de la population de fumeurs<sup>5</sup>. En dépit du grand nombre de fumeurs qui ont tenté de renoncer au tabac, ou ont l'intention de le faire, peu d'entre eux y parviennent. Ces chiffres confirment la difficulté du renoncement au tabac.

Bien que les taux globaux de prévalence du tabagisme aient diminué considérablement au cours de la dernière décennie, certaines populations vulnérables présentent toujours des taux de prévalence supérieurs à la moyenne. Une de ces populations à signaler est la communauté autochtone.

---

<sup>5</sup> Le taux de renoncement spontané est une estimation que Santé Canada utilise, et est appuyé par d'autres recherches (p. ex. *A comparison of the nicotine lozenge and nicotine gum: An effectiveness randomized controlled trial*, [http://www.wisconsinmedicalsociety.org/WMS/publications/wmj/issues/wmj\\_v107n5/107no5\\_jorenby.pdf](http://www.wisconsinmedicalsociety.org/WMS/publications/wmj/issues/wmj_v107n5/107no5_jorenby.pdf). *A Thoracic Surgeon-Directed Tobacco cessation Intervention*. [http://thoracic.surgery.virginia.edu/uploads/general/Tobacco\\_cessation\\_2010.pdf](http://thoracic.surgery.virginia.edu/uploads/general/Tobacco_cessation_2010.pdf). *Effective Tobacco Dependence Treatment*, <http://jama.ama-assn.org/content/288/14/1768.full.pdf+html>).

## Contribution des activités de la SFLT

Cette section traite de l'efficacité d'un certain nombre d'interventions différentes en matière de lutte contre le tabagisme liées à la SFLT qui ont été évaluées au moyen de la modélisation économétrique, de recensions des écrits et de recherches sur l'opinion publique.

### Règlements

Les activités de la SFLT qui devaient vraisemblablement influencer le plus sur la réduction de la prévalence globale du tabagisme étaient axées sur les règlements découlant de la *Loi sur le tabac* – c.-à-d. l'interdiction de la vente aux jeunes, l'étiquetage des produits du tabac (y compris les mises en garde liées à la santé) ainsi que la promotion, notamment dans les établissements de vente au détail et autres formes de promotion. Il convient de souligner que le mécanisme qui détermine la façon dont les règlements influent sur l'usage du tabac n'est pas connu à l'heure actuelle; à savoir si ces derniers influent sur le renoncement au tabac ou la prévention du tabagisme ou les deux. En outre, les modifications apportées en 2009 à la *Loi sur le tabac* en tant que *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes* et le nouveau *règlement d'étiquetage des produits du tabac (cigarettes et petits cigares) réalisé en 2011* ne peut influencer que sur les taux de prévalence futurs du tabagisme car la plupart de ses mesures de mise en œuvre n'ont été lancées que récemment.

**Interdiction de la vente aux jeunes** – Les activités de conformité et d'application liées à cette interdiction et les exigences connexes énoncées dans les *règlements sur le tabac (accès)* ont été réalisées au niveau des établissements de vente au détail par des inspecteurs fédéraux dans certaines provinces (Saskatchewan et Alberta), et par des inspecteurs provinciaux dans les autres, dans le cadre d'un protocole d'entente entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.

Le suivi de la conformité des détaillants à l'échelle nationale a été effectué de deux façons – au moyen des données issues du système de surveillance de l'information sur la lutte contre le tabagisme (SSILT), et de l'Évaluation du comportement des détaillants face à certaines restrictions de l'accès des jeunes au tabac (sondage auprès des détaillants). Les deux méthodes comportaient des limites. Le sondage auprès des détaillants a été réalisé tous les ans dans un nombre restreint de villes (approximativement 30 villes) à travers le pays, et reposait donc uniquement sur un échantillon national. En outre, les données relatives au sondage auprès des détaillants étaient disponibles uniquement jusqu'à 2009 puisque celui-ci a récemment été annulé. La base de données du SSILT était alimentée principalement par les inspecteurs fédéraux parce que cette démarche était uniquement volontaire pour ce qui est des inspecteurs provinciaux, et il existe donc des lacunes quant à l'intégralité des données.

Néanmoins, la conformité des détaillants a toujours été signalée comme étant élevée. D'après le sondage auprès des détaillants, les taux de conformité oscillaient entre un creux de 67,7 % en 2003 à un sommet de 85,9 % en 2008. En 2009, le taux de conformité des détaillants était de 84 % selon le sondage. L'information contenue dans le SSILT ainsi que les données recueillies auprès des provinces font état d'un taux de conformité encore plus élevé.



Des données ont été cernées concernant la population des jeunes par rapport aux deux objectifs – c.-à-d. la prévalence globale (15 ans et plus) et la prévalence chez les jeunes (15 à 17 ans). L'interdiction de la vente aux jeunes vise à réduire l'accessibilité des produits du tabac, en particulier pour les enfants et les jeunes. Elle est basée sur la prémisse qu'une restriction de l'accès réduit la probabilité que certains jeunes qui font l'essai du tabagisme deviennent des fumeurs réguliers et met en évidence les dangers que pose le tabagisme. Aux fins de la présente évaluation, il était attendu que cette interdiction ait une incidence sur la prévalence chez les jeunes et, en conséquence, sur la prévalence globale. Dans ce contexte, les constatations sur l'interdiction de la vente aux jeunes sont pertinentes par rapport aux deux objectifs, mais elles seront plutôt abordées dans la section sur la prévalence chez les jeunes.

**Étiquetage des produits du tabac** – Les travaux de conformité et d'application se rapportant aux mises en garde liées à la santé (MGS) et à l'information sur la santé étaient habituellement exécutés dans le cadre d'inspections au niveau de la fabrication car la majorité de ces travaux sont exécutés au moment de la fabrication. Les activités de conformité et d'application exécutées en lien avec le *Règlement sur l'information relative aux produits du tabac* (RIRPT) étaient généralement réalisées par des inspecteurs fédéraux. Les données relatives à l'exercice 2009-2010 indiquent que la conformité à ce règlement était de 98 %.

Des études de recherche sur l'opinion publique (ROP) ont aussi été menées régulièrement de 2000 à 2007 afin d'examiner les réactions du public à l'égard de la réglementation sur l'étiquetage. Ces études visaient à étudier : le nombre de fois que les gens lisaient les mises en garde, les réactions aux mises en garde, la sensibilisation aux effets du tabagisme sur la santé et la crédibilité des mises en garde.

Ces études ont révélé que la sensibilisation aux effets nocifs du tabagisme sur la santé et aux effets nocifs particuliers représentés dans les mises en garde était constamment élevée. De plus, bien que l'objectif explicite des MGS ait été d'accroître la sensibilisation aux effets nocifs sur la santé, la dernière étude de ROP, qui a eu lieu en 2007, a fait ressortir ce qui suit :

- cinquante-sept pour cent (57 %) des fumeurs adultes estiment que les mises en garde liées à la santé les ont incités à moins fumer en présence de d'autres personnes;
- cinquante-deux pour cent (52 %) ont dit que les mises en garde ont augmenté leur désir de cesser de fumer;
- quarante-trois pour cent (43 %) ont dit que ces mises en garde les ont incités à tenter de cesser de fumer et les ont incités à moins fumer (40 %).

Au cours de chacune des étapes de l'enquête/étude, les fumeurs et les personnes susceptibles d'abandonner le tabac (les fumeurs songeant sérieusement à cesser de fumer) ont été invités à indiquer s'ils jugeaient que les MGS les avaient incités à essayer de renoncer au tabac. Les résultats démontrent que l'efficacité des MGS concernant les taux de renoncement auprès des fumeurs a peu changé, et que les répondants étaient à peu près également divisés sur la question de savoir si les mises en garde les avaient incités à essayer de cesser de fumer.

Étant donné que cette enquête n'est pas longitudinale, il était impossible de faire le suivi des changements sur le plan des comportements individuels, ou d'attribuer le renoncement au tabac aux mises en garde. Toutefois, les études comportaient des questions sur les comportements en matière de tabagisme et de renoncement au tabac. En dépit des réponses favorables quant à l'efficacité des MGS pour ce qui est d'inciter les fumeurs à tenter de cesser de fumer, ces enquêtes n'ont fait ressortir aucun changement significatif dans le nombre de tentatives de renoncement effectuées. Lors de l'enquête de 2007, la proportion de fumeurs ayant déclaré avoir cessé de fumer une fois pendant au moins 24 heures au cours de l'année antérieure n'a pas changé par rapport à celle relevée dans le cadre de l'enquête de référence menée en novembre et décembre 2000. Il semblerait donc que les fumeurs n'essayaient pas davantage de cesser de fumer à la suite de la mise en œuvre de cette réglementation.

La recension des écrits, qui a été réalisée dans le cadre de la présente évaluation, a porté sur des essais contrôlés randomisés et sur l'effet que les mises en garde figurant sur les paquets de cigarettes ont sur le renoncement au tabac ou la prévalence du tabagisme. Aucune étude comportant des essais contrôlés randomisés n'a été relevée. Par conséquent, les paramètres de la recension des écrits ont été élargis de manière à inclure des essais non contrôlés. Les constatations de la recension des écrits indiquent que même si les mesures de l'efficacité variaient d'une étude à l'autre, celles-ci faisaient ressortir des résultats positifs concernant l'efficacité des mises en garde liées à la santé, les fumeurs attribuant de façon rétrospective à ces mises en garde certains changements dans les comportements liés au tabagisme. Étant donné que ces constatations n'étaient que des mesures agrégées, il a été impossible d'identifier les sous-groupes (jeunes, personnes de sexe féminin, etc.) des populations. Les constatations étaient invariablement positifs, mais il était difficile d'effectuer une attribution fiable des répercussions.

Un autre point d'intérêt de la recherche relative aux MGS consistait à déterminer si ces mises en garde « s'usent ». Bien que les constatations de diverses études évaluant la possibilité « d'usure » des mises en garde liées à la santé ne semblent pas avoir été constantes, une étude réalisée en 2007 dans le cadre du projet «International Tobacco Control Policy Evaluation Survey »(projet ITC) a révélé que la modification du format des mises en garde en accroît les répercussions. Toutefois, les réactions aux mises en garde ont diminué de façon générale au Canada depuis leur mise en œuvre. Les auteurs ont avancé l'hypothèse que cette constatation laisserait entendre que la modification occasionnelle des mises en garde liées à la santé pourrait peut-être favoriser la promotion de la santé, mais que le fait de ne pas les modifier n'annulerait pas tous les bienfaits qu'elles entraînent<sup>6</sup>. Cela cadre avec les constatations issues du sondage d'opinion publique réalisé en 2007<sup>7</sup>, qui a révélé que plus de 54 % des répondants estimaient qu'il valait la peine de relire les MGS, mais que 66 % d'entre eux considèrent qu'elles sont usées et ne sont plus efficaces.

---

<sup>6</sup> R. Borland, N. Wilson, G.T. Fong, D. Hammond, K.M. Cummings, H-H Yong, W. Hosking, G. Hastings, J. Thrasher, A. McNeill, *Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: Findings from four countries over five years*, 2009, « Tobacco Control », 18 : 358-364 doi:10.1136/tc.2008.028043 (<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/18/5/358.full>)

<sup>7</sup> *Étude de consommation sur la taille des messages de mise en garde sur la santé – Recherche quantitative auprès des adultes fumeurs au Canada*, <http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/pwgsc-tpsgc/por-ef/health/2008/245-07-a-f/rapport.pdf>

De plus, les constatations de la modélisation économétrique effectuée dans le cadre de la présente évaluation laissent entendre que les MGS avaient une faible incidence initiale sur la participation au tabagisme (l'adoption du tabagisme) chez les adultes, mais que cet effet a diminué au fil du temps à un point tel que dès 2009 aucun effet n'a été observé. Il a également été constaté que les MGS influaient peu sur la consommation (nombre de cigarettes fumées) chez la population adulte.

### **Promotion, y compris dans les établissements de vente au détail et les autres formes de promotion**

– La conformité à l'égard de la promotion était généralement élevée. D'après le sondage mené auprès des détaillants en 2009, le taux de conformité était supérieur à 95 %. Un taux de conformité de 99 % a en outre été constaté quant aux articles de la *Loi sur le tabac* qui traitent de la promotion trompeuse, ainsi que des attestations et des témoignages, et de la promotion des ventes.

La mesure des répercussions directes de ces dispositions législatives au Canada a été effectuée au moment de sa mise en œuvre au cours des premières années de la lutte contre le tabagisme. Compte tenu que la promotion du tabac et la publicité sur le tabac font l'objet de restrictions au Canada depuis de nombreuses années, il serait difficile de déterminer les répercussions, c'est-à-dire le changement de comportement des gens attribuable à ces interdictions visant la publicité, survenues au cours des dix dernières années.

Les recherches systématiques effectuées dans le cadre de la recension des écrits n'ont fait ressortir aucune étude pertinente publiée au cours de la dernière décennie ayant examiné l'effet des dispositions interdisant ou restreignant la promotion et la publicité de la cigarette et du tabac sur la prévalence du tabagisme ou sur les taux de renoncement et ce, même lorsque les paramètres de recherche ont été élargis de manière à inclure des études non contrôlées.

En dépit de l'adoption de ces dispositions interdisant et/ou restreignant la publicité diffusée par quiconque, de l'étendue des instances qui adoptent ces restrictions, et/ou de la durée du temps écoulé depuis la mise en œuvre de ces restrictions, il n'existe pas de données probantes récentes concernant l'efficacité de ce type de réglementation sur la prévalence du tabagisme ou sur les taux de renoncement.

**Leadership** - Dans le cadre de la SFLT, le gouvernement du Canada a participé activement à l'élaboration de restrictions provinciales et fédérales sur la vente et la promotion du tabac au Canada, y compris au niveau des détaillants. La *Loi sur le tabac* interdit la promotion en général sauf tel que prescrit par la loi et ses règlements. Par exemple, la *Loi* permet d'étaler des produits du tabac dans un établissement de vente au détail en vertu du paragraphe 30 (1). Plusieurs provinces ont imposé l'interdiction d'étaler ces produits, réduisant ainsi la vulnérabilité des jeunes à la publicité sur le tabac. Cette mesure a aussi pour effet de soustraire ces produits à la vue des personnes qui s'efforcent d'arrêter de fumer et elle leur facilite ainsi la tâche.

La SFLT a appuyé les interdictions concernant l'étalage dans les établissements de vente au détail, grâce à la tenue de recherches sur les milieux internationaux de la vente au détail, de sondages auprès des détaillants, et de sondages sur les connaissances et les attitudes du grand public à l'égard de la publicité au point de vente, et à l'analyse des résultats de ces sondages.

Étant donné que la promotion du tabac dans le milieu de la vente au détail constitue une responsabilité partagée, tous les paliers de gouvernement ont participé à la recherche de solutions acceptables. Le gouvernement du Canada, par l'intermédiaire de la SFLT, a continué de travailler avec tous les paliers de gouvernement pour promouvoir les restrictions fédérales et provinciales visant le tabac.

Le gouvernement fédéral a aussi exercé une influence sur la mise en œuvre d'interdictions provinciales relatives à la fumée secondaire en fournissant aux municipalités un financement sous forme de contributions (capitales d'amorçage) lors des premières étapes des interdictions en question, en faisant la promotion de ces interdictions par l'éducation du public et en élaborant des ressources d'information pour aider les municipalités à mettre ces interdictions en œuvre (p. ex. des trousseaux pratiques). Ce sujet est traité plus en détail dans la section du présent rapport consacrée à l'exposition à la fumée secondaire.

## Subventions et contributions

Conformément à la phase 2 de la SFLT, les projets de subventions et de contributions financés dans le cadre de la SFLT devaient porter sur le développement, l'application et le transfert de connaissances et de s'éloigner des projets axés sur la sensibilisation aux effets nocifs du tabac sur la santé. L'accent devait également être mis sur des projets de financement visant à élaborer et mettre à l'essai des techniques de renoncement et de prévention afin de cerner les pratiques exemplaires et de transférer les connaissances à cet égard aux intervenants.

L'annexe A fournit un profil des projets de S et C financés par la SFLT. Selon ces données, la plupart des accords de contribution (92 %) étaient des accords pluriannuels et étaient répartis à travers le pays. Pour ce qui est des objectifs des projets financés, la majorité des projets de S et C (représentant 67 % des projets et des sommes allouées) se rapportent à l'objectif de renoncement. Une proportion beaucoup moins élevée de projets – 5 % et 3 % respectivement – portaient principalement sur la prévention ou la protection. Environ un (1) projet sur 10 visait d'autres objectifs, et il s'agissait notamment de projets « de prochaine génération », qui portaient sur des questions prospectives ou plus stratégiques liées à la mise en œuvre de futurs politiques et programmes de lutte contre le tabagisme (9 %) ou de projets incarnant de multiples objectifs (11 %), et une proportion inférieure (5 %) était liée à la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT).

Étant donné que les objectifs et les activités des projets reflétaient peut-être plus d'un type de projet (développement ou application ou transfert de connaissances), un indicateur « à réponses multiples » permettant d'avoir recours à plus d'un descripteur de type a été créé<sup>8</sup>. Les projets ont ensuite été codés en fonction du principal type de projet. Les projets d'application de connaissances – interventions ayant pour objectif de modifier le comportement des fumeurs – représentaient le type le plus courant de projet (50 % des projets ont été classés dans la catégorie des projets d'application, représentant 45 % des sommes allouées). Les projets de développement de connaissances (recherche/conception d'un service ou d'une ressource) et de transfert de

---

<sup>8</sup> Le tableau et le profil descriptif des projets exécutés dans le cadre de la SFLT proviennent de l'évaluation de 2011 du processus des projets de S et C financés par la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme.

connaissances (encourager les autres paliers de gouvernement ou les ONG à adopter des projets, des pratiques exemplaires et des stratégies couronnés de succès) étaient représentés de manière égale – 25 % des projets respectivement. Le dernier type – les projets de transfert de connaissances – représentaient une attribution proportionnellement plus élevée du financement par contribution issu de la SFLT (39 % par comparaison à 16 % en ce qui a trait aux projets de développement de connaissances).

Les projets « d'application de connaissances », c'est-à-dire les interventions qui visaient à modifier les comportements des fumeurs, devaient comporter une solide composante d'évaluation permettant de mettre ces interventions à l'essai en vue de cerner des pratiques exemplaires et de les partager avec les intervenants. Toutefois, seule une petite partie de ces projets ont fourni des données sur les résultats en ce qui a trait à l'efficacité des interventions. Par conséquent, la détermination de pratiques exemplaires a été restreinte.

Un grand nombre de ces projets ont aussi connu une faible participation, comme en témoignent les profils des participants et ce qui constitue un problème selon l'évaluation de l'incidence des projets de S et C réalisée en 2010. De plus, la participation à de nombreux projets visant à intervenir directement sur le tabagisme a diminué à mesure que l'intervention avançait – ce qui a abaissé davantage le faible taux de participation. Fait notable, l'évaluation de l'incidence a révélé que dans le cas des deux projets, il n'y a eu aucune participation.

Les projets inclus dans l'évaluation de l'incidence des projets de S et C menée en 2010 ont connu un certain succès et donné lieu à des taux de renoncement relativement élevés. Les taux de renoncement ont été calculés de diverses façons afin de tenter de tenir compte des biais de non-réponse ainsi que des biais positifs potentiels en ce qui concerne les comportements autodéclarés par les fumeurs.

Ces biais de réponse potentiels ont été traités dans le cadre de d'autres évaluations des programmes de renoncement au moyen de la saisie d'une réponse en ce qui a trait aux non-répondants. Aux fins de la présente évaluation, la méthode utilisée est celle axée sur le « principe de vouloir traiter » consistant à appliquer un taux de renoncement spontané de 5 % au groupe de non-répondants<sup>9</sup> étant donné qu'il s'agit de celle qui semblait offrir l'estimation la plus raisonnable et la plus crédible du taux de renoncement. L'application d'un taux de renoncement spontané de 5 % aux non-répondants a fait ressortir un taux estimatif de renoncement de 27 % à trois mois, de 19 % à six mois, et de 13 % à douze mois.

Bien que des taux de renoncement élevés aient été rapportés en ce qui a trait aux projets de contributions lors de l'évaluation de l'incidence des projets de S et C menée en 2010, la participation à cette évaluation a été restreinte en raison de la nature des populations participantes (c.-à-d. les populations vulnérables) et de la mise en œuvre du modèle d'évaluation.

---

<sup>9</sup> Le taux de renoncement spontané de cinq pour cent est une estimation que Santé Canada utilise et qui est appuyée par d'autres recherches (p. ex. *A comparison of the nicotine lozenge and nicotine gum: An effectiveness randomized controlled trial*, [http://www.wisconsinmedicalsociety.org/\\_WMS/publications/wmj/issues/wmj\\_v107n5/107no5\\_jorenby.pdf](http://www.wisconsinmedicalsociety.org/_WMS/publications/wmj/issues/wmj_v107n5/107no5_jorenby.pdf). *A Thoracic Surgeon-Directed Tobacco cessation Intervention*. [http://thoracic.surgery.virginia.edu/uploads/general/Tobacco\\_cessation\\_2010.pdf](http://thoracic.surgery.virginia.edu/uploads/general/Tobacco_cessation_2010.pdf). *Effective Tobacco Dependence Treatment*, <http://jama.ama-assn.org/content/288/14/1768.full.pdf+html>)

Les populations vulnérables créent un dilemme intéressant pour les études d'évaluation parce qu'il peut être difficile d'obtenir un consentement (le consentement d'un adulte ou d'un tuteur est requis dans le cas des patients en santé mentale et des jeunes). Il peut également être difficile d'effectuer des mesures de suivi auprès des personnes qui n'ont pas de domicile fixe ou qui ne sont pas à l'aise au téléphone. Pour ce qui est du modèle d'évaluation de l'incidence, seul un petit échantillon de projets (n = 17 sur une possibilité de 98) a été sélectionné aux fins de participation à l'évaluation en raison du type d'activité financé, du groupe cible concerné, de l'état d'avancement de la mise en œuvre du projet et de la capacité du projet de produire des données fondées sur les résultats, et il a donc été impossible de tirer des conclusions généralisées au sujet des répercussions globales que les projets de contributions ont eues sur la prévalence.

