



SYNTHÈSE DE L'INITIATIVE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Présenté à :

Santé Canada

Comité ministériel de vérification et d'évaluation

6 mai 2004



Santé Health
Canada Canada



SYNTHÈSE DE L'INITIATIVE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

AVRIL 2004

Division de l'évaluation des programmes du Ministère
Direction de la recherche appliquée et de l'analyse
Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité
Santé Canada



Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch
Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité

Canada

SYNTHÈSE DE L'INITIATIVE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

INTRODUCTION

À la demande du Programme de la lutte au tabagisme (PLT), la Division de l'évaluation des programmes du Ministère (DEPM) de Santé Canada a entrepris une évaluation de l'Initiative de lutte contre le tabagisme (ILT). Les objectifs de cette Initiative étaient les suivants :

- réduire le tabagisme et ses effets nocifs sur la santé chez la population canadienne, et particulièrement chez les jeunes;
- réduire les taux de maladies et de décès liés au tabagisme;
- assurer une infrastructure qui soutient la planification coordonnée, la collaboration, les pratiques exemplaires et les politiques et qui renforce les capacités des organisations, des collectivités et des jeunes;
- amener le public à appuyer les mesures de lutte contre le tabagisme et le sensibiliser à l'industrie du tabac.

Dans la foulée des stratégies de contrôle ou de réduction du tabac qui ont été mises en œuvre de 1986 à 1996, notamment la Stratégie de réduction de la demande de tabac, le gouvernement fédéral a lancé en 1997-1998 l'ILT et y a affecté un budget de 50 millions de dollars. Ces ressources ont été affectées sur cinq ans, jusqu'en mars 2002, pour des travaux liés à la réglementation et à la conformité. En 1998-1999, on a ajouté une voie de financement continue de 10 millions de dollars par année afin d'éduquer le public. Une analyse stratégique a été effectuée dans le but d'intégrer le budget permanent à la nouvelle Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT), qui a remplacé l'ILT en 2001. Les partenaires et les clients de l'ILT étaient diversifiés : provinces et territoires, intervenants de la santé et organismes non gouvernementaux. Parmi ces bénéficiaires ultimes, il y avait les Canadiens et les jeunes.

Selon la politique du Conseil du Trésor, on devrait évaluer périodiquement ce genre de programme en fonction de ses objectifs déclarés. Ainsi, l'évaluation de l'ILT visait à examiner la mesure dans laquelle l'Initiative avait réalisé ses objectifs, à dégager ses réussites et ses faiblesses, à établir des données de base pour l'évaluation future de la SFLT, et à fournir à la direction du programme de l'information pertinente pour qu'elle puisse améliorer la gestion et l'évaluation de la SFLT.

MÉTHODE

Après un long processus de planification et une fois l'objectif de l'évaluation accepté, les responsables de la DEPM et du PLT se sont entendus, en juin 2002, sur la nature de l'évaluation et de la demande de propositions visant l'embauche d'un entrepreneur. Dans la

section ci-dessous, qui porte sur les questions contractuelles, on explique les retards qui ont eu un effet sur la date prévue de la livraison du rapport d'évaluation. En collaboration avec les responsables du PLT, la Division de l'évaluation des programmes du Ministère (DEPM) de Santé Canada a conçu des méthodes et rédigé des questions d'évaluation, pour ensuite en faire part à l'entrepreneur embauché, Conseils et Vérification Canada (CVC). Voici quelques-unes des questions qui ont été formulées : l'ILT a-t-elle adopté une approche proactive pour assurer l'exécution de la *Loi sur le tabac* et de son règlement? L'ILT a-t-elle contribué à apporter à l'infrastructure des améliorations qui soutiennent la planification et la collaboration, ainsi que la mise en commun de pratiques exemplaires, de leçons et de politiques? Dans quelle mesure l'ILT a-t-elle contribué à amener le public à soutenir davantage les mesures de lutte contre le tabagisme et à le sensibiliser à l'industrie du tabac? Les activités de l'ILT (prévention, abandon, protection) ont-elles contribué à réduire la consommation de tabac? S'il y a lieu, que devrait-on changer dans la conception et l'exécution de l'ILT en vue de programmes futurs? Dans quelle mesure l'ILT a-t-elle élaboré des programmes de surveillance, de contrôle, de recherche et d'évaluation qui ont permis de mesurer l'efficacité de chaque composante?

On a fait appel à un comité consultatif composé de représentants du Programme de la lutte au tabagisme de Santé Canada et à un groupe d'experts, composé d'un économiste, d'un spécialiste en sciences sociales et d'un épidémiologiste pour fournir des conseils à la DEPM. Les experts n'étaient pas des employés du gouvernement fédéral. La méthode se fondait sur des approches quantitatives et qualitatives, comme un examen des enquêtes et documents pertinents. On a interrogé des intervenants pour faciliter la contextualisation de l'information obtenue au cours de l'examen. Cela a particulièrement contribué à combler les lacunes en matière d'information. Les personnes interrogées provenaient du PLT (9 personnes), de provinces (4), d'organismes non gouvernementaux (8), d'organismes de recherche sur le tabac et de lutte au tabagisme (7), d'autres administrations (2) et de l'industrie du tabac (9).

On a effectué la collecte des données et l'analyse de novembre 2002 à octobre 2003. Santé Canada peut fournir des détails sur les documents et les sondages examinés, y compris les critères d'inclusion, la conception et la taille de l'échantillon, ainsi que sur les forces et les limites de la méthode proprement dite.

Questions contractuelles

Santé Canada a décidé d'embaucher un expert-conseil et de lui confier l'évaluation afin d'accroître son objectivité et sa transparence. Au début, le Programme de la lutte au tabagisme a fixé le budget d'évaluation à 150 000 \$ et a préparé le terrain pour l'élaboration d'une demande de propositions (DDP). Au moment où la DDP a été élaborée en mai 2002, des représentants du Programme de la lutte au tabagisme ont dit craindre l'apparition de conflits d'intérêts chez les soumissionnaires qui auraient pu auparavant travailler pour l'industrie du tabac. On a demandé conseil aux autorités contractantes et aux représentants juridiques du Ministère. En juin 2002, on a affiché une DDP contenant une clause sur les conflits d'intérêts. Par la suite, on l'a modifiée de façon qu'elle soit plus claire pour les soumissionnaires

éventuels. Au bout du compte, ni la DDP originale, ni sa version modifiée n'ont généré de propositions gagnantes. Après avoir exploré différentes solutions de rechange, on a décidé que la solution la plus raisonnable consistait à embaucher Conseils et Vérification Canada (CVC), organisme de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC). On lui a attribué le contrat en novembre 2002.

