

Terminer la bataille

**Mettre fin au
tabagisme au
Canada**



L'Association canadienne de santé publique (ACSP) est une association bénévole nationale, indépendante et sans but lucratif, représentant la santé publique au Canada, qui entretient des liens étroits avec la communauté de santé publique internationale. Les membres de l'ACSP croient fermement à l'accès universel et équitable aux conditions de base qui sont nécessaires pour parvenir à la santé pour tous les Canadiens.

En tant que ressource nationale spécialisée au Canada, l'ACSP a pour mission de promouvoir l'amélioration et la préservation de la santé personnelle et communautaire, conformément aux principes de santé publique en matière de prévention de la maladie, de promotion et de protection de la santé, et de politique publique favorisant la santé.

Tous droits réservés © 2011

Association canadienne de santé publique

La reproduction est autorisée à des fins non commerciales seulement.

Pour nous joindre :

Association canadienne de santé publique

1565, avenue Carling, bureau 300

Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

Tél. : 613-725-3769 Téléc. : 613-725-9826

Courriel : info@cpha.ca www.cpha.ca



L'énoncé de position de l'Association canadienne de santé publique

Terminer la bataille : Mettre fin au tabagisme au Canada

Décembre 2011

Table of Contents

Reconnaissance.....	iv
Sommaire exécutif.....	v
Executive Summary.....	viii
I. Introduction.....	1
II. Une approche de santé publique pour la lutte antitabac.....	2
III. Convenir d'une cible	2
IV. Domaines d'action prioritaires	3
A. Leadership fédéral.....	3
Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT).....	3
Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT).....	3
B. Réduire la demande pour le tabac.....	4
Mesures quant aux prix et aux taxes visant à réduire la demande de tabac.....	4
Mesures non financières visant à réduire la demande de tabac	5
C. Protéger les Canadiens contre l'exposition à la fumée de tabac.....	6
D. Motiver et aider les gens à cesser de fumer et leur fournir un cadre favorable	6
E. Adopter une approche tenant compte des déterminants de la santé, avec une préoccupation particulière pour les populations vulnérables	7
Peuples autochtones.....	8
F. Soutenir la recherche et l'échange de connaissances.....	9
Mettre en place les capacités nécessaires, au niveau local ou régional.....	10
Améliorer les efforts de sensibilisation auprès des professionnels de la santé	10
G. Réduire l'offre de produits du tabac au Canada.....	11
Imposer un moratoire sur le lancement de nouveaux produits	11
Réduire la disponibilité des produits du tabac chez les détaillants	11
Décourager la vente et l'achat de produits du tabac illégaux	12
Instaurer des mesures novatrices visant à rendre l'industrie encore plus imputable.....	12
H. Soutenir les efforts de contrôle du tabac à l'échelle mondiale	13
Références.....	14

RECONNAISSANCE

L'Association canadienne de santé publique remercie les membres du Groupe de travail sur la position reliée au contrôle du tabac (Neil Collishaw, Roberta Ferrence, Charmaine Enns, Kathleen Brennan, Trish Hill and Zahra Hussein) ainsi que de nombreux membres de l'ACSP et du milieu canadien du contrôle du tabac et de la santé publique pour leur contribution à la création de ce document.

L'ACSP remercie la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (CQCT) et Johnson & Johnson pour la traduction française de ce document.

Sommaire exécutif

Depuis plus de 50 ans, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) prend systématiquement et vigoureusement position contre le tabagisme au Canada et à l'étranger. L'ACSP a exhorté à maintes reprises les acteurs internationaux et nationaux, y compris les administrations fédérale, provinciales/territoriales et municipales au Canada, à instaurer des politiques publiques et des mesures efficaces, fondées sur les preuves, pour s'attaquer de front à l'épidémie mortelle de tabagisme – et à donner suite à ces initiatives. Notre objectif : un Canada sans tabac qui ne soit plus caractérisé par les maladies, les invalidités et les décès liés au tabagisme.

Malgré les efforts de nombreux acteurs et praticiens, et malgré les progrès considérables réalisés jusqu'à maintenant (les Canadiens étant moins nombreux à utiliser les produits du tabac), la bataille n'est pas gagnée. Si les produits du tabac étaient mis en marché pour la première fois aujourd'hui, l'opinion publique ne tolérerait pas leur présence, et les gouvernements interdiraient sans doute leur commercialisation et leur vente en raison des preuves manifestes de la toxicité du tabac et de ses effets profondément défavorables sur la santé. Malheureusement, ce n'est pas le cas. Le public exige et attend des mesures contre le tabagisme. Pourtant, on continue de permettre aujourd'hui la commercialisation, la vente et la consommation de produits qui n'ont aucune valeur sociale ou économique compensatoire et qui imposent un lourd tribut à la population canadienne en termes de santé, de productivité et de bien-être.

Il est vrai que jusqu'à maintenant, grâce à un vaste ensemble de stratégies et de mesures menées sur plusieurs fronts et à plusieurs niveaux (fédéral, provincial et territorial, local/régional), on a beaucoup réduit les taux de tabagisme au Canada. Mais nos progrès semblent s'être arrêtés; or, il reste des millions de fumeurs et une nouvelle génération de consommateurs de produits du tabac qui entre en scène. Notre seul espoir est que les générations futures rejeteront massivement le tabagisme, mais elles auront besoin d'information, et de programmes et de politiques publiques efficaces, pour appuyer un tel choix.

Il faut une action concertée des autorités locales/régionales, provinciales/territoriales et fédérales afin de poursuivre l'éradication de l'épidémie de tabagisme. L'ACSP croit que le Canada est à la croisée des chemins dans ses efforts pour contrer le tabagisme au pays. On réexamine la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) à quelques mois à peine de son lancement. Nous sommes encouragés de voir que les provinces, les territoires et les administrations municipales continuent de créer et de soutenir des politiques, des règlements et des programmes antitabac axés sur la prévention et l'arrêt du tabagisme et sur la protection du public contre les risques du tabac pour la santé. Les bureaux de santé publique et les professionnels de la santé de tout le pays s'impliquent activement dans la prestation d'une vaste gamme de services de lutte contre le tabagisme.

Étant donné les preuves manifestes des méfaits du tabac et les victoires et les avancées dans la lutte contre le tabagisme au cours des dix dernières années, l'ACSP propose qu'on en arrive à un Canada sans tabac d'ici 2035. Nous invitons tous les ordres de gouvernement, le secteur non gouvernemental, les citoyens et la communauté de la santé publique à travailler ensemble pour atteindre cet objectif. En conséquence, l'ACSP recommande que l'on prenne les mesures suivantes :

L'ACSP invite le gouvernement fédéral à :

- appliquer le plus strictement possible les dispositions de la *Convention-cadre pour la lutte antitabac* (CCLAT) et les lignes directrices connexes, notamment en respectant ses obligations dans la lutte internationale contre le tabagisme;
- appliquer et financer entièrement, sur une base annuelle et systématique, une Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) pluriannuelle (sur 10 ans) dotée de ressources adéquates, incluant un objectif final et des étapes critiques, qui entre en vigueur d'ici le 1^{er} avril 2012 et qui comprend :
 - des campagnes nationales de marketing social/dans les médias sociaux pour continuer à dénormaliser le tabagisme, surtout chez les jeunes,
 - l'interdiction de toutes les formes restantes de publicité et de promotion du tabac, que ce soit au cinéma, sur Internet ou ailleurs,

- une loi qui étend à 90 % de la surface des paquets de cigarettes les illustrations explicites de mise en garde,
- une loi imposant la banalisation de l’emballage des produits du tabac,
- l’ajout du menthol à la liste des arômes interdits dans les produits du tabac,
- l’élargissement de l’interdiction actuelle de l’aromatization de certains produits du tabac à tous les produits de tabac sans fumée,
- l’imposition d’un moratoire sur tous les nouveaux produits du tabac et tous les nouveaux emballages pour les produits du tabac existants;
- revitaliser la Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits (SLTPNI) et amorcer un dialogue de nation à nation avec les Premières nations et les autres communautés autochtones en vue d’élaborer des stratégies antitabac pilotées par les communautés, qui réduiront les disparités sociales contribuant aux mauvais résultats de santé;
- travailler en partenariat avec les acteurs canadiens et leurs partenaires étrangers, et appuyer leurs efforts a) pour élaborer et appliquer des stratégies antitabac efficaces et contrer la riposte de l’industrie du tabac dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et b) pour mettre en place un financement soutenu et prévisible, ainsi que des mécanismes de financement pluriannuels, à l’appui des initiatives internationales de lutte antitabac.

L’ACSP invite les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à :

- faire de la lutte antitabac (avec des cibles et des indicateurs assortis de délais précis) un élément des futurs accords pluriannuels sur la santé et les soins de santé, comme le prochain Transfert fédéral-provincial-territorial en matière de santé qui doit commencer en 2014;
- envisager de nouveaux mécanismes financiers axés sur l’établissement des prix et la fiscalité pour contrer la vente de cigarettes à prix réduit;
- instaurer immédiatement une ligne téléphonique nationale d’aide au renoncement au tabac et des mesures de soutien pour maximiser l’accessibilité des services et des ressources d’arrêt du tabagisme dans la population canadienne;
- appuyer les initiatives de lutte antitabac proposées et menées à l’échelon communautaire selon des approches populationnelles;
- joindre les populations défavorisées particulièrement vulnérables et répondre à leurs besoins en ce qui a trait à l’arrêt du tabac et à la prévention de l’utilisation des produits du tabac;
- répartir les recettes budgétaires provenant des taxes sur les produits du tabac ou d’autres sources dans l’industrie du tabac (p. ex., les sanctions résultant de procédures judiciaires ou réglementaires) pour soutenir la recherche et les activités de développement/d’échange de connaissances qui produisent des faits probants servant à informer des stratégies et des mesures efficaces de lutte contre le tabagisme.

L’ACSP invite les gouvernements provinciaux et territoriaux à :

- élargir les catégories de points de vente où il est interdit de vendre des produits du tabac;
- plafonner le nombre de permis de détaillants de tabac au niveau actuel, afin de réduire considérablement le nombre de points de vente dans chaque province et territoire d’ici cinq ans;
- créer et maintenir une base de données fidèles sur les détaillants de produits du tabac, exiger l’homologation de tous les grossistes et détaillants de ces produits sous l’administration du ministère de la Santé et instaurer le plus tôt possible un régime de sanctions graduelles (imposition d’amendes importantes, suspension du permis de détaillant de tabac, puis révocation permanente du permis);
- habiliter les municipalités à appliquer un système de redevances pour l’octroi de permis de détaillants de tabac afin de réduire le nombre et la densité des points de vente au détail des produits du tabac;
- appliquer et faire respecter la limite d’âge dans les points de vente au détail et les établissements qui vendent des produits du tabac, comme c’est le cas avec le système en vigueur pour les employés qui servent des boissons alcoolisées.

L'ACSP invite les municipalités à adopter des règlements interdisant le tabac sans fumée, y compris les houkas, dans les lieux publics, dont les bars et les restaurants.

L'ACSP encourage tous les paliers de gouvernement à :

- interdire la vente au détail de produits du tabac à moins de 500 mètres d'une garderie enregistrée ou d'une école primaire ou secondaire et encourager les universités et les collèges à interdire la vente de produits du tabac sur leurs campus;
- adopter des lois qui protègent entièrement contre la fumée secondaire dans les endroits où les jeunes s'assemblent, surtout en milieu scolaire, y compris dans les établissements postsecondaires.