Compte tenu du faible niveau d'atteinte des participants aux projets visés par l'évaluation de l'incidence, les projets financés par voie de contributions n'ont pas eu de répercussions significatives sur les taux de prévalence nationaux. Toutefois, de nombreux projets ciblaient des groupes vulnérables, difficiles à rejoindre et réputés pour leur faible participation à des programmes organisés. En outre, le programme de financement par S et C était conçu pour « contribuer à » un changement dans la prévalence globale plutôt que pour influencer directement sur la prévalence tel qu'il est indiqué dans les modalités du programme.

Par contre, quelques-uns des projets ayant financé des activités de renoncement ont connu un succès allant au-delà de taux de renoncement élevés. Mentionnons à titre d'exemple le Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique (CAN-ADAPTT), un projet réalisé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). Le projet a établi un réseau national de recherche fondée sur la pratique afin de faciliter la recherche et l'échange de connaissances en vue d'éclairer l'élaboration d'un ensemble dynamique de lignes directrices sur le renoncement destinées à être utilisées dans le cadre de la pratique clinique et de stratégies basées sur les populations au Canada. Ce projet a produit un ensemble dynamique de lignes directrices sur le renoncement au tabac à partir de recherches éclairées par des praticiens qui sont fondées sur la pratique et visent à améliorer celle-ci. Le projet a également permis de diffuser activement ces recommandations fondées sur la pratique et d'appuyer la formation des praticiens aux fins de la mise en œuvre de celles-ci.

Un autre exemple est le projet axé sur le « modèle d'Ottawa », une intervention de renoncement au tabac qui ciblait les fumeurs hospitalisés. Le projet visait à procéder au dépistage du tabagisme chez tous les patients et à offrir un soutien au renoncement au tabac à tous les fumeurs identifiés. L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa a évalué son modèle d'Ottawa et a déterminé que plus de 32 000 fumeurs avaient été joints depuis 2006, et que dès 2009, près de 90 établissements de soins de santé (y compris 65 hôpitaux) offraient un traitement systématique aux fumeurs. Les hôpitaux qui utilisent le modèle d'Ottawa ont constaté une amélioration moyenne de 11,1 % des taux de renoncement à long terme, ce qui représente près de 10 000 personnes qui ont cessé de fumer. Les projets suivant le « modèle d'Ottawa » (n = 5) ont donné lieu à l'établissement d'importants partenariats avec des partenaires internes en milieu hospitalier qui ont été essentiels à la réussite de la mise en œuvre du projet (p. ex. soins aux patients, dossiers médicaux) en entreprenant le dépistage initial chez les patients et en déclenchant l'intervention.

Il a été déterminé, lors de l'évaluation de l'incidence réalisée en 2010 et de l'évaluation du processus des projets de S et C effectuée en 2011, que les partenariats sont une composante essentielle de tout projet couronné de succès, en particulier des projets ciblant les groupes vulnérables. La formation et le perfectionnement professionnel des conseillers et autres personnes participant à l'exécution de projets sont également fréquemment mentionnés comme des réussites de projets. Des données probantes indiquent que les efforts déployés dans le cadre de ces projets en matière de perfectionnement professionnel et de maintien de partenariats se sont poursuivis par l'intermédiaire de séances d'échange de connaissances et du partage de ressources (p. ex. le Crossroads Treatment Centre en Colombie-Britannique avec l'organisme Interior Health en Colombie-Britannique, les Richmond Addictions Services avec le CAMH, les projets exécutés en Saskatchewan à l'intention des résidents autochtones avec le projet mené en pharmacie dans le cadre du Partnership to Assist with Cessation of Tobacco [PACT]).

## **Influences environnementales**

Les influences environnementales décrites ci-dessous sont les variables démographiques et/ou sociodémographiques qui peuvent influencer sur les taux de tabagisme ainsi que les interventions qui n'étaient pas financées ou incluses par le biais de la SFLT. Ces constatations découlent de la modélisation économétrique réalisée dans le cadre de la présente évaluation.

**Caractéristiques démographiques et socioéconomiques** - La modélisation économique a laissé entendre que des caractéristiques démographiques et socioéconomiques influent sur la participation et la consommation. Chez les adultes, la participation et la consommation augmentaient avec l'âge. La consommation augmentait également avec la durée du tabagisme, les fumeurs fumant 2,4 cigarettes de plus par semaine, pour chaque année supplémentaire de tabagisme. Les personnes de sexe masculin étaient plus susceptibles de fumer, et leur taux de participation était supérieur de 3,9 points de pourcentage à celui des personnes de sexe féminin, et les fumeurs fumaient de 19 à 20 cigarettes de plus par semaine que les fumeuses. La présence d'enfants dissuadait la participation et la consommation. La participation a diminué de 1,3 point de pourcentage avec la présence d'enfants et la consommation était inférieure de cinq (5) cigarettes par semaine. La participation a diminué de plus de huit (8) points de pourcentage chez les répondants mariés et la consommation était inférieure de six (6) à sept (7) cigarettes par semaine.

**Niveau de scolarité** - Le niveau de scolarité atteint était l'indicateur le plus important de la participation et de la consommation. De plus, la consommation diminuait considérablement avec l'augmentation du niveau de scolarité.

Les politiques, les lois et les règlements qui ont été mis en œuvre et appliqués principalement par d'autres ministères fédéraux ou d'autres paliers de gouvernement ont aussi fait l'objet de vérifications au moyen du modèle économétrique. Voici les conclusions tirées de ces analyses.

**Taxes provinciale et d'accise** (à l'exclusion des taxes de vente) – Les répercussions de la taxe sur la participation et la consommation étaient statistiquement significatives dans les modèles I et III<sup>10</sup>, mais non dans le modèle II. Selon les estimations du modèle I, la prévalence prévue dans une région où les taxes observées sont le plus faibles (13,78 \$ par cartouche) serait plus élevée de 10 points de pourcentage que dans une région où les taxes sont le plus élevées (52,64 \$) et la consommation hebdomadaire des fumeurs serait inférieure de 12 cigarettes. Les taxes qui touchaient uniquement les produits du tabac ont eu les plus grandes répercussions sur les taux de prévalence parce qu'elles ont accru le prix du tabac par rapport aux autres produits. On ne s'attendait pas à ce que la TPS et la TVP aient les mêmes répercussions car elles s'appliquent à tous les biens et que leur effet sur la demande de tabac est moins certain.

**Interdictions visant l'étalage dans les établissements de vente au détail** - Selon le modèle économétrique, les interdictions visant l'étalage dans les établissements de vente au détail n'ont pas eu de répercussions sur la participation au tabagisme chez la population adulte. Cette constatation a été confirmée par une étude menée en Islande<sup>11</sup>.

**Interdictions provinciales de fumer** – Chez les adultes, les interdictions de fumer de la catégorie Or<sup>12</sup> n'ont eu aucune répercussion sur la participation, mais elles prévoyaient une consommation inférieure dans les modèles I et III. Les interdictions de fumer de la catégorie Argent prévoyaient une baisse de participation dans tous les modèles, mais ne prévoyaient aucune répercussion sur la consommation. Les interdictions de la catégorie Bronze prévoyaient une participation inférieure dans tous les modèles et une consommation inférieure dans les modèles I et III.

**Interdictions provinciales visant les milieux de travail** – La législation à cet égard prévoyait une diminution faible mais significative de la consommation dans les modèles I et III, mais aucune répercussion sur la participation. Il convient de noter qu'il existait un chevauchement important entre les interdictions visant les milieux de travail et les interdictions visant les lieux publics. De plus, les interdictions visant les milieux de travail devraient avoir des répercussions sur les travailleurs, mais dans une moindre mesure sur les non-travailleurs, mais ces résultats comprenaient tous les répondants adultes, sans égard à leur situation d'emploi. Des modèles supplémentaires ont fait l'objet d'estimations en ce qui a trait uniquement aux travailleurs à l'aide de données concernant les travailleurs issus de l'ESUTC menée en 2003 et par la suite. Toutefois, un certain nombre de problèmes ont été relevés lors du testage de cette variable. C'est pourquoi aucun des modèles n'aurait permis de mesurer de manière efficace et

---

<sup>10</sup> Les modèles I et III ne comprennent aucune variable de contrôle pour les provinces ou le temps, tandis que le modèle II comprend une série de variables nominales provinciales ainsi qu'une variable temporelle continue fondée sur le mois du sondage. Le modèle II représente une transition partielle vers un modèle à effet fixe, qui peut être considéré comme une généralisation restreinte du modèle de la différence entre les différences. L'avantage de ce modèle tient au fait qu'il permet de tenir compte de l'hétérogénéité non observée. L'inconvénient qu'il présente tient au fait que les estimations qui en découlent sont plus susceptibles de représenter des effets à court terme que des effets à long terme, ce qui soulève des problèmes dans le contexte d'une toxicomanie.

<sup>11</sup> Padilla, 2009.

<sup>12</sup> La catégorie Or reflète les règlements municipaux qui interdisent de fumer dans tous les lieux publics, notamment : les restaurants, les bars, les salles de billard, les salles de bingo, les salles de quilles et les casinos/salles de machines à sous (s'il y a lieu). Les règlements municipaux de la catégorie Or ne prévoient aucune disposition autorisant les fumeurs depuis le passage à l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics.



fiable l'effet singulier des interdictions visant les milieux de travail sur le tabagisme. Les estimations établies dans le modèle II relativement aux interdictions visant les milieux de travail étaient probablement biaisées à la baisse tandis que les estimations obtenues au moyen du modèle I étaient probablement biaisées à la hausse.

Dans ce contexte, l'analyse économétrique a laissé entendre que les répercussions réelles des interdictions visant les milieux de travail se situeraient entre les estimations issues du modèle I et celles issues du modèle II. Un examen systématique de l'effet de l'interdiction de fumer dans les milieux de travail sur le comportement des fumeurs a été réalisé dans le cadre d'une étude<sup>13</sup>. Cet examen a permis de conclure que les milieux de travail totalement sans fumée étaient associés à une réduction de 3,8 % de la prévalence et que les fumeurs évoluant dans ces milieux de travail fumaient 3,1 cigarettes de moins que les fumeurs des autres milieux de travail. Ces estimations étaient beaucoup plus faibles que les estimations issues du modèle I. Un certain nombre des études sélectionnées par Fichtenberg et Glantz ne pouvaient faire ressortir que des répercussions à court terme. D'après le rapport économétrique, les estimations issues du modèle I étaient plus susceptibles de représenter des effets à long terme.

### **6.1.3 Prévalence chez les jeunes**

Le deuxième objectif de la SFLT pour 2007 à 2011 consistait à réduire de 15 % à 9 % la prévalence chez les jeunes Canadiens (âgés de 15 à 17 ans) qui fument. Il est à noter que bien que cet objectif consiste à réduire la prévalence du tabagisme chez les jeunes de 15 % à 9 %, le taux de tabagisme chez ce groupe d'âge n'a pas été aussi élevé que 15 % depuis 2003.

### **Tendances récentes**

Il a été précisé que la prévention est une composante de la SFLT parce que les jeunes sont considérés comme un élément moteur de l'augmentation de la prévalence globale du tabagisme. Lorsque la prévalence est ventilée selon l'âge, on constate que le tabagisme augmente considérablement avant l'âge de 30 ans, et qu'à mesure que l'adoption du tabagisme diminue chez les groupes d'âge plus jeunes, la prévalence diminue également.

Une diminution de la prévalence du tabagisme a été observée entre 2001 et 2010 chez tous les groupes d'âge, mais la diminution était plus particulièrement prononcée chez les jeunes et les jeunes adultes. Les taux de tabagisme chez les 15 à 17 ans ont diminué, passant de 18,4 % à 10,9 % entre 2001 et 2006 et ont diminué de nouveau, pour atteindre 9 % au cours de la deuxième phase de la SFLT. La cible indiquée dans les objectifs de programme de la SFLT a été atteinte, mais le changement (à la baisse) survenu en ce qui a trait au tabagisme chez les jeunes entre 2007 et 2010 était une réduction de deux points de pourcentage, soit de 10,4 % à 8,9 %.

---

<sup>13</sup> Fichtenberg et Glantz (2002b).

## Contribution des activités de la SFLT

Comme il a été mentionné antérieurement, l'objectif concernant la « prévalence globale » visait la population canadienne âgée de 15 ans et plus, l'objectif relatif à la « prévalence chez les jeunes » visait les jeunes âgés de 15 à 17 ans. Par conséquent, les constatations exposées dans la présente section chevauchent dans une certaine mesure une partie du contenu présenté antérieurement sous l'objectif relatif à la prévalence globale.

## Règlements

**Interdiction de la vente aux jeunes** – Des recensions des écrits ont été réalisées et des mesures relatives à l'accès des jeunes ont été incluses dans le modèle économétrique afin d'évaluer les répercussions que les restrictions d'accès des jeunes, découlant de la SFLT, ont eues sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes. Une de ces recensions des écrits a fait ressortir six études ayant examiné l'effet que la conformité des détaillants a eu sur la prévalence du tabagisme chez les adolescents : quatre des six études incluses étaient des essais contrôlés; trois de ces essais étaient randomisés ou comportaient un groupe témoin<sup>14</sup>. Toutes ces études ont révélé que la conformité élevée des détaillants aux restrictions visant l'accès des jeunes au tabac a eu un certain effet positif sur la réduction des niveaux de prévalence du tabagisme et peut par conséquent avoir contribué à réduire la prévalence du tabagisme chez les adolescents.

Une autre recension des écrits, réalisée de concert avec l'utilisation du modèle économétrique, a révélé un résultat différent. Les documents examinés dans ce cas en ce qui a trait à l'accès des jeunes démontrent assez systématiquement que les lois sur l'accès des jeunes et l'application de celles-ci ont peu de répercussions positives sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes. Ces résultats indiquent que même si une application active s'imposait pour assurer la conformité des détaillants, il n'était pas clair qu'une conformité accrue réduisait le tabagisme chez les jeunes. Les auteurs se sont même demandé s'il est rentable de consacrer les budgets disponibles pour la lutte contre le tabagisme à des lois sur l'accès des jeunes et à leur application.

La modélisation économétrique a en outre laissé entendre que les taux de conformité des détaillants ne semblent pas avoir eu les répercussions souhaitées sur la participation des jeunes au tabagisme ou sur leur consommation de tabac entre 1999 et 2009. Toutefois, il se peut que la variable utilisée dans le processus de modélisation n'ait pas été particulièrement solide puisqu'elle représentait une moyenne provinciale et que les taux de conformité pouvaient varier considérablement à l'intérieur des provinces. Selon le modèle économétrique, la consommation hebdomadaire moyenne de cigarettes était inférieure de 14 cigarettes dans le modèle I et de 19 cigarettes dans le modèle II, ce qui pourrait être interprété comme étant la différence dans la consommation hebdomadaire entre une région ou un secteur où les restrictions sur la vente aux mineurs ne sont pas appliquées et une région ou un secteur où ces restrictions sont appliquées de manière intégrale.

---

<sup>14</sup> Cummings et coll., 2003; Tutt et coll., 2000; Tutt et coll. 2009; Chen et Forster, 2006; Tutt et coll., 2000; Tutt et coll., 2009; Chen et Forster, 2006.

En dernier lieu, il semble que la plupart des jeunes étaient en mesure d'obtenir des cigarettes assez facilement par l'intermédiaire de sources sociales. En 2001, 26,4 % des 15 à 17 ans ont dit recevoir leurs cigarettes (gratuitement) d'une source sociale, mais dès 2007, ce taux avait grimpé à 43 %. Bien que la proportion des jeunes déclarant avoir reçu leurs cigarettes d'une source sociale ait diminué, passant à 32,1 % en 2009, les données à cet égard donnent à penser qu'une proportion importante de la population des jeunes obtient des cigarettes auprès de sources sociales. Par conséquent, il est possible qu'il y ait eu un lien entre la disponibilité des cigarettes auprès de sources sociales et l'efficacité des restrictions d'accès des jeunes. Toutefois, à date, cela n'a pas été vérifié.

**Étiquetage des produits du tabac** – Le modèle économétrique a indiqué que les MGS avaient un effet dépresseur sur la participation (l'adoption du tabagisme) qui s'est accru avec le temps chez les jeunes. Cela signifie que les mises en garde étaient efficaces pour réduire le tabagisme chez les jeunes. Cet effet s'est intensifié au fil du temps. Le modèle 1 du modèle économétrique prévoyait que les MGS concernant la cigarette entraîneraient une baisse de 2,1 % de la participation des jeunes, mais une augmentation de la consommation (la quantité fumée) chez les jeunes fumeurs à raison de sept (7) cigarettes par semaine. Dans le modèle II, l'effet des MGS sur la participation des jeunes était associé à une augmentation de la consommation, à raison de 10 cigarettes par semaine. Ces constatations laissent entendre que les MGS avaient été de plus en plus efficaces pour retarder l'adoption du tabagisme chez les jeunes et ont continué de le faire au fil du temps mais elles n'ont pas eu les répercussions souhaitées pour ce qui est de réduire la consommation de cigarettes chez les jeunes. Toutefois, à mesure que les gens vieillissent et que la population s'habitue davantage aux mises en garde, les effets de celles-ci diminuent.

Comme l'indiquent les constatations relatives à l'objectif visant la prévalence globale, les résultats des sondages d'opinion publique laissent entendre que la plupart des jeunes et des fumeurs adultes ont dit que les mises en garde rendaient le tabagisme moins attirant. Presque tous les Canadiens ont dit avoir vu les mises en garde actuelles liées à la santé, mais moins de la moitié des fumeurs ont dit les lire à tous les jours. Seulement 7 % des jeunes fumeurs âgés de 12 à 18 ans ont indiqué qu'ils ne lisent jamais les mises en garde.

Comme il est mentionné dans la section précédente, les constatations révèlent que les MGS semblent avoir eu un effet positif pour ce qui est d'encourager les fumeurs à tenter de cesser de fumer mais qu'elles n'ont pas entraîné de changement significatif dans le nombre de tentatives de renoncement effectuées. Les constatations issues de la recension des écrits font état de résultats positifs quant à l'efficacité des MGS, les fumeurs ayant attribué de manière rétrospective certains changements dans leur comportement tabagique à ces mises en garde. Des détails supplémentaires sur ces constatations sont présentés dans la section sur l'étiquetage sous l'objectif relatif à la prévalence globale.

## Subventions et contributions

L'évaluation du processus des projets de S et C (2011) de la phase 2 de la SFLT a fait ressortir 31 projets dont les interventions de renoncement au tabac ou de prévention du tabagisme visaient les jeunes ou les jeunes adultes. Ces projets représentaient une valeur monétaire totale de 8,6 millions de dollars et 29 % des dépenses de S et C.

Les projets visant les jeunes, identifiés dans l'évaluation du processus des S et C de 2011 comprenaient des défis sous le thème « J'arrête, j'y gagne! » qui avaient pour objectif d'encourager les jeunes Autochtones à cesser de fumer ou à demeurer non-fumeurs, en mettant en œuvre des défis structurés comprenant des activités concrètes de groupe. La participation des jeunes a été élevée et un grand nombre d'entre eux sont demeurés non-fumeurs au cours du défi. Cependant, au delà de la durée des projets, on ne sait pas si ces jeunes sont demeurés non-fumeurs. Certains projets ont fait appel à des techniques de counselling en groupe pour favoriser le soutien au renoncement entre pairs (p. ex. l'initiative Jeunes adultes et usage du tabac à l'Île-du-Prince-Édouard – Phase 2, Approche axée sur le milieu scolaire et les établissements résidentiels de soins aux jeunes). D'autres projets visaient à promouvoir les interventions de prévention auprès des enfants des écoles primaires au moyen de la technologie (p. ex. des jeux-questionnaires sur le tabac) afin d'accroître la sensibilisation aux dangers du tabagisme.

L'échantillon de projets examinés lors de l'évaluation de l'incidence des projets de S et C réalisée en 2010 comprenait un seul projet axé sur la prévention chez les jeunes qui se prêtait à l'évaluation de l'incidence. Les projets abordés antérieurement dans la section consacrée à la prévalence globale n'excluaient pas explicitement les jeunes, mais les profils des participants aux projets obtenus dans le cadre de l'évaluation de l'incidence indiquent que la participation des 15 à 17 ans était très limitée. Compte tenu que l'évaluation du processus de 2011 était axé sur la mise en œuvre et que l'évaluation de l'incidence de 2010 comprenait un seul projet destiné aux jeunes (comprenant aucun participant de la catégorie des 15 à 17 ans ayant aussi participé à l'évaluation), les renseignements sur les résultats étaient très restreints et l'efficacité de ces projets quant à la prévalence chez les jeunes est inconnue.

## Influences environnementales

Les influences environnementales décrites ci-dessous sont les variables démographiques et/ou sociodémographiques qui peuvent influencer sur les taux de tabagisme chez les jeunes ainsi que les interventions qui n'étaient pas incluses ou financées par l'intermédiaire de la SFLT. Ces constatations découlent de la modélisation économétrique.