CONSTATATIONS

Dans la présente synthèse, on résume les principales constatations des études techniques effectuées en appui de l'évaluation. Elles concernent les aspects suivants de l'ILT : exécution de la *Loi sur le tabac* et de sa réglementation; améliorations de l'infrastructure et leçons tirées; soutien du public à la lutte contre le tabagisme; surveillance et contrôle; conception et exécution du programme. À la fin de la présente section, on expose d'autres constatations qui ne sont pas liées à ces quatre aspects et qui n'ont donc pas été explorées en profondeur.

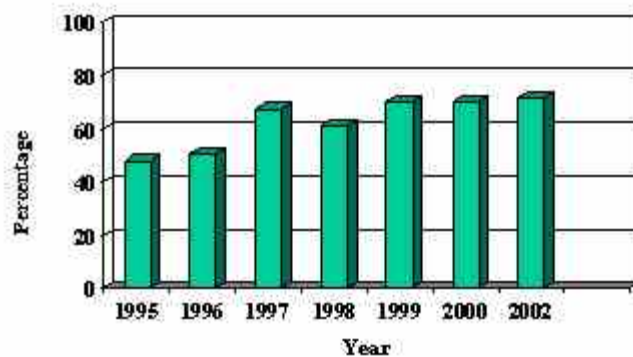
L'ILT et l'exécution de la *Loi sur le tabac* et de sa réglementation

Dans le cadre de l'évaluation, on a examiné l'efficacité des mesures d'exécution de la *Loi sur le tabac*, qui réglemente la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac au Canada. Une partie importante de la *Loi* a trait à la protection des Canadiens, surtout des jeunes, contre les effets nocifs pour la santé du tabagisme et de la dépendance qu'il entraîne.

Figure 1. Pourcentage de détaillants canadiens qui refusent de vendre à des mineurs, de 1995 à 2002¹

Percentage = Pourcentage Year = Année

Les responsables de l'ILT ont conclu des ententes avec plusieurs provinces en ce qui a trait à des activités d'exécution de la loi, comme l'inspection de magasins de détail pour déterminer s'ils vendent à des mineurs, et des vérifications de la conformité. Les détaillants se conforment un peu plus aux lois qui concernent l'accès des jeunes au tabac.



En fait, comme le montre une enquête réalisée par Nielsen tout au long de l'ILT, le pourcentage de détaillants canadiens refusant de

¹ Les données de 1995-1996 et de 2002 sont tirées d'enquêtes fondées sur une méthode semblable, mais pas identique à celle qu'on a utilisée en 1997-2001. On devrait faire preuve de circonspection au moment d'analyser les résultats à des fins comparatives.

vendre à des mineurs est passé de 67,3 % en 1997 à 69,8 % en 2000.² De plus, les constatations de Nielsen révèlent que le pourcentage de détaillants qui respectent parfaitement la loi en ce qui a trait à l'affichage de l'âge minimal requis et d'avertissements concernant les risques que présente le tabac pour la santé est passé de 37,5 % en 1997 à 47,5 % en 2000. Le pourcentage de commerces présentant de la publicité sur le tabac au point de vente (PDV) permise en vertu de la *Loi sur le tabac* est passé de 37,4 % en 1997 à 35,2 % en 2000. Même si cette diminution peut être expliquée par la marge d'erreur de l'enquête de Nielsen, qui était de $\pm 1,2$, la première diminution, même si elle n'est pas importante dans le cadre de l'ILT, semble s'inscrire dans une tendance globale qui caractérise la conformité des détaillants avec la loi depuis 1995.

Selon Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP, 1988-1999) et l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), le taux de prévalence du tabagisme chez les jeunes est passé de 27,7 % à 22,5 % de 1998 à 2001.^{3,4} Entre-temps, à l'issue d'une analyse des enquêtes effectuées de 1985 à 2001, Statistique Canada a conclu que ce taux est passé de 28,5 % à 22,5 % de 1994-1995 à 2001. On signale que la consommation quotidienne de cigarettes au Canada a diminué chez les hommes et chez les femmes ainsi que les groupes d'âge de 1985 à 2001, bien que l'usage de la cigarette chez les jeunes n'ait commencé à diminuer de façon significative qu'à compter du milieu des années 90.⁵

Lorsqu'on examine la portion de l'ILT qui est consacrée à l'exécution de la loi, on peut dire que l'Initiative a été assez efficace à ce chapitre. On a observé une certaine conformité des détaillants avec les lois, car ils limitent l'accès des jeunes aux produits du tabac, ainsi qu'une diminution du taux de tabagisme chez les jeunes. Même s'il est facile de penser que ce déclin a été causé par les activités d'exécution de la loi de l'ILT, il aurait également pu être le fait de la grande tendance sociale à renoncer au tabac. Si on avait disposé de renseignements supplémentaires (p. ex. meilleur suivi et meilleure compréhension des connaissances, des attitudes et du comportement des fumeurs), on aurait peut-être pu préciser ces liens.

Améliorations de l'infrastructure et leçons tirées

Dans la présente section, on se demande si l'ILT a aidé à créer une infrastructure qui soutient la planification coordonnée, la collaboration, les pratiques exemplaires et les politiques et qui permet de renforcer les capacités des organisations, des collectivités et des jeunes.

² AC Nielsen. *Évaluation de la conformité des détaillants avec la Loi sur le tabac et la législation provinciale sur la vente du tabac aux mineurs (rapport final)*, 2002. Préparé pour le Programme de la lutte au tabagisme, Santé Canada.

³ Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)*, 1999.

⁴ Santé Canada. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)*, 2001, (<http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/index.html>).

⁵ Gilmore, J. *Rapport sur l'usage de la cigarette au Canada, 1985-2001*, Statistique Canada, décembre 2002.

Au début, les documents stratégiques élaborés dans le cadre de l'ILT donnaient une orientation concernant les projets, les recherches (p. ex. la détermination des pratiques exemplaires) et la diffusion des résultats, ainsi que l'élaboration d'indicateurs de rendement aux fins de la surveillance et de l'évaluation. En se fondant sur ces documents, les responsables du PLT ont mené des consultations au sujet des collaborations et de la collecte et de la diffusion de l'information. Par exemple, ils ont consulté des organismes non gouvernementaux et des provinces pour concevoir de vastes campagnes médiatiques et ont mis à l'essai leurs publicités avant et après ces campagnes. Le Comité directeur de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme au Canada (SNLT) a préparé une Stratégie nationale pour le contrôle du tabac qui a été approuvée en 1999 par les ministres de la Santé. En avril 2000, le Comité consultatif sur la santé de la population (CCSP) a été créé parallèlement à un groupe de travail connexe sur la lutte contre le tabagisme.