L'ACSP invite la communauté de la santé publique à :

- promouvoir l'adoption et l'utilisation de lignes directrices nationales de cessation du tabagisme dans la pratique clinique et les stratégies à l'échelle de la population (les lignes directrices de CAN-ADAPTT);
- évaluer la possibilité d'intégrer systématiquement de brèves interventions de cessation du tabagisme dans les programmes et services individuels existants;
- collaborer avec les communautés de lutte antitabac et les communautés économiques afin d'explorer des stratégies novatrices et efficaces de lutte antitabac axées sur l'offre.

L'ACSP invite les collègues, les universités, les associations professionnelles, les gouvernements

fédéral/provinciaux, régionaux et locaux à travailler ensemble afin de renforcer les capacités des travailleurs de la santé en s'assurant que les principes de la lutte antitabac sont intégrés dans les programmes d'études à l'intention des professionnels de la santé et dans les activités de formation continue. De plus, l'Agence de la santé publique du Canada devrait intégrer des exemples sur le tabac dans les modules en ligne pertinents de l'Amélioration des compétences en santé publique.

L'ACSP devrait :

- chercher et saisir les opportunités de collaboration avec les milieux canadiens de la santé mentale dans les dossiers liés à la lutte antitabac et aux effets du tabagisme sur les gens qui ont des problèmes de santé mentale;
- avec la collaboration des associations provinciales et territoriales pour la santé publique, le cas échéant, établir des opportunités de collaboration avec les organismes et les communautés autochtones dans les dossiers et les stratégies liés au tabac;
- établir et animer une communauté de pratique sur la lutte antitabac au sein du Centre du savoir en santé publique^{MC} pour favoriser l'échange des connaissances entre les chercheurs et les organismes de santé publique locaux/régionaux dans les provinces et les territoires, en vue de promouvoir et d'améliorer l'utilisation des preuves pour renforcer la lutte antitabac;
- aborder la lutte antitabac durant ses conférences annuelles.

Executive Summary

For more than five decades, the Canadian Public Health Association (CPHA) has consistently taken a strong stand against tobacco use and smoking in Canada and overseas. CPHA has called on international and domestic stakeholders time after time, including the federal, provincial/territorial and municipal governments in Canada, to put into place and follow through on effective, evidence-based public policies and actions to tackle the lethal tobacco epidemic head-on. Our goal is a tobacco-free Canada that is no longer characterized by tobacco-related disease, disability or death.

Despite the efforts of many stakeholders and practitioners, and the considerable progress made to date with fewer Canadians using tobacco products, the battle is not yet won. It is important to note that if tobacco products were being brought to market today, for the first time, public opinion would not tolerate their availability and governments would likely ban their commercialization and sale due to the clear evidence of tobacco's toxicity and profoundly adverse health effects. Unfortunately, this is not the case. The public demands and expects action on tobacco use. Yet, we continue to permit today the marketing, sale and use of products that have no redeeming social or economic value, and that take a tragic toll on the health, productivity and well-being of Canadians.

It is true that to date, a range of comprehensive, multi-pronged and multi-level (i.e., federal, provincial and territorial, and local/regional) tobacco control strategies and interventions has led to great reductions in overall smoking rates in Canada. However, progress has stalled—even with millions of smokers remaining and a new generation of tobacco users coming up. The only real hope is that future generations will reject the use of tobacco products entirely, and they will need information and effective programs and policies to support that choice.

Concerted action is required from local/regional, provincial/territorial and federal levels in order to pursue the eradication of the tobacco epidemic. CPHA believes that Canada has reached a critical juncture in its national tobacco control efforts. The Federal Tobacco Control Strategy (FTCS) is being reviewed while it is mere months away from termination. We are encouraged that the provinces, territories and municipal governments continue to create and support tobacco control policies, regulations and programs that address smoking cessation and prevention, and the protection of the public from tobacco-related health risks. Public health units and health practitioners across the country are actively involved in delivering a vast array of tobacco control-related services.

Given the clear evidence of tobacco's harm and the hard-won successes of tobacco control efforts over many decades, CPHA advocates that a tobacco-free Canada be achieved by the year 2035. We call on all levels of government, the non-governmental sector, citizens and the public health community to work together to achieve this goal. Accordingly, CPHA makes the following recommendations for action:

CPHA calls on the federal government:

- to implement all of the provisions of the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) and related guidelines to the highest degree possible, including fulfilling its obligations to global tobacco control, and
- to implement and fund fully on an annual and consistent basis an adequately-resourced, multi-year (10-year) Federal Tobacco Control Strategy (FTCS), which would include an endgame goal and milestone targets, to come into effect no later than April 1, 2012, to include:
 - nation-wide social marketing / social media campaigns to further de-normalize tobacco use, especially among youth
 - a ban on all remaining forms of tobacco advertising and promotion in movies, on the Internet and elsewhere
 - legislation to increase the graphic health warnings to 90% of the surface of cigarette packages
 - legislation governing plain packaging for tobacco products
 - adding menthol to the list of banned flavourings in tobacco products
 - expanding the current ban on flavourings in certain tobacco products to all smokeless tobacco products
 - a moratorium on all new tobacco products and all new packaging of existing tobacco products.

- to revitalize the First Nations and Inuit Tobacco Control Strategy (FNITCS) and engage in nation-to-nation dialogue with First Nations and other Aboriginal communities to develop community-led tobacco control strategies that will reduce the social disparities that contribute to poor health outcomes
- to work in partnership with and support of the efforts of Canadian stakeholders and their overseas partners to develop and implement effective tobacco control strategies and deter counter-tobacco control efforts by the tobacco industry in low- and middle-income countries and to put into place sustained and predictable funding and multi-year funding mechanisms for global tobacco control initiatives.

CPHA calls upon the federal, provincial and territorial governments:

- to include tobacco control (with time-specific targets and indicators) as components in future multi-year agreements on health and health care, such as the forthcoming federal/provincial/territorial health fund transfer agreement to begin in 2014
- to consider new fiscal mechanisms involving pricing and taxation to discourage the sale of cigarettes at reduced rates
- for the immediate adoption and support by the federal, provincial and territorial governments for a national quit-line and support to maximizing accessibility for all Canadians to cessation services and resources
- to support community-identified and led tobacco control initiatives for population-based approaches
- to reach and respond to the needs of disadvantaged and particularly vulnerable population groups with respect to smoking cessation and tobacco product use prevention
- to allocate government revenues from tobacco product taxes or tobacco industry sources (e.g., penalties resulting from regulatory or legal actions) to support tobacco control research and knowledge generation/exchange activities that produce evidence used to design effective tobacco control strategies and interventions.

CPHA calls on all provincial and territorial governments:

- to broaden the categories of outlets that are prohibited from selling tobacco products
- to cap the number of tobacco retail licenses at the current level, with the goal of significantly reducing the number of outlets in each province and territory within five years
- to develop and maintain an accurate database of retailers of tobacco products, require licencing of all wholesalers and retailers of tobacco products administered by the Ministry of Health, and implement as soon as possible a graduated penalty structure with substantial fines, licence suspension and permanent revocation of a retailer's licence to sell tobacco
- to enable municipalities to implement licencing fee systems for the retail sale of tobacco products as a means to reduce the number and density of retail outlets that sell tobacco products
- to apply and enforce a minimum age limit to retail outlets and establishments which sell tobacco products, similar to that in place for employees serving alcoholic beverages.

CPHA calls on municipalities to enact by-laws to ban smokeless tobacco, including hookahs, from public places including bars and restaurants.

CPHA encourages all jurisdictions:

- to ban the sale of tobacco products in retail outlets within 500 metres of registered child day-care centres, primary and secondary schools, and encourage all universities and colleges to ban the sale of tobacco products on campus
- to enact laws ensuring full protection from second-hand smoke in areas where young people gather, especially in school settings including post-secondary institutions.

CPHA calls upon the public health community:

- to promote the adoption and use of national cessation guidelines in clinical practice and population-based strategies (CAN-ADAPTT guidelines)
- to assess opportunities for systematically incorporating brief contact cessation interventions into their existing one-on-one programs and services
- to collaborate with the tobacco control and economic communities to explore innovative strategies for effective supply side responses for tobacco control.

CPHA calls on colleges, universities, professional associations, federal, provincial, regional and local governments to work together to build the capacity of health workers by ensuring that tobacco control principles are embedded within core curricula and continuing education offerings and by enhancing tobacco control learning opportunities for both public health and the allied health professions within their curricula. Additionally, the Public Health Agency of Canada should embed tobacco examples within the relevant Skills Enhancement for Public Health online modules.

CPHA should

- seek opportunities to cooperate and collaborate with the Canadian mental health community on issues related to tobacco control as it affects people with mental health issues
- in association with the Provincial/Territorial Public Health Associations, as appropriate, seek opportunities to cooperate and collaborate with Aboriginal peoples' organizations and communities on tobacco-related issues and strategies
- establish and facilitate a tobacco control community of practice within the Public Health KnowledgeCentre™ as a means of supporting greater horizontal knowledge exchange among researchers and local/regional public health organizations across provinces and territories to promote and improve the use of evidence to strengthen tobacco control
- address tobacco control during its annual conferences.

I. Introduction

La preuve contre l'usage du tabac est claire et sans appel, tout comme la nécessité d'une action d'envergure et soutenue pour mettre fin aux décès et aux souffrances liés au tabac et améliorer la santé du public. S'échelonnant sur des décennies entières, le travail de lutte antitabac est l'une des plus belles réussites en santé publique des 100 dernières années, mais la tâche d'éliminer le tabac est loin d'être chose faite.

Les efforts investis dans la lutte antitabac doivent être renouvelés constamment si nous souhaitons voir des progrès se réaliser d'abord au sujet de la réduction du nombre de Canadiens qui fument — un taux encore énorme de 21 % de la population (5,9 millions de fumeurs) âgée de 15 ans et plus¹ — pour ensuite mettre un terme à l'épidémie fatale de tabagisme. Environ 37 000 décès évitables par année sont attribuables au tabagisme au Canada au cours des dernières années². Malgré la tendance à la baisse du tabagisme chez les jeunes âgés de 12 à 19 ans, 11,3 % d'entre eux, soit environ 375 000 jeunes, sont des fumeurs présentement³. Beaucoup d'entre eux, en l'absence de stratégies de lutte antitabac musclées, efficaces et déployées intégralement, continueront probablement de fumer pendant de nombreuses années encore. Comme l'indiquent les résultats de l'Enquête sur le tabagisme des jeunes, un pourcentage plus élevé de jeunes ont progressé le long du continuum du tabagisme pour devenir des fumeurs actuels⁴. Cela est préoccupant.

Au cours des 60 années écoulées depuis que le tabac a été identifié sans ambiguïté comme une cause de cancer du poumon, les connaissances quant à ses répercussions plus larges sur la santé se sont approfondies. Il n'y a pas de niveau sécuritaire d'exposition au tabac. Consommé de quelque manière que ce soit, mais surtout lorsqu'il est fumé, il est cancérigène tout comme la fumée secondaire. Plus de 50 maladies et autres affections sont reconnues ou soupçonnées d'être causées par le tabac⁵. Toute suggestion de laisser une porte ouverte au tabac sans fumée ou à d'autres produits du tabac dans le cadre de stratégies de

réduction des méfaits du tabac doit être découragée. La preuve indiquant que toutes ces alternatives sont nocives pour la santé humaine est incontestable.*

En plus de ses effets sur la santé, l'usage du tabac engendre des coûts économiques élevés pour le Canada. Le fardeau économique du tabagisme a été estimé à 17 milliards de dollars par an. Les dépenses directes en soins de santé dues à l'usage du tabac ont été estimées à 4,4 milliards de dollars chaque année⁶. Par ailleurs, l'économie mondiale perd plus d'un billion de dollars annuellement du fait de l'usage du tabac^{7,8}.