**Caractéristiques démographiques et socioéconomiques** - Ces constatations laissent entendre que la participation au tabagisme augmentait avec l'âge (chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans). Selon les résultats du modèle I, le taux de participation des jeunes de 16 ans était supérieur de 4,6 points de pourcentage à celui des jeunes de 15 ans, le taux de participation des jeunes de 17 ans était supérieur de 9,0 points de pourcentage à celui des jeunes de 15 ans, et ainsi de suite. De même, la consommation hebdomadaire augmentait aussi avec l'âge. Par comparaison aux jeunes de 15 ans, les jeunes de 16 ans fumaient quatre (4) cigarettes de plus par semaine, les jeunes de 17 ans fumaient neuf (9) cigarettes de plus par semaine, et les jeunes de 18 ans fumaient huit (8) cigarettes de plus par semaine.

La participation était inférieure de 6,1 points de pourcentage chez les personnes qui à la maison ne s'expriment pas principalement en anglais ou en français. La participation était inférieure dans les provinces où les revenus sont plus élevés, mais le revenu par habitant n'avait aucune incidence sur la consommation.

Bien que les personnes de sexe masculin étaient aussi susceptibles de fumer que les personnes de sexe féminin, les fumeurs de sexe masculin fumaient huit (8) cigarettes de plus que les fumeuses. Les personnes qui à la maison ne s'exprimaient ni en français ni en anglais fumaient 20 cigarettes de moins par semaine que celles qui à la maison s'exprimaient en français ou en anglais. La consommation augmentait aussi avec la durée du tabagisme, même après la prise en compte de l'âge, les jeunes fumant sept (7) cigarettes de plus par semaine par année depuis le jour où ils ont commencé à fumer. Pour illustrer les répercussions conjuguées de l'âge et de la durée, mentionnons que l'on prévoyait qu'un fumeur âgé de 17 ans ayant commencé à fumer à l'âge de 15 ans fumerait 23,5 cigarettes de plus par semaine qu'un jeune de 15 ans qui commencerait juste à fumer.

Les politiques, les lois et les règlements qui ont été mis en œuvre et appliqués principalement par d'autres ministères fédéraux ou d'autres paliers de gouvernement ont aussi fait l'objet de vérifications au moyen du modèle économétrique. Voici les conclusions tirées de ces analyses.

**Taxes provinciale et d'accise** (à l'exclusion des taxes de vente) – Les taxes provinciales et d'accise imposées sur le tabac ont entraîné une diminution de la participation et de la consommation chez les jeunes. Selon les estimations du modèle I, une augmentation des taxes réelles moyennes de 20,81 \$ (février 1999) à 39,66 \$ (décembre 2009) imposées sur une cartouche de cigarettes<sup>15</sup> a donné lieu à une diminution de 4,6 points de pourcentage de la prévalence du tabagisme chez les jeunes et a fait baisser la consommation hebdomadaire de 5,3 cigarettes<sup>16</sup>. Les répercussions de la taxation sur la participation et la consommation laissent entendre que la taxation peut être très utile pour réduire le tabagisme chez les jeunes fumeurs.

---

<sup>15</sup> Les taxes réelles moyennes étaient de 20,81 \$ en février 1999 et de 39,66 \$ en décembre 2009. Les données indiquent que les taxes réelles atteignaient au minimum 13,78 \$ et au maximum 52,64 \$.

<sup>16</sup> La prévalence du tabagisme chez les 15 à 19 ans a diminué, passant de 28 % en 1999 à 13 % en 2008.

**Interdictions provinciales de fumer** – Selon le modèle I, les interdictions de fumer influent sur la participation et la consommation chez les jeunes<sup>17</sup>. Par exemple, il était prévu que la mise en œuvre d’une interdiction de catégorie Or réduirait la participation chez les jeunes de 4,8 points de pourcentage et la consommation chez les jeunes à raison de huit (8) cigarettes par semaine selon le modèle I. L’effet d’une interdiction de catégorie Argent sur la participation n’était pas statistiquement significatif. Toutefois, il était prévu qu’une interdiction de catégorie Argent entraînerait une baisse de consommation hebdomadaire de l’ordre de 18 cigarettes chez les fumeurs. L’interdiction de catégorie Bronze n’a eu aucune répercussion.

**Interdictions visant l’étalage dans les établissements de vente au détail** – Étant donné que la majorité des voies de promotion des produits du tabac avaient été fermées par la législation, l’étalage des produits du tabac dans les établissements de vente au détail était l’une des seules arènes de publicité dont les sociétés productrices de tabac disposaient. Toutefois, en raison des lois provinciales, les interdictions visant les étalages de produits du tabac (communément appelés « étalages à grande visibilité ») dans les établissements de vente au détail ainsi que les autres présentoirs de comptoir ont fait l’objet d’une réglementation visant à faire cesser la publicité du tabac dans les commerces de vente au détail comme les dépanneurs et les stations-service. Il était considéré que cette publicité contribuait à la perception selon laquelle les produits du tabac étaient comme tout autre produit de consommation, ce qui allait à l’encontre du message indiquant qu’ils sont néfastes pour la santé. Ces interdictions provinciales visant l’étalage dans les établissements de vente au détail ont été efficaces pour réduire la participation au tabagisme chez les jeunes d’après le modèle économétrique.

**Âge légal** – En vertu de *la Loi sur le tabac*, l’âge légal pour achat d’un produit du tabac est 18 ans. Cependant, plusieurs provinces ont augmenté l’âge légal pour fumer à 19 ans afin de réduire davantage la prévalence du tabagisme. Le modèle économétrique a démontré que l’âge légal plus précoce donnait à prévoir une participation accrue de 4,9 points de pourcentage, mais n’avait pas de répercussions sur la consommation des fumeurs, ce qui était raisonnable puisque la variable relative à la durée utilisée dans le modèle de consommation tenait déjà compte de l’incidence liées au fait de commencer à fumer plus tôt.

#### **6.1.4 Sommaire de la prévalence globale et chez les jeunes**

Dans l’ensemble, les taux de prévalence ont diminué au cours des dix dernières années au point où, en 2010, le Canada a atteint un nouveau creux en ce qui concerne la population adulte et les jeunes. Depuis 2007, le taux de diminution a ralenti considérablement. La cible à long terme consistant à réduire la prévalence globale du tabagisme à 12 % dès 2011 n’a pas été atteinte. Cependant, le taux de prévalence de 9 % visé chez les jeunes a été atteint.

Certaines activités liées à la SFLT ont contribué à ces taux à la baisse, notamment l’emploi de mises en garde liées à la santé et les interdictions provinciales de fumer. Même s’il a été signalé que le niveau de conformité des détaillants et des fabricants aux dispositions législatives et

---

<sup>17</sup> Le degré de conformité aux interdictions était plus faible que celui ayant été déclaré dans des rapports antérieurs. L’inclusion d’une variable de contrôle visant à tenir compte de l’âge légal a entraîné une atténuation des effets des interdictions de fumer en raison de la corrélation entre l’âge légal et l’existence d’interdictions de fumer.

réglementaires relatives à la lutte contre le tabagisme était élevé, il a été difficile de faire des déclarations quant à la contribution de la SFLT à la baisse des taux de tabagisme en raison des limites du modèle économétrique et des constatations contradictoires issues de d'autres sources de données probantes.

Selon la modélisation économétrique réalisée dans le cadre de la présente évaluation, les influences externes (extérieures à la SFLT) sont les plus importants prédicteurs de la participation au tabagisme et de la consommation de tabac; il s'agit principalement du niveau de scolarité suivi de la taxe provinciale et de la taxe d'accise; suivies des dispositions législatives provinciales interdisant l'étalage dans les établissements de vente au détail et établissant l'âge légal pour achat de produits du tabac.

L'évaluation de l'incidence des projets de S et C de 2010 a démontré que les projets de S et C ont donné lieu à des taux de renoncement élevés, mais en raison de la participation restreinte à ces interventions et de leur portée limitée et du très peu de données disponibles sur les résultats, il a été impossible de faire des généralisations quant à l'efficacité de ces projets. Certaines réussites ont toutefois été soulignées, telles que le projet axé sur le « modèle d'Ottawa » et celui des lignes directrices de CAN-ADAPTT sur le renoncement du tabagisme.

## **6.2 Exposition à la fumée secondaire**

Au cours des dix dernières années, la réduction de la prévalence des Canadiens exposés quotidiennement à la fumée secondaire a été un des principaux objectifs visés par la SFLT. La présente section porte sur les récentes tendances liées à l'exposition quotidienne à la fumée secondaire, ainsi que sur le rôle et les objectifs de la SFLT dans le contexte de la réduction à la fumée secondaire.

Au Canada, la protection de la population contre l'exposition à la fumée secondaire a été réalisée grâce à une combinaison d'activités, ce qui comprend la législation mise en place principalement par les provinces, qui limite le nombre des endroits où les gens peuvent fumer, ainsi que les efforts associés aux campagnes d'éducation publique et de marketing social visant à rehausser la sensibilisation de la population aux dangers de la fumée secondaire. Ces campagnes poursuivaient également l'objectif de promouvoir le soutien des politiques et des règlements concernant les espaces sans fumée.

### **6.2.1 Récentes tendances**

L'objectif de la deuxième phase de la SFLT était de réduire la prévalence des Canadiens quotidiennement exposés à la fumée secondaire de 28 % à 20 %. Selon un examen plus approfondi des données de l'ESUTC, en 2005, 26,5 % des Canadiens ont indiqué avoir été exposés à la fumée secondaire tous les jours ou presque tous les jours. Selon cette mesure, l'exposition quotidienne à la fumée secondaire n'a pas été mesurée par l'ESUTC à être supérieure à 28 % au cours de la période s'échelonnant entre 2005 et 2010 (voir le tableau ci-dessous).

Moins de Canadiens ont signalé avoir été exposés à la fumée secondaire en 2010 qu'en 2005. Entre 2005 et 2010, la proportion des Canadiens ayant signalé avoir été exposés à la fumée secondaire tous les jours ou presque tous les jours est passée de 26,5 % à 20 %.

**Proportion des Canadiens exposés tous les jours ou presque tous les jours à la fumée secondaire (ESUTC, 2005-2010)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tous les jours	13,6	11,9	11,7	10,4	10,1	9,9
Presque tous les jours	13	12,9	12,3	11,3	10,9	10,5
Soit tous les jours soit presque tous les jours	26,5	24,8	24	21,6	20,9	20,4

### Contribution des activités prévues par la SFLT

SC a contribué à informer les Canadiens des dangers de la fumée secondaire et à promouvoir les environnements sans fumée et le comportement à adopter dans les lieux publics et dans les lieux privés, particulièrement en présence d'enfants. Voici les activités liées à la fumée secondaire financées dans le cadre de la SFLT.

- Financement sous forme de contribution pour mettre en place des interdictions de fumer à l'échelle locale
- Financement des activités de renforcement de la capacité, d'éducation publique et de marketing social grâce à des subventions et des contributions
- Campagnes médiatiques de masse

### Subventions et contributions

Depuis 2001, SC a financé 72 projets de contributions, au total, d'une valeur d'environ 14 millions de dollars. Ces projets visaient à rehausser les connaissances et la sensibilisation associées aux dangers de la fumée secondaire. Dans le cadre de 13 projets de contributions additionnels, évalués à environ 3,7 millions de dollars, on souhaitait résoudre les problèmes découlant de la fumée secondaire, parmi les nombreux objectifs visés. En tout, 85 projets évalués à 17,7 millions de dollars visaient à protéger les Canadiens contre l'exposition à la fumée secondaire.

La majorité des projets de contributions rattachés à la fumée secondaire (n=55) ont été approuvés avant 2006 (et avant la mise en place des interdictions visant la fumée secondaire à l'échelle provinciale) et représentaient la majorité des dépenses totales engagées pour la protection contre la fumée secondaire (environ 11,4 millions de dollars). Voici les activités financées dans le cadre de ces projets : marketing social, éducation publique, recherche et élaboration de politiques, et renforcement de la capacité. Un grand nombre de ces activités étaient principalement axées sur le rehaussement de la sensibilisation aux dangers de la fumée secondaire et sur la promotion des endroits publics, des milieux de travail, des écoles et des lieux privés sans fumée. Ce dernier élément comprend les domiciles et les véhicules, particulièrement en présence d'enfants.



Dix-huit projets évalués à 5,4 millions de dollars visaient généralement à échanger des connaissances et à rehausser la sensibilisation aux dangers de la fumée secondaire, en abordant divers sujets. Seize projets, évalués à environ 3,9 millions de dollars, visaient à hausser la sensibilisation aux dangers de la fumée secondaire auprès des enfants et à promouvoir les lieux privés sans fumée, comme les domiciles et les véhicules. Un grand nombre de ces projets ciblaient les parents, et particulièrement les mères, y compris les femmes enceintes, et la communauté en général. La plupart de ces projets sous-tendaient la production de campagnes de masse et de matériel médias, comme des messages imprimés, radiophoniques et télévisuels. Huit autres projets, d'une valeur de 1,7 million de dollars, ciblaient les jeunes, en poursuivant l'objectif de les informer des dangers de la fumée secondaire et de les habiliter à devenir des défenseurs des espaces sans fumée. Six projets (d'une valeur de 3,4 millions de dollars) principalement axés sur les espaces sans fumée dans le milieu de travail visaient à informer les employés et les employeurs.

La création et la mise en place des interdictions visant la fumée secondaire dans les lieux publics et les milieux de travail ont également été la priorité des premiers projets de contributions. Onze projets, évalués à 2,5 millions de dollars, ont été financés pour promouvoir la nécessité de promulguer une loi contre la fumée, afin d'informer la population et de faciliter l'adoption des interdictions de fumée secondaire dans les municipalités.

Un projet en particulier, « Lieux publics sans fumée : vous pouvez y arriver », offrait des ressources pratiques et faciles à utiliser pour aider les municipalités et les communautés au cours des diverses étapes de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de règlements et de politiques anti-tabac dans les lieux publics. Cette « trousse d'outils » a fait l'objet d'un essai pilote de la Fédération canadienne des municipalités (FCM). Les résultats des essais pilotes ont servi à élaborer et à modifier la trousse d'outils pour en faire une ressource précieuse permettant d'appliquer de nombreux règlements anti-tabac au Canada. La trousse a par la suite été approuvée à l'échelle internationale, à titre de pratique exemplaire de l'Organisation mondiale de la Santé.

En outre, environ 11 millions de dollars en contributions ont été versés aux provinces et aux territoires comme fonds de lancement de projets de mise en place d'interdictions de fumer dans les lieux publics, à l'échelle locale. Cet apport de fonds et la promotion et l'éducation publique associées à la nécessité de mettre en place des interdictions visant la fumée secondaire, auxquels s'ajoute la « trousse d'outils sur les façons de faire » présentée aux municipalités, représentent la contribution de la SFLT à la facilitation de la mise en place des interdictions visant la fumée secondaire.

Depuis 2007, les projets principalement axés sur la fumée secondaire se chiffrent à 1,2 million de dollars. À cette époque, une majorité de la population canadienne était protégée par des interdictions complètes visant la fumée secondaire dans les lieux publics, à l'échelle municipale et provinciale. Ces projets reflétaient le changement de priorité correspondant. La dépense la plus importante engagée pour combattre la fumée secondaire au cours de cette période a été un projet d'une valeur de 1,1 million de dollars, qui a permis d'offrir un financement à l'Association pour les droits des non-fumeurs pour effectuer de la recherche, échanger des connaissances et élaborer des politiques.

D'autres projets, évalués à environ 181 000 dollars, visaient à augmenter le soutien des restrictions au tabagisme en public (Territoires du Nord-Ouest) ou à informer la population des modifications apportées à la législation sur le tabagisme en public (Nouvelle-Écosse).

La priorité de la majorité des autres projets associés à la fumée secondaire était le suivi des campagnes ou des projets antérieurs et concernait souvent les lieux publics sans fumée, avec un accent mis sur la fumée secondaire et les enfants. Un grand nombre de ces projets ciblaient les parents et les femmes enceintes, y compris dans les collectivités des Premières nations.

L'évaluation de l'incidence des projets de S et C de 2010 comprenait deux projets, dont les objectifs étaient de réduire l'exposition à la fumée secondaire. Environ un tiers (43 %) des participants aux projets associés à la fumée secondaire avaient été exposés à ce type de fumée tous les jours ou presque tous les jours pendant le mois précédant l'enquête de référence. Un participant sur cinq (18 %) a été exposé à la fumée secondaire au moins une fois par semaine. Pour 19 % des participants, l'exposition était relativement minime (au moins une fois au cours du dernier mois). Il semble que la fréquence de l'exposition à la fumée secondaire ait diminué au fil du temps – 34 % et 36 % des participants aux projets associés à la fumée secondaire ont indiqué avoir été exposés tous les jours ou presque tous les jours aux périodes de mesure de trois mois et de six mois (une diminution de neuf et de 11 points de pourcentage respectivement, par rapport à l'enquête de référence). À la mesure de 12 mois, seulement 23 % des participants aux projets ont indiqué ce degré d'exposition à la fumée secondaire (soit une diminution de 20 points de pourcentage). L'exposition à la fumée secondaire au domicile a diminué constamment et considérablement au cours de la période visée par l'étude (une diminution de 33 points de pourcentage entre l'enquête de référence et l'enquête de 12 mois).

## **Médias de masse**

Dans le cadre de la SFLT, SC a financé trois campagnes médiatiques de masse nationales visant à rehausser la sensibilisation aux risques sur la santé de l'exposition à la fumée secondaire auprès des non-fumeurs, particulièrement dans le milieu de travail et auprès des jeunes et des enfants. Ces campagnes médiatiques de masse comprenaient trois campagnes télévisées, des scripts radiophoniques et du matériel imprimé, et ont coûté 22,7 millions de dollars, au total. Ces trois campagnes ont été évaluées dans le cadre de l'évaluation sommative de la SFLT de 2006. Toutefois, les données n'étaient pas concluantes et aucune incidence ne pouvait être attribuée à la SFLT.

La première des campagnes médiatiques de masse était axée sur les maladies attribuables à la fumée secondaire. Elle ciblait les jeunes et les encourageait à protéger leur famille et leurs amis, tout comme eux-mêmes, des effets de la fumée secondaire. Cette campagne consistait en une publicité télévision, « Couch ». La publicité télévisuelle a été diffusée en deux périodes entre le 12 novembre 2002 et le 9 février 2003. Cette campagne comprenait également une brochure et une série d'affiches qui donnaient de plus amples renseignements sur les dangers de la fumée secondaire. L'analyse d'évaluation visant à mesurer l'incidence de cette campagne sur la réduction de l'exposition à la fumée secondaire n'a pas été concluante en raison de l'insuffisance de données pertinentes. Le coût total de cette campagne s'élevait à 7,2 millions de dollars.

La deuxième campagne tenait compte du milieu de travail. Pour cette campagne, SC a collaboré avec Médecins pour un Canada sans fumée afin de produire une campagne médiatique de masse partageant l'histoire personnelle de Heather Crowe, une non-fumeuse ayant reçu un diagnostic de cancer du poumon après avoir travaillé de nombreuses années comme serveuse dans des restaurants enfumés. Les publicités étaient conçues pour cibler un vaste public de Canadiens adultes âgés de 20 à 55 ans (fumeurs et non-fumeurs), en plus des leaders d'opinion (à l'échelle communautaire/municipale), des décideurs, des dirigeants syndicaux et d'affaires, des médecins et des médias.

La recherche sur l'opinion publique associée à cette campagne « Heather Crowe » a mis en évidence une série d'objectifs plus indirects, dont les suivants : « obtenir le soutien des médias et des décideurs, et mobiliser tous les Canadiens, fumeurs ou non-fumeurs, autour de la nécessité de mener une action fédérale constante à l'égard des effets néfastes de la fumée secondaire ». En outre, la recherche connexe laissait sous-entendre que la campagne était conçue pour contribuer à l'objectif général de la première phase de la SFLT, à savoir « réduire le nombre des gens involontairement exposés à la fumée de tabac ambiante ».

L'analyse d'évaluation a révélé qu'il n'y a pas de différence importante dans le soutien des interdictions de fumer dans tous les lieux publics ou les environnements sans fumée entre ceux qui se rappellent la publicité et ceux qui ne s'en rappellent pas, qu'ils soient fumeurs ou non. Cependant, ceux qui se rappellent la publicité étaient beaucoup plus susceptibles d'indiquer qu'ils étaient à l'aise pour demander à un employeur d'appliquer ou d'intensifier une politique sur le tabagisme dans le milieu de travail que ceux qui ne se souviennent pas de la publicité. Cette constatation était reliée à un des objectifs de la campagne, soit mobiliser les Canadiens concernant la nécessité de mener une action contre l'exposition à la fumée secondaire dans le milieu de travail. Le coût total de cette campagne s'élevait à 5,7 millions de dollars.

La troisième campagne médiatique de masse était principalement axée sur les dangers de la fumée secondaire au domicile, particulièrement pour les jeunes. La campagne était conçue pour cibler les parents âgés de 20 à 54 ans et consistait en trois publicités télévisuelles distinctes. La portion de la campagne pour le domicile sans fumée qui comprenait les trois publicités a coûté 13,1 millions de dollars, en tout. L'incidence de ces publicités a été évaluée au moyen d'une recherche sur l'opinion publique. L'analyse des deux premières publicités n'a révélé aucune preuve concluante d'effet positif sur la mise en œuvre de restrictions au tabagisme au domicile, mais l'analyse de la troisième publicité a laissé supposer que cette dernière pouvait « influencer son public cible de la façon prévue ».

## **Influences environnementales**

Les lois et les règlements qui limitent le tabagisme dans les lieux publics, dans les milieux de travail ou en présence d'enfants sont devenus de plus en plus dominants au cours des dix dernières années. Aujourd'hui, presque tous les Canadiens habitent dans une province ou un territoire où le tabagisme est interdit dans tous les lieux publics, dont les restaurants, les bars et les lieux de travail.