Toutefois, d'après les résultats, la collaboration n'était pas très forte au sein de Santé Canada, notamment entre les bureaux régionaux et les autorités provinciales. De plus, les intervenants médicaux n'étaient pas très portés sur la collaboration. Cela est important parce que des recherches révèlent que les autorités de la santé publique comme les médecins et les infirmières jouent un rôle important dans l'abandon du tabac.⁶

En ce qui concerne la mise en commun de l'information, les responsables du PLT ont indiqué que les avertissements sur les paquets de cigarettes visaient à fournir de l'information sur les dangers associés au tabagisme. Pour s'assurer que l'information est bien reçue par les Canadiens, les responsables du PLT ont entrepris plusieurs études pour estimer les réactions possibles des consommateurs à l'égard de différents messages, pour mettre au point des messages optimaux et pour évaluer leur impact après leur mise en oeuvre. Ils ont également présenté des exposés sur l'élaboration de ces messages à plusieurs conférences internationales. Cependant, on disposait de peu d'analyses et de recommandations sur les liens entre les avertissements et les attitudes et les comportements liés au tabagisme des gens. On sait toutefois que la diffusion d'information bien fondée et ciblée (savoir à des populations spécifiques et sur divers supports) joue un rôle important dans la chaîne de résultats qui permettent d'améliorer la santé.⁷

En plus des messages sur les paquets de cigarettes, les responsables de l'ILT ont diffusé des résultats d'enquêtes, des études et des documents de travail, bien qu'ils semblent l'avoir fait principalement sur le site Web du Programme de la lutte au tabagisme. Ils ont également financé certains programmes communautaires ciblés. Par exemple, un projet visant à réduire et à prévenir le tabagisme chez les Inuits grâce à l'élaboration d'outils, à une formation et à la

⁶ Rice, V. et Stead, L. « Nursing interventions for smoking cessation », *Cochrane Database System Review*, 2004; 1:CD001188.

⁷ Visitez le site Web de Santé Canada à l'adresse suivante: <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/prof/cliniques/intervention/biblio.html>. Pour consulter d'autres recherches, visitez également la base de données Cochrane, à l'adresse suivante : www.cochrane.org.

diffusion d'informations semble avoir été bien accueilli par le groupe cible. Cependant, on ne connaît pas l'impact de ces activités sur la consommation de tabac parce qu'on n'a pas encore entrepris d'études sur cette tendance chez les Inuits (voir la section sur la surveillance). On n'a pas non plus recueilli de données sur l'effet du site Web et d'autres activités financées sur les capacités communautaires.

Pendant qu'on réalisait ces activités, on a observé certains changements à l'échelle municipale. Par exemple, d'après les résultats d'une enquête menée auprès de 965 municipalités et régions au Canada, environ 63 % de la population canadienne est soumise à des règlements municipaux, régionaux ou provinciaux qui limitent l'usage du tabac — au moins 30 % des administrations municipales et provinciales ont adopté ces règlements de 1996 à 2001.⁸

Les résultats montrent que l'ILT a réussi en partie à modifier l'infrastructure afin qu'elle soutienne la planification et la collaboration ainsi que la mise en commun de pratiques exemplaires, de leçons et de politiques. Des documents stratégiques importants ont aidé à fournir une orientation, il y a eu une certaine collaboration, et de l'information, même si on ne mentionne pas précisément qu'il s'agit de pratiques exemplaires, a été diffusée. En même temps, les résultats ne montrent pas que l'ILT a renforcé les capacités des organisations, des collectivités et des jeunes. Dans les documents examinés, on n'a pas trouvé de rapports d'étape réguliers sur l'ILT. Par conséquent, on ne peut pas dire que l'Initiative a amélioré l'infrastructure ou cerné de façon systématique des pratiques exemplaires en matière de lutte contre le tabagisme. Il n'est pas clair que des règlements ont changé directement à cause des interventions de l'ILT. Toutefois, on ne saurait nier que l'ILT a contribué à ce changement en consultant des partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux, en partageant de l'information avec eux, et en finançant des organismes non gouvernementaux pour sensibiliser la population aux dangers du tabagisme pour la santé.

Soutien du public à l'égard de la lutte contre le tabagisme

Dans la présente partie de l'évaluation, nous avons examiné dans quelle mesure l'ILT a amené le public à soutenir les mesures de lutte contre le tabagisme et l'a sensibilisé à l'industrie du tabac.

⁸ Santé Canada. *Règlements municipaux sur le tabac au Canada en 2001*, Bureau de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation — Programme de la lutte au tabagisme, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada, 2001.

En 1999, une enquête réalisée par Environics a révélé que 72 % des Canadiens et 52 % des fumeurs pensaient que le tabagisme au Canada constituait un problème majeur.⁹ Quatre-vingt-quatre pour cent (84 %) des Canadiens savaient que le gouvernement fédéral réglemente la vente, le contenu et la promotion des produits du tabac. De plus, les fabricants de produits du tabac doivent fournir au gouvernement fédéral de l'information détaillée et exhaustive sur leurs ventes de tabac et les ingrédients de leur produits du tabac, y compris les substances toxiques. Quatre-vingt pour cent (80 %) des Canadiens et 73 % des fumeurs estiment que cette obligation permet à Santé Canada de faire son travail. En outre, cinquante-quatre pour cent (54 %) des Canadiens sont en faveur de l'interdiction de réaliser des activités promotionnelles liées à la commandite d'événements par des compagnies de tabac.

Le fait que les Canadiens soutiennent le financement montre également qu'ils appuient la lutte contre le tabagisme. Par exemple, 49 % des Canadiens ont dit qu'il était raisonnable d'affecter 100 millions de dollars aux stratégies de lutte contre le tabagisme, 20 % ont mentionné que c'était trop peu, et 23 %, que c'était beaucoup trop. En outre, la plupart des Canadiens jugeaient que le gouvernement fédéral devrait accorder beaucoup d'importance aux stratégies qui visent à décourager les jeunes de commencer à fumer ((88 %) et à aider les jeunes fumeurs à renoncer au tabac (86 %). Les répondants au sondage ont dit être en faveur de diverses stratégies, comme : l'exécution des règlements qui interdisent la vente de produits du tabac aux mineurs (73 %); la détermination de programmes locaux qui permettent vraiment de réduire le tabagisme, et leur promotion à l'échelle nationale (84 %); le remboursement par les régimes d'assurance-maladie de l'achat d'aides à l'abandon du tabac (79 %); information exhaustive sur Internet concernant les dangers du tabac (68 %); et publicités télévisées contre les activités des compagnies de tabac (62 %).

Les données laissent croire que l'ILT a réussi dans une certaine mesure à amener le public à appuyer la lutte contre le tabagisme dès le début. Le public estimait clairement que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans ce domaine. Toutefois, comme rien n'indique que le soutien du public avait changé à la fin de l'ILT, on ne peut pas dire que l'Initiative a permis d'améliorer ou de maintenir ce soutien dans le temps. Des renseignements supplémentaires sur les tendances nous auraient certainement permis de le déterminer.