Les démarches de lutte antitabac tiennent compte non seulement de la nature hautement toxicomanogène du tabac, mais doivent aussi composer avec les pratiques de marketing douteuses de l'industrie du tabac. La plupart des personnes qui consomment du tabac quotidiennement le font en raison de leur dépendance à la nicotine, l'élément principal de dépendance au tabac. La plupart des utilisateurs tentent de réduire ou de cesser leur consommation, mais surmonter la dépendance est difficile et nécessite un environnement facilitant. L'application efficace des politiques de lutte antitabac, les initiatives en protection et en prévention, les politiques publiques ainsi que de nouvelles lois sont toutes nécessaires afin de prévenir toute récurrence et de contrer les efforts de l'industrie du tabac pour se réinventer de même que ses produits mortels.

Échelonnée sur plusieurs décennies, la réduction considérable des taux globaux de tabagisme chez les Canadiens est en grande partie attribuable aux stratégies de lutte antitabac de grande envergure et à plusieurs volets impliquant les différents paliers gouvernementaux (i.e. fédéral, provincial/territorial et local/régional) de. Ces stratégies ont eu recours à une variété d'interventions, y compris des prix élevés et des taxes, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, les restrictions sur la publicité et la commandite des produits du tabac ainsi que des programmes de marketing social pour dénormaliser l'usage du tabac. Cependant, à l'heure actuelle, les progrès d'ensemble stagnent – on retrouve des millions de fumeurs au Canada et une nouvelle génération de consommateurs de tabac est en émergence. Notre seul véritable espoir, c'est que les générations futures rejettent totalement l'usage des produits du tabac. Ils auront besoin de programmes d'information et de politiques efficaces pour soutenir ce

* Le Centre international de recherche sur le cancer (2007) classe les produits de tabac sans fumée dans le groupe 1 des agents cancérogènes et des preuves suffisantes démontrent que ces produits provoquent des cancers de la cavité buccale et du pancréas chez l'homme. En outre, les produits de tabac sans fumée diffusent de la nicotine dans des quantités et à des taux qui causent des effets psychoactifs, qui en viennent à mener à la tolérance et à la toxicomanie.

choix. Aucun autre programme ne pourrait sauver autant de vies que des efforts soutenus de lutte contre le tabagisme.

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) est impliquée dans le contrôle du tabac depuis 1959. Cette année-là, l'ACSP a adopté une résolution avant-gardiste exhortant les organismes de santé de soutenir les campagnes d'éducation antitabac pour prévenir le tabagisme chez les jeunes. Depuis lors, nous avons activement soutenu la réglementation des produits du tabac et la réduction ou l'élimination du tabagisme par le biais de nombreuses résolutions, de prises de position, de production de connaissances, d'activités d'échange et d'élaboration de politiques et de programmes. L'ACSP a publié sa dernière prise de position sur le tabac et le tabagisme en 1988. La présente mise à jour de nos positions constitue un appel à l'action énergique pour tous ceux qui se soucient de santé publique afin de s'engager dans la réduction constante puis l'éradication définitive de l'usage du tabac de telle sorte que, dans un avenir rapproché, nous puissions vraiment affirmer que cette bataille a été remportée.

II. Une approche de santé publique pour la lutte antitabac

La mission fondamentale de la santé publique est de protéger et de promouvoir la santé du public. La santé publique a joué un rôle clé dans la réduction importante du tabagisme grâce à l'élaboration de politiques et d'activités de prévention, de renoncement et d'application des lois, à la fois dans ce pays et partout dans le monde. Des démarches renouvelées et efficaces à l'encontre de l'usage du tabac au Canada sont nécessaires à l'échelle locale/régionale, provinciale/territoriale et fédérale afin d'éviter l'annulation des progrès réalisés au cours des dernières décennies pour réduire les maladies et décès liés au tabagisme.

Une approche de santé publique pour la lutte antitabac devrait s'efforcer d'atteindre les sept objectifs suivants :

1. Contrôler efficacement le vecteur de la maladie: l'industrie du tabac;
2. Créer des environnements sociaux qui favorisent une vie sans tabac;
3. Empêcher l'adoption du tabagisme;

4. Enrayer l'exposition nocive à la fumée de tabac chez les non-fumeurs;
5. Encourager et aider le plus grand nombre d'usagers du tabac à renoncer le plus tôt possible;
6. Réduire les dommages et les préjudices/dispertés associés et causés par l'utilisation continue et la dépendance au tabac et la nicotine; et
7. Ultiment, bâtir un monde sans tabac.

La lutte antitabac ne peut être réduite qu'à la promotion de saines habitudes de vie chez l'individu. Une approche populationnelle de la lutte antitabac aborde une série de facteurs (sociaux, économiques, environnementaux et politiques, entre autres) qui influencent la prise de décision et la capacité d'éviter de fumer des individus. Elle soutient les interventions de la lutte antitabac axées sur la population, tout en ciblant les efforts nécessaires sur les populations vulnérables.

Le contrôle du tabac n'est qu'un volet d'un vaste effort global visant à construire et à améliorer les ressources et les conditions sociales, économiques, culturelles/racisées et environnementales au sein des communautés par le biais d'une approche intersectorielle et impliquant plusieurs parties prenantes^{9,10}. Il est fondé sur un engagement politique à tous les niveaux, la participation communautaire (y compris parmi les populations vulnérables) et des interventions dans des contextes variés. Le succès à venir de la lutte antitabac dépendra à la fois de la façon dont la santé publique collabore avec l'ensemble de ces partenaires ainsi que sur l'encadrement de plus en plus important de l'industrie du tabac.

III. Convenir d'une cible

L'ACSP propose l'objectif d'un Canada sans tabac d'ici 2035.* Cet objectif serait atteint grâce à toute une gamme de stratégies, de politiques et de programmes. Consciente des défis à court terme dressés devant cet objectif, l'ACSP demande à tous les paliers de gouvernement, aux collectivités, aux praticiens en santé publique et aux citoyens de travailler avec acharnement pour atteindre les objectifs spécifiques intermédiaires suivants:

* Le terme "sans tabac" désigne une situation où, d'ici l'an 2035, prévaudrait un taux pan-canadien de prévalence du tabagisme inférieur à 1 %, ce qui équivaut à environ 250 000 fumeurs.

- La réduction de 50 % du nombre de fumeurs d'ici 2020 (soit environ trois millions de fumeurs), et
- Une réduction supplémentaire de 50 % du nombre de jeunes âgés de 12 à 19 ans qui fument d'ici 2020 (soit environ 180 000 fumeurs).

Cette cible et les objectifs intermédiaires sont réalisables. Pour les atteindre, le nombre de fumeurs au Canada doit être réduit de 400 000 par année. Cela a déjà été fait : le nombre de fumeurs a diminué de 600 000 personnes en un an, de 2000 à 2001¹¹. Il s'agit d'un objectif ambitieux, mais à l'aide d'une combinaison gagnante de politiques, de programmes et de services ainsi que d'un engagement ferme et soutenu de l'ensemble des paliers de gouvernement et des citoyens, il peut être atteint. Il faudra un effort collectif de la part de toutes les parties prenantes pour placer la santé publique et la santé de nos communautés devant les intérêts des entreprises.

La concrétisation d'un Canada sans fumée d'ici à 2035 nécessitera un renouvellement constant des efforts et des ressources stables à long terme. Il n'est pas encore temps de baisser la garde, car cela conduirait forcément à des taux plus élevés de tabagisme.

IV. Domaines d'action prioritaires

A. LEADERSHIP FÉDÉRAL

Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT)

Le Canada est l'un des 174 parties à la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), premier traité mondial de santé publique¹². La CCLAT est un engagement juridiquement contraignant pour les pays signataires qui spécifie les mesures de réduction de la demande en tabac de même que les interventions visant à réduire l'offre afin de protéger la santé publique. La pleine application de la CCLAT – démarche concordant à l'approche des “déterminants sociaux de la santé” – est considérée comme une “force de nivellement” qui permet aux pays de se concentrer sur et de s'attaquer aux causes profondes du tabagisme.

Bien que le Canada soit en conformité avec la plupart des dispositions de la CCLAT, il reste place à l'amélioration¹³. En

novembre 2010, le Forum canadien sur la lutte internationale contre le tabagisme, dont l'ACSP est un membre fondateur, a publié son bulletin de mise en œuvre de la CCLAT au Canada¹⁴. Il a noté un certain progrès mais aussi de nombreux domaines où le Canada manque à ses obligations, comme en témoignent:

- Des niveaux élevés de vente de tabac illicite;
- Une absence d'application des lois de santé publique dans plusieurs communautés des Premières nations;
- Le rythme extrêmement lent de l'évolution de la réglementation au niveau national;
- Le fait qu'aucune taxe sur le tabac du gouvernement fédéral n'a été augmentée;
- L'absence de réplique à la présence accrue de marques de cigarettes légales à rabais;
- Une réduction de 20 millions de dollars en subventions et contributions pour la lutte antitabac; et
- Une incertitude quant à la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, échue en mars 2012.

Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT)

La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) est échue depuis le 31 mars 2011. Bien que prolongée d'un an, l'absence de stratégie fédérale soutenue et dotée de ressources adéquates affecte gravement la perspective et les gestes qu'elle est censée soutenir. Il est impératif que le gouvernement fédéral assume de nouveau son rôle de leader dans la lutte antitabac puisque bien du travail reste à accomplir.

La science démontre que les augmentations de dépenses pour la lutte antitabac sont associées comme facteur indépendant aux baisses de prévalence du tabagisme chez les adultes. Lorsque le contrôle du tabac est nul ou moribond au Canada (1908-1981, 1993-1996 et 2006-2010), la consommation de tabac a augmenté ou est demeurée stable. Lors des périodes où de nouvelles mesures efficaces de contrôle du tabac ont été mises en œuvre (1982-1992 et 1997-2005), la consommation de tabac a diminué¹⁵. En ce qui concerne les jeunes, l'Ontario a investi systématiquement davantage par habitant dans la lutte antitabac et les résultats sont éloquentes: le taux de tabagisme pour les jeunes Ontariens (15-19 ans) a diminué de 14 % à 9 % entre 2003 et 2009¹⁶.

Les autorités canadiennes de santé publique ont indiqué dans un récent sondage mené par l'ACSP qu'un financement plus adéquat et durable des programmes et l'embauche de

personnel dédié sont des facteurs clés dans la mise en œuvre de mesures efficaces de lutte au tabagisme¹⁷. Bien qu'une SFLT soit en vigueur depuis plusieurs décennies, les autorités sanitaires doivent encore composer avec un manque de financement adéquat pour la plupart des champs d'action en contrôle du tabac, particulièrement en matière de prévention et de cessation. En effet, une quantité importante de fonds fédéraux transférés à Santé Canada pour la SFLT n'a pas été dépensée dans la lutte antitabac^{18,19}. Pour les années fiscales 2002-2003 à 2007-2008, les fonds de Santé Canada pour la lutte antitabac ont été maintes fois sous-utilisés et une proportion importante de ces fonds ont été détournés vers d'autres initiatives de Santé Canada sans lien avec la lutte antitabac²⁰.