**Législation provinciale** – Depuis 2001, la proportion des Canadiens protégés par des interdictions de fumer (à l'échelle municipale ou provinciale) a augmenté de 6,5 % et représente environ deux millions de Canadiens et couverture complète dans toutes les provinces à partir de 2009. Depuis 2005, un certain nombre de provinces ont appliqué, à l'échelle provinciale, des interdictions de fumer dans des lieux publics comme les restaurants, les bars et les tavernes, ce qui a fait augmenter le degré de protection de façon à s'appliquer à environ 24,4 millions de Canadiens en 2006 et à 25,4 millions en 2007.

Les premières interdictions de fumer en public au Canada ont d'abord été promulguées à l'échelle municipale (grâce au financement prévu par la SFLT et aux trousseaux d'outils susmentionnés) et l'application des interdictions de fumer s'est intensifiée au fur et à mesure que les municipalités, à travers le pays, ont voté des règlements qui limitent le tabagisme dans les lieux publics. Par la suite, au fur et à mesure que grandissait le soutien populaire des interdictions de fumer en public, les provinces ont commencé à promulguer des lois d'interdiction complète de fumer dans les lieux publics, à l'échelle provinciale.

- Le Manitoba (*Non-Smokers' Health Protection Act*) et le Nouveau-Brunswick (*Smoke-Free Places Act*) ont promulgué une législation en 2004, laquelle interdit le tabagisme dans presque tous les milieux de travail clos.
- En 2005, la Saskatchewan a introduit *The Tobacco Control* et Terre-Neuve-et-Labrador a instauré la *Smoke-Free Environment Act*.
- En 2006, la Nouvelle-Écosse (*Smoke-Free Places Act*), l'Ontario (Loi favorisant un Ontario sans fumée) et le Québec (*Loi sur le tabac*) ont promulgué une législation pour instaurer des lieux publics complètement exempts de fumée à l'échelle provinciale, ce qui portait à plus de 80 % la proportion des Canadiens protégés par une telle législation.
- En 2007, l'Alberta a modifié sa *Smoke-Free Places Act*, qui interdisait le tabagisme dans presque tous les milieux de travail, dont les bars et les restaurants, à partir du 1er janvier 2008.
- Également en 2008, la Colombie-Britannique a promulgué sa *Tobacco Control Act*.
- En 2009, l'Île-du-Prince-Édouard a promulgué sa *Smoke-Free Places Act*, qui prévoyait des milieux de travail complètement exempts de fumée à l'échelle de la province.

La législation en vigueur dans les Territoires du Nord-Ouest (*Tobacco Control Act, 2006*) interdit le tabagisme dans presque tous les lieux publics. La législation sur la lutte au tabagisme du Yukon (*Smoke-Free Places Act, 2008*) est un peu plus sévère, car elle interdit de fumer dans tous les lieux publics et les milieux de travail clos et prévoit une forte protection dans les lieux publics extérieurs, comme les patios et les entrées de bar et de restaurant. La *Tobacco Control Act 2004* du Nunavut interdit de fumer dans tous les lieux publics clos qui sont également des milieux de travail. Toutefois, la loi exempte les restaurants et les bars.

En 2006, 80 % des Canadiens étaient protégés par des interdictions de fumer complètes dans tous les lieux publics; en 2008, ce pourcentage s'élevait à presque 100 %. En outre, des dispositions liées à ces règlements, y compris les interdictions de fumer dans certains lieux extérieurs, comme les patios, ont été appliquées dans certaines provinces/territoires.

Au fur et à mesure que se généralisait la protection contre la fumée secondaire dans les lieux publics au Canada, on a commencé, dans certaines provinces, à appliquer les politiques de lutte au tabagisme tant aux espaces privés qu'aux lieux publics. Par exemple, depuis 2007, huit provinces ont promulgué une législation interdisant de fumer dans un véhicule où se trouvent des enfants.

- Nouvelle-Écosse (2007)
- Territoire du Yukon (2008)
- Ontario (2008)
- Colombie-Britannique (2008)
- Nouveau-Brunswick (2009)
- Île-du-Prince-Édouard (2009)
- Manitoba (2009)
- Saskatchewan (2010)

**Législation fédérale** – À l'échelle fédérale, le ministre du Travail était responsable de la *Loi sur la santé des non-fumeurs* (LSNF) et du règlement correspondant, qui régissent l'exposition à la fumée secondaire dans les lieux de travail réglementés par le gouvernement fédéral (comme les secteurs bancaire et des télécommunications et le transport maritime, aérien et ferroviaire). Le Programme du travail de Ressources humaines et Développement social Canada administrait la LSNF, qui datait de 1985.

En novembre 2007, on a révisé le *Règlement sur la santé des non-fumeurs*, ce qui améliorait la protection des travailleurs contre la fumée secondaire en éliminant en grand nombre les fumeurs et les zones fumeurs dans les milieux de travail réglementés par le gouvernement fédéral, tels que la Société Radio-Canada et Postes Canada. SC a été consulté et a présenté des idées au cours du processus de révision du règlement.

## 6.2.2 Sommaire de la fumée secondaire

L'objectif de réduction de l'exposition des Canadiens à la fumée secondaire était atteint. Il est possible que la SFLT ait contribué à informer les Canadiens des dangers de la fumée secondaire au moyen des campagnes médiatiques de masse et du versement de fonds de contribution. En raison des problèmes liés aux données, il est difficile de déterminer l'incidence réelle des projets de contributions et des campagnes médiatiques de masse sur l'objectif de la SFLT.

Néanmoins, SC a fait la promotion des environnements sans fumée en assumant un rôle de leadership dans la mise en œuvre des interdictions de fumer à l'échelle locale, au moyen de ressources informatives et monétaires. La mise en place des interdictions liées à la fumée secondaire à l'échelle des provinces et des territoires montre de quelle façon le gouvernement fédéral peut influencer le changement.

## **6.3 Organisation mondiale de la Santé (OMS) – Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT)**

Un autre objectif de la phase 2 de la SFLT est la contribution à la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS, qui constitue le premier traité de santé publique de l'OMS. Les renseignements suivants sont tirés d'un examen de documents internes et ont été validés par le personnel clé du programme.

### **6.3.1 Aperçu de la CCLAT de l'OMS**

La CCLAT de l'OMS est le premier traité international négocié sous l'égide de l'OMS. La convention a été adoptée en mai 2003 par l'Assemblée mondiale de la Santé et est entrée en vigueur en février 2005. Depuis, elle est devenue un des traités adoptés le plus rapidement et le plus généralement de l'histoire des Nations Unies. En effet, en date de juin 2011, 174 parties ont ratifié le traité.

La CCLAT a été élaborée pour réagir à la mondialisation de l'épidémie de tabac. La propagation de l'épidémie de tabac a été facilitée par divers facteurs complexes, dont les suivants : les effets transfrontaliers; le marketing mondial; les publicités transnationales sur le tabac; le mouvement international tabac de contrebande et produits de tabac illicites; et l'investissement direct étranger. La CCLAT représente un changement dans l'élaboration d'une stratégie de réglementation visant à tenir compte des substances créant une dépendance, en intégrant l'importance de la réduction de la demande, ainsi que les questions d'approvisionnement.

### **6.3.2 Engagement du Canada à l'égard de la lutte contre le tabagisme**

Le Canada a participé à chaque Conférence des Parties (CDP), l'organe directeur de la CCLAT de l'OMS, et a offert son expertise et son expérience pour mettre en œuvre la CCLAT dans d'autres pays. Le Canada est l'une des 40 premières parties à avoir ratifié le traité. Une fois la convention ratifiée, le Canada est devenu lié à la mise en œuvre des dispositions du traité. La CCLAT a soutenu et affirmé les efforts de lutte contre le tabagisme à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale en tenant compte des initiatives canadiennes de lutte contre le tabagisme dans ses obligations. La convention a davantage soutenu les efforts du Canada en fondant la législation canadienne sur la lutte contre le tabagisme dans les pratiques exemplaires internationales. Cela a permis d'établir des forums internationaux, utiles pour défendre la législation nationale. Le Canada a activement participé aux négociations de la CCLAT qui se sont déroulées entre octobre 2000 et février 2003, à Genève. Un grand nombre des dispositions de la CCLAT s'inspirent beaucoup des lois ou des règlements canadiens et, au moment où il a ratifié le traité, le Canada était conforme à de nombreuses dispositions.

### **6.3.3 Contribution de la SFLT à l'engagement du Canada**

En reconnaissant que le Canada était conforme à la majorité des obligations de la CCLAT de l'OMS lorsque ses représentants ont ratifié le traité en 2005, on a apporté seulement un nombre minime de changements aux politiques, aux lois et aux règlements nationaux afin d'assurer la

conformité. Un règlement a été élaboré, puis subséquemment actualisé en vertu de la *Loi sur le tabac*, qui assurait qu'on impose des restrictions supplémentaires pour les publicités sur le tabac et pour la promotion du produit auprès des jeunes. Des changements ont également été apportés pour augmenter la dimension des messages de mise en garde qu'on trouve sur les produits du tabac.

De plus, on a pris des mesures stratégiques et de réglementation pour veiller à ce que la *Loi sur la santé des non-fumeurs* offre la protection efficace contre la fumée secondaire. Grâce à une forte collaboration avec les provinces et les territoires du Canada, on a élaboré une législation provinciale et territoriale complète pour protéger les Canadiens contre la fumée secondaire.

La SFLT a permis de financer la participation de SC à la CCLAT, ce qui a permis au Ministère de prendre part aux séances de la CDP. La CDP a mis en place un processus intergouvernemental pour élaborer des directives associées à l'application des différentes dispositions de la convention. La CDP a adopté des directives liées à l'application de plusieurs articles et des groupes de travail formés par la conférence ont entrepris le travail rattaché aux directives additionnelles. Voici des exemples du travail exécuté dans le cadre du processus intergouvernemental.

- Élaboration de directives liées aux articles 9, 10 et 11 de la convention, appuyant la réglementation du contenu des produits du tabac, la réglementation des divulgations sur les produits du tabac et l'emballage et l'étiquetage des produits du tabac, à l'égard desquels le Canada a été l'un des principaux facilitateurs.
- Élaboration de directives liées aux articles 12 et 14 de la convention, appuyant des mesures d'éducation et de réduction de la demande. Au sein de ce groupe de travail, le Canada était représenté par des représentants de SC et par un représentant provincial.
- Négociations permanentes associées à un protocole international visant à éliminer le commerce illicite de produits du tabac. La délégation canadienne est dirigée par Sécurité publique Canada et comprend des représentants de la GRC, de l'ASFC, de SC, de l'Agence du revenu du Canada, du ministère de la Justice et du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international.

Dans le cadre de la SFLT, un financement des travaux internationaux liés au tabac était également accessible au moyen de deux mécanismes, soit 1) les contributions soutenant la SFLT et 2) le Programme de subventions internationales à la santé (PSIS).

Une petite partie du programme de financement par contributions de la SFLT visait la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS à l'échelle internationale. Le programme de financement par contributions de la SFLT offrait un financement aux organismes nationaux, afin de les aider à atteindre cet objectif. Depuis 2007, 1,1 million de dollars, au total, a été dépensé pour exécuter des travaux de portée internationale dans le cadre de ce programme de financement. Les types d'activités suivants ont été soutenus dans des pays en développement de l'Amérique centrale, de l'Amérique du Sud, de l'Afrique, de l'Inde et du Moyen-Orient.

- Courtage de connaissances et aide technique
- Éducation, communication, formation et sensibilisation publique

- Recherche stratégique, surveillance et échange d'information et de pratiques exemplaires

Dans le cadre du PSIS, SC a soutenu les efforts internationaux liés à la lutte contre le tabagisme, et a donc respecté ses obligations et ses engagements internationaux, soit appuyer la mise en œuvre du traité, en vertu de la CCLAT de l'OMS. Le programme a non seulement permis à SC de soutenir les mesures mondiales prises pour lutter contre le tabac, mais également de multiplier les connaissances internationales sur l'approche de la prévention et de la lutte du Canada. En 2007-2008, le budget général du PSIS s'élevait à 16,4 millions de dollars, ce qui comprend 835 000 dollars consacrés aux activités internationales rattachées au tabac. En 2009-2010, l'Examen stratégique a réduit en permanence le budget général du PSIS, y compris l'affectation liée au tabac, de 895 000 dollars, le faisant passer à 15,5 millions de dollars.

Les priorités associées aux subventions internationales ont été conjointement établies par la DGRP, la DGSESC et la Direction des affaires internationales (DAI). Le PSIS a permis d'offrir des subventions pour entreprendre des initiatives liées à la lutte internationale contre le tabagisme, ce qui comprend la recherche (c.-à-d. mises en garde pour la santé illustrées) et le renforcement de la capacité (c.-à-d. formation, élaboration de politiques, cadres juridiques et défense des droits). Les bénéficiaires admissibles aux projets fondés sur un programme mis en œuvre dans le cadre du PSIS étaient des institutions et des organismes internationaux et canadiens sans but lucratif, y compris des organismes nationaux et internationaux œuvrant dans la lutte contre le tabagisme. Le programme permettait aux bénéficiaires d'entreprendre des activités de recherche et de défense des droits qui soutiennent l'élaboration de politiques et de programmes de lutte au tabagisme, particulièrement dans les pays en développement.

Les fonds provenant du PSIS ont également servi à verser la contribution évaluée volontaire (CEV) bisannuelle du Canada afin de soutenir la mise en œuvre du traité. Comme SC est partie à la CCLAT de l'OMS, cela était sa grande priorité dans le cadre du PSIS. La CEV a fluctué au gré des taux de change américains (environ 400 000 dollars). Ainsi, lorsque des fonds additionnels étaient disponibles après le paiement de la CEV, le financement servait à appuyer les priorités mises en évidence par les CDP à la CCLAT et indiquées dans la stratégie sur la santé internationale de SC. Les types d'activités suivants ont été soutenus dans des pays en développement de l'Amérique centrale, de l'Amérique du Sud, de l'Afrique et de l'Asie.

- Éducation, communication, formation et sensibilisation publique
- Recherche stratégique, réglementation des produits, surveillance et échange d'information et de pratiques exemplaires

### **6.3.4 Sommaire de la CCLAT de l'OMS**

Dans le cadre de la SFLT, SC, conjointement avec d'autres ministères partenaires, a aidé le Canada à respecter son engagement de participer à la CCLAT, en contribuant à l'élaboration de cette dernière et en donnant des conseils techniques sur les articles initiaux et sur le soutien permanent de leur application à l'échelle internationale.



En plus de montrer que le gouvernement du Canada offrait un leadership international, cette participation à la CCLAT a établi un mécanisme d'apport possible en connaissances, lequel peut servir à aider le gouvernement fédéral à assumer son rôle de leader national dans la lutte contre le tabagisme au Canada.

## **6.4 Prochaine génération des politiques de lutte contre le tabagisme**

Le quatrième objectif de la SFLT consistait à examiner la prochaine génération des politiques de lutte contre le tabagisme. L'information qui suit est tirée d'un examen des rapports annuels sur le rendement et de documents internes, y compris l'évaluation du processus des projets de S et C de 2011 financée par la SFLT, et tient compte des opinions des intervenants.

### **6.4.1 Aperçu de la contribution de la SFLT à la prochaine génération des politiques de lutte contre le tabagisme**

SC a examiné et éclairé la prochaine génération des politiques de lutte contre le tabagisme au moyen de divers mécanismes, soit 1) les activités de recherche comme l'analyse de l'intelligence d'affaires et les analyses de laboratoire des nouveaux produits du tabac; 2) la surveillance effectuée au moyen de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) et de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ); 3) le financement en S et C pour les projets liés à l'échange de politiques et de connaissances; et 4) le travail effectué avec les intervenants. En outre, on a utilisé la recherche et le financement fédéral au cours des cinq dernières années pour produire de l'information en prévision du travail futur rattaché aux politiques. Les sections suivantes traitent plus à fond de tous ces efforts.

### **Recherche – Réglementation des produits, intelligence d'affaires et élaboration de nouvelles dispositions législatives et réglementaires**

Les activités de réglementation des produits comprenaient la formation de l'unité de l'intelligence d'affaires (IA). Comme il n'existait aucune exigence liée aux évaluations préalables à la mise en marché des produits du tabac, il a fallu créer la politique sur les nouveaux produits après la mise en marché. L'IA a permis à SC non seulement de tenir compte des produits du tabac nouveaux ou modifiés avant que leur utilisation soit généralisée au Canada, mais aussi de prendre des mesures éclairées tôt face aux nouveaux problèmes. Cette mesure peut sous-tendre un changement réglementaire ou législatif et peut être perçue comme un facteur contribuant à la prochaine génération d'outils de lutte contre le tabagisme.

La principale priorité de l'unité de l'IA était de veiller à ce qu'on effectue une analyse approfondie de l'information présentée à SC par l'industrie et que le réseau de l'intelligence d'affaires utilise cette information pour établir les besoins et établir les projets prioritaires. L'unité de l'IA a préparé de nombreux rapports sur les tendances rattachées au tabac, ce qui comprend les ventes, les structures de consommation et la publicité. Ces rapports ont servi dans

le cadre du processus décisionnel et ont orienté les décisions stratégiques, comme par exemple les modifications à la *Loi sur le tabac* en tant que *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes*.

La *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes*, auparavant connue sous le nom projet de loi C-32, a reçu la sanction royale le 8 octobre 2009. Ces modifications à La loi visaient à protéger les enfants et les jeunes contre les pratiques de marketing de l'industrie du tabac qui les encouragent à utiliser des produits du tabac. On prévoyait que cette modification à la *Loi sur le tabac* contribuerait aux activités de prévention de la SFLT et ferait baisser la prévalence du tabagisme chez les jeunes.

## **Recherche – Analyses de laboratoire et élaboration de politiques sur la nicotine**

Par l'entremise de l'unité de l'IA, SC a entrepris des activités permanentes de surveillance des nouveaux produits du tabac et a effectué des analyses de laboratoire sur ces produits. En plus de permettre à SC de comparer les nouveaux produits avec des produits plus établis et avec toutes les demandes de marketing connexes, ces analyses ont facilité le travail rattaché à l'élaboration des politiques entre 2007 et 2010. Deux positions stratégiques ont été créées à l'égard du snus et des cigarettes électroniques, qui sont décrites ci-dessous.

## **Surveillance et élaboration de politiques**

L'efficacité des politiques et des programmes nécessite une connaissance exacte des tendances démographiques canadiennes liées à l'usage du tabac. Comme la nature de l'usage du tabac est complexe et dynamique, une surveillance constante et systématique était requise pour faciliter l'élaboration de politiques et de programmes. Les deux enquêtes utilisées dans le cadre de la SFLT pour faciliter ce travail étaient l'ESUTC et l'ETJ.

L'ESUTC a fourni à SC des données ponctuelles, fiables et constantes sur l'usage du tabac et sur les questions connexes et a été conçue pour surveiller les tendances de la prévalence du tabagisme chez toutes les personnes âgées de 15 ans et plus habitant au Canada (à l'exception de celles habitant dans des établissements à temps plein et des résidents des territoires). Le principal objectif de l'ETJ était de recueillir des données sur la prévalence du tabagisme chez les étudiants, à l'échelle nationale.

Au cours de la période d'application de la SFLT, les données de l'ESUTC ont servi dans presque tous les documents stratégiques, y compris la politique liée à la *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes*, qui a modifié la *Loi sur le tabac*, au numéro sans frais pancanadien soutenant les lignes d'aide au renoncement, aux cigarettes électroniques, au snus et à la biosurveillance. En outre, l'ETJ a servi de source de données pour élaborer la politique rattachée à la *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes*.

## **Financement en subventions et contributions des projets de politiques et d'échange de connaissances et de l'élaboration de règlements et de politiques**

Les travaux exécutés au cours de la deuxième phase de la SFLT (2007-2011) dans le cadre d'environ 20 projets de politiques et d'échange de connaissances financés au moyen du programme des S et C de SC ont servi à soutenir et l'ensemble des connaissances disponibles concernant la lutte antitabac. Comme l'information produite par ces projets provenait de la société civile, elle donnait collectivement un aperçu des idées diffuses véhiculées à l'égard de tous les problèmes de lutte au tabagisme que l'on trouve dans la sphère publique. Par conséquent, l'information qui a été produite et diffusée par les bénéficiaires du financement a servi à éclairer l'analyse stratégique de SC en raison de la gamme diversifiée des perspectives. Grâce à cette information, le gouvernement fédéral était mieux préparé pour prendre et soutenir ses décisions. Les décisions relatives à la politique de lutte au tabagisme ont été prises en tenant compte de l'information et des perspectives de la société civile. Par conséquent, les données de sortie produites dans le cadre des projets offraient une valeur, indépendamment du fait qu'elles donnent directement lieu ou non à une quelconque décision. Voici des exemples de la façon dont ces projets ont soutenu et éclairé la politique et la réglementation fédérales.

Grâce au financement par contributions de SC, la Commission des étudiants du Canada a appuyé le Comité action jeunesse (CAJ) afin d'augmenter la participation des jeunes à la SFLT. SC a consulté le CAJ en 2009 à titre de groupe de discussion du public cible des jeunes. D'autres publics cibles ont également été consultés, à qui on a présenté des MRS. SC a reçu des commentaires de divers groupes de discussion, dont le groupe du CAJ, et les a tous pris en compte pour appliquer certaines des recommandations en changeant quelques MRS. Les représentants de SC ont rencontré les représentants du CAJ en 2010 pour démontrer au comité de quelle façon les messages préliminaires avaient été modifiés en fonction de toutes les données d'entrée. Les messages se trouvent maintenant dans la réglementation officielle relative à l'étiquetage des produits du tabac.