Surveillance et contrôle

Dans la présente partie de l'évaluation, nous avons examiné l'efficacité de la surveillance et du contrôle des activités liées à la prévention, à l'abandon et à la protection de l'ILT. Même si les résultats ne révèlent pas la façon dont on a cerné et comblé les lacunes en matière de

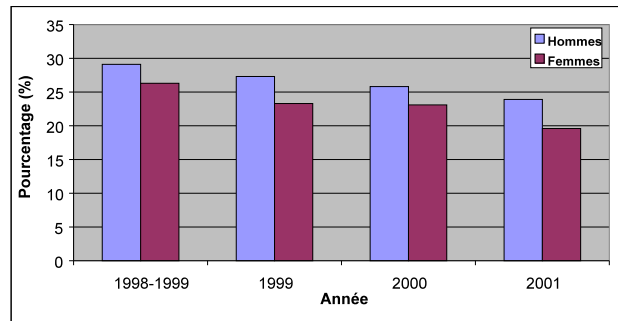
⁹ Environics. *Canadian Attitudes Towards Tobacco Regulations*, mars 1999, rapport réalisé pour le compte de Santé Canada.

surveillance, on a entrepris des activités considérables de surveillance, comme l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) et une recherche sur l'opinion publique, des vérifications de la conformité des détaillants, et une étude sur le taux de tabagisme chez les Premières nations et les Inuits.

De 1998 à 2001, la prévalence du tabagisme est passée de 27,7 % (ENSP, 1998-1999) à 21,7 % (ESUTC, 2001).^{10,11} Toutefois, l'information recueillie au cours de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, 2001) a révélé que le taux de tabagisme en 2001 était de 26,8 %. Cependant, la taille des échantillons utilisés dans l'ESUTC et dans l'ESCC variait considérablement.¹² Par exemple, dans l'ESCC, le taux de réponse était de 85 %, et représentait en chiffres réels 118 491 Canadiens âgés de 15 ans et plus. Par contre, le taux de réponses à l'ESUTC se situait à 77,5 % et représentait 21 788 Canadiens âgés de 15 ans et plus. À première vue, les données de l'ESCC peuvent inspirer davantage confiance, car le taux de réponse et la taille de l'échantillon étaient supérieurs. On trouve dans le *Rapport sur l'usage de la cigarette, 1985 à 2001*, publié par Statistique Canada, une analyse des différences méthodologiques entre ces enquêtes et d'autres sondages.¹³ Dans le rapport, on laisse entendre que le contexte dans lequel l'entrevue a été menée peut avoir eu une influence sur les résultats, étant donné que l'ESUTC a été administrée par téléphone, et l'ESCC, en personne. Cependant, les auteurs du rapport n'ont pas pu expliquer les différences relevées au titre des taux de tabagisme signalés au terme de l'ESCC et de l'ESUTC. Néanmoins, Statistique Canada a conclu que le tabagisme a diminué de façon stable depuis 1985.

Figure 2. Prévalence du tabagisme selon le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Canada, de 1998-1999 à 2001^{10, 11}

Au lancement de l'ILT, le taux de tabagisme chez les Premières nations et les Inuits se situait à 62 %, selon les données recueillies dans l'Enquête sur la santé des Premières nations et des Inuits (1997).¹⁴ Ce taux est presque le



¹⁰ Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)*, 1998-1999.

¹¹ Santé Canada. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)*, 2001, (<http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/index.html>).

¹² Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2000-2001.

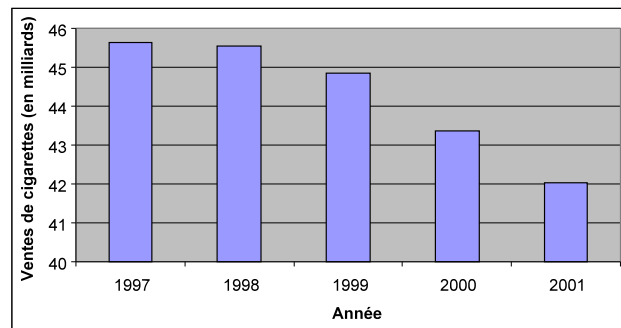
¹³ Gilmore, J. *Rapport sur l'usage de la cigarette, 1985 à 2001*. Statistique Canada, décembre 2002.

¹⁴ On peut consulter le rapport de l'Enquête à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/aboriginalhealth/reports_summaries/regional_survey_ch4.pdf

double de la moyenne canadienne. C'est un signe que les soins de santé et le fardeau social que supposent les maladies et les décès liés au tabagisme dans ces populations pourraient devenir considérables dans l'avenir.

De 1997 à 2001, les ventes de cigarettes au pays ont diminué considérablement, passant de 45,6 milliards de dollars à 42 milliards de dollars. On remarquera que, en ce qui concerne la consommation de cigarettes, les données recueillies révèlent que la proportion de personnes qui fument de 11 à 25 cigarettes par jour est passée de 64 % en 1997-1998 à 58 % en 2001. De plus, le taux d'abandon du tabagisme chez les fumeurs adultes (57 %) est beaucoup plus élevé que chez les jeunes fumeurs (21 %), mais on constate des variations modérées d'une province à l'autre. Cinquante pour cent (50 %) des ex-fumeurs ont indiqué avoir renoncé à la cigarette principalement pour des raisons de santé. Parmi les principaux moyens qu'ils ont utilisés, mentionnons la simple motivation (sans aucune aide) et un timbre de nicotine ou Zyban. En outre, les personnes qui fumaient des cigarettes étiquetées comme étant « légères ou douces » — environ deux fumeurs sur trois — étaient plus susceptibles de penser à cesser de fumer.

Figure 3. Ventes de cigarettes importées et canadiennes de 1997 à 2001, Canada¹⁵



Dans le cadre des activités de surveillance et de contrôle, on a également cherché à savoir à quel endroit les Canadiens avaient obtenu de l'information sur les effets du tabagisme sur la santé. En 2001, selon Environics, les Canadiens ont reçu de l'information sur les effets du tabagisme sur la santé à la télévision (62 %), dans les journaux (25 %) ou sur les paquets de cigarettes (20 %).¹⁶ Quatre-vingt-dix pour cent (90 %) des personnes interrogées se

souvenaient des avertissements pour la santé qui figurent sur les paquets de cigarettes. Cependant, parmi les fumeurs qui ont essayé d'arrêter de fumer, 70 % ont indiqué que la publicité ou l'information sur les effets du tabac ou les pratiques de l'industrie du tabac ne les auraient pas aidés à renoncer au tabagisme. Néanmoins, 30 % des fumeurs ont trouvé cette information utile. Cela est important, étant donné qu'une étude publiée en 2003 a révélé que certains fumeurs qui avaient lu des avertissements sur des paquets de cigarettes, y avaient réfléchi et en avaient discuté au début d'une étude étaient plus susceptibles d'avoir cessé de fumer, d'avoir essayé ou d'avoir réduit leur consommation de cigarettes trois mois plus tard.¹⁷

¹⁵ Site Web sur le tabac de Santé Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/index.html#ventes>).