Une nouvelle SFLT couvrant plusieurs années (au moins 10 ans) et dotée de moyens suffisants devrait inclure un objectif final et des cibles à mi-parcours, visant à réduire l'usage du tabac par le biais des stratégies suivantes:

- Instaurer des mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac;
- Instaurer un large éventail de mesures non-financières visant à réduire la demande de tabac, y compris l'initiation du tabagisme par les enfants, adolescents et jeunes adultes;
- Protéger l'ensemble des Canadiens contre l'exposition à la fumée du tabac;
- Motiver, supporter et assurer un environnement favorisant l'arrêt tabagique pour tous les fumeurs et augmentant leur chance de réussite, y compris en renforçant les capacités des professionnels de la santé à intégrer la prévention et l'arrêt du tabagisme;
- Adopter une approche large basée sur les déterminants de la santé pour la lutte antitabac, notamment pour les populations à risque/vulnérables;
- Soutenir la recherche et l'échange de connaissances utiles pour l'application de politiques publiques saines et de pratiques exemplaires;
- Réduire l'offre de produits du tabac au Canada, notamment en instaurant un moratoire sur les nouveaux produits du tabac, en réduisant et en limitant le nombre de points de vente de produits du tabac, en contrant le commerce illicite des produits du tabac et par la mise en œuvre de mesures novatrices qui rendront les compagnies de tabac responsables de l'atteinte de cibles annuelles de réduction de la prévalence du tabagisme; et
- Soutenir les efforts mondiaux de lutte contre le tabagisme.

Une SFLT renouvelée devrait également être liée à tout accord fédéral/provincial/territorial futur sur les soins de santé. Des mécanismes novateurs de financement attribué aux provinces et territoires en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé prédéterminés en lien avec le tabac et le tabagisme devraient être étudiés et implantés. Les accords à venir au sujet de la santé, y compris le futur accord fédéral/provincial/territorial sur les transferts de fonds pour la santé en vigueur dès 2014, pourraient comprendre une obligation de recueillir et de communiquer des données sur le tabagisme et l'usage du tabac ainsi que fixer des objectifs et des cibles spécifiques pour les populations vulnérables. Le gouvernement fédéral a un rôle crucial à jouer dans les efforts du Canada pour atteindre les objectifs mentionnés ci-dessus ainsi que des cibles transitoires.

RECOMMANDATIONS

L'ACSP invite le gouvernement fédéral à appliquer le plus strictement possible les dispositions de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) et les lignes directrices connexes, notamment en respectant ses obligations dans la lutte internationale contre le tabagisme et à appliquer et financer entièrement, sur une base annuelle et systématique, une Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) pluriannuelle (sur 10 ans) dotée de ressources adéquates, incluant un objectif final et des étapes critiques, qui entre en vigueur d'ici le 1er avril 2012.

L'ACSP invite les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à faire de la lutte antitabac (avec des cibles et des indicateurs assortis de délais précis) un élément des futurs accords pluriannuels sur la santé et les soins de santé, comme le prochain Transfert fédéral-provincial-territorial en matière de santé qui doit commencer en 2014.

B. RÉDUIRE LA DEMANDE POUR LE TABAC

Mesures quant aux prix et aux taxes visant à réduire la demande de tabac

Les prix élevés sont une des mesures les plus efficaces pour réduire l'usage du tabac, surtout chez les jeunes qui sont particulièrement sensibles aux prix²¹. Les taxes imposées sur les produits du tabac sont un moyen de maintenir un prix élevé. Pour chaque augmentation de 10 % du prix réel des produits du tabac, la consommation de ces produits va baisser d'environ 8 %, avec une plus grande diminution encore chez les jeunes²².

RECOMMANDATION

L'ACSP invite les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à envisager de nouveaux mécanismes financiers axés sur l'établissement des prix et la fiscalité pour contrer la vente de cigarettes à prix réduit.

Mesures non financières visant à réduire la demande de tabac

Rendre le tabagisme repoussant

Les messages de type “ne commence pas/quitte” doivent être promus et les messages séduisants de l'industrie du tabac, qui imprègnent encore les médias préférés des jeunes, doivent être éliminés. Ceci peut être fait de trois façons:

1. Réduire la visibilité de la publicité du tabac et de sa promotion dans les films et sur Internet afin d'appuyer la prise de décision saine par les jeunes;
2. Éliminer l'imagerie « glamour » du tabagisme grâce à des campagnes de marketing social bien conçues et déployées, en complément aux politiques et aux programmes de lutte antitabac d'envergure. Les campagnes de dénormalisation aident les jeunes à abandonner l'usage du tabac lorsqu'elles impliquent des jeunes et leurs communautés dans leur réalisation.
3. Obliger les compagnies de tabac à atteindre des objectifs de santé publique, ce qui les empêcherait de continuer à contrecarrer l'impact des mesures de santé publique. Le Canada a fait des progrès en ce sens, en adoptant récemment de plus grandes mises en garde de santé illustrées sur les paquets de cigarettes et de petits cigarillos. Il reste cependant beaucoup à faire, y compris l'objectif de recouvrir 90 % de tous les produits du tabac de mises en garde de santé et l'adoption de l'emballage neutre.

RECOMMANDATION

L'ACSP recommande que la SFLT comprenne :

- des campagnes nationales de marketing social/dans les médias sociaux pour continuer à dénormaliser le tabagisme, surtout chez les jeunes,
- l'interdiction de toutes les formes restantes de publicité et de promotion du tabac, que ce soit au cinéma, sur Internet ou ailleurs,
- une loi qui étend à 90 % de la surface des paquets de cigarettes les illustrations explicites de mise en garde, et
- une loi imposant la banalisation de l'emballage des produits du tabac.

Interdire les saveurs, y compris le menthol

Le menthol est reconnu comme étant « l'ultime saveur de tabac » puisque les fumeurs de produits mentholés sont 29 % moins susceptibles d'arrêter de fumer et 89 % plus susceptibles de rechuter lorsqu'ils font une tentative d'arrêt²³. Les produits du tabac mentholés encouragent l'initiation au tabagisme par les jeunes²⁴. L'interdiction du menthol aurait pour effet de rendre le tabac moins agréable pour de nombreux usagers, ce qui peut grandement contribuer aux efforts de cessation et dissuader l'initiation tabagique²⁵. Mettre un terme aux échappatoires présentes dans la *Loi modifiant la Loi sur le tabac* et élargir sa portée afin de couvrir tous les produits du tabac sont également indispensables à cette fin.

RECOMMANDATION

L'ACSP recommande que la SFLT comprenne :

- l'ajout du menthol à la liste des arômes interdits dans les produits du tabac, et
- l'élargissement de l'interdiction actuelle de l'aromatisation de certains produits du tabac à tous les produits de tabac sans fumée.

Le tabac sans fumée n'est pas un substitut acceptable

Bien que la science suggère que comparativement aux cigarettes, les produits du tabac sans fumée comportent environ 5 % des risques globaux pour la santé, le Centre international de recherche sur le cancer continue de classer les produits du tabac sans fumée dans le groupe 1 des agents cancérigènes; ces produits provoquent les cancers de la cavité buccale et du pancréas chez l'humain²⁶. En outre, ils libèrent de la nicotine dans des quantités et à des taux qui causent des effets psychoactifs menant à la tolérance et à la toxicomanie. Plusieurs nouveaux produits et modes de consommation sont produits et commercialisés en tant que substituts à la cigarette. C'est notamment le cas pour la cigarette électronique, promue comme mécanisme de consommation de nicotine sans tabac. L'utilisation de narguilés, ou pipes à eau, crée de grands défis d'application des mesures sans fumée en raison de la difficulté à différencier les produits qui contiennent du tabac et ceux à base d'autres plantes. Toute suggestion selon laquelle il y aurait une place pour le tabac sans fumée ou pour d'autres produits litigieux parvenant à échapper aux paramètres légaux en vigueur devrait être découragée. Les études démontrent hors de tout doute que tous ces produits et procédés sont nocifs pour la santé humaine.

RECOMMANDATION

L'ACSP invite les municipalités à adopter des règlements interdisant le tabac sans fumée, y compris les houkas, dans les lieux publics, dont les bars et les restaurants.

C. PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE L'EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC

Les lieux sans fumée encouragent les efforts d'abandon et de prévention. Créées suite à tout un agencement de lois provinciales/territoriales et de règlements municipaux, les politiques sans fumée aident à prévenir l'initiation tabagique, appuient les décisions individuelles de cessation, renforcent la dénormalisation de l'usage du tabac et préviennent les rechutes des personnes ayant arrêté de fumer depuis peu – autant de facteurs ayant une résonance particulière chez les jeunes, y compris ceux qui fument. Les groupes de santé publique jouent un rôle phare dans la promotion et l'application des mesures sans fumée et sur l'enjeu de la fumée secondaire. Les lieux de travail intérieurs et les lieux publics, tels que les chantiers de construction, les bars et les restaurants, les terrasses, les parcs et les plages, devraient tous devenir sans fumée.

RECOMMANDATION

L'ACSP encourage tous les paliers de gouvernement à :

- interdire la vente au détail de produits du tabac à moins de 500 mètres d'une garderie enregistrée ou d'une école primaire ou secondaire et encourager les universités et les collèges à interdire la vente de produits du tabac sur leurs campus;
- adopter des lois qui protègent entièrement contre la fumée secondaire dans les endroits où les jeunes s'assemblent, surtout en milieu scolaire, y compris dans les établissements postsecondaires.

D. MOTIVER ET AIDER LES GENS À CESSER DE FUMER ET LEUR FOURNIR UN CADRE FAVORABLE

Même si la proportion de fumeurs dans la population canadienne a considérablement diminué au cours des 50 dernières années (de 50 % dans les années 1960, le taux de tabagisme a chuté à 21 % d'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, édition 2010), le nombre réel de fumeurs, lui, demeure inchangé. Ainsi, environ 5,9 millions de Canadiens mettent à risque leur vie et celle des autres – une réalité sur laquelle on ne peut fermer les yeux. Nombre d'études ont clairement montré que l'abandon du tabac à un jeune âge peut efficacement

minimiser presque tous les risques associés au tabagisme et, par ailleurs, que les fumeurs qui délaissent la cigarette avant l'âge de 50 ans réduisent de moitié leurs risques de mourir avant l'âge de 65 ans^{27,28}. Or, le fait est que le tabac est extrêmement addictif, ce qui rend ardues les efforts pour s'affranchir de cette dépendance, efforts qui devront être soutenus et, bien souvent, répétés. La plupart des ex-fumeurs y sont parvenus sans aide aucune²⁹, mais on sait que les pharmacothérapies peuvent rehausser les chances d'arrêter de fumer dans certains cas.

L'industrie du tabac est bien obligée de maintenir et même de relever le potentiel addictif de ses produits. En outre, ces entreprises s'emploient activement à entraver ou à contrecarrer les mesures de contrôle du tabac. Elles s'opposent rarement aux initiatives de sensibilisation et aux programmes d'aide à l'arrêt tabagique, car elles jugent probablement que ce sont là des mesures bien peu efficaces pour faire diminuer le taux de tabagisme. Malheureusement, elles n'ont pas tout à fait tort. En effet, le taux de rechute des ex-fumeurs est très élevé. Bien que cette donnée soit rarement suivie par les agences de santé publique, les fabricants de tabac, eux, recueillent de telles statistiques. L'analyse par un chercheur universitaire indépendant des données colligées par Imperial Tobacco Canada a permis d'établir que le taux annuel net de renoncement au tabac est d'environ 2 %³⁰.