Le financement de SC offert pour soutenir les lignes d'aide au renoncement provinciales/territoriales a également permis d'habiliter la réglementation fédérale sur l'étiquetage des produits du tabac. À partir de 2002, le financement de la SFLT a soutenu (ainsi que d'autres mécanismes de promotions pas nécessairement financés par le gouvernement fédéral) la mise en place, puis la promotion et l'évaluation des lignes d'aide au renoncement provinciales du Manitoba, de la Saskatchewan, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard, de Terre-Neuve-et-Labrador et de la Nouvelle-Écosse. Les provinces versent maintenant un financement pour mener les activités rattachées aux lignes d'aide au renoncement.

Plus récemment, les fonds de F et E de la SFLT ont permis de soutenir la mise en place et la promotion des lignes téléphoniques d'aide au renoncement au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut. Cet investissement dans la capacité et l'infrastructure provinciale/territoriale du service de ligne d'aide au renoncement a appuyé les négociations menées avec les provinces et les territoires au sujet de l'établissement de l'initiative d'aide au renoncement pancanadienne. Cette initiative, qui avait une portée fédérale/provinciale/territoriale, comprenait deux numéros sans frais qui redirigeaient sans

interruption les demandeurs vers les services de ligne d'aide au renoncement provinciaux/territoriaux. L'initiative d'aide au renoncement pancanadienne était rattachée à la récente réglementation sur l'étiquetage des produits du tabac. Celle-ci a été enregistrée en septembre 2011 et depuis le 19 juin 2012, tous les emballages de cigarettes et de petits cigares vendus au Canada feront la promotion du numéro de la ligne d'aide au renoncement pancanadienne, dans le cadre du renouvellement des messages relatifs à la santé.

En plus d'avoir soutenu la politique fédérale, le financement par S et C a soutenu la politique provinciale et organisationnelle. On décrit plusieurs exemples de ces résultats.

SC a versé un financement à l'unité de recherche sur le tabac de l'Ontario afin que celle-ci élabore un cours en ligne sur la prévention du tabagisme, sur le renoncement, sur la fumée secondaire et sur l'évaluation. Le cours a été intégré à la politique de financement de la province de l'Ontario; on exige maintenant que tous les employés des régies de la santé œuvrant dans la lutte au tabagisme suivent cette formation avant de recevoir un financement de la province. Ce cours était également une des conditions préalables à la formation de certificat de counselling sur le renoncement intensif au tabac offerte à l'échelle canadienne par le Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Grâce au financement par contributions à l'échelle de la régie régionale de la santé de la Colombie-Britannique, la Interior Health Authority a créé une politique en vertu de laquelle le traitement de la dépendance au tabac est devenu une norme de soins et a été intégré à tous les établissements cliniques de la régie de la santé, dans toutes les disciplines. Dans le cadre de l'application de cette politique, d'importants jalons ont été respectés, dont les suivants : la normalisation des questions de suivi utilisées sur les documents papier et électroniques et la transformation de la perception selon laquelle le tabagisme est un enjeu du service de santé publique, pour devenir un enjeu multidisciplinaire à l'échelle de la régie de la santé.

Le financement par contributions de SC a appuyé la politique organisationnelle de l'Université de la Colombie-Britannique – campus Okanagan en permettant à l'université de promulguer et d'appliquer une politique limitant le tabagisme sur le campus aux zones fumeurs. L'université s'est fixé un objectif de 70 % pour l'utilisation des zones désignées pendant la période de financement de SC et a été en mesure d'atteindre un taux d'usage général de 70,9 % sur le campus. Un autre élément de l'application de la politique consistait à offrir à tous les cliniciens en santé et mieux-être affectés au campus (tant les infirmiers/infirmières que les conseillers) une formation sur le soutien au renoncement du tabagisme, afin de renforcer la politique du campus.

Également en Colombie-Britannique, un centre de traitement à domicile a mis en œuvre une politique organisationnelle intégrant la sensibilisation au renoncement comme élément normalisé de ses services de traitement des jeunes. En outre, le centre de traitement a appliqué une politique sans fumée à l'intention du personnel, laquelle interdit à tous les employés de fumer sur la propriété du centre.

De plus, le financement par contributions reçu de SC a appuyé une des politiques organisationnelles de l'industrie du camionnage dans le Canada atlantique. L'objectif de ce projet était de réduire l'usage du tabac dans le secteur du camionnage. Certains transporteurs

routiers ont établi la politique de distribuer les trousse d'outils du projet, préparées grâce au financement par contributions, aux employés fumeurs, au moment de leur embauche. En outre, les transporteurs ont également intégré l'utilisation de vidéos produites dans le cadre de ce projet, afin d'informer la direction et d'encourager les employés à renoncer au tabagisme. Enfin, le projet a permis de créer des ressources, que les intervenants de l'industrie du camionnage ont adoptées et prévoient continuer d'utiliser dans le cadre de leurs pratiques et de leurs politiques quotidiennes liées aux ressources humaines.

## **Collaboration avec les intervenants et élaboration de politiques**

Dans le cadre de l'examen de la prochaine génération des politiques sur la lutte au tabagisme, on considérait que la participation des intervenants était une partie intégrante du processus. On a consulté les intervenants au sujet des questions émergentes et ces derniers percevaient la coordination nationale comme une des forces de la SFLT. Les intervenants ont indiqué que la stratégie facilitait la coordination et le partage à travers les initiatives et les provinces et que la capacité de fixer des objectifs nationaux et d'encourager la collaboration dans l'atteinte d'objectifs communs a contribué aux succès réalisés dans la lutte contre le tabagisme. On décrit ici quelques exemples de la consultation et de la participation des intervenants.

Pour réagir à la position du Comité consultatif ministériel sur la lutte contre le tabagisme, selon laquelle l'interdiction d'étaler les produits du tabac au détail est une stratégie positive qu'il faut encourager afin de veiller à ce que les jeunes ne soient pas ciblés, SC a entrepris, en 2006-2007, une consultation auprès des détaillants et des distributeurs, des représentants de l'industrie du tabac, des organismes non gouvernementaux, des organismes gouvernementaux et de la population en général au sujet de la réglementation de l'étalage et de la promotion des produits du tabac. Ces consultations ont permis d'orienter les positions relatives aux étalages de détail et le travail continu de SC avec les provinces, afin de promouvoir les restrictions fédérales et provinciales liées à la vente au détail.

En outre, SC a tenté de rehausser la sensibilisation des détaillants aux responsabilités qu'ils remplissent, en vertu de la législation fédérale et provinciale, à l'égard des ventes de tabac aux mineurs. Le Ministère a aussi rehaussé la sensibilisation de la Règleme nt sur les aliments et drogues aux principaux objectifs de la SFLT. Dans le cadre de la stratégie, on a mis en œuvre trois principales initiatives d'information pour engager les intervenants, soit 1) des trousse s d'information postées directement au détaillant ou indirectement, par l'entremise de leur association industrielle ou de détaillants respective, 2) un certain nombre d'événements médiatiques organisés pour communiquer aux détaillants et à la population en général le principal élan de la SFLT pour la promotion des dispositions législatives et réglementaires et 3) une ligne sans frais, mise en place pour répondre aux questions de la population en général et des détaillants.

Ces consultations sur les étalages au détail, la sensibilisation des détaillants aux responsabilités législatives, la ligne sans frais et la collaboration avec les provinces représentent la contribution de SC à la restriction de vente de produits du tabac aux mineurs et de la promotion du tabac au Canada, ce qui comprend la mise en place des interdictions provinciales d'étalage de détail.

Trois autres entités ont également été mises en évidence comme forums ayant donné lieu à des discussions et à des consultations sur la prochaine génération des politiques sur la lutte au tabagisme. Il s'agit du Comité de liaison sur la lutte contre le tabagisme, de la Coalition canadienne d'action contre le tabac et du Comité interministériel des directeurs généraux sur la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS. SC était responsable de gérer les relations établies avec ces groupes et de présider un certain nombre des réunions de groupe de travail tenues dans le cadre de la SFLT.

## **Recherche, activités de financement fédérales et élaboration des politiques futures**

Au cours des cinq dernières années, on a eu recours à la recherche et au financement par contributions pour produire de l'information sur le travail futur rattaché aux politiques. On décrit ci-dessous quelques exemples de cette production de connaissances proactive.

La biosurveillance humaine des produits chimiques environnementaux est la mesure d'un produit chimique ou des composants de ce dernier dans le sang, dans l'urine et dans les tissus. Elle indique la quantité d'un produit chimique présente chez une personne et on peut utiliser les données recueillies, particulièrement à l'échelle nationale, comme point de départ de la surveillance et de la recherche ultérieures. Les données sur la biosurveillance devraient aider à renforcer la connaissance de l'exposition aux produits chimiques chez les gens. Deux projets majeurs ont été lancés dans le cadre de la SFLT pour effectuer le travail de biosurveillance; ces deux projets visaient éventuellement à faciliter l'élaboration de politiques axées sur la protection de la santé des Canadiens.

Le premier projet de biosurveillance était l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS), exécutée par Statistique Canada. En partenariat avec son Programme de la sécurité des milieux, SC a conclu un protocole d'entente avec Statistique Canada en 2006-2007, afin de mener l'enquête. On espérait que l'enquête puisse renforcer la compréhension des maladies attribuables au tabac et de la mesure dans laquelle de nombreuses maladies peuvent passer inaperçues au diagnostic chez les Canadiens. On espérait également que l'enquête puisse produire des données scientifiques pour soutenir et accélérer l'élaboration de politiques et de règlements. SC figurait parmi les nombreux collaborateurs de ce projet; le Ministère a soutenu la collecte des renseignements sur le tabagisme et sur l'exposition à la fumée secondaire, ainsi que la collecte et l'analyse des échantillons biologiques de cotinine (un des métabolites de la nicotine). Lancée en 2007-2008, cette enquête permanente a permis de recueillir de l'information sur les résidents âgés de six à 79 ans.

Le deuxième projet, l'Étude mère-enfant sur les composés chimiques de l'environnement (MIREC), était complémentaire à l'ECMS. L'étude MIREC a été menée en partenariat avec le Programme de la sécurité des milieux (PSM), SC. En 2008-2009, le BRSE a signé une lettre d'entente interne avec le PSM pour cette étude, qui recueille les données à long terme des biomarqueurs des mères et des enfants. De façon générale, les résultats de cette recherche devaient renforcer les évaluations du risque pour la santé (y compris la promotion de l'allaitement) et soutenir les mesures de réduction de la diffusion de contaminants dans l'environnement et de limitation de l'exposition de la population en général.

Des fonds ont été versés pour appuyer des projets visant à renforcer la capacité et à partager des connaissances au Canada sur les sciences appliquées, sociales et réglementaires liées aux produits du tabac. La principale priorité a été accordée aux activités pouvant contribuer considérablement à la connaissance scientifique sur les produits du tabac et aux efforts déployés de législation et réglementation des produits du tabac au Canada. Parmi les exemples de ces projets financés, citons le Health Behaviour Research Laboratory de l'Université de Waterloo. Ce projet a bénéficié d'un financement pour effectuer le travail d'évaluation initial rattaché à l'information sur la chimie des produits du tabac déjà diffusée par Santé Canada et pour diffuser les résultats de la recherche.

Le principal résultat du projet de l'Université de Waterloo était la préparation d'un rapport d'évaluation à présenter à un journal examiné par les pairs du domaine de la santé publique/lutte contre le tabagisme afin de donner la possibilité d'informer la communauté générale œuvrant dans la lutte contre le tabagisme de la nature du contenu et des émissions et de leur relation à l'égard des mesures d'exposition et de risque. Les efforts de diffusion devaient faciliter le transfert et l'apport des connaissances au sein des groupes d'intervenants clés (c.-à-d. chercheurs, décideurs et membres de la société civile) et entre ces groupes. Les résultats tirés du rapport publié montraient d'importantes différences dans la chimie du produit entre les cigarettes fabriquées au Canada et les cigarettes importées des É.-U. Le rapport a également établi d'importantes données de référence pour faire des comparaisons historiques et internationales à l'échelle des marques en ce qui concerne les principaux constituants pouvant servir aux recommandations stratégiques futures dans le domaine de la législation et réglementation des produits du tabac.

#### **6.4.2 Sommaire de la prochaine génération des politiques sur la lutte contre le tabagisme**

Au fil de la SFLT, les activités de recherche et de surveillance semblaient être des fonctions actives et ont servi à éclairer la création de lois et de règlements et diverses politiques et positions. En outre, les projets de S et C et le travail effectué avec les intervenants ont été importants pour faire progresser la prochaine génération des politiques de lutte au tabagisme, tant à l'échelle fédérale que provinciale.

La production de connaissances était l'une des caractéristiques dominantes de la SFLT. En général, les activités de la SFLT rattachées à la recherche, à la surveillance, au financement fédéral et au travail avec les intervenants servaient régulièrement à orienter la prochaine génération de lutte contre le tabagisme, au moyen de l'élaboration de lois, de règlements et de politiques et de l'établissement de positions. De plus, on a fait des investissements pour assurer la production de connaissances constante qui facilitera l'exécution du travail stratégique additionnel dans l'avenir. De façon générale, il semble que la production et le transfert des connaissances aient aidé à réglementer le tabac au Canada, aient informé les compétences canadiennes au sujet des questions émergentes et aient orienté les efforts de collaboration dans la lutte contre le tabagisme.

## **6.5 Surveiller et évaluer les activités liées au tabac de contrebande et améliorer la conformité**

Le sixième objectif de la SFLT était de surveiller et d'évaluer les activités liées au tabac de contrebande et d'améliorer la conformité. Contrairement à certains autres objectifs, cet objectif ne sous-tendait aucune cible précise. La présente section fait état des résultats des activités des ministères partenaires associés à la SFLT et à l'objectif relié à la contrebande.

### **6.5.1 Aperçu de la contrebande du tabac**

Selon la recension des écrits effectuée, le marché du tabac de contrebande s'est avéré un problème important dans les années 1990, lorsque des taxes plus élevées étaient imposées pour dissuader les gens à commencer ou à continuer de fumer. Depuis 2001, la plus grande quantité de tabac illicite trouvée au Canada provenait des fabricants se trouvant dans des réserves indiennes situées de part et d'autre de la frontière canado-américaine. Selon la source citée, la part de marché du tabac de contrebande était estimée à environ 30 % à 32 %. Cette part de marché laisse supposer qu'en 2008, les ventes de cigarettes illégales se chiffraient à 13 milliards de dollars, ce qui représente environ 2,4 milliards de dollars en pertes de recettes fiscales fédérales et provinciales. Soulignons que l'ampleur du marché de contrebande était difficile à évaluer en raison de sa nature « marginale ». Par conséquent, ces chiffres ne sont que des estimations.

Compte tenu que la taxation des produits du tabac a été mise en évidence comme une mesure efficace pour réduire la prévalence du tabagisme et que le tabac de contrebande pouvait compromettre la réalisation de cet objectif, le gouvernement du Canada, au moyen de la SFLT, a offert un financement aux ministères pour améliorer les activités dans le domaine de la contrebande du tabac. La section suivante décrit les activités des ministères partenaires chargés de surveiller et d'évaluer les activités de contrebande du tabac et de hausser la conformité.

La surveillance de l'industrie du tabac et des ventes de tabac est régie par la *Loi sur le tabac* et les produits du tabac qui ne sont pas correctement estampillés et ne suivent pas la réglementation fiscale sont illégaux en vertu de la *Loi sur l'accise*, 2001. Par conséquent la taxation est l'un des éléments qui distinguent le tabac de contrebande et le tabac légal. On a défini la contrebande comme étant la vente de produits du tabac non conformes aux lois fédérales ou provinciales qui régissent ou taxent les produits du tabac. Les augmentations des ventes du tabac de contrebande semblent une conséquence imprévue des politiques de taxation des produits du tabac, administrées par le ministère des Finances et les gouvernements provinciaux.

L'interdiction de la contrebande du tabac ne faisait pas partie de la SFLT. Toutefois les partenaires de la stratégie ont été financés à même les fonds de la SFLT pour surveiller et évaluer les produits du tabac de contrebande et de renforcer le respect de la législation fiscale fédérale sur le tabac. Aucun financement n'était prévu dans la SFLT pour mener des activités rattachées à l'application de la réglementation associée à la contrebande, ce qui comprend les activités telles que la perquisition et la saisie des produits du tabac de contrebande. Les activités menées dans le



cadre de la SFLT et associées aux produits du tabac de contrebande étaient principalement axées sur la surveillance et l'évaluation des activités de contrebande, en prévision d'une analyse visant à orienter la politique fiscale.

Les ministères et les agences partenaires qui ont collaboré pour surveiller et évaluer les activités liées au tabac de contrebande étaient comme suit : Sécurité publique Canada (SP), l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC) et la Gendarmerie royale du Canada (GRC), tandis que le Service des poursuites pénales du Canada (SPPC) et l'Agence du revenu du Canada (ARC) travaillaient à améliorer la conformité à la *Loi de 2001 sur l'accise*.

## 6.5.2 Activités des ministères partenaires

### Sécurité publique Canada (SP)

SP a donné des conseils et un soutien stratégiques au ministre de la Sécurité publique dans les domaines des services de police et de l'application de la loi dans le cadre des activités de lutte contre le tabagisme du gouvernement du Canada et a évalué les répercussions de ces initiatives sur les activités de contrebande du tabac. En outre, SP a présidé le Groupe de travail sur les produits illicites du tabac, qui offre une représentation des ministères et des agences concernés par le tabac illicite, dont la GRC, l'ASFC, l'ARC, Finances Canada, Agriculture et Agroalimentaire Canada, Ministère de la justice, Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada. Le mandat du groupe de travail était de mettre en évidence des mesures concrètes visant à perturber et à réduire le commerce du tabac de contrebande.

Dans le cadre de la SFLT, SP a administré le financement par contributions<sup>18</sup> du Service de police mohawk d'Akwesasne (SPMA) afin de mener, conjointement avec la GRC, l'ASFC et l'ARC, des activités de surveillance<sup>19</sup> pour déterminer l'ampleur des activités liées au tabac de contrebande sur le territoire mohawk d'Akwesasne et dans les environs. Le territoire chevauche les frontières canado-américaines et de l'Ontario, du Québec et de l'État de New York, ce qui nécessite la collaboration des agences de mise en application. On a établi que le territoire est un point de transit pour le tabac illicite. La proportion des cartouches saisies par les détachements regroupés de Cornwall et de Valleyfield a chuté de 48 % en 2004 à 34 % en 2009, et a augmenté de nouveau pour atteindre 53 % des saisies nationales totales (ce qui comprend celles effectuées par la GRC et l'ASFC) de cartouches de tabac (y compris les sacs de cigarettes sans marque) en 2010.

---

<sup>18</sup> Le financement par contributions administré était de 650 000 dollars en 2001-2002, de 450 000 dollars en 2002-2003, de 450 000 dollars en 2003-2004, de 450 000 dollars en 2004-2005, de 450 000 dollars en 2005-2006, de 450 000 dollars en 2006-2007, de 450 000 dollars en 2007-2008, de 450 000 dollars en 2008-2009, de 475 000 dollars en 2009-2010 et de 450 000 dollars en 2010-2011.

<sup>19</sup> Les activités de surveillance comprennent les activités policières régulières, la patrouille et la collecte d'information publique.

Une des équipes du SPMA, l'équipe d'enquête mixte (EEM)<sup>20</sup>, a indiqué qu'elle a pu accroître sa surveillance et son suivi de la contrebande de tabac sur le territoire mohawk d'Akwesasne et qu'elle a activement participé aux opérations ayant mené à des saisies, dont des saisies de tabac. Bien que les saisies servent normalement d'indication d'activités d'application (qui ne sont pas financées au moyen de la SFLT), elles ont servi, dans ce cas-ci, d'indication (mesure approximative) de l'influence possible que les activités de surveillance peuvent avoir sur les activités d'application qui se sont déroulées au fil de la SFLT.

Comme le démontre le tableau ci-dessous, le nombre des saisies de cartouches a augmenté de 102 000 en 2004 à 533 000 en 2010. Compte tenu que les saisies de tabac du détachement de la vallée du Saint-Laurent du Centre représentaient une proportion considérable des saisies de la GRC effectuées à l'échelle nationale – de 28 % en 2006 à 53 % en 2010, ces résultats, ajoutés aux particularités juridictionnelles et géographiques d'Akwesasne, laissaient supposer que les activités de suivi et de surveillance accrues menées sur le territoire mohawk d'Akwesasne ont pu contribuer au renforcement de la capacité des partenaires d'application de perturber ou de contrôler les activités de contrebande et à la réduction ou à l'atténuation de l'augmentation de la disponibilité des cigarettes de contrebande au Canada.

#### Saisies de tabac effectuées par le détachement de la vallée du Saint-Laurent du Centre (détachements de Cornwall/Valleyfield regroupés) et à l'échelle nationale de 2004 à 2010

Année	Cartouches/Sacs de cigarettes sans marque		Tabac à coupe fine (kg)	
	Détachements de Cornwall/Valleyfield	Saisies de tabac à l'échelle nationale	Détachements de Cornwall/Valleyfield	Saisies de tabac à l'échelle nationale
2004	102 000 (47,6 %)	214 166	420 (3,7 %)	11 241
2005	232 000 (45,9 %)	504 895	460 (2,9 %)	15 983
2006	240 000 (28,0 %)	856 095	545 (1,0 %)	53 747
2007	233 000 (26,0 %)	894 754	38 000 (84,7 %)	44 848
2008	465 000 (41,0 %)	1 132 300	58 000 (81,5 %)	71 140
2009	393 000 (33,6 %)	1 170 195	17 700 (39,5 %)	44 826
2010	533 000 (53,0 %)	1 006 286	36 000 (46,3 %)	77 773

\*\* Les statistiques nationales ci-dessus sont fondées sur l'information relative aux saisies présentée par l'ASFC et la GRC. La ventilation annuelle des statistiques nationales par organisme est présentée un peu plus loin dans le rapport.