¹⁶ Environics. *Health effects of tobacco and health warning messages on cigarette packages*. Février 2001. Rapport rédigé pour le compte de Santé Canada.

¹⁷ Hammond, D. et coll. « Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour ». *Tobacco Control*. 2003; (12)4; p. 391-195.

Entre-temps, certains répondants d'un sous-échantillon d'ESUTC (2001) de 11 140 Canadiens âgés de 15 ans et plus ont signalé que les enfants étaient moins exposés à la fumée secondaire à la maison qu'auparavant. En effet, on a découvert que le taux d'exposition des enfants à la fumée secondaire avait diminué considérablement, passant de 33 % en 1996-1997 à 21 % en 2001. Des travailleurs canadiens faisant partie de ce sous-échantillon ont également indiqué que les milieux de travail sans fumée étaient plus nombreux qu'auparavant, leur proportion étant passée de 52 % en 1998-1999 à 61 % en 2001. Le lecteur remarquera que ces chiffres se rapportent à des renseignements qui ont été fournis volontairement et qui n'ont pas été étayés par des données supplémentaires.

Même si les personnes interrogées ont exprimé tout un éventail de croyances au sujet de l'impact de l'ILT sur la consommation de cigarettes, les données laissent croire que les activités de surveillance et de contrôle ont permis de surveiller des changements pertinents. Par conséquent, la surveillance et le contrôle des activités liées à la prévention, à l'abandon et à la protection de l'ILT ont été efficaces en partie, même si elles auraient pu être étayées par d'autres renseignements sur la détermination des lacunes au chapitre de la surveillance et de la prévention. De plus, notre tâche aurait certainement été plus facile si les objectifs avaient été clairement déterminés (p. ex. diminution de 10 % des ventes de cigarettes). En outre, il est toujours important, au cours d'une enquête et de travaux connexes, de prendre des mesures au début et à la fin de toute initiative. Cela nous permet de suivre les changements qui pourraient intéresser les intervenants et les gestionnaires de programmes.

Conception et exécution de l'ILT

Dans le cadre de l'évaluation, on a examiné la conception et l'exécution de l'ILT afin de déterminer ce qu'on pouvait changer dans le cadre de futurs programmes et si on aurait pu utiliser d'autres moyens pour administrer l'ILT ou ses composantes d'une façon plus efficace et efficiente.

Les résultats ont fait ressortir de nombreux problèmes au chapitre de l'exécution et de la conception de l'ILT. Par exemple, la surveillance et le rapport réguliers des activités étaient médiocres, et on ne disposait pas toujours d'indicateurs liés aux résultats escomptés. De plus, la tenue de dossiers était mauvaise, et dans certains rapports, il n'y avait pas d'analyse, de description de la méthode utilisée et de recommandations. Dans certains cas, le dossier contenait plusieurs versions d'un même document, et on ne savait pas vraiment laquelle était la version finale. Enfin, on ignorait de quelle façon on avait utilisé l'information de l'enquête pour administrer l'ILT. Les gouvernements utilisent souvent l'information pour apporter des changements à un programme ou informer des populations précises dans le cadre d'une stratégie de communication. Toutefois, les communications de l'ILT étaient insuffisantes, comme le révèlent les entretiens effectués auprès d'intervenants, qui, dans certains cas, surtout dans le cas des intervenants du secteur privé, se sont montrés frustrés compte tenu des décisions réglementaires qui les ont touchés. De plus, comme l'ILT était au tout début administrée par trois directions générales distinctes dirigées par une personne différente, il n'y

avait pas d'approche commune et unifiée face à la lutte au tabagisme à Santé Canada. En 1999, on a réglé ce problème en partie lorsque les activités de l'ILT ont été regroupées sous la direction d'un même directeur général. On a quand même observé un taux de roulement élevé et un moral à plat chez le personnel responsable du PLT. Comme le programme semblait être sur le point de se terminer, il n'est pas étonnant que certains employés aient éprouvé de l'incertitude face à leur emploi et aient donc cherché et trouvé du travail ailleurs.

De plus, on n'a pas recueilli beaucoup de données prouvant que les responsables de l'ILT ont vraiment corrigé certains points faibles du programme au cours de la durée de vie de l'initiative. Par exemple, les contraventions (amendes) dans l'Ouest canadien n'ont été corrigées que lorsqu'on en a été informé. D'autres données révèlent que les infrastructures améliorées dans une région (p. ex. par l'entremise du partage des coûts avec la province pour réduire le double emploi) n'ont pas été partagées avec d'autres ni transférées.

On ne saurait dire que la conception et l'administration de l'ILT ont été efficaces. Les responsables de l'initiative disposaient de nombreux documents stratégiques pour en orienter la mise en œuvre, mais on a relevé des lacunes importantes au chapitre de la recherche et de la planification stratégiques, ainsi que de la surveillance du rendement. On n'a pas procédé à une évaluation de mi-parcours, que l'on entreprend souvent pour des programmes de cette taille, pour ce qui est de l'ILT. Cela aurait aidé la direction à apporter des rajustements pour améliorer l'administration du programme.

Morbidité et mortalité liées au tabagisme

L'équipe d'évaluation n'a pas examiné si l'ILT avait atteint son objectif, c'est-à-dire réduire les conséquences néfastes de la consommation de tabac sur la santé. Elle considérait que cela n'était pas de son ressort. Au cours de la collecte de données, des intervenants se sont contredits quant au nombre de décès liés au tabagisme qui surviennent chaque année au Canada. En raison de ce désaccord, l'auteur estime qu'il est préférable d'en débattre dans une tribune appropriée, comme dans des publications universitaires, des conférences scientifiques, et peut-être des symposiums organisés par Santé Canada. En ce qui a trait aux effets sur la santé, on considère généralement que la modification de l'état de santé constitue des effets à long terme qui ne sont pas observables au cours de la durée de vie d'initiatives relativement brèves comme l'ILT. Tout de même, l'héritage des activités de l'ILT pourrait continuer d'influencer les modifications de l'état de santé au cours des années à venir. En fait, des études internationales révèlent que la diminution du taux de maladies et de décès a parfois été attribuée à des efforts concertés en matière de législation et d'exécution de la loi, et de diffusion des résultats de recherches et d'information, et réunissant des autorités de la santé publique, des universitaires, des organismes non gouvernementaux, des parties intéressées et le grand public.¹⁸

¹⁸ Département de la Santé et des Services à la personne des États-Unis. *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General - Executive Summary*. Département de la Santé et des Services à la personne des États-Unis, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 2000.