L'élément clé, pour faire en sorte que les programmes d'aide à l'arrêt tabagique donnent de meilleurs résultats, est d'élargir la portée de notre approche. C'est qu'il faut transformer le contexte social global dans lequel de tels programmes sont offerts en vue de mieux soutenir les personnes qui tentent d'arrêter de fumer. Au fur et à mesure que le contrôle du tabac s'intensifiera, le taux d'abandon de la cigarette augmentera³¹. À l'heure actuelle, on observe de grandes disparités dans la disponibilité des programmes de soutien à l'abandon du tabac, au Canada. Le sondage mené par l'Association canadienne de santé publique (ACSP) auprès des bureaux de santé publique en 2010* a fait

* Ce sondage, ainsi que d'autres, ont été menés dans le cadre du projet *L'étape suivante : transmettre les connaissances sur la prévention du tabagisme et le renoncement au tabac par les réseaux de santé publique* [<http://www.cpha.ca/fr/programs/substance-use.aspx>], une initiative qui a été financée par Santé Canada et mise en œuvre par l'ACSP entre décembre 2009 et mars 2011. L'objectif était de mobiliser la communauté canadienne de la santé publique au sujet d'activités d'échanges de connaissances et, aussi, de cerner les stratégies fondées sur la pratique et des données probantes; le tout, afin d'élaborer la « prochaine génération » de politiques antitabac au Canada.

ressortir ceci : même si bon nombre d'autorités de santé ont noté une hausse des efforts d'arrêt tabagique, dans les trois années précédentes, seulement 7 % ont affirmé s'être « très bien » occupées de l'enjeu du renoncement au tabac. Environ 10 % des répondants ont fait état d'une réduction de leurs activités liées à l'abandon de la cigarette, en raison surtout des compressions budgétaires et d'une faible utilisation des services³².

Faire la promotion du renoncement à la cigarette et fournir aux fumeurs un traitement efficace ainsi qu'un environnement propice à un meilleur soutien, voilà des aspects essentiels d'une approche de santé publique globale axée sur un plus grand contrôle du tabac. Toutefois, pour parvenir à une telle approche globale, il faut urgemment instaurer à l'échelle du Canada des mesures de coordination et une plus grande uniformité pour ce qui est des services d'aide à l'abandon du tabac. Il faudrait aussi pouvoir compter sur un financement durable de ces services, financement qui pourrait provenir, idéalement, des impôts prélevés auprès des fabricants de tabac. Au moment d'envisager les diverses méthodes facilitant l'abandon de la cigarette, tous les fumeurs qui souhaitent recourir à une pharmacothérapie devraient y avoir facilement accès. De plus, il faudrait intégrer à la formation (et à la pratique) de tous les professionnels paramédicaux le souci de s'enquérir du statut de fumeur ou non-fumeur d'un patient et, quand il y a lieu, de lui glisser un mot sur les aides possibles.

RECOMMANDATIONS

L'ACSP invite les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux d'instaurer immédiatement une ligne téléphonique nationale d'aide au renoncement au tabac et des mesures de soutien pour maximiser l'accessibilité des services et des ressources d'arrêt du tabagisme dans la population canadienne.

L'ACSP invite la communauté de la santé publique à :

- *promouvoir l'adoption et l'utilisation de lignes directrices nationales de cessation du tabagisme dans la pratique clinique et les stratégies à l'échelle de la population (les lignes directrices de CAN-ADAPTT);*
- *évaluer la possibilité d'intégrer systématiquement de brèves interventions de cessation du tabagisme dans les programmes et services individuels existants.*

E. ADOPTER UNE APPROCHE TENANT COMPTE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ, AVEC UNE PRÉOCCUPATION PARTICULIÈRE POUR LES POPULATIONS VULNÉRABLES

L'usage du tabac est un baromètre des inégalités sociales et, par extension, des inégalités sur le plan de la santé. La pauvreté, un logement inadéquat, les politiques d'aide sociale et divers autres facteurs désavantageants mènent au tabagisme ou ont un lien avec le tabagisme. On sait par exemple que la prévalence du tabagisme est deux fois plus élevée dans les familles qui se situent dans la fourchette des revenus les plus faibles que dans les familles aux revenus les plus élevés³³. En outre, les fumeurs désavantagés sur le plan socio-économique sont moins susceptibles d'avoir accès à un traitement antitabac et de réussir à cesser de fumer^{34,35}. Étant donné que les disparités en matière de tabagisme (p. ex. prévalence, fréquence, produits consommés, intentions et tentatives d'abandon et ratios d'abandon) entre les divers groupes socio-économiques – déterminés en fonction des revenus, du niveau de scolarité, du groupe socio-ethnique et d'autres facteurs culturels – ont bien peu changé au fil des ans^{36,37}, il est clair que les causes sous-jacentes de l'usage du tabac n'ont pas été abordées et traitées efficacement au moyen des politiques actuelles.

La communauté des divers intervenants en santé publique réclame donc des autorités concernées qu'elles se préoccupent davantage des populations vulnérables, c'est-à-dire celles qui supportent de façon disproportionnée le fardeau du tabagisme et de la dépendance au tabac. Ces tranches de la population comprennent les jeunes, les adultes à faible revenu, les personnes aux prises avec une maladie mentale ou un problème de toxicomanie, les membres des peuples autochtones, les prisonniers et les sans-abri. Nous demandons aussi que se manifeste un souci de justice sociale et d'équité sur le plan de la santé, au moment d'élaborer des politiques antitabac, et ce, dans le dessein de mieux s'attaquer aux facteurs psychologiques et socio-économiques qui mènent à un haut taux de tabagisme dans les groupes mentionnés ci-dessus. À titre d'exemple, un pourcentage élevé de personnes présentant une maladie mentale sont des fumeurs. Bon nombre d'entre elles souffrent de comorbidités telles que la toxicomanie et ont besoin d'un soutien durable, étant donné qu'il leur faudra probablement plus de temps pour réussir à se libérer du tabac. Les interventions auprès de cette clientèle doivent être adaptées; de plus, les apprentissages des intervenants doivent être partagés avec les praticiens en santé publique et en santé

mentale. L'instauration d'une politique d'interdiction du tabac dans les établissements de santé mentale pourrait se révéler un incitatif à l'abandon du tabac ou prévenir les cas de rechute, sans compter qu'une telle mesure protégerait tout le monde de la fumée secondaire³⁸. Mentionnons au passage qu'il a été démontré que les hausses de taxes sur les produits du tabac s'avèrent une mesure de contrôle efficace. Toutefois, de nouvelles études sur cette question (taxes sur le tabac et incidences sur la santé publique) pointent vers d'autres préoccupations d'ordre psychologique ou autre – gain de poids et insécurité alimentaire chez les ménages à faible revenu comptant un ou plusieurs fumeurs³⁹. Ainsi, par suite d'une hausse de la taxe sur les produits du tabac, les ménages qui peinent à réduire leur consommation de cigarettes ont alors un revenu disponible moindre à consacrer à d'autres biens, y compris des aliments nourrissants et équilibrés. Par conséquent, des politiques soucieuses d'une meilleure équité devraient inclure des mesures pour soutenir les ménages à faible revenu, contraints de relever des défis additionnels – en vue, bien sûr, de les aider à réussir à mettre fin à l'usage de la cigarette.

Il y aurait lieu, aussi, de suivre le « comportement en tant que fumeur » et le taux de tabagisme au sein des populations vulnérables – et de cerner leurs besoins spécifiques – avant de répondre à leurs besoins au moyen d'une stratégie visant la population générale. Les groupes vulnérables doivent être activement mobilisés dans des initiatives conçues pour les aider à déterminer ce qui fonctionne le mieux pour eux. Obtenir l'engagement des collectivités intéressées et motivées devrait mener à de belles innovations en matière de contrôle du tabac⁴⁰. Au demeurant, les parties prenantes de tous les secteurs et de tous les ordres de gouvernement ont un rôle à jouer dans ce qu'il faudra faire pour aider les collectivités à mettre en œuvre des politiques et des programmes destinés à soutenir les interventions d'aide à l'abandon de la cigarette et au maintien d'une vie sans tabac.

RECOMMANDATIONS

L'ACSP invite les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à :

- appuyer les initiatives de lutte antitabac proposées et menées à l'échelon communautaire selon des approches populationnelles;
- joindre les populations défavorisées particulièrement vulnérables et répondre à leurs besoins en ce qui a trait à l'arrêt du tabac et à la prévention de l'utilisation des produits du tabac.

L'ACSP devrait :

chercher et saisir les opportunités de collaboration avec les milieux canadiens de la santé mentale dans les dossiers liés à la lutte antitabac et aux effets du tabagisme sur les gens qui ont des problèmes de santé mentale.

Peuples autochtones

Au Canada, les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis affichent un taux disproportionné d'usage du tabac et de maladies liées au tabagisme. Les données actuelles montrent que le taux de tabagisme chez les Autochtones est, en gros, trois fois celui de la moyenne canadienne. Ainsi, les membres des Premières nations sont fumeurs dans une proportion de 59 % et les Inuits, dans une proportion de 58 %⁴¹.

Les peuples autochtones, qu'ils vivent dans des réserves ou non, méritent que l'on porte une attention particulière et distincte au problème du tabagisme, notamment en raison du peu d'efforts déployés jusqu'ici et du besoin de solutions élaborées de concert, d'égal à égal, avec ces groupes – solutions qui tiendraient compte de leurs réalités sociales, culturelles, politiques et économiques. Il faut mettre en place une approche qui tient compte des déterminants de la santé et qui saura s'attaquer aux facteurs menant à la piètre santé et aux inégalités sociales qui caractérisent souvent ces collectivités. En outre, il faudra que les collectivités autochtones participent davantage à la gestion et à la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), de portée pancanadienne. Voici quelques suggestions pour atteindre l'objectif d'une participation accrue de ces groupes :

- Examiner les possibles mesures de contrôle du tabac qui auraient des chances d'être efficaces et qui seraient décidées par les collectivités autochtones elles-mêmes;

- Se préoccuper des questions touchant les droits des Autochtones (y compris l'autonomie gouvernementale), le commerce du tabac et le développement économique;
- Élaborer d'autres modèles de réglementation du commerce du tabac, qui seraient du ressort des collectivités autochtones – p. ex. que les Premières nations gardent les recettes provenant des taxes sur le tabac et affectent ces sommes au développement social et économique;
- Modifier la *Loi sur les Indiens* (sic) pour qu'elle respecte les droits traditionnels des Autochtones tout en prévoyant un cadre plus approprié de protection de la santé publique, de contrôle du tabac et de développement socio-économique.

RECOMMANDATIONS

L'ACSP invite le gouvernement fédéral à revitaliser la Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits (SLTPNI) et amorcer un dialogue de nation à nation avec les Premières nations et les autres communautés autochtones en vue d'élaborer des stratégies antitabac pilotées par les communautés, qui réduiront les disparités sociales contribuant aux mauvais résultats de santé.

L'ACSP devrait avec la collaboration des associations provinciales et territoriales pour la santé publique, le cas échéant, établir des opportunités de collaboration avec les organismes et les communautés autochtones dans les dossiers et les stratégies liés au tabac.

F. SOUTENIR LA RECHERCHE ET L'ÉCHANGE DE CONNAISSANCES

La recherche et l'échange de connaissances sont essentiels à l'élaboration de programmes et de politiques efficaces, en matière de contrôle du tabac. L'échange de connaissances favorise les interactions entre la communauté des chercheurs et celle des praticiens, interactions qui seront bien utiles pour mesurer ou évaluer l'efficacité des mesures novatrices. On peut déjà compter sur une riche expérience et une foule de données factuelles à propos du contrôle du tabac et des approches universelles (taxation des produits du tabac, publicité interdite dans les médias, interdiction de fumer dans de nombreux lieux publics), mais il reste encore beaucoup à faire.