<sup>20</sup> L'EEM, aussi appelée « unité spéciale d'enquête », est une des équipes du SPMA regroupant des membres de la GRC issus des détachements de Cornwall et de Valleyfield et d'autres organismes d'application de la loi, dont la police de Cornwall, la Police provinciale de l'Ontario, la police tribale de St. Regis et d'autres unités de services de police fédérales/provinciales du Canada et des États-Unis.

Le SPMA a continué de renforcer sa capacité de détecter, de cibler et d'enquêter les infractions et les organisations du crime organisé en multipliant les ressources affectées par les divers agences (p. ex. service de police de la communauté de Cornwall, Police provinciale de l'Ontario, police tribale de St. Regis) et en échangeant constamment de l'information et des renseignements avec les partenaires en application, tant au Canada qu'aux États-Unis. Toutes les mesures d'application/saisies rattachées au tabac et aux autres types de contrebande ont été signalées par le groupe de travail régional de Cornwall dirigé par la GRC, puis regroupées dans les rapports de la GRC.

En outre, on a offert aux membres du SPMA/de l'EEM une formation sur le crime organisé et les activités criminelles transfrontalières menées dans cette région (c.-à-d. passage de tous les produits de contrebande, y compris le tabac). Cette formation a été en partie financée dans le cadre de l'accord de contribution du SPMA. Le SPMA a indiqué que cette formation a contribué à rehausser la connaissance et la compréhension des membres à l'égard des questions liées au crime organisé et des outils d'application de la loi.

### **Agence des services frontaliers du Canada (ASFC)**

Les activités de surveillance et d'évaluation de l'ASFC étaient fondées sur les renseignements pour évaluer les tendances de l'activité afin de prévoir les menaces contraires aux objectifs d'application des douanes et de faciliter la mise en place de contre-mesures efficaces. Les fonctions de communication de renseignements de l'ASFC ont été augmentées grâce à un financement de la SFLT visant à fournir des ressources pour surveiller et évaluer l'ampleur de l'activité de contrebande du tabac au Canada et pour donner un aperçu objectif du marché du tabac de contrebande.

Initialement, le financement offert à l'ASFC dans le cadre de la SFLT a servi à verser les salaires de 52 équivalents temps plein (ETP), soit des agents et des analystes affectés dans toutes les régions du pays et à l'administration centrale de l'ASFC. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011, le nombre des ETP a diminué. L'ASFC était chargée de la collecte de données et des évaluations mensuelles et annuelles de la nature et de l'ampleur des activités de contrebande du tabac à la frontière. Les évaluations comprenaient une analyse de la production et des ventes de tabac au pays, un suivi des importations et des exportations et un recueil de renseignements issus de diverses sources. Les ressources étaient divisées entre agents du renseignement et analystes du renseignement et étaient affectées en fonction de la quantité ou de la menace du tabac de contrebande dans chaque région.

Un financement a été versé pour affecter 11 de ces ETP à l'administration centrale de l'ASFC, soit cinq à la division du renseignement frontalier et six à la Division de l'analyse et de l'évaluation. Cet élément de l'administration centrale coordonnait et surveillait les opérations interrégionales et internationales, communiquait des renseignements stratégiques, offrait une formation, élaborait de nouvelles politiques et procédures, et supervisait l'utilisation des ressources consacrées au tabac.

L'analyse subséquente des renseignements recueillis depuis 2001 a donné lieu à la production d'évaluations mensuelles et annuelles par l'ASFC et la GRC, dans le but d'informer les décideurs, dont le ministère des Finances, dans une perspective de politique fiscale,

principalement par l'entremise du Groupe de travail interministériel sur l'application de la réglementation sur le tabac, qui comprenait la participation des trois ministères. Ce groupe, présidé par le ministère des Finances, a été l'instrument utilisé pour échanger de l'information sur le tabac de contrebande et sur les efforts d'application fédéraux visant à lutter contre les activités de contrebande du tabac.

### **Gendarmerie royale du Canada (GRC)**

La GRC, et particulièrement le Programme des douanes et de l'accise, était responsable de l'application des lois au Canada en ce qui concerne le transport international des marchandises le long de la frontière contrôlée (entre les bureaux d'entrée). En outre, la fabrication, la distribution ou la possession illégale de produits du tabac de contrebande était visée par le mandat d'enquête de ce groupe. Dans le cadre de la SFLT, la GRC recueillait, analysait et distribuait les renseignements stratégiques afin d'effectuer une surveillance constante des questions associées au tabac de contrebande.

Grâce au financement obtenu dans le cadre de la SFLT, la GRC a créé sept postes d'analyste du tabac, dont les titulaires ont été stratégiquement affectés dans les régions de l'Atlantique, du Centre, de Nord-Ouest et du Pacifique. Deux de ces analystes sont en poste au quartier général national de la GRC. Ces analystes régionaux, grâce à des partenariats clés formés avec divers agences d'application de la loi et des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux provinciaux et de réglementation, saisissaient et échangeaient des renseignements sur les saisies de tabac, les enquêtes et les autres activités illicites associées au tabac. L'information recueillie a permis aux analystes de dresser un portrait régional de la situation des activités illicites liées au tabac, des degrés de saisie, des tendances et des réseaux criminels. Les rapports élaborés par les quatre régions ont été recueillis et analysés à l'échelle nationale pour permettre la production de rapports d'étude plus approfondis et l'extraction de renseignements additionnels. Ces rapports ont par la suite été partagés avec une foule d'intervenants, qui comptaient sur l'information pour soutenir leurs propres initiatives ou informer leur haute direction respective.

La SFLT a également versé un financement à la GRC pour un soutien technique précis et pour entreprendre la surveillance secrète des intrusions transfrontalières illégales soupçonnées associées au commerce du tabac illicite. Les cinq ETP affectés au soutien technique ont aidé diverses unités des douanes et de l'accise par le déploiement d'une variété de dispositifs électroniques de surveillance le long de la frontière canado-américaine, ce qui a facilité le déroulement d'enquêtes complexes. Les enquêteurs ont considérablement misé sur cette technologie dans la lutte contre les réseaux du crime organisé bien orchestrés; cette lutte ciblait l'ensemble de la frontière partagée où étaient passés les produits du tabac illégaux. L'équipement de détection et de surveillance a agi comme multiplicateur de force en mettant en place un suivi constant des activités clandestines, lequel a permis aux enquêteurs de s'orienter plus stratégiquement pendant leurs activités d'application le long de la frontière.

### **GRC et ASFC**

Mesurer l'incidence de la contribution de la SFLT aux activités de surveillance liées au tabac de contrebande de la GRC et de l'ASFC a été effectué à l'aide des enquêtes du tabac de contrebande conduisant à un volume de saisies comme une mesure de substitution facilement disponibles en guise d'illustration de l'influence potentielle des activités de surveillance. Toutefois, comme

l'ampleur exacte du marché du tabac de contrebande ou ses fluctuations étaient inconnues, le nombre absolu des saisies ne représentait pas une mesure précise de l'amélioration, de la détérioration ou de la stagnation du marché.

Soulignons que les taxes fédérales ont augmenté en 2001, suivie par des augmentations de taxes provinciales sur le tabac dont l'importance variait considérablement. En outre, selon la recension des écrits et l'examen des documents, semblent démontrer que les saisies de tabac de contrebande aient suivi les changements apportés aux taxes dans un délai d'environ trois ans, en raison du temps qu'il a fallu au marché noir pour s'adapter ou du temps qu'il a fallu pour que la loi d'application se réajuste à l'expansion du commerce illicite. Il faut tenir compte de cette information lorsqu'on examine le tableau ci-dessous.

Le nombre des saisies effectuées par la GRC, après être passé de 29 000 cartouches de cigarettes en 2001 à 120 000 en 2004, a augmenté de façon stable par la suite (voir le tableau ci-dessous). En ce qui concerne l'ASFC, les données laissaient supposer que l'augmentation du nombre de saisies dans les ports d'entrée n'a pas été aussi linéaire que dans le cas de la GRC.

### Saisies de tabac de contrebande au Canada<sup>21</sup>

Année	GRC	ASFC	Totaux	GRC	ASFC	Totaux
	Cartouches de cigarettes	Cartouches de cigarettes	Cartouches de cigarettes	Tabac à coupe fine (kg)	Tabac à coupe fine (kg)	Tabac à coupe fine (kg)
2001	29 000	26 292	55 292	n/a	127	127
2002	39 800	34 068	73 868	n/a	276	276
2003	59 300	339 296	398 596	n/a	718	718
2004	120 000	94 166	214 166	11 000	241	11 241
2005	369 000	135 895	504 895	14 000	1 983	15 983
2006	472 300	383 795	856 095	4 000	49 747	53 747
2007	626 000	268 754	894 754	28 000	16 848	44 848
2008	965 000	167 300	1 132 300	69 000	2 140	71 140
2009	975 000	195 195	1 170 195	34 000	10 826	44 826
2010	782 000	224 286	1 006 286	43 000	34 773	77 773
<b>Total pour la période 2001-2010</b>	<b>4 437 400</b>	<b>1 869 047</b>	<b>6 306 447</b>	<b>203 000</b>	<b>117 679</b>	<b>320 679</b>

Sources : Les statistiques nationales ci-dessus sont fondées sur l'information relative aux saisies présentée par l'ASFC et la GRC.

De façon générale, le nombre total des saisies de tabac de contrebande effectuées au Canada par la GRC et l'ASFC a augmenté de 2001 à 2009. Le minime déclin observé en 2010 peut être attribuable à l'augmentation des ressources de la GRC et de l'ASFC requises pour la planification et la sûreté entourant la réunion du G8/G20 à Toronto en 2010 et les Jeux Olympiques de Vancouver de 2010.

<sup>21</sup> L'ASFC est responsable des activités d'application aux ports d'entrée et la GRC est chargée de l'application entre les ports d'entrée. La GRC assume aussi la responsabilité principale des enquêtes menées dans les cas d'infraction à la *Loi sur l'accise*. Lorsque des employés de l'ASFC interceptent des produits du tabac illégaux aux ports d'entrée, les produits saisis sont remis à la GRC si une technique d'enquête spécialisée, comme la livraison contrôlée, est requise expliquant pourquoi, dans la majorité des cas, les saisies de la GRC et de l'ASFC sont parfois regroupées.

## Service des poursuites pénales du Canada (SPPC)

Le Programme national de recouvrement des amendes (PNRA) du SPPC a contribué à l'objectif de la SFLT de « surveiller et évaluer les activités de contrebande et rehausser la conformité » en travaillant à augmenter la conformité à la *Loi de 2001 sur l'accise*. Le programme a été mis en œuvre à l'échelle nationale en 2002 et exécute le mandat d'appliquer les sentences en récupérant les amendes non réglées remises à des particuliers et à des entreprises reconnus coupables de toute infraction à la législation fédérale, ce qui comprend les infractions liées au tabac, comme le commerce du tabac de contrebande, la vente illégale de produits du tabac et les ventes de tabac aux mineurs.

Le PNRA comprenait 19 ETP affectés dans huit bureaux régionaux du SPPC (Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, Toronto, Ottawa, Montréal et Halifax), qui percevaient les amendes fédérales non réglées dans les dix provinces<sup>22</sup>. Le financement du PNRA provenait entièrement de la SFLT et était fixé à 1 988 000 million de dollars par année.

Les unités de recouvrement des amendes (URA) régionales du PNRA dans ces endroits ont regroupé les amendes et ont dressé un inventaire des amendes fédérales imposées par les tribunaux criminels à l'échelle du Canada<sup>23</sup>. Comme on l'a déjà mentionné, le PNRA percevait toutes les catégories d'amendes fédérales non réglées, en plus des amendes associées au tabac. Le tableau ci-dessous démontre l'importance relative de chaque catégorie d'amendes comprise dans l'inventaire au cours de la période s'échelonnant de 2001-2002 à 2009-2010.

Les amendes liées à la contrebande du tabac représentaient un nombre relativement minime des amendes inventoriées, au cours de la période d'évaluation. En outre, leur proportion relative a constamment diminué, passant d'un sommet de 7,9 % en 2001-2002 à un plancher de 3,2 % en 2009-2010, comme l'indique le tableau ci-après. Le déclin de la proportion des amendes associées au tabac de cet inventaire peut s'expliquer, du moins en partie, par la priorité accordée au recouvrement de ces amendes dans le cadre du PNRA.

---

<sup>22</sup> Outre le Nouveau-Brunswick, l'unité d'Halifax est présente en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador.

<sup>23</sup> Les amendes inventoriées ne représentent pas la totalité des amendes fédérales imposées par les tribunaux ni la totalité de celles qui ne sont pas réglées à aucun moment précis. Ce sont plutôt des amendes que les URA ont été en mesure d'obtenir des services et du registre judiciaires dans iCase (c.-à-d. le système de minutage et de gestion des cas utilisé par le SPPC pour tenir à jour l'inventaire des amendes) afin d'indiquer les amendes qui ne sont pas réglées et de surveiller les activités et les résultats liés au recouvrement des amendes.

**Proportion des amendes associées au tabac faisant partie de l'inventaire du PNRA (de l'exercice 2001-2002 à l'exercice 2009-2010)**

	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
<b>Contrebande du tabac</b>	1 099 (7,9 %)	1 119 (6,9 %)	1 118 (6,4 %)	933 (5,2 %)	902 (4,9 %)	808 (4,2 %)	758 (3,8 %)	716 (3,4 %)	662 (3,2 %)
<b>Autres infractions liées au tabac</b>	83 (0,6 %)	87 (0,5 %)	88 (0,5 %)	87 (0,5 %)	91 (0,5 %)	96 (0,5 %)	98 (0,5 %)	102 (0,5 %)	95 (0,4 %)
<b>Infractions liées aux drogues</b>	5 684 (40,8 %)	7 470 (45,9 %)	8 345 (47,8 %)	9 091 (50,5 %)	9 642 (51,9 %)	10 239 (52,8 %)	10 824 (53,6 %)	11 594 (54,9 %)	11 515 (56,0 %)
<b>Assurance-emploi</b>	810 (5,8 %)	821 (5,0 %)	830 (4,8 %)	855 (4,8 %)	862 (4,6 %)	868 (4,5 %)	866 (4,3 %)	843 (4,0 %)	802 (4,0 %)
<b>Pêcheries</b>	2 320 (16,7 %)	2 693 (16,6 %)	2 815 (16,1 %)	2 858 (15,9 %)	2 788 (15,0 %)	2 835 (14,6 %)	2 888 (14,3 %)	2 881 (13,6 %)	2 755 (13,0 %)
<b>Taxes/TPS</b>	2 681 (19,3 %)	2 759 (17,0 %)	2 891 (16,6 %)	2 802 (15,6 %)	2 927 (15,8 %)	3 115 (16,1 %)	3 213 (15,9 %)	3 301 (15,6 %)	3 102 (15,0 %)
<b>Autres infractions*</b>	1 250 (9,0 %)	1 320 (8,1 %)	1 369 (7,8 %)	1 373 (7,6 %)	1 367 (7,4 %)	1 432 (7,4 %)	1 551 (7,7 %)	1 683 (8 %)	1 706 (8,3 %)
<b>Total des infractions non liées au tabac**</b>	12 745 (91,5 %)	15 063 (92,6 %)	16 250 (93,1 %)	16 979 (94,3 %)	17 586 (94,6 %)	18 489 (95,3 %)	19 342 (95,7 %)	20 302 (96,1 %)	19 880 (96,4 %)
<b>Nombre total des amendes</b>	13 927 (100 %)**	16 269 (100 %)	17 456 (100 %)	17 999 (100 %)	18 579 (100 %)	19 393 (100 %)	20 198 (100 %)	21 120 (100 %)	20 637 (100 %)

\* Les autres infractions comprennent les infractions à la *Loi sur la faillite*, à la *Loi sur la concurrence*, à la *Loi sur le droit d'auteur* et à la *Loi sur la radiocommunication*.

\*\* Les totaux réels peuvent être supérieurs à 100 % en raison de l'arrondissement.

Le tableau ci-dessous indique l'ampleur et la valeur de l'inventaire des amendes du PNRA, ainsi que les montants récupérés et non réglés au cours de la période d'évaluation de neuf ans.

### Valeur totale des montants d'amendes inventoriés, récupérés et non réglés, de l'exercice 2001-2002 à l'exercice 2009-2010

Exercice	Valeur monétaire				
	(Nombre des amendes dans l'inventaire)	Valeur des amendes dans l'inventaire**	Valeurs des montants récupérés***	Valeur/% des montants associés au tabac par rapport aux montants totaux récupérés	Valeur des montants non réglés***
2001-2002	13 927	117 977 600 \$	5 336 900 \$	286 399 \$ 5 %	39 561 300 \$
2002-2003	16 269	125 826 500 \$	5 687 600 \$	471 011 \$ 8 %	46 893 200 \$
2003-2004	17 456	126 735 200 \$	11 613 300 \$	437 916 \$ 4 %	53 496 300 \$
2004-2005	17 999	125 432 600 \$	5 734 400 \$	524 345 \$ 9 %	60 199 700 \$
2005-2006	18 579	128 312 500 \$	10 904 800 \$	368 246 \$ 3 %	66 289 200 \$
2006-2007	19 393	122 129 500 \$	4 610 400 \$	363 987 \$ 8 %	76 738 600 \$
2007-2008	20 198	129 573 100 \$	5 298 900 \$	360 169 \$ 7 %	87 413 200 \$
2008-2009*	21 120	145 579 200 \$	5 188 700 \$	540 811 \$ 10 %	106 736 700 \$
2009-2010	20 637	140 940 000 \$	6 269 600 \$	373 655 \$ 6 %	112 145 800 \$

\* Les données de 2008-2009 excluent une amende de 100 millions de dollars payée au moment du prononcé de la sentence.

\*\* Les chiffres ont été arrondis à la centaine près.

\*\*\* Les montants récupérés et non réglés comprennent les frais judiciaires et les autres coûts ainsi que les amendes supplémentaires.

Bien que ne se limitant pas aux amendes imposées pour les infractions associées au tabac, un total de 60,6 millions de dollars en amendes fédérales a été récupéré grâce aux interventions du PNRA effectuées au cours de la période d'évaluation. Cela excluait plus de neuf millions de dollars en amendes non réglées perçues dans le cadre du projet pilote de recouvrement des amendes du Québec mis en œuvre de 1998 à 2001, avant l'obtention du financement de la SFLT. Comme on l'indique ci-dessus, le nombre et le pourcentage des amendes associées à la contrebande du tabac inventorié ont constamment diminué au cours de la période, passant de 7,9 % à 3,2 %. En contraste, les montants récupérés pour les infractions liées au tabac ont varié d'année en année, représentant généralement entre 5 % et 10 % des montants récupérés pour tous les types d'amende. Ces variations sont moins représentatives des activités du PNRA que les montants des amendes imposés par les tribunaux.

### Agence du revenu du Canada (ARC)

En assurant la conformité aux lois canadiennes fiscales relatives au tabac, l'ARC a soutenu le cadre de réglementation de la lutte contre le tabagisme. De plus, l'ARC a assuré la perception de la taxe (droits) imposée sur les produits du tabac pour appuyer la politique gouvernementale d'imposition de taxes de niveau élevé sur les produits du tabac, laquelle a contribué à l'objectif de réduction de la consommation de tabac.



Le financement dans le cadre de la SFLT a permis d'effectuer un nombre accru de vérifications et d'examen de réglementation. Ces activités additionnelles ont assuré le signalement et la remise des droits, ainsi que la conformité aux contrôles imposés à la fabrication, à la possession et à la vente de produits du tabac au Canada.

Les vérifications comprenaient l'examen et l'évaluation détaillés des livres et des registres, de leurs documents justificatifs et des contrôles internes sous-jacents, afin d'assurer la conformité aux exigences financières, dont l'évaluation et le paiement des droits en vertu de la *Loi de 2001 sur l'accise*. Les examens de réglementation ont permis de vérifier si les titulaires de licence contrôlent leur tabac et leurs produits du tabac, y compris les exportations, conformément aux exigences de la *Loi de 2001 sur l'accise*. En outre, l'ARC veillait à ce que les exigences en matière d'estampillage et de marquage de la *Loi de 2001 sur l'accise* soient respectées.

Le financement dans le cadre de la SFLT a servi à perfectionner les systèmes de l'ARC visant à tenir compte des changements législatifs relatifs aux activités d'exportation. Cela a permis de veiller à ce que les gens œuvrant dans l'industrie du tabac légal soient correctement identifiés et surveillés, afin de s'assurer qu'ils satisfont aux exigences de déclaration de la loi, ce qui comprend le paiement du droit d'accise, et qu'il n'y a pas eu de paiement en trop des montants de remboursement

Ces vérifications, examens de réglementation et activités de contrôle administratif ont rehaussé la conformité en soutenant le cadre réglementaire de lutte contre le tabagisme et la politique gouvernementale sur l'imposition de taxes sur les produits du tabac.

#### Recettes tirées du droit d'accise de l'ARC provenant des produits du tabac à l'échelle nationale<sup>24</sup>

Période comptable	Droit d'accise perçu sur les produits du tabac
2004-2005	2,97 milliards de dollars
2005-2006	2,69 milliards de dollars <sup>25</sup>
2006-2007	1,60 milliard de dollars
2007-2008	1,43 milliard de dollars
2008-2009	1,29 milliard de dollars
2009-2010	1,37 milliard de dollars

#### Nombre d'examens réglementaires et de vérification effectués

Période comptable	Examens de réglementation	Vérifications
2004-2005	29	18
2005-2006	97	16
2006-2007	177	22
2007-2008	202	23
2008-2009	176	19
2009-2010	149	17

<sup>24</sup> Source : Comptes publics Canada, Agence du revenu du Canada.