Autres constatations

Cette évaluation a été effectuée après la transformation de l'ILT en une nouvelle initiative, la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT). Lorsqu'on leur a posé des questions au sujet de l'ILT, les personnes interrogées n'ont pas toujours fait cette distinction et ont plutôt parlé de la SFLT. Elles ont commenté entre autres leurs préoccupations au sujet de la consultation sur la réglementation relative aux cigarettes légères et douces, la fumée secondaire et la réduction des préjudices, ainsi que les activités du programme de dénormalisation et la réaction de l'industrie à cet égard. Ces commentaires sont reproduits parce qu'ils valent la peine d'être examinés par la direction de la SFLT.

CONCLUSIONS

Une évaluation ne vise pas toujours à établir un lien défini entre un programme et ses résultats prévus et réels. Elle vise plutôt à justifier, à la lumière de faits et d'une analyse, qu'il existe une relation de cause à effet. Dans le cas qui nous occupe, les constatations ont révélé que l'ILT a contribué de façon importante à la lutte contre le tabagisme au Canada. Même si l'initiative n'a peut-être pas contribué directement à la réduction du tabagisme, elle y a certes aidé grâce à son cadre réglementaire et législatif. L'exécution des lois a limité la consommation de produits du tabac et l'accès à ces produits, et un grand nombre de Canadiens sont en faveur de cette approche. Bon nombre d'activités de surveillance, même si elles ne sont pas terminées, ont aidé à surveiller certains changements dans ce domaine. De plus, au lancement de l'ILT, le public appuyait les activités de lutte contre le tabagisme du gouvernement fédéral. De façon plus précise, les Canadiens appuyaient des stratégies qui découragent les mineurs de consommer du tabac et l'exécution de règlements interdisant la vente de produits du tabac à des mineurs.

Dans le cadre de futures stratégies, on devrait consulter davantage les intervenants pour améliorer leur participation ainsi que l'efficacité du programme. On pourrait également soutenir ces stratégies en établissant des objectifs clairs visant des résultats importants comme la diminution des taux de tabagisme. Par conséquent, on devrait disposer d'une stratégie globale de mesure et d'évaluation du rendement fondée sur une méthode harmonisée de collecte de données. De plus, les stratégies de lutte contre le tabagisme devraient continuer de permettre de cerner les lacunes en matière d'information et de tenir de solides systèmes d'information. Grâce à un leadership fort, on pourrait s'assurer d'intégrer dès que possible des constatations pertinentes à l'architecture du programme.

Le tabagisme continue de perdre du terrain au Canada. On sait que des stratégies comme l'ILT contribuent à changer l'état de santé et les attitudes sociales. Même si ces changements n'ont peut-être pas tous été illustrés ici, il est encourageant de voir des données récentes qui laissent croire que les messages d'avertissement pour la santé et l'abandon du tabac ont déjà

commencé à porter leurs fruits. Entre-temps, le gouvernement doit poursuivre ses efforts pour s'assurer que les gens ont toujours accès à de l'information judicieuse et exacte et à un cadre réglementaire et législatif approprié. De cette façon, les Canadiens pourront maintenir et protéger leur santé.

RECOMMANDATIONS

Comme on l'a déjà mentionné, l'ILT est devenue progressivement la SFLT. Par conséquent, les recommandations ci-dessus s'appliquent aux stratégies de lutte contre le tabagisme actuelles et futures et en particulier à la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT), qui a été lancée en 2001 et qui bénéficie d'un financement continu :

- des objectifs plus clairs en ce qui concerne la mise au point d'une infrastructure de lutte contre le tabagisme qui aideront à améliorer la surveillance et l'évaluation du rendement;
- renforcement de la surveillance et de l'évaluation du rendement par l'élaboration et la mise en œuvre de cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats (CGRR) dans tous les aspects des programmes de lutte contre le tabagisme, y compris des indicateurs stratégiques, mesurables, réalisables et réalistes liés à un modèle logique et à des résultats prévus, et des données de base appropriées;
- de meilleures données et de l'information plus rigoureuse (p. ex. meilleur suivi et connaissance plus approfondie du savoir, des attitudes et du comportement des fumeurs) sur les groupes touchés par le tabagisme et l'éventail d'interventions utilisées;
- renforcement des systèmes de tenue de dossiers et de gestion des fichiers permettant de documenter et de suivre les changements apportés aux objectifs, aux plans, à l'administration, à la coordination, aux activités et aux résultats;
- renforcement des dispositions de *tous* les accords de contribution en ce qui a trait aux rapports continus sur le rendement et communication des résultats aux parties concernées, comme les gestionnaires, afin qu'elles puissent tenir compte de l'information pertinente et opportune dans l'élaboration de l'architecture du programme;
- formation sur le rendement et l'évaluation à l'intention des gestionnaires de programmes de lutte contre le tabagisme et des intervenants;
- méthodes et données d'enquête cohérentes que l'on peut comparer au fil du temps;
- établissement et renforcement de partenariats et de liens officiels entre des gouvernements et des ministères concernés;

- rôle central continu dans la lutte contre le tabagisme pour Santé Canada, et centre de responsabilité unique;
- élaboration d'un programme de recherche sur la lutte contre le tabagisme et des objectifs de ce programme, pour s'assurer que l'on détermine les lacunes au chapitre de l'information, les considérations épidémiologiques, l'efficacité des interventions et d'autres sujets de recherche connexes;
- établissement d'une stratégie d'exécution de la loi claire fondée sur une approche axée sur les risques, afin de déterminer les priorités des activités d'exécution;
- amélioration de la documentation et de la diffusion des pratiques exemplaires et des leçons tirées, notamment la détermination de critères pertinents (p. ex. ce qui constitue une pratique exemplaire);
- nouvelle évaluation du rôle des partenaires et des intervenants dans la lutte contre le tabagisme afin de déterminer la façon la plus efficace et la plus appropriée de les mobiliser;
- ateliers où l'on fournit de l'information pertinente aux intervenants (p. ex. travailleurs de la santé).

Marcel DuBois, BA, MSc
Analyste principal
Division de l'évaluation des programmes du Ministère
Direction de la recherche appliquée et de l'analyse
Direction générale de l'information et de la connectivité
Santé Canada

PLAN D'ACTION

Dès que les fonds pour la Stratégie fédérale pour la lutte contre le tabagisme (SFLT) ont été engagés, le Programme de la lutte au tabagisme (PLT) a demandé qu'une évaluation du programme précédent, l'initiative de lutte contre le tabagisme (ILT), soit entamée. Même si une nouvelle Stratégie remplaçait l'ILT, il a été convenu que des leçons importantes pourraient être tirées de cette initiative.

En attendant les conclusions de cette évaluation, le PLT a cru bon d'apporter immédiatement des améliorations. De ce fait, bons nombres de recommandations émanant de l'ILT avaient déjà été mises en oeuvre par le PLT. Le document suivant note donc chacune des recommandations et identifie les actions qui y sont reliées (initiatives déjà entamées et à venir) sous la présente stratégie.