Selon les résultats du sondage 2010 de l'ACSP, la plupart des autorités de santé peuvent avoir facilement accès aux rapports de recherche scientifique publiés, ainsi qu'aux

documents des gouvernements fédéral et provinciaux portant sur le contrôle du tabac ou les lignes directrices en matière d'arrêt tabagique. Par contre, elles ont un accès moins facile ou même nul à la littérature grise (documents universitaires non disponibles en librairie) et à l'information émanant d'autres juridictions à propos des expériences et des activités de lutte au tabagisme⁴². Plus précisément, elles n'ont pas accès à toute l'information qui se publie concernant les pratiques exemplaires ou les nouvelles pratiques de contrôle du tabac ou concernant les activités de sensibilisation du public ou les campagnes de contre-publicité visant à contrer les cigarettiers. Elles n'ont pas toujours l'occasion non plus d'entendre parler des initiatives de contrôle du tabac qui ont bien marché ailleurs ou encore de faits tels que ceux-ci : programmes à l'intention des jeunes et des jeunes adultes; données régionales/locales sur le tabagisme; élaboration, mise en œuvre et évaluation des programmes de contrôle du tabac; et, enfin, possibilités de réseautage.

Pour aider à combler cette lacune, l'ACSP a lancé, au milieu de l'année 2011, une ressource en ligne appelée Centre du savoir en santé publique^{MC}, donc l'objectif est de favoriser les communications et l'échange de connaissances entre les différents organismes canadiens (locaux/régionaux) de santé publique. Le Centre du savoir en santé publique^{MC} comprend une section « communauté en ligne de contrôle du tabac », avec des liens vers les principaux centres de ressources tels que le Conseil canadien pour le contrôle du tabac (CCCT) et CAN-ADAPTT. Déjà, des praticiens de la santé publique ont soumis des initiatives, des publications et des constatations dans cette bibliothèque de ressources axées sur la santé publique qu'est le Centre du savoir en santé publique^{MC} (d'utilisation facile grâce à une interface Web conviviale). La collection excède 10 000 ouvrages et articles divers – et les abonnés peuvent ajouter leurs propres ressources en remplissant le formulaire en ligne. Le Centre du savoir en santé publique^{MC} entend aussi présenter les approches nouvelles ou prometteuses qui feront partie de la prochaine génération de politiques de contrôle du tabac.

RECOMMANDATIONS

L'ACSP invite les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à répartir les recettes budgétaires provenant des taxes sur les produits du tabac ou d'autres sources dans l'industrie du tabac (p. ex., les sanctions résultant de procédures judiciaires ou réglementaires) pour soutenir la recherche et les activités de développement/d'échange de connaissances qui produisent des faits probants servant à informer des stratégies et des mesures efficaces de lutte contre le tabagisme.

L'ACSP devrait établir et animer une communauté de pratique sur la lutte antitabac au sein du Centre du savoir en santé publique pour favoriser l'échange des connaissances entre les chercheurs et les organismes de santé publique locaux/régionaux dans les provinces et les territoires, en vue de promouvoir et d'améliorer l'utilisation des preuves pour renforcer la lutte antitabac.

L'ACSP devrait aborder la lutte antitabac durant ses conférences annuelles.

Mettre en place les capacités nécessaires, au niveau local ou régional

Le contrôle du tabac est l'une des nombreuses aires de responsabilité des travailleurs et décideurs du domaine de la santé publique. Selon des études récentes, le contrôle du tabac se voit toutefois accorder une priorité moyenne et on peut constater que des capacités limitées y sont consacrées. La majorité du personnel des organismes locaux/régionaux de santé publique sont des infirmières ou des inspecteurs en santé publique; les ressources dédiées au contrôle du tabac ne représentent que 2 % de cette force de travail. Qui plus est, tout nouvel employé dans ce secteur aura besoin d'une formation spécifique en matière de contrôle du tabac⁴³. Or, il est essentiel de faire du contrôle du tabac une priorité de la santé publique, tant à l'échelon provincial/territorial qu'au niveau fédéral – et essentiel que des ressources y soient dédiées de façon exclusive, si l'on veut éliminer la menace que constitue le tabagisme pour la santé des générations actuelles et futures.

Améliorer les efforts de sensibilisation auprès des professionnels de la santé (tant dans les programmes universitaires que dans les programmes de formation continue)

Une étude commandée par l'ACSP sur l'état de la formation en matière de contrôle du tabac dans les universités canadiennes a montré que cet aspect est bien peu couvert

dans les cours s'adressant aux étudiants de premier cycle des facultés de médecine, de sciences infirmières, de pharmacie et de médecine dentaire⁴⁴. La situation s'est néanmoins améliorée quelque peu au cours des dernières années. Précisons qu'un cours universitaire de deuxième cycle existe*. Une approche complémentaire possible serait d'intégrer des principes (et des exemples) de contrôle du tabac dans le tronc commun des programmes universitaires du domaine de la santé ainsi que dans les programmes touchant de près ou de loin la santé publique. Lorsqu'on a tenté une telle approche aux États-Unis, le leadership de la direction des établissements d'enseignement et l'appui manifesté par le corps professoral ont été des facteurs de réussite décisifs. Certaines approches globales comprenaient aussi des incitatifs financiers pour les étudiants⁴⁵. En outre, les ateliers de formation médicale continue à l'intention des professionnels de la santé sont une autre possibilité à exploiter : ce contexte serait propice à la mise en place d'une stratégie centrale d'amélioration des compétences sur la question des conseils à fournir aux patients en matière d'abandon du tabac. Pour sa part, l'ACSP a invité les établissements d'enseignement canadiens offrant des cours sur la gestion de la santé publique à mettre sur pied un groupe de travail sur l'enjeu du contrôle du tabac, groupe qui s'emploiera à définir une approche coordonnée en vue d'intégrer totalement les concepts de contrôle du tabac (et des exemples) dans les programmes d'études de deuxième cycle en santé publique qui se donnent au Canada.

RECOMMANDATION

L'ACSP invite les collèges, les universités, les associations professionnelles, les gouvernements fédéral/provinciaux, régionaux et locaux à travailler ensemble afin de renforcer les capacités des travailleurs de la santé en s'assurant que les principes de la lutte antitabac sont intégrés dans les programmes d'études à l'intention des professionnels de la santé et dans les activités de formation continue. De plus, l'Agence de la santé publique du Canada devrait intégrer des exemples sur le tabac dans les modules en ligne pertinents de l'Amélioration des compétences en santé publique.

* L'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario propose deux cours : i) un cours à suivre en ligne, intitulé Le tabac et la santé publique : de la théorie à la pratique, à l'intention de la communauté de la santé publique (déjà plus de 7000 personnes ont suivi ce cours); et ii) un cours universitaire de deuxième cycle, Tobacco and Health: from Cells to Society (disponible en anglais seulement), qui se donne depuis 1998. Celui-ci comprend des vidéoconférences et des webinaires permettant de joindre les participants de partout au Canada et couvre tout le spectre des enjeux liés au tabagisme – de la génétique jusqu'aux politiques mondiales, en passant par les enjeux cliniques.

G. RÉDUIRE L'OFFRE DE PRODUITS DU TABAC AU CANADA

Imposer un moratoire sur le lancement de nouveaux produits
Les fabricants de tabac ne cessent de concevoir de nouvelles stratégies de marketing et de nouveaux produits qui leur permettent de contourner les lois et règlements en vigueur au Canada. Les nouveautés qu'ils s'évertuent à faire passer pour des produits moins nocifs que les cigarettes ne sont en fait qu'un leurre destiné à rendre « accro » de nouveaux clients. L'instauration d'un moratoire sur la mise en marché de nouveaux produits du tabac serait un moyen efficace de contrer la stratégie commerciale de l'industrie et de faire cesser les prétentions douteuses d'« innocuité » des cigarettes nouveau genre – une cigarette, c'est une cigarette, avec tout ce que cela implique comme menace à la santé publique. Le moratoire devrait porter tout nouveau conditionnement des produits actuels, et devrait même s'appliquer rétroactivement à tous les cigares aromatisés lancés sur le marché depuis l'adoption de l'interdiction (en vertu d'une loi fédérale) d'ajouter des ingrédients aromatisants dans certains produits du tabac.

RECOMMANDATION

L'ACSP recommande que la SFLT comprenne l'imposition d'un moratoire sur tous les nouveaux produits du tabac et tous les nouveaux emballages pour les produits du tabac existants.

Réduire la disponibilité des produits du tabac chez les détaillants

Le fait de réduire le nombre et le type de détaillants autorisés à vendre des produits du tabac aidera à dénormaliser la consommation de tabac (la rendre socialement moins acceptable), à rendre plus compliqué l'achat de cigarettes et, aussi, à mieux faire respecter la loi. Actuellement, le portrait des détaillants où l'on peut se procurer des produits du tabac est très varié, d'un bout à l'autre du pays. Le nombre précis de points de vente n'est pas connu, car les gouvernements n'exigent pas que tous les commerces possèdent un permis et documentent leurs activités de vente de tabac⁴⁶. Nous savons cependant que la densité des points de vente de cigarettes demeure élevée. Une étude réalisée en Ontario en 2009 a montré qu'il y a quatre fois plus de commerces vendant du tabac (par consommateur) que de commerces vendant de l'alcool – et cela, pour un produit psychoactif qui cause quatre fois plus de décès et qui entraîne 75 % plus

de jours d'hospitalisation et 30 % plus de coûts directs pour le système de santé que l'alcool⁴⁷.

Le Groupe consultatif de la Stratégie antitabac de l'Ontario (GCSA) a déterminé à quel point la disponibilité généralisée des produits du tabac dans les commerces de détail constitue un obstacle majeur au contrôle du tabac. Le GCSA a d'ailleurs formulé deux recommandations importantes à cet égard :

1. Il faudrait adopter un système de points de vente désignés, recourir à des mesures telles que l'octroi d'un permis de vente et mettre en place des règlements de zonage visant, d'une part, à réduire le nombre de détaillants de produits du tabac et, d'autre part, à délimiter précisément les endroits où il serait permis de vendre des produits du tabac;
2. Il faudrait augmenter le nombre d'endroits spécifiques où il est interdit de vendre des produits du tabac⁴⁸.

On note un solide soutien à l'idée de limiter les types de commerces qui seraient autorisés à vendre des produits du tabac, surtout si cela avait pour effet d'en interdire la vente dans des lieux facilement accessibles aux enfants et adolescents mineurs et dans les points de vente situés à l'intérieur d'un périmètre de 500 mètres d'une école⁴⁹. Notons au passage qu'il existe des preuves selon lesquelles la proximité d'un point de vente de cigarettes nuit aux chances de réussite d'une démarche d'abandon du tabac. Ainsi, les fumeurs habitant à moins de 500 mètres d'un commerce qui vend des cigarettes sont plus susceptibles de commettre un écart ou de faire une rechute⁵⁰.

Partout au Canada, il faudrait instaurer l'obligation de payer des droits de permis pour la vente au détail de produits du tabac. Les municipalités de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse et de l'Alberta ont le pouvoir d'exiger un permis municipal (et de hausser les droits d'un tel permis) pour tout détaillant qui vend des produits du tabac. Non seulement c'est là un moyen pour ces municipalités et les initiatives de contrôle du tabac de tirer des revenus, mais c'est également une façon de faire respecter les lois et règlements sur le contrôle du tabac et, aussi, de limiter ou même de faire diminuer le nombre de points de vente de cigarettes. Par ailleurs, il faudrait imposer un âge minimal pour les salariés des détaillants qui vendent des produits du tabac, au même titre qu'il faut avoir un âge minimal pour servir et vendre des boissons alcoolisées.