<sup>25</sup> À l'automne 2005, un fabricant de premier plan a transféré ses activités hors du Canada.

### 6.5.3 Sommaire de la contrebande du tabac

La SP, l'ASFC et la GRC ont utilisé des fonds de la SFLT pour surveiller et évaluer les activités liées au tabac de contrebande qui ont pu contribuer à l'augmentation considérable du nombre des saisies observée entre 2001 et 2009. En outre, l'évaluation a révélé un renforcement de la capacité grâce à la dotation additionnelle effectuée pour l'analyse des renseignements visant à éclairer les décideurs.

Compte tenu que l'objectif n'était que de surveiller et d'évaluer le marché afin d'éclairer la politique fiscale, le nombre des saisies indiquait que l'activité de surveillance avait été menée.

L'ARC a démontré une activité de conformité grâce au nombre accru des vérifications et des examens de réglementation attribuables à l'augmentation de la dotation. Le SPPC a été en mesure de démontrer une augmentation du nombre des amendes récupérées grâce à des processus de recouvrement améliorés, tels que la TPS/TVH et les compensations d'impôt sur le revenu. On ne sait pas de quelle façon ces activités ont influé sur la disponibilité des produits du tabac légaux ou illégaux.

## 6.6 Efficacité et économie

### 6.6.1 Contexte

Le plan d'évaluation de la SFLT comprenait deux types d'analyse effectuée pour donner des estimations de l'incidence et des avantages économiques de la réduction de la prévalence du tabagisme. La première série d'analyses sous-tendait plusieurs étapes pour estimer l'incidence et les avantages économiques, soit les suivantes :

- Estimer l'incidence du tabagisme sur la mortalité [c.-à-d. mortalité attribuable au tabagisme (MAT)].
- Estimer le nombre d'années de vie perdues possibles (AVPP).
- Combiner les estimations de la MAT et les AVPP pour déterminer la perte de productivité évitée (c.-à-d. gains de productivité économique nets).
- Utiliser la MAT, les AVPP et la perte de productivité évitée pour déterminer l'incidence sur les économies de coûts.
- On a déterminé les dépenses en santé attribuables au tabagisme en appliquant la fraction des dépenses attribuables au tabagisme (FAT) aux coûts totaux des soins de santé.
- On a par la suite converti l'incidence des coûts de la santé en estimation annuelle nette des économies en santé.
- Utiliser l'avantage estimatif du système de soins de santé net, combiné avec la perte de productivité nette évitée (économies de coûts) pour produire un avantage économique total estimatif<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Ces analyses sont reconnues comme constituant une approche normalisée de la mesure du fardeau économique du tabagisme.

Les données tirées de la dernière série d'analyses (c.-à-d. avantage économique total estimatif) ont par la suite servi à la deuxième série d'analyses, qui tentait de démontrer un type d'évaluation des coûts-avantages<sup>27</sup>. Il s'agit d'une corrélation théorique fondée sur des avantages modélisés provenant des données statistiques et des activités particulières de la SFLT, dont l'objectif est d'établir une estimation brute de l'avantage net exprimé sous forme de rendement des investissements (RI)<sup>28</sup>.

## 6.6.2 Analyse 1 — Estimation de l'incidence économique du tabagisme et des avantages des réductions de la prévalence du tabagisme

### Divers effets et avantages économiques estimatifs

La consommation de produits du tabac et l'exposition à la fumée secondaire sont associées à des maladies et à des décès prématurés causés par des maladies chroniques. Le tabagisme constitue le principal facteur causal de divers cancers, de la maladie pulmonaire obstructive chronique et des maladies cardiovasculaires précoces<sup>29</sup>. Au-delà des conséquences sur la santé et des pertes de productivité connexes, le tabagisme impose également des dépenses en santé plus élevées aux particuliers, aux employeurs et au système de soins de santé<sup>30</sup>.

Pour comprendre l'incidence économique du tabagisme, on a utilisé le module du logiciel Smoking-Attributable Morbidity, Mortality and Economic Costs (SAMMEC) mis au point par le Center for Disease Control and Prevention (CDC)<sup>31</sup> aux États-Unis (É.-U.). Ce logiciel a fourni des estimations de la mortalité attribuable au tabagisme (MAT) et des années de vie perdues possibles (AVPP) causées par la réduction de l'espérance de vie moyenne (mortalité prématurée). Les estimations de la MAT et des AVPP ont par la suite été utilisées avec des données économiques additionnelles afin d'estimer les pertes de productivité attribuables aux décès causés par les maladies associées au tabagisme, ainsi que les coûts de santé liés au tabagisme.

Des estimations de l'avantage économique, qui comprennent la perte de productivité évitée, les économies annuelles nettes en soins de santé et l'avantage économique total, ont également été produites pour donner une indication de l'avantage économique potentiel des réductions de la prévalence du tabagisme, qui étaient très probablement influencées par une gamme complète d'initiatives de lutte contre le tabagisme.

---

<sup>27</sup> L'analyse coûts-avantages classique compare les coûts prévus totaux avec les avantages prévus totaux, exprime cette comparaison en valeur monétaire et sert généralement à déterminer une méthode ou une approche privilégiée.

<sup>28</sup> Le RI peut être considéré comme une forme ou un élément de l'analyse coûts-avantages: *Guide to Economic Evaluation in Health Promotion*. OPS, 2007.

<sup>29</sup> CDC. The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services des É.-U., 2004.

<sup>30</sup> Adhikari, B. et coll. « Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses — États-Unis, 2000-2004 », *JAMA*, 2009, vol. 301, no 6, pages 593 et 594.

<sup>31</sup> SAMMEC est un outil semblable à la méthode utilisée dans le rapport de 2002 produit par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Dans ce rapport, le CCLAT estime qu'en tout, 37 209 Canadiens sont décédés des suites de l'usage du tabac (23 766 décès chez les hommes et 13 443 décès chez les femmes), ce qui représente 16,6 % de tous les décès survenus au Canada cette année-là. Les décès attribuables au tabac représentaient 515 607 années de vie perdues possibles. La maladie attribuable au tabac représentait 2 210 155 jours de soins actifs à l'hôpital. Le fardeau économique annuel moyen du tabagisme, ce qui comprend les pertes de productivité et les dépenses de soins de santé, était estimé à environ 17 milliards de dollars.

## Méthode associée aux divers effets et avantages économiques estimatifs

Comme on l'a mentionné dans la section sur la méthodologie, les modules du logiciel SAMMEC ont servi à estimer la MAT, les AVPP, les pertes de productivité attribuables aux maladies causées par le tabagisme, la perte de productivité évitée et les dépenses en soins de santé. La méthode SAMMEC est une approche transversale permettant d'établir ces estimations et est utile pour évaluer de façon approximative le fardeau économique total du tabagisme pour la société à un moment précis.<sup>32</sup>

Dans le cadre de ces analyses, on a déterminé les décès attribuables au tabagisme selon le sexe et l'âge en multipliant le nombre total de décès dans les catégories de maladie associée au tabagisme par les estimations de la fraction attribuable au tabagisme (FAT) des décès évitables. Les fractions attribuables ont fourni des estimations du fardeau pour la santé publique de chaque facteur de risque et de l'importance relative des facteurs de risque dans le cas des maladies multifactorielles.

L'application Web SAMMEC n'a pas permis aux utilisateurs d'entrer les risques relatifs (RR) de mortalité propres à la population canadienne pour les fumeurs actuels et les anciens fumeurs, comparativement à ceux des personnes qui n'ont jamais fumé. Par conséquent, on a utilisé les RR de mortalité par défaut provenant de la Cancer Prevention Study (CPS-II) de l'« American Cancer Society » pour calculer les fractions attribuables au tabagisme (FAT) des mortalités. Les risques relatifs de mortalité utilisés par le Centre de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT)<sup>33</sup> n'étaient pas identiques aux RR de la CPS-II, ce qui a donné lieu à des variations dans les mortalités attribuables au tabagisme selon les diverses causes de décès sous-jacentes. Pour les adultes, les FAT étaient tirées des estimations des risques relatifs (RR) selon le sexe et l'âge présent/s dans la « Cancer Prevention Study (CPS-II) » de l'« American Cancer Society » pour les fumeurs actuels et les anciens fumeurs, pour chaque cause du décès.

On a utilisé les estimations de la prévalence de l'utilisation de la cigarette chez les fumeurs actuels et les anciens fumeurs selon le sexe et l'âge (35 à 64 ans et plus de 65 ans) tirées de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) pour calculer la MAT. On a estimé les AVPP attribuables au tabagisme et les pertes de productivité en multipliant la MAT selon le sexe et l'âge par l'espérance de vie restante au moment du décès et les données sur les gains potentiels à vie. Les décès associés à un incendie résidentiel attribuable au tabagisme, les cas de cancer du poumon, les décès causés par une cardiopathie attribuable à l'exposition à la fumée secondaire et les décès néonataux attribuables au tabagisme ne faisaient pas partie des estimations de la MAT, des AVPP et de la perte de productivité (on a supposé qu'ils étaient constants).

---

<sup>32</sup> Sloan et coll., 2004.

<sup>33</sup> Les variations des RR que laissent supposer l'étude CPS-II et la CCLAT sont mineures dans le cas de la majorité des causes de mortalité. Par exemple, les FAT de la mortalité causée par le cancer du poumon estimés au moyen de l'étude CPS-II (88 % chez les hommes et 76 % chez les femmes) étaient semblables aux estimations des SAF établies par la CCLAT (90 % chez les hommes et 72 % chez les femmes).

Le Système canadien d'information socio-économique (CANSIM) était la source de données sur les mortalités liées au tabagisme et leurs causes sous-jacentes (ICD-10). On a utilisé les données sur la mortalité tirées de CANSIM de 2000 à 2005 pour estimer la mortalité attribuable au tabagisme moyenne selon les différentes causes de maladie et de décès sous-jacentes (voir l'annexe B).

## Données additionnelles requises pour les effets et les avantages économiques estimatifs

La prévalence du tabagisme chez les adultes âgés de 35 ans et plus a servi à déterminer la mortalité attribuable au tabagisme (voir le tableau ci-après). Les données sur la prévalence du tabagisme propres au Canada pour 1999 à 2008 (fumeurs actuels, anciens fumeurs et personnes qui n'ont jamais fumé) ont été tirées de l'ESUTC et les données démographiques, dont celles relatives à l'espérance de vie, ont été obtenues de Statistique Canada.

### Proportions (%) des fumeurs actuels et des anciens fumeurs, selon l'âge et le sexe, au cours des années sélectionnées, pour les adultes ≥ 35 ans

SEXE	GROUPE D'ÂGE (ANNÉES)	1999		2008	
		ACTUELS	ANCIENS	ACTUELS	ANCIENS
HOMME	35-64	27,60	33,30	20,48	36,40
	65 +	12,90	54,00	8,47	60,72
FEMME	35-64	23,10	26,30	17,42	29,98
	65 +	11,00	30,60	7,10	32,38
EN TOUT	15 +	25,2	25,3	17,9	28,7

Nota : Les taux de tabagisme sont organisés par groupe d'âge et par sexe afin de rendre les données compatibles à l'application SAMMEC.

## Mortalité attribuable au tabagisme (MAT) estimative

Les différences dans les MAT estimatives établies entre 1999 et 2008 résultent du changement de la proportion, au sein de la population canadienne, des fumeurs actuels, des anciens fumeurs et des personnes qui n'ont jamais fumé. La prévalence du tabagisme selon le sexe et l'âge a également été prise en compte dans les estimations. L'objectif de cette analyse était d'estimer le changement de la MAT au fil du temps. L'application SAMMEC a servi à établir une MAT annuelle approximative en 1999 et en 2008<sup>34</sup>.

Au moyen de l'application SAMMEC, on a estimé qu'au total, 35 392 Canadiens sont décédés à cause du tabac en 1999. En 2008, le nombre des décès associés au tabac avait chuté de 1 990 cas pour se fixer à 33 402, soit une diminution de 5,6 %. Ainsi, les résultats de cette analyse montrent qu'il y a eu un déclin de la MAT annuelle moyenne entre 1999 et 2008. Ce déclin de la MAT est attribuable aux changements observés dans la proportion des fumeurs actuels et des anciens fumeurs au cours des dernières décennies.

<sup>34</sup> Au moment d'effectuer cette analyse dans le cadre de l'évaluation courante, les données de l'ESUTC de 2008 représentaient les données récentes sur le tabagisme au Canada.

## Années de vie perdues possibles (AVPP) estimatives

L'usage de la cigarette réduit les espérances de vie en faisant augmenter les risques de mortalité. Les AVPP ont été estimées en tenant compte de la MAT, de la distribution des âges au moment des décès et des espérances de vie des Canadiens selon le sexe. Le déclin de la MAT entre 1999 et 2008 a permis de sauver environ 26 431 AVPP par année.

## Perte de productivité évitée estimative

La mesure des pertes de productivité<sup>35</sup> selon les AVPP représente la valeur actuelle des gains futurs tirés d'un travail rémunéré et la valeur de la production domestique future qui aurait été perdue en raison des MAT prématurées. Les données sur la productivité de la main-d'œuvre proviennent d'Industrie Canada et ont servi à estimer la perte de productivité évitée. En appliquant une approche conservatrice de la valeur des années de vie sauvées, l'analyse indique que la perte de productivité de la main-d'œuvre annuelle moyenne évitée par les vies sauvées grâce à la gamme des divers efforts de lutte au tabagisme est estimée à 388 millions de dollars, soit 14 687 dollars par année de vie sauvée<sup>36</sup>.

## Coûts estimatifs des soins de santé attribuables au tabagisme entre 1999 et 2009

Afin d'estimer les dépenses en soins de santé attribuables au tabagisme, on a utilisé les données sur les dépenses en soins de santé de 1999 à 2009 publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les données sur les dépenses en soins de santé ont été rajustées en fonction de quelques facteurs. Le nombre des maladies associées au tabagisme était minime chez les jeunes âgés de moins de 15 ans (16,6 % de la population canadienne). De même, les coûts rattachés aux soins dentaires et de la vue (9 à 10 % des dépenses totales en santé) ont été exclus des estimations des coûts attribuables au tabagisme. À la suite des rajustements tenant compte de ces facteurs confondants et de l'inflation apportés aux dépenses en santé totales, on a estimé les dépenses de soins de santé attribuables au tabagisme. Voici les dépenses de soins de santé comprises dans cette analyse.

- Coûts d'hospitalisation
- Coûts des consultations externes

---

<sup>35</sup> La perte de productivité attribuable à la mortalité prématurée comprend les gains potentiels perdus sous forme de revenu ou de revenu de travail autonome, les avantages sociaux et la valeur des services domestiques. (Haddix et coll., 2002).

L'estimation de la perte de productivité est rajustée selon l'âge au moment du décès.

<sup>36</sup> L'attribution d'une valeur relative à la vie humaine est souvent litigieuse, mais constitue un outil utile pour les analyses économique et stratégique. Les montants d'assurance et des compromis risque-argent (valeur de la vie statistique) servent souvent à attribuer une valeur à la vie humaine. La plupart des régimes d'assurance maladie privés et gouvernementaux attribuent 50 000 dollars à la valeur d'une année de vie humaine. Cependant, selon les preuves empiriques indiquées par Kip Viscusi (2005), la valeur d'une vie statistique varie de quatre millions de dollars à dix millions de dollars, pour une valeur moyenne approximative de sept millions de dollars aux É.-U. Au Canada, on suppose que la valeur de la vie varie entre 3,9 millions de dollars et 4,7 millions de dollars, dans la même étude. Évidemment, la rentabilité estimative de la lutte au tabagisme est grandement influencée par l'approche utilisée pour établir la valeur de la vie humaine.

- Coûts des médicaments d'ordonnance
- Coûts des autres services (p. ex. soins dans une maison de soins infirmiers)

On a assumé que les dépenses de soins de santé attribuables au tabagisme ont une incidence immédiate sur les coûts des soins de santé; les changements dans le statut du tabagisme ont été calculés comme l'excédent des coûts de soins de santé personnels des fumeurs et des anciens fumeurs par rapport aux coûts associés aux personnes qui n'ont jamais fumé. Les analyses ont révélé que les dépenses de soins de santé attribuables au tabagisme ont augmenté, passant de 5,5 millions de dollars en 1999 à 8,9 millions de dollars en 2009.

À la lumière de ces analyses, il est évident que même si on a observé des diminutions de la prévalence du tabagisme au Canada entre 1999 et 2009, les dépenses attribuables au tabagisme ont augmenté au cours de la même période. On laissait supposer dans la littérature que cette augmentation tient du fait que des traitements médicaux nouveaux et améliorés ont été offerts<sup>37</sup> et que le taux de croissance des dépenses de soins de santé totales par habitant a augmenté.<sup>38</sup>

## Économies annuelles nettes en soins de santé estimatives

Afin de déterminer des économies estimatives réalisées dans le système des soins de santé en raison du déclin du taux de prévalence, on a calculé les coûts des soins de santé par fumeur et on les a multipliés par le nombre des anciens fumeurs entre 1999 et 2009. Les coûts des soins de santé par fumeur s'établissaient à 1 219 dollars<sup>39</sup> et on comptait, en 2009 au Canada, 1,2 million d'anciens fumeurs de plus qu'en 1999, selon les données tirées de l'ESUTC. Cela laisse supposer qu'à titre d'estimation brute, la réduction des taux de tabagisme depuis 1999 a permis de réaliser des économies annuelles de 1,46 milliard de dollars dans le système des soins de santé.

## Avantage économique annuel total estimatif

On a établi l'avantage économique total estimatif en additionnant les économies annuelles nettes en soins de santé de 1,46 milliard de dollars et l'estimation de la perte de productivité annuelle nette évitée, soit 388 millions de dollars. Ce calcul donne un avantage économique annuel total estimatif de 1,8 milliard de dollars. Cet avantage prend sa source dans le déclin des taux de prévalence du tabagisme, qui résulte fort probablement d'une gamme de divers efforts de lutte au tabagisme.

---

<sup>37</sup> Thorpe, 2005.

<sup>38</sup> La croissance des dépenses de soins de santé réelles par habitant est la combinaison des coûts accrus associés aux cas traités et du nombre total des affections traitées.

<sup>39</sup> Les coûts en santé par fumeur sont calculés en divisant les dépenses de soins de santé annuelles attribuables au tabagisme au Canada par la moyenne du nombre actuel de fumeurs annuels.

### 6.6.3 Analyse 2 — Estimation d'un avantage économique annuel possible pour la SFLT

#### Méthode d'estimation d'un rendement des investissements (RI) annuel possible

Une approche théorique de l'évaluation peut aider à démontrer de quelle façon un résultat prévu (effet ou avantage) est soutenu par l'observation du changement réel (résultats) et d'une comparaison avec une théorie du changement validée ou corroborée<sup>40</sup>. La nécessité d'appliquer une approche théorique est souvent manifeste en l'absence d'une technique d'évaluation précise et quantifiable, en l'absence de données de base ou conjoncturelles ou en l'absence de mesures du rendement précises pouvant être validées comme étant directement attribuables aux résultats d'une évaluation. La théorie du changement devant être produite dans le cadre d'une approche théorique offre un cadre dans lequel les données et les renseignements recueillis peuvent être présentés afin de démontrer le progrès ou l'atteinte des résultats prévus.

Pour les besoins de cette évaluation, on a utilisé une approche théorique avec l'analyse du RI pour examiner l'avantage économique possible des activités précises menées dans le cadre de la SFLT, qui ont contribué à la réduction de la prévalence du tabagisme. Ainsi, l'analyse du RI a été corrélée à la théorie du changement suivante : les investissements effectués pour réduire la prévalence du tabagisme se traduisent par un avantage économique net, sur le plan des économies réalisées dans le système des soins de santé et de la perte de productivité nette évitée (économies de productivité économique nette)<sup>41</sup>.

#### Rendement des investissements (RI) annuel possible estimé en 2008

L'analyse du RI a été remise en question, car elle nécessitait l'application d'une estimation numérique précise de la contribution des activités de la SFLT à la réduction de la prévalence du tabagisme. Malheureusement, il a été impossible de quantifier la contribution exacte de la SFLT au déclin de la prévalence du tabagisme. Toutefois, les nombreux résultats de la modélisation économétrique ont indiqué que la contribution de certaines des activités de la SFLT était positive (c.-à-d. sont supérieurs à zéro). Plus précisément, la modélisation économétrique a révélé que certaines activités de réglementation menées dans le cadre de la SFLT ont contribué à la chute du taux de prévalence, car la majorité des analyses ont démontré de minimes contributions. Bien que les estimations de la contribution soient très brutes, chaque cycle du modèle laissait supposer que la contribution de la SFLT s'établissait à environ 10 %.

---

<sup>40</sup> Anderson, A.A. « Theory of Change as a Tool for Strategic Planning: A report on Early Experiences, Roundtable on Community Change: The Aspen Institute », 2004.  
Chen, H.-T. « Theory-Driven Approach to Evaluation of Planning Health Promotion of Other programs ». *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 2003, vol. 18, n° 2, pages 91 à 113.  
Mayne, J. « Addressing Attribution Through Contribution Analysis: Using Performance Measures Sensibly ». *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 2001, vol. 16, n° 1, pages 1 à 24.

<sup>41</sup> Organisation mondiale de la Santé (2011). Rapport OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2011 – Mise en garde sur les dangers du tabac.