RECOMMANDATION N° 1

DES OBJECTIFS CLAIREMENT DÉFINIS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'INFRASTRUCTURE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME AMÉLIORERAIENT LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION DU RENDEMENT;

Le terme infrastructure n'est plus utilisé dans la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) mise en oeuvre en 2001 comme le but était plutôt d'améliorer la capacité de lutte contre le tabagisme au niveau des provinces, des collectivités et des organismes non gouvernementaux. Toutefois, le PLT reconnaît que ce problème existe sans pour autant avoir une définition claire de ce que nous entendons par capacité et de nos attentes à cet égard.

Suivi prévu

Santé Canada travaillera avec ses collègues provinciaux et territoriaux au sein du Comité de liaison sur la lutte contre le tabagisme pour mieux définir la capacité et les buts connexes, et déterminer des indicateurs de rendement utiles. La création d'un système de collecte de données, y compris de données de référence, pour aider à mesurer le succès est également nécessaire. Ces indicateurs seront utilisés pour toutes les activités d'évaluation, notamment des accords de contribution.

Date de mise en oeuvre

Entrepris : Septembre 2004

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la politique et de la planification stratégique

RECOMMANDATION N° 2**DÉVELOPPEMENT ACCRU ET RENFORCEMENT DES PARTENARIATS ET DES MÉCANISMES OFFICIELS DE LIAISON ENTRE LES GOUVERNEMENTS ET LES MINISTÈRES PERTINENTS;****A) Suivi**

L'Agence des douanes et du revenu du Canada, la GRC, le ministère de la Justice et le bureau du Solliciteur général ont tous été identifiés comme partenaires de Santé Canada dans la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme. Leur rôle premier consiste à surveiller et à évaluer la contrebande et en faire rapport au ministre des Finances. Des réunions des partenaires de la SFLT et d'un représentant du ministère des Finances ont lieu plusieurs fois par année et des sous-groupes se rencontrent et/ou s'échangent de l'information sur les principales questions à mesure qu'elles surgissent.

Suivi prévu

S'assurer de tenir au moins deux réunions par année entre les partenaires de la SFLT et le ministère des Finances pour échanger des renseignements sur la contrebande. Le but ultime est de mettre en vigueur, au niveau fédéral (et ce, idéalement, en collaboration avec les provinces et les territoires), une politique qui se traduira par un régime de taxation durable sur les produits du tabac, sans encourir d'effets non-intentionnels, tel la contrebande. Santé Canada (SC) n'a aucun rôle décisionnel dans l'élaboration des politiques de fiscalité ni dans les mesures prises pour contrer la contrebande. Cependant, puisque la taxation joue un rôle déterminant dans la politique de réduction de tabagisme, il s'avère important que SC soit tenu au courant des enjeux et puisse apporter une perspective de santé aux discussions.

Date de mise en oeuvre prévue

avril et septembre 2004

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la politique et de la planification stratégique

B) Suivi

Le Comité de liaison sur la lutte contre le tabagisme, composé de représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux, échange des renseignements de façon régulière. Le comité s'est d'abord donné un cadre de référence et s'est fixé des priorités pour guider ses actions et coordonner ses efforts en 2001. Tant en 2002 qu'en 2003, le comité a revu son cadre de références en révisant les priorités au besoin.

Suivi prévu

Le comité de liaison mettra en oeuvre son plan stratégique, et élaborera des rapports annuels pour rendre compte de ses réalisations.

Date de mise en oeuvre prévue

septembre 2004

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la politique et de la planification stratégique

C) Suivi

Conformément au rôle directeur joué par le PLT dans la ratification de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), le programme travaille de près avec DRHC, les Services correctionnels du Canada et autres ministères fédéraux ayant des obligations vis-à-vis la CCLAT afin de s'assurer que le Canada soit en mesure de ratifier.

Suivi prévu

Si la CCLAT est ratifiée, le PLT travaillera en collaboration avec les ministères et gouvernements impliqués pour la gestion et de la mise en oeuvre de la Convention.

Date de mise en oeuvre prévue

2004-2005 et continu

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la politique et de la planification stratégique

D) Suivi prévu

Le PLT mettra des fonds à la disposition des provinces et des chercheurs pour leur permettre d'analyser plus à fond les données d'enquête recueillies par Santé Canada (p. ex. ESUTC).

Date de mise en oeuvre prévue

Annuel

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation

RECOMMANDATION N° 3

TRAVAILLER AVEC LES PROVINCES LÀ OÙ IL Y A LIEU, ÉLABORER UNE STRATÉGIE DE CONTRÔLE DE L'APPLICATION CLAIRE À L'AIDE D'UNE APPROCHE FONDÉE SUR LES RISQUES POUR DÉTERMINER LES PRIORITÉS QUANT AU CONTRÔLE DE L'APPLICATION DE LA PRÉSENTE LOI;

Suivi

En vertu de la *Loi sur le tabac*, Santé Canada a la responsabilité de faire respecter les dispositions relatives à l'accès au tabac par les jeunes, à la promotion et à l'étiquetage des produits du tabac et à la soumission de rapports relatifs au tabac. En vertu de leurs propres lois, les gouvernements provinciaux appliquent également des dispositions relatives à l'accès au tabac par les jeunes et à la promotion du tabac au point de vente.

Le risque est normalement défini comme la probabilité de préjudice. Comme les produits du tabac sont intrinsèquement nocifs, la question de la « probabilité de préjudice » n'est pas pertinente dans le contexte de l'observation et de l'application de la *Loi sur le tabac*. Par conséquent, une approche fondée sur le risque pour déterminer les priorités de mise en oeuvre dans le cas des produits du tabac n'est ni appropriée ni réalisable.

Chaque année, Santé Canada évalue les ressources requises en vue de faire respecter la *Loi sur le tabac* en répartissant le contrôle de l'application de façon juste et équilibré. Santé Canada se fonde sur les critères suivants: les ressources disponibles; l'emplacement, le nombre, le type et le dossier de conformité antérieur des entreprises réglementées; le nombre d'inspecteurs disponibles et leur profil de formation. Des ressources proportionnellement plus considérables sont habituellement consacrées à la surveillance de la conformité aux nouvelles dispositions dès leur entrée en vigueur.

Les niveaux de ressources pour surveiller la conformité aux dispositions relatives à l'accès au tabac par les jeunes sont négociés et approuvés par les six provinces avec lesquelles une entente de contrôle de l'application existe. En raison des différences entre les lois et les règlements fédéraux et provinciaux, Santé Canada étudie la possibilité d'harmoniser les initiatives législatives et réglementaires futures avec ses collègues provinciaux et territoriaux.

Suivi prévu

Des discussions auront lieu avec les ministères provinciaux et territoriaux connexes par l'entremise des mécanismes FPT préétablis.