RECOMMANDATION

L'ACSP invite les gouvernements provinciaux et territoriaux à :

- élargir les catégories de points de vente où il est interdit de vendre des produits du tabac;
- plafonner le nombre de permis de détaillants de tabac au niveau actuel, afin de réduire considérablement le nombre de points de vente dans chaque province et territoire d'ici cinq ans;
- créer et maintenir une base de données fidèles sur les détaillants de produits du tabac, exiger l'homologation de tous les grossistes et détaillants de ces produits sous l'administration du ministère de la Santé et instaurer le plus tôt possible un régime de sanctions graduelles (imposition d'amendes importantes, suspension du permis de détaillant de tabac, puis révocation permanente du permis);
- habiliter les municipalités à appliquer un système de redevances pour l'octroi de permis de détaillants de tabac afin de réduire le nombre et la densité des points de vente au détail des produits du tabac;
- appliquer et faire respecter la limite d'âge dans les points de vente au détail et les établissements qui vendent des produits du tabac, comme c'est le cas avec le système en vigueur pour les employés qui servent des boissons alcoolisées.

Décourager la vente et l'achat de produits du tabac illégaux

Les cigarettes de contrebande ont le potentiel de miner une bonne partie du travail réalisé à ce jour par la communauté de contrôle du tabac et le gouvernement fédéral, surtout auprès des jeunes. Par exemple, le Centre de toxicomanie et de santé mentale de l'Université de Toronto a rapporté, en octobre 2010, que 43 % des cigarettes consommées par les adolescents ontariens étaient des clopes de contrebande, ce qui représente une hausse par rapport à la proportion estimative de 25 % mentionnée dans l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes [Canadiens], édition 2006-2007⁵¹. Les cigarettes de contrebande sont davantage présentes en Ontario et au Québec, en raison de la densité de population plus élevée, mais aussi en raison de la présence de réserves autochtones le long de la frontière avec les États-Unis – une situation qui facilite la fabrication et la distribution de ces cigarettes. Quoi qu'il en soit, la vente illégale de cigarettes est une réalité dans tout le pays.

Le rapport *Canada's Implementation of the Framework Convention on Tobacco Control: A Civil Society 'Shadow Report'*, préparé en 2010 par le Forum canadien sur la lutte internationale contre le tabagisme, fait observer que bon

nombre de pays ont un problème de contrebande de cigarettes et que, par ailleurs, le Canada tarde à s'attaquer à cette question. D'autres pays ont pourtant démontré que l'adoption de stratégies plus musclées de répression des fraudes mène à une réduction très marquée des ventes de contrebande⁵². Les résultats du sondage 2010 de l'ACSP auprès des bureaux de santé font ressortir deux obstacles de taille à la mise en place, chez nous, d'activités de prévention de la contrebande : les conflits de juridiction et le manque de lois efficaces. Plus précisément, les représentants des bureaux de santé ont déploré le manque de mordant (et la mollesse d'application) des lois fédérales ou provinciales visant la vente, l'achat et la possession de produits de contrebande⁵³. Et il n'incombe pas aux bureaux de santé de régler les enjeux liés à la contrebande, ces problèmes relevant plutôt des gouvernements fédéral et provinciaux. De ce fait, les efforts de sensibilisation des agences de santé publique, à propos des aspects négatifs de la contrebande, ne peuvent qu'être limités.

Instaurer des mesures novatrices visant à rendre l'industrie encore plus imputable

La plupart des mesures de contrôle du tabac prises ailleurs dans le monde, qu'elles aient pour objectif de modifier les comportements individuels ou d'imposer des exigences aux compagnies de tabac, sont en fait des mesures de « contrôle de la demande ». On peut douter qu'il sera possible d'éliminer le fléau social qu'est le tabagisme si les efforts en ce sens ne se limitent qu'aux stratégies de contrôle de la demande : des approches axées sur la régulation de l'offre doivent aussi être pleinement intégrées au plan d'ensemble. Tous les acteurs au sein de la communauté de contrôle du tabac doivent commencer à examiner et à mettre en place des stratégies visant à réduire la quantité de produits du tabac disponibles et, à long terme, à interdire carrément la présence de ces produits sur le marché. Une option, pour les gouvernements, serait d'instaurer une réglementation axée sur les performances⁵⁴, pour faire en sorte que les fabricants de tabac soient tenus responsables de l'atteinte (ou de la non-atteinte) d'objectifs en matière de santé publique, plus précisément des objectifs annuels obligatoires de réduction du tabagisme qui seraient devenus relativement réalisables grâce à une combinaison de mesures de réduction de l'offre et de réduction de la demande. Ce serait là une véritable nouvelle orientation en matière de contrôle du tabac, orientation que l'ACSP soutient; aussi invite-t-elle les gouvernements à l'envisager.

D'autres mesures de régulation de l'offre (c.-à-d. de régulation de l'industrie du tabac) méritent aussi d'être examinées plus en profondeur. Au Canada, les chercheurs sur la question du contrôle du tabac ont rappelé que l'obligation légale des cigarettiers de continuer à faire des profits est bien sûr un obstacle considérable au contrôle du tabac. Ces chercheurs proposent que l'offre de tabac ne soit plus l'apanage des entreprises constituées en sociétés à but lucratif. À la place, les ventes de produits du tabac seraient confiées à des organismes sans but lucratif travaillant dans l'intérêt public, avec comme objectif principal d'éliminer graduellement les produits du tabac⁵⁵. Les mêmes chercheurs ont aussi suggéré que les fabricants de tabac existants soient obligés de procéder à une élimination graduelle de leur offre de produits, tout en devant satisfaire à leurs obligations fiduciaires de réaliser des profits⁵⁶. En Australie, un chercheur a proposé une approche similaire, où la distribution de tous les produits du tabac serait assujettie au monopole de l'État (agence de distribution), ce qui aiderait à réguler l'offre et la demande de tabac⁵⁷. Des chercheurs de la Nouvelle-Zélande ont aussi émis l'idée d'abaisser progressivement les plafonds autorisés sur l'offre de produits du tabac, jusqu'à ce que l'usage du tabac soit considérablement réduit ou éliminé graduellement. Là encore, ces initiatives s'accompagneraient de mesures de contrôle de la demande de plus en plus contraignantes⁵⁸. Les sociétés productrices de tabac chercheraient pour leur part à maximiser leurs ventes, mais seraient davantage soumises à l'exigence d'une offre contingentée, appelée de surcroît à diminuer progressivement. Bref, la communauté de la santé publique doit appuyer la recherche et la mise en œuvre de stratégies novatrices et efficaces axées à la fois sur des mesures de contrôle de la demande et des mesures de régulation de l'offre, au moyen d'efforts concertés pour éliminer graduellement, sur le long terme, la vente de produits du tabac.

RECOMMANDATION

L'ACSP invite la communauté de la santé publique à collaborer avec les communautés de lutte antitabac et les communautés économiques afin d'explorer des stratégies novatrices et efficaces de lutte antitabac axées sur l'offre.

H. SOUTENIR LES EFFORTS DE CONTRÔLE DU TABAC À L'ÉCHELLE MONDIALE

À l'échelle mondiale, on compte plus de 1 milliard de fumeurs. Bon an mal an, on enregistre plus de 5 millions de décès liés au tabagisme, soit 10 % des décès de personnes adultes sur la planète⁵⁹. Le tabac est aussi en cause comme facteur de risque de six des huit principales causes de décès à l'échelle mondiale. Il n'y a pas de temps à perdre. Des efforts constants et l'appui à une combinaison sensée et exhaustive d'interventions (y compris auprès de populations ciblées tels que des groupes socialement désavantagés), dans le cadre des programmes de contrôle du tabac, sont d'une importance suprême.

Depuis 1996, l'ACSP appuie activement les efforts d'associations de santé publique de 20 pays dits à revenu faible ou à revenu intermédiaire pour militer en faveur de la ratification et de l'application de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) dans leur pays respectif et pour y instaurer des mesures efficaces de contrôle du tabac – plus précisément l'application des articles 6, 8, 11 et 12 de la CCLAT⁶⁰. Pendant plusieurs années, l'ACSP a collaboré avec le comité de gestion du système international de surveillance du tabagisme (dirigé par l'OMS et les CDC [Centers for Disease Control and Prevention] des États-Unis) et a soutenu la réalisation de l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes (GYTS), de l'Enquête mondiale sur le personnel des écoles (GSPS) et de l'Enquête mondiale sur les professionnels de la santé (GHPS), dans plusieurs pays d'Afrique et d'Europe de l'Est. L'ACSP a aussi plaidé en faveur du contrôle du tabac en tant qu'enjeu prioritaire pour la Fédération mondiale des associations de santé publique.

Le Forum canadien sur la lutte internationale contre le tabagisme, dont l'ACSP est l'un des membres fondateurs, est un réseau d'organismes non gouvernementaux canadiens qui œuvrent au renforcement et à l'évolution des mesures de contrôle du tabac à l'échelle mondiale. Le Forum a informé le gouvernement du Canada que le financement peu constant et peu prévisible qu'il a accordé ces dernières années au soutien des efforts mondiaux de contrôle du tabac – comme cela est prévu dans la CCLAT – a eu un grave impact sur la capacité des partenaires du Forum canadien sur la lutte internationale contre le tabagisme à mettre sur pied leurs programmes. Dans plusieurs cas, les projets proposés ont dû être abandonnés, Santé Canada ayant fait des choix qui se sont traduits par un manquement à ses

obligations de financer le contrôle mondial du tabac. Dans d'autres cas, les activités et les échéanciers prévus pour le projet ont été revus à la baisse pour cadrer avec les exigences de Santé Canada. L'absence d'un financement durable et prévisible, conjuguée à l'absence d'un mécanisme de financement pluriannuel des projets, est un enjeu qui préoccupe l'ACSP et le Forum canadien sur la lutte internationale contre le tabagisme.

L'ACSP soutient vivement l'idée que le Canada en vienne à jouer un rôle revitalisé dans les pourparlers qui mèneraient à un consensus international sur la réduction des produits du tabac et sur les mesures de contrôle du tabac – deux thèmes qui relèvent de la CCLAT. Nous souhaitons que notre pays soit un modèle à suivre quant aux mesures à prendre en vue de protéger les populations des méfaits du tabagisme.

RECOMMANDATION

L'ACSP invite le gouvernement fédéral à travailler en partenariat avec les acteurs canadiens et leurs partenaires étrangers, et appuyer leurs efforts a) pour élaborer et appliquer des stratégies antitabac efficaces et contrer la riposte de l'industrie du tabac dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et b) pour mettre en place un financement soutenu et prévisible, ainsi que des mécanismes de financement pluriannuels, à l'appui des initiatives internationales de lutte antitabac.