En reconnaissant que les activités de réglementation particulières de la SFLT ont donné lieu à une contribution minime du déclin du taux de prévalence, un rendement des investissements potentiel a été produit en spéculant sur la contribution numérique estimative de la SFLT, qu'on présume de 10 %. La production de l'estimation du rendement économique nécessitait également que l'on connaisse les éléments suivants : 1) les affectations des fonds de la SFLT (c.-à-d. 73 millions de dollars en 2008); la perte de productivité évitée (c.-à-d. 388 millions de dollars en 2008); et 3) l'avantage économique annuel total estimatif (c.-à-d. 1,8 milliard de dollars).

### Rendement des investissements annuel possible pour la SFLT (2008)

Avantages économiques totaux prévus	Contribution en pourcentage de la SFLT aux avantages cumulés	Avantages cumulés réels fondés sur l'estimation en pourcentage (colonne 2)	Investissement affecté à la SFLT	Rendement des investissements (RI)
1,8 milliard \$	5 %	90 millions \$	73 millions \$	17 millions \$
1,8 milliard \$	10 %	180 millions \$	73 millions \$	107 millions \$
1,8 milliard \$	15 %	270 millions \$	73 millions \$	197 millions \$
1,8 milliard \$	20 %	360 millions \$	73 millions \$	287 millions \$

#### 6.6.4 Sommaire de l'efficacité et de l'économie

L'avantage économique annuel total estimatif prévu de toutes les mesures de lutte contre le tabagisme en place au Canada était de 1,8 milliard de dollars. Si la SFLT a fait une contribution d'environ 5 % à la réduction de la prévalence du tabagisme, on estime alors à 17 millions de dollars le rendement des investissements annuels. Si on présume que la contribution de la SFLT a été supérieure à 5 %, le RI estimatif serait également supérieur, comme l'indique le tableau ci-dessus.

## 7.0 Conclusions et recommandations

Bien qu'on ait observé, au cours de la durée de mise en œuvre de la SFLT (2001-2011), d'importants déclin de la prévalence du tabagisme, cette prévalence est demeurée relativement stable entre 2007 et 2010. L'objectif général lié à la prévalence pour la phase 2 était un objectif échelonné fixé à 12 %, à la lumière de l'atteinte précoce des objectifs initiaux de la phase 1 de la SFLT. Cependant, cet objectif de réduction de la prévalence à 12 % n'a pas été atteint. Toutefois, on a atteint l'objectif de réduction du tabagisme chez les jeunes à 9 %.

De façon générale, la SFLT a contribué au déclin de la prévalence du tabagisme au moyen des exigences sur l'emballage et des restrictions d'accès des jeunes aux produits, et grâce à son soutien de l'application des interdictions provinciales liées à la fumée secondaire. Toutefois, des sources de données ont laissé supposer que des mesures externes non financées par la SFLT, comme le degré de sensibilisation atteint et l'imposition de taxes sur les produits du tabac, ont

été les principaux facteurs de changement de la prévalence, suivis des interdictions visant l'étalage dans les établissements de vente au détail prévues par les lois provinciales et l'établissement de l'âge légal pour fumer.

La majorité des changements environnementaux de grande portée (c.-à-d. taxes et interdictions liées à la fumée secondaire) sont survenus entre 2001 et 2007 et depuis, on observe peu de changements dans l'environnement canadien de lutte contre le tabagisme. Les changements apportés par les provinces pour la lutte au tabagisme au cours de cette période comprenaient les restrictions liées à la publicité au point de vente grâce aux interdictions provinciales d'étalage dans les établissements de vente au détail, aux interdictions provinciales visant la fumée secondaire et la législation provinciale sur les véhicules sans fumée. Dans le contexte de l'intensification de l'action des provinces et des territoires, de nombreux problèmes de lutte au tabagisme sont maintenant résolus à l'échelle provinciale/territoriale et les programmes de prévention ou de renoncement sont de plus en plus mis en œuvre à cette échelle.

Les seuls changements majeurs survenus au niveau fédéral sont l'adoption de la *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes* qui en 2009 a modifié la *Loi sur le tabac* et les nouvelles étiquettes axées sur la santé prévues par le nouveau Règlement sur l'étiquetage des produits du tabac (cigarettes et petits cigares) pris en 2011. Il a été impossible, dans le cadre de la présente évaluation, d'évaluer les répercussions de la Loi sur la prévalence puisque certaines de ses dispositions sont entrées en vigueur seulement vers la fin de 2009 tandis que d'autres, vers le milieu de 2010.

L'évaluation a démontré que la conformité aux restrictions et règlements découlant de la Loi sur le tabac était stable et élevée, tandis que la participation de fumeurs aux programmes de renoncement au tabac offerts dans le cadre de projets financés par des S et C faisant partie de l'évaluation de l'incidence des projets de S et C était restreinte. De plus, les données issues de cette évaluation n'ont pas permis de déterminer les répercussions globales que les projets de renoncement au tabac financés par les projets de S et C ont eues sur la prévalence. Ce n'est pas surprenant puisque de nombreux projets de renoncement ciblaient les populations vulnérables et ne visaient qu'à contribuer à la diminution des taux de prévalence du tabagisme. Les données probantes provenant de cette évaluation et la stabilisation des taux de prévalence indiquent que la réussite en matière de renoncement au tabac au sein de la population actuelle de fumeurs sera limitée à moins que la participation et la portée des projets de S et C soient améliorées.

D'autres projets de S et C principalement axés sur l'application des connaissances ont dans une certaine mesure influencés et fournis des renseignements qui ont servis à l'élaboration des politiques/lois. En outre, les projets financés rattachés à l'échange de politiques et de connaissances ont permis d'appuyer et d'éclairer la politique à l'échelle fédérale, provinciale et organisationnelle.

Le leadership exercé par le gouvernement fédéral était manifeste tout au long de la présente évaluation, notamment le rôle de SC dans la mise en œuvre de la CCLAT de l'OMS, dans l'application des interdictions liées à la fumée secondaire, dans la recherche et dans la surveillance rattachées au tabagisme au Canada, dans la recherche effectuée pour faciliter les interdictions provinciales de l'étalage dans les établissements de vente au détail, ainsi que dans

l'application de la *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes* qui a modifié la *Loi sur le tabac*. L'exercice continu d'un leadership en matière de lutte contre le tabagisme exige un investissement continu dans la recherche et la surveillance afin de cerner les nouvelles questions liées au tabagisme et d'être en mesure d'y donner suite dans le cadre des relations avec les intervenants ou d'activités stratégiques.

L'objectif relatif au tabac de contrebande consistait simplement à surveiller et à évaluer le marché ainsi qu'à accroître la conformité afin d'orienter les politiques. Par conséquent, la hausse du nombre de saisies révèle que des activités de surveillance ont bien eu lieu tandis que le nombre accru de vérifications et d'examins de réglementation, de même que d'amendes recouvrées, indique que les partenaires fédéraux ont amélioré leurs activités de conformité.

Compte tenu des constatations et des conclusions de l'évaluation et du milieu actuel de la lutte contre le tabagisme, il pourrait être nécessaire de simplifier la structure actuelle de la SFLT. Néanmoins, il semble demeurer nécessaire que le gouvernement fédéral déploie des efforts soutenus en matière de lutte contre le tabagisme non seulement pour appliquer la *Loi sur le tabac* et ses règlements mais aussi pour exercer un rôle de leadership en tant que responsable de la coordination aux niveaux national et international. Afin d'exécuter une stratégie nationale globale et intégrée de lutte contre le tabagisme, désignée comme une pratique exemplaire, il faut adopter l'approche stratégique consistant à combiner les règlements fédéraux, l'élaboration de politiques, la recherche et la surveillance et à appuyer les efforts provinciaux et internationaux de lutte contre le tabagisme.

L'approche d'évaluation de la SFLT a fait appel à la modélisation par simulation de pointe à titre de source de données probantes afin de fournir des données quantitatives sur le rendement qui devaient être corroborées au moyen d'un système de mesure du rendement qui offrirait à la fois des données qualitatives et autres données quantitatives. Toutefois, tel que mentionné dans la section sur la méthodologie du présent rapport, le système de mesure du rendement n'a pas été mis en œuvre pour diverses raisons. Au cours de la rédaction du rapport d'évaluation, il est devenu évident que les données comportaient des lacunes. Un examen ponctuel de documents internes a donc été effectué afin de tenter de saisir des données qualitatives rétrospectives pour combler ces lacunes. Bien qu'une quantité considérable d'information ait été recueillie dans le cadre du processus de l'examen de documents internes, il est demeuré impossible de procéder à une triangulation avec de multiples sources de données probantes dans certains domaines. Il est en outre devenu évident qu'il existe une abondance de données sur le rendement relativement à la SFLT; toutefois, ces données ne sont pas bien classées/suivies en fonction des extraits de programme et des indicateurs de rendement. En dernier lieu, d'autres sources de données probantes (comme la modélisation économétrique et la recension des écrits) traitent de la lutte contre le tabagisme au Canada de façon plus générale (ce qui comprendrait les activités lancées par les provinces et les territoires, les ONG et les municipalités) plutôt que de faire état plus particulièrement des activités liées à la SFLT qui relèvent du gouvernement fédéral.

Par conséquent, voici les recommandations découlant de l'évaluation sous la direction de Santé Canada:

- Simplifier les activités antitabac de manière à mettre l'accent sur l'application de *la Loi sur le tabac* (modifiée en tant que *Loi restreignant la commercialisation du tabac auprès des jeunes*) et ses règlements, et sur le maintien d'un rôle de leadership par l'intermédiaire d'activités de recherche et de surveillance afin d'éclairer les politiques et la réglementation et de déterminer l'orientation des efforts concertés visant à exécuter une stratégie nationale globale et intégrée de lutte contre le tabagisme.
- Cerner les pratiques exemplaires ou prometteuses parmi les projets financés par des S et C et veiller à ce que cette information soit communiquée aux partenaires pertinents.
- Élaborer une approche systématique de mesure du rendement en mettant l'accent sur l'établissement d'un lien entre les données sur le rendement et le modèle logique ainsi que les indicateurs de rendement afin d'orienter les processus d'évaluation et de production de rapport.

## Annexe A — Profil des projets de subventions et contributions

Variable du profil	Nombre de projets (n=104)	Pourcentage (n=104)	Valeur monétaire totale (n=104)	% de la valeur monétaire (n=104)
<b>Durée de l'entente</b>				
Une seule année	8	8 %	1 511 570 \$	3 %
Pluriannuelle	96	92 %	45 011 665 \$	97 %
13-18 mois	13	12 %	5 603 209 \$	12 %
19-24 mois	32	31 %	9 309 430 \$	20 %
25-30 mois	21	20 %	11 906 002 \$	26 %
31-36 mois	12	11 %	4 628 258 \$	10 %
37-42 mois	7	7 %	3 364 086 \$	7 %
43-48 mois	11	11 %	10 200 679 \$	22 %
<b>Région</b>				
RCN	32	31 %	25 296 332 \$	54 %
Région du Nord	3	3 %	916 212 \$	2 %
C.-B.	12	11 %	3 140 983 \$	7 %
Alberta	5	5 %	2 184 663 \$	5 %
Saskatchewan-Manitoba	13	12 %	3 358 356 \$	7 %
Ontario	13	12 %	4 100 991 \$	9 %
Québec	11	11 %	3 287 723 \$	7 %
Atlantique	15	14 %	4 237 974 \$	9 %
<b>Valeur</b>				
< 50 000 \$	3	3 %	131 587 \$	0 %
50 000 \$ à 99 000 \$	6	6 %	424 348 \$	1 %
100 000 \$ à 249 000 \$	37	35 %	6 640 245 \$	14 %
250 000 \$ à 500 000 \$	34	33 %	13 178 263 \$	28 %
+ de 500 000 \$	24	23 %	26 148 791 \$	56 %
Moyenne	447 339 \$			
<b>Élément</b>				
Renoncement	70	67 %	30 977 066 \$	67 %
Prévention	5	5 %	1 278 545 \$	3 %
Protection	3	3 %	1 159 580 \$	3 %
CCLAT	5	5 %	3 236 290 \$	7 %
Prochaine génération	9	9 %	6 033 289 \$	13 %
Complet (multiple volets)	12	11 %	3 838 464 \$	8 %
<b>Type (primaire)</b>				

Variable du profil	Nombre de projets (n=104)	Pourcentage (n=104)	Valeur monétaire totale (n=104)	% de la valeur monétaire (n=104)
Acquisition des connaissances (recherche/conception d'un service ou d'une ressource)	26	25 %	7 282 318 \$	16 %
Application des connaissances (interventions poursuivant l'objectif de changer le comportement vis-à-vis du tabagisme)	52	50 %	20 835 461 \$	45 %
Transfert des connaissances (encourager l'adoption de projets/pratiques exemplaires/stratégies couronnés de succès de d'autres gouvernements ou ONG)	26	25 %	18 405 455 \$	39 %
<b>Type (y compris primaire et secondaire, réponse multiple)</b>				
Acquisition des connaissances (recherche/conception d'un service ou d'une ressource)	54	52 %	21 899 445 \$	47 %
Application des connaissances (interventions poursuivant l'objectif de changer le comportement vis-à-vis du tabagisme)	68	66 %	25 782 520 \$	55 %
(encourager l'adoption de projets/pratiques exemplaires/stratégies couronnés de succès de d'autres gouvernements ou ONG)	52	51 %	25 937 627 \$	56 %
<b>Groupe cible (réponse multiple)</b>				
Fumeurs	74	72 %	26 519 287 \$	57 %
Non fumeurs	19	18 %	5 473 282 \$	12 %
Praticiens de la santé	37	36 %	23 944 494 \$	52 %
Communauté de la lutte contre le tabagisme (élaborateurs de politiques, décideurs, chercheurs)	23	22 %	15 483 651 \$	33 %
Autre (enfants, jeunes femmes)	12	12 %	6 192 466 \$	13 %
<b>Groupe de clients (réponse multiple)</b>				
Jeunes/Étudiants	31	38 %	8 670 201 \$	29 %
Autochtones – vivant dans une réserve	27	33 %	8 127 075 \$	28 %
Autochtones – vivant hors réserve	24	30 %	7 538 579 \$	26 %
Femmes enceintes/Parents/Familles	12	15 %	4 328 584 \$	15 %
Employés (dans un secteur)	13	16 %	4 724 410 \$	16 %
Consommateurs de soins de santé (p. ex. patients recevant des soins actifs, consultations externes)	7	9 %	7 520 937 \$	26 %
Santé mentale, toxicomanies	8	10 %	2 141 637 \$	7 %
Aucun/Tous les fumeurs	18	22 %	6 243 295 \$	21 %
Autre (p. ex. détenus)	6	7 %	2 085 734 \$	7 %
<b>Principale activité/Extrants (primaire)</b>				
Consultations/Recherche/Politique/Stratégie/Élaboration de pratiques exemplaires/Conférences/ Ateliers	13	13 %	9 883 868 \$	21 %
Élaboration de programmes/Perfectionnement professionnel/Lignes directrices sur la pratique clinique/Possibilités d'apprentissage	11	11 %	5 368 202 \$	12 %
Élaboration/Diffusion de produits/ressources (p. ex. trousse d'outils, documents sur le renoncement)	20	19 %	6 194 681 \$	13 %

Variable du profil	Nombre de projets (n=104)	Pourcentage (n=104)	Valeur monétaire totale (n=104)	% de la valeur monétaire (n=104)
Exécution de l'intervention/du programme de renoncement du tabagisme (p. ex. counselling, lignes d'aide au renoncement)	46	44 %	18 659 518 \$	41 %
Rehaussement de la sensibilisation/promotion	9	9 %	2 553 198 \$	6 %
Autres (utilisation des lignes d'aide au renoncement)	4	4 %	3 374 173 \$	7 %
<b>Principale activité/Extrants (réponse multiple)</b>			\$	
Consultations/Recherche/Stratégie/Élaboration de pratiques exemplaires/Conférences/ Ateliers	37	36 %	20 467 504 \$	44 %
Élaboration de programmes/Lignes directrices sur la pratique clinique/Possibilités d'apprentissage/Perfectionnement professionnel	22	22 %	16 340 719 \$	35 %
Élaboration/Diffusion de ressources (p. ex. trousse d'outils, documents sur le renoncement)	51	50 %	16 556 015 \$	36 %
Exécution de l'intervention/du programme de renoncement du tabagisme (p. ex. counselling, lignes d'aide au renoncement)	62	61 %	22 540 961 \$	49 %
Rehaussement de la sensibilisation/promotion	59	58 %	23 493 811 \$	51 %
Autres (p. ex. constitution d'un réseau)	13	13 %	9 575 057 \$	21 %

Source : Formulaire de suivi des propositions de Santé Canada (31 juillet 2011)

## Annexe B — Mortalité attribuable au tabagisme moyenne estimative selon les différentes causes sous-jacentes

**Maladie causée par le tabagisme et nombre moyen de décès chez les hommes  
(chiffres bruts, mais pas seulement attribuables au tabagisme)**

CATÉGORIE DE MALADIE	DÉCÈS SELON LE GROUPE D'ÂGE											Tous (≥35)
	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+	
LÈVRE, CAVITÉ ORALE, PHARYNX	7	16	36	66	83	102	100	106	83	61	24	684
ŒSOPHAGE	8	19	40	71	112	140	145	182	171	115	39	1 042
ESTOMAC	11	20	38	61	83	107	148	192	187	168	72	1 087
PANCRÉAS	7	26	47	98	152	192	234	272	271	197	78	1 574
LARYNX	0	3	12	22	36	53	417	502	442	268	238	1 993
TRACHÉE, POUMON, BRONCHE	22	88	232	460	813	1 187	1 513	1 916	1 856	1 270	392	9 749
COL DE L'UTÉRUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REIN ET BASSINET DU REIN	5	15	39	57	87	97	110	137	132	101	45	825
VESSIE	1	5	16	25	48	76	103	178	209	210	115	986
LEUCÉMIE MYÉLOÏDE AIGUË	16	30	32	41	68	97	137	201	220	190	84	1 116
CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE	2	3	5	6	7	11	14	20	25	25	12	130
AUTRE MALADIE DU CŒUR	97	271	549	886	1 246	1 561	2 018	2 869	3 608	3 801	2 487	19 393
MALADIE CÉRÉBROVASCULAIRE	51	78	107	162	220	253	345	533	743	912	784	4 188
ATHÉROSCLÉROSE	22	51	76	124	176	250	401	718	1 094	1 337	942	5 191
ANÉVRISME DE L'AORTE	0	2	5	13	18	28	44	57	91	110	102	470
AUTRE MALADIE ARTÉRIELLE	7	12	24	35	62	101	167	257	329	324	179	1 497
PNEUMONIE, INFLUENZA	9	25	27	42	53	63	95	171	300	461	507	1 753
BRONCHITE, EMPHYSÈME	1	1	2	4	9	14	25	42	55	48	26	227
OBSTRUCTION CHRONIQUE DES VOIES AÉRIENNES	2	6	14	36	83	169	331	657	994	1 138	706	4 136
<b>TOTAL (HOMMES)</b>	<b>268</b>	<b>671</b>	<b>1 301</b>	<b>2 209</b>	<b>3 356</b>	<b>4 501</b>	<b>6 347</b>	<b>9 010</b>	<b>10 810</b>	<b>10 736</b>	<b>6 832</b>	<b>56 041</b>



**Maladie causée par le tabagisme et nombre de décès chez les femmes  
(chiffres bruts, mais pas seulement attribuables au tabagisme)**

CATÉGORIE DE MALADIE	DÉCÈS SELON LE GROUPE D'ÂGE											Tous (>=35)
	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	
LÈVRE, CAVITÉ ORALE, PHARYNX	5	5	12	17	24	27	42	42	51	49	29	303
ŒSOPHAGE	1	4	6	11	21	27	40	50	63	66	39	328
ESTOMAC	7	17	28	32	37	49	62	92	125	126	85	660
PANCRÉAS	7	17	35	61	103	126	181	236	320	297	167	1 550
LARYNX	0	1	3	3	6	10	14	13	16	11	4	81
TRACHÉE, POUMON, BRONCHE	30	118	274	421	615	808	983	1 184	1 216	879	328	6 856
COL DE L'UTÉRUS	22	34	43	43	37	29	27	30	30	34	15	344
REIN ET BASSINET DU REIN	4	6	12	27	40	42	50	77	86	84	48	476
VESSIE	1	3	8	10	15	23	32	51	79	95	76	393
LEUCÉMIE MYÉLOÏDE AIGÛÉ	12	18	27	31	37	61	81	113	140	157	105	782
CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE	1	4	6	8	11	17	27	41	53	56	39	263
AUTRE MALADIE DU CŒUR	22	62	110	188	317	476	785	1 407	2 414	3 538	4 407	13 726
MALADIE CÉRÉBROVASCULAIRE	23	41	60	74	104	146	218	406	707	1 136	1 702	4 617
ATHÉROSCLÉROSE	25	49	74	103	131	181	290	566	1 085	1 800	2 238	6 542
ANÉVRISME DE L'AORTE	0	1	2	2	6	9	19	37	67	121	236	500
AUTRE MALADIE ARTÉRIELLE	3	6	10	14	22	38	71	124	205	271	253	1 017
PNEUMONIE, INFLUENZA	10	13	18	22	32	46	66	129	261	480	907	1 984
BRONCHITE, EMPHYSÈME	0	1	1	3	6	10	17	28	35	35	29	165
OBSTRUCTION CHRONIQUE DES VOIES AÉRIENNES	1	6	12	28	78	153	275	502	740	890	692	3 377
<b>TOTAL (FEMMES)</b>	<b>174</b>	<b>406</b>	<b>741</b>	<b>1 098</b>	<b>1 642</b>	<b>2 278</b>	<b>3 280</b>	<b>5 128</b>	<b>7 693</b>	<b>10 125</b>	<b>11 399</b>	<b>43 964</b>