RÉFÉRENCES

1. Physicians for a Smoke-Free Canada. (2011). *Smoking rates by province, 2000-2010*.
2. Rehm J., Baliunas D., Brochu S., et al. (2006). *The Costs of Substance Abuse in Canada 2002*. Canadian Centre on Substance Abuse.
3. Physicians for a Smoke-Free Canada. (2011). *Smoking among young Canadians by province, 2000-2010*.
4. Santé Canada. *Sommaire des résultats de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes 2008-2009*. [Consulté le 9 septembre 2011 à : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_survey-sondage_2008-2009/result-fra.php].
5. U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health.
6. Rehm J., op cit.
7. Industrial Economics Incorporated. (2009). *Economic evaluation of Health Canada's proposal to amend the tobacco product information regulations: Final report*. Regulations Division, Office of Regulations and Compliance, Controlled Substances and Tobacco Directorate. Healthy Environments and Consumer Safety Branch, Health Canada.
8. Collishaw N. (2011) *Phasing out tobacco*. Presented at the European Conference on Tobacco or Health 2011. Amsterdam (February). [Consulté à : <http://ectoh.org/documents/Neil%20Collishaw%202011%20Phasing%20out%20tobacco-7%20-%20v11.pdf>].
9. Government of Nova Scotia. (2011). *Moving toward a tobacco-free Nova Scotia: Comprehensive tobacco control strategy for Nova Scotia*. [Consulté le 18 juin 2011 à : <http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/Moving-toward-Tobacco-Free-NS-Strategy.pdf>].
10. Canadian Public Health Association. (2010). *Synthesis of findings from the Next Stage Project*.
11. Physicians for a Smoke-Free Canada. (2011). *Questions and answers about prohibiting new and rarely used tobacco products and phasing out cigarettes, cigars and smoking tobacco in Canada*.
12. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2005). *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. [Consulté à : http://www.who.int/fctc/text_download/fr/index.html].
13. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2010). *Canada's 2010 report on progress in FCTC implementation*. [consulté à : <http://www.who.int/fctc/reporting/can/en/index.html>].
14. Global Tobacco Control Forum. (2010). *Canada's implementation of the Framework Convention on Tobacco Control: A civil society 'shadow report'*. [Consulté à : http://www.smoke-free.ca/pdf_1/FCTC-Shadow-2010-Canada.pdf].
15. Collishaw N. (2009). *History of tobacco control in Canada*. [consulté à : http://www.smoke-free.ca/pdf_1/2009/History%20of%20tobacco%20control%20in%20Canada.pdf].
16. Santé Canada. *ESUTC La Prévalence du Tabagisme 1999 - 2010*. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC). [Consulté à : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_prevalence/prevalence-fra.php].
17. Babayan A, Srikandarajah A, Duncan A, Schwartz R. (2010). *Survey on tobacco control in Canada's public health units and health regions: Survey results report*. Commissioned by the Canadian Public Health Association. [Consulté à : http://www.cpha.ca/uploads/progs/substance/tobacco/cpha_survey.pdf].
18. Santé Canada. (1999). *Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme*. [Consulté à : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/tobac-tabac-fra.php>].
19. Doucas F. (March 15, 2011). *A letter from Flory Doucas, Co-director of the Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, to The Honourable Leona Aglukkaq, Minister of Health, Government of Canada*.
20. Tobacco Control Program financial information (unaudited), Bureau de la vérification et de la responsabilisation et Santé Canada. (2008). *Rapport de vérification final – Direction de la lutte contre le tabagisme : Vérification des systèmes et pratiques de gouvernance*. [Consulté à : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_audit-verif/2008-12/index-fra.php]. Tel que cite en Doucas F.
21. Banque Mondiale. (2000). *Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Washington, D.C. [Consulté à : <http://siteresources.worldbank.org/INTETC/Resources/375990-1113853423731/Curbing-Tobacco-French.pdf>].
22. Pan American Health Organization. (2003). *Greatest hits' of tobacco control opponents: Suggested responses to common queries*. [Consulté le 17 février 2011 à : www.paho.org/English/AD/SDE/RA/toh_greatest_hits.doc].
23. Pletcher MJ et al. (2006). Menthol cigarettes, smoking cessation, atherosclerosis, and pulmonary function. *Arch Intern Med*, 166:1915-1922.

24. Kreslake JM et al. (2008). Tobacco industry control of menthol in cigarettes and targeting of adolescents and young adults. *American Journal of Public Health*, 98(9): 1685.
25. Clark P et al. (2008). *Menthol cigarettes: What do we know?* Background paper presented to the World Health Organization, University of Maryland (November).
26. Phillips CV, Rabi D, Rodu B. (2006). Calculating the comparative mortality risk from smokeless tobacco versus smoking. *Am J Epidemiol*, 163:S189.
27. Harris J. *Cigarette advertising and promotion in Canada: Effects on cigarette smoking and public health*. [en ligne]; 1989 [Consulté le 22 septembre 2010, au <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/rpk70g00/pdf>].
28. Callard C, Thompson D, Collishaw N. (2005). *Curing the addiction to profits: A supply-side approach to phasing out tobacco*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.
29. Chapman S. (2011). Tar wars over smoking cessation. *British Medical Journal*, 342: d5008 doi: 10.1136/bmj.d5008.
30. Harris J. (1989). *Cigarette advertising and promotion in Canada: Effects on cigarette smoking and public health*. [Consulté le 22 septembre 2010, au <http://www.legacy.library.ucsf.edu/tid/rpk70g00/pdf>].
31. Voir :
Chapman S, et al. (1999). The impact of smoke-free workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United States. *AJPH*, Jul;89(7): 1018-23.
Pizacani BA, et al. (2004). A prospective study of household smoking bans and subsequent cessation related behaviour: The role of stage of change. *Tobacco Control*, March; 13(1): 23-28.
Gilpin EA, et al. (2006). Population effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation: What is associated with increased success? *Nicotine and Tobacco Research*, Oct;8(5): 661-9
Shields M. (2004). *Un pas en avant, un pas en arrière : abandon du tabac et rechute*. Statistique Canada. 82-618.
Santé Canada. (2011). *Econometric evaluation of tobacco control initiatives in Canada, 1999-2009*. (auteure : L. Gagné).
32. Babayan A, Srikandarajah A, Duncan A, Schwartz R. (2010). *Survey on tobacco control in Canada's public health units and health regions: Survey results report*. Rapport commandé par l'ACSP. [Consulté le 15 avril 2010, au http://www.cpha.ca/uploads/progs/substance/tobacco/cpha_survey.pdf].
33. Médecins pour un Canada sans fumée / Physicians for a Smoke-Free Canada. (2010). *Smoking rates in Canada by age 2000-2009*. [Consulté le 27 août 2010, au <http://www.smoke-free.ca/factsheets/pdf/cchs/Canada-2009-smokingratesbyage.pdf>].
34. Blas E and Kurup AS (Eds.). *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. World Health Organization (WHO): Geneva, 2010, p. 214.
35. Frohlich KL, Potvin L. (2008). The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98: 216-221.
36. Reid JL, Hammond D, Drizen P. (2010). Socio-economic status and smoking in Canada, 1999-2006: Has there been any progress on disparities in tobacco use? *Canadian Journal of Public Health*, 101(1): 73-78.
37. Greaves L and Jategaonkar N. (2006) Tobacco policies and vulnerable girls and women: toward a framework for gender sensitive policy development. *J Epidemiol Community Health*. 60(Suppl 2): ii57-ii65.
- OMS / WHO – International Development Research Centre. (2007) *Gender and tobacco control: a policy brief*. [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/policy_brief.pdf].
38. Nevala J, Forsythe J. (2010) *The Next Stage: Delivering Tobacco Prevention and Cessation Knowledge through Public Health Networks. Findings from Key Informant Interviews*. Rapport commandé par l'ACSP.
39. Hamilton VD, Levington C, St-Pierre Y, Grimard F. (1997). The effect of tobacco tax cuts on cigarette smoking in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 156(2): 187-191.
40. Nevala and Forsythe, op cit.
41. Statistique Canada. (2005) *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* [http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SurvId=3226&SurvVer=0&InstId=15282&InstaVer=3&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2]
- Statistique Canada. (2006) *L'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 : Santé et situation sociale des Inuits* [<http://www.statcan.gc.ca/pub/89-637-x/89-637-x2008001-fra.pdf>]
- Société canadienne de pédiatrie. (2010). *L'usage et le mésusage du tabac chez les Autochtones*. *Paediatr Child Health* 2006;11(10):681-5 [<http://www.cps.ca/francais/enonces/II/FNIH06-01.htm>].
42. Babayan A, Srikandarajah A, Duncan A, Schwartz R. (2010). *Op cit*.
43. Moloughney BW. (2010). *The Next Stage: Delivering tobacco prevention and cessation knowledge through public health networks – DRAFT Report*. Tobacco control education - Project area 3. Canadian Public Health Association.
44. Boily M, Lovato C, Murphy C. (2006). *Training in tobacco cessation counseling for medical, nursing, dentistry and pharmacy students: Environmental scan and recommendations*. Rapport préparé pour l'ACSP. [<http://www.cpha.ca/uploads/progs/substance/tobacco/chpscstudyfinal.pdf>].
45. Moloughney BW. (2010). *Op cit*.
46. Tilson M. (2011). *Reducing the availability of tobacco products at retail: Policy analysis*. Non-Smokers' Rights Association.
47. Corporate Research Associates Inc. (2005). *National baseline survey on the tobacco retail environment: Final report, POR-04-48*. Préparé pour Santé Canada. [Consulté en février 2011, au [http://www.smoke-free.ca/filtertips-5/POR-05-48%20FINAL%20\(2\).doc](http://www.smoke-free.ca/filtertips-5/POR-05-48%20FINAL%20(2).doc)]. Cité dans Tilson, p. 37.
48. Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario / Ontario Tobacco Research Unit. (2011). Prohibition of tobacco sales in specific places: Monitoring update. *OTRU Update*. (19 février 2011).
49. Nevala and Forsythe, op cit.
50. Reitzel LR, Cromley EK, Li Y, Cao Y, Dela Mater R, Mazas CA, Cofta-Woerpel L, Cinciripini P, Wetter DW. (2010). The effect of tobacco outlet density and proximity on smoking cessation. *Am J Public Health*, 101(2):315-20. [<http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/AJPH.2010.191676v1>].
51. Callaghan RC, Veldhuizen S, Ip D. (2010) Letter: Contraband cigarette consumption among adolescent daily smokers in Ontario, Canada. *Tob Control* 2011;20:173-174. D'abord publiée en ligne, le 21 octobre 2010.
52. Forum canadien sur la lutte internationale contre le tabagisme / Canadian Global Tobacco Control Forum. (2010). *Canada's implementation of the Framework Convention on Tobacco Control: A civil society 'shadow report'*. [Consulté le 14 février 2011, au http://www.smoke-free.ca/pdf_1/FCTC-Shadow-2010-Canada.pdf].
53. Babayan A, Srikandarajah A, Duncan A, Schwartz R. (2010). *Op cit*.
54. Médecins pour un Canada sans fumée / Physicians for Smoke-Free Canada. (2010). *Future options for tobacco control: Performance-based regulation of tobacco*. [http://www.smoke-free.ca/eng_home/news_whatsnew.htm].
55. Callard C, Thompson D, Collishaw N. (2005). *Curing the addiction to profits: A supply-side approach to phasing out tobacco*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.
56. Collishaw N. (2011) *Phasing out tobacco*. Presented at the European Conference on Tobacco or Health 2011. Amsterdam (février 2011). [<http://ectoh.org/documents/Neil%20Collishaw%202011%20Phasing%20out%20tobacco-7%20-%20v11.pdf>].
57. Borland R. (2003). A strategy for controlling the marketing of tobacco products: a regulated market model. *Tobacco Control*, Dec;12: 374-82.
58. Thomson G, Wilson N, Blakely T, Edwards R. (2010). Ending appreciable tobacco use in a nation: Using a sinking lid on supply. *Tob Control*, 19:431-435. [<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/19/5/431.abstract>].
59. OMS / WHO (2010). *Tabagisme*. Aide-mémoire n° 339. [consulté le 7 février 2011, au <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/index.html>].
60. Association canadienne de santé publique. (2009) *Where there is smoke: CPHA's involvement in international tobacco control*. [<http://www.cpha.ca/uploads/progs/substance/tobacco/wherenosmoke2009.pdf>]. Ce document fait actuellement l'objet d'une mise à jour.



Fondée en 1910, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) est le porte-parole de la santé publique au Canada. Son indépendance, ses liens avec la communauté internationale et le fait qu'elle est la seule organisation non gouvernementale canadienne à se consacrer exclusivement à la santé publique font qu'elle est idéalement placée pour conseiller les décideurs à propos de la réforme du réseau de santé publique et pour orienter les initiatives visant à protéger la santé individuelle et collective au Canada et dans le monde. Avec son effectif diversifié issu de plus de 25 professions, son efficacité démontrée, son approche collaborative et son envergure nationale, l'ACSP est le leader canadien en santé publique.

www.cpha.ca