Mise en oeuvre prévue

2004-2005

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la réglementation et de la conformité

RECOMMANDATION N° 4**AMÉLIORER LA DOCUMENTATION ET DE LA DIFFUSION DES PRATIQUES EXEMPLAIRES ET DES LEÇONS APPRISES, Y COMPRIS L'IDENTIFICATION DE CRITÈRES APPROPRIÉS (P.EX. CE QUI CONSTITUE UNE PRATIQUE EXEMPLAIRE);****A) Suivi prévu**

Établir un répertoire des pratiques établies et indiquer dans quelles circonstances elles fonctionnent bien, pourquoi, et quels en sont les critères d'évaluation.

Date de mise en oeuvre prévue

31 mars 2005

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau des programmes et des médias de masse

B) Suivi prévu

Le PLT entreprendra avec les principaux intervenants nationaux et provinciaux un examen des moyens de communication électroniques actuellement utilisés pour l'échange d'information afin d'améliorer et de mieux coordonner la capacité d'échange d'information. L'étude portera sur les moyens de communication directement financés par Santé Canada, ainsi que ceux financés par le biais d'accords de contribution.

Date de mise en oeuvre prévue

Novembre 2004 - Résultats de l'examen.

Avril 2005 - Mise en oeuvre des recommandations

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau des programmes et des médias de masse

Directeur du Bureau de la politique et de la planification stratégique

RECOMMANDATION N° 5

AMÉLIORER LE SUIVI DU RENDEMENT PAR LA MISE EN OEUVRE DE CADRES DE GESTION ET DE RESPONSABILISATION AXÉ SUR LES RÉSULTATS (CGRR) POUR TOUS LES ASPECTS DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME, Y COMPRIS L'IDENTIFICATION D'INDICATEURS STRATÉGIQUES, MESURABLES, ACCESSIBLES ET RÉALISTES LIÉS À UN MODÈLE LOGIQUE INDIQUANT LES RÉSULTANTS PRÉVUS, ET FONDÉS SUR UN NIVEAU DE RÉFÉRENCE COMMUN.

A) Suivi

Un cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats a été établi dans la Présentation au Conseil du Trésor en vue de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme en septembre 2001.

Suivi prévu

Le cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) est évalué et mis à jour de façon régulière afin de demeurer en ligne avec les progrès de la SFLT. Le CGRR sera mis-à-jour et révisé d'ici Mars 2006 dans le cadre de la Présentation au Conseil du Trésor pour le renouvellement du soutien de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme.

Mise en oeuvre

2005-2006

Gestionnaire responsable

Directeur général, Programme de lutte au tabagisme
Comité de gestion du programme

B) Suivi

Une politique de vérification et d'évaluation a été élaborée et adoptée par le PLT en mars 2004 pour aider à coordonner l'examen continu des initiatives entreprises par le PLT et faciliter l'échange d'information.

Suivi prévu

La politique sera mise en oeuvre par le PLT, et un plan de vérification et d'évaluation sera établi chaque année pour assurer la coordination efficace des activités d'évaluation prévues.

Date de mise en oeuvre prévue

avril-mai 2004

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la politique et de la planification stratégique

RECOMMANDATION N° 6

UNE INFORMATION PLUS RIGOUREUSE QUI TIENT COMPTE À LA FOIS DE LA GAMME DES GROUPES TOUCHÉS PAR LA CONSOMMATION DE TABAC ET DE LA GAMME DES INTERVENTIONS PRATIQUÉES;

et

RECOMMANDATION N° 7

MÉTHODOLOGIES D'ENQUÊTE ET DONNÉES UNIFORMES QUI SONT COMPARABLES DANS LE TEMPS;

Le programme voit un lien entre ces deux recommandations. Les données d'enquêtes fournissent des informations de base sur les groupes particuliers qui sont touchés par l'usage du tabac et donnent une indication de l'efficacité de l'initiative globale. Par conséquent, les réponses se prêtent aux deux recommandations.

Dans le cadre de la SFLT, l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) fournit au ministère, aux groupes d'intérêt ainsi qu'au grand public des estimations nationales et provinciales constantes et systématiques de la prévalence du tabagisme et de la consommation de tabac. L'ESUTC a entrepris des collectes de données semestrielles en février 1999, et ces données servent aujourd'hui de base de comparaison.

A) Suivi

L'ESUTC suit les taux de tabagisme, la quantité de tabac fumée et d'autres facteurs parmi un échantillon de 20 000 personnes par année. L'enquête a une structure modulaire, un noyau continu de questions et un ensemble variable d'autres questions étant utilisés en fonction des besoins de la politique et du programme.

B) Suivi

Le PLT a également entrepris une enquête (bisannuelle) sur le tabagisme chez les jeunes, laquelle fournira plus de données sur les jeunes d'âge scolaire. L'ESUTC et l'ETJ sont de ressources importantes pour les renseignements quant à l'âge, le sexe,

le revenu, l'éducation et le niveau socio-économique. De plus, le PLT peut puiser dans d'autres grandes enquêtes nationales des renseignements additionnels sur la gamme de groupes et d'interventions.

C) Suivi prévu

Afin d'accroître l'ampleur de la surveillance, en particulier dans les territoires, le PLT a affecté des fonds à la réalisation d'enquêtes dans les territoires sous la conduite de représentants territoriaux. Ces enquêtes permettront d'atteindre une plus grande partie de la population des Premières nations et seront en outre compatibles et comparables aux enquêtes courantes que Statistique Canada réalise pour le compte du PLT.

Mise en oeuvre prévue

2004-2005

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation

D) Suivi prévu

Un relevé des interventions disponibles sera effectué.

Mise en oeuvre prévue

2005-2006

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation

RECOMMANDATION N° 8

DES SYSTÈMES DE TENUE ET DE GESTION DES DOSSIERS AMÉLIORÉS POUR CONSIGNER LES OBJECTIFS, LES PLANS, L'ADMINISTRATION, LA COORDINATION, LES ACTIVITÉS ET LES RÉSULTATS;

A) Suivi

L'ancien système fragmenté et dispersé de gestion des dossiers a été unifié au sein du PLT, et il existe un système classification commun. Le système du PLT est harmonisé avec le « système de classification fonctionnelle » du ministère pour les fonctions administratives et opérationnelles.

Suivi prévu

Les calendriers de conservation sont présentement sous révision et seront appliqués à la mémoire organisationnelle.

Date de mise en oeuvre prévue

Octobre 2004

Suivi prévu

Les documents papier constituant la mémoire institutionnelle seront numérisés et convertis en documents PDF. Les documents électroniques disponibles sur le disque partagé seront également convertis en documents PDF et intégrés dans une base de données appelée TIMS (*Tobacco Information Management Solution*).

Date de mise en oeuvre prévue

Mai-sept. 2004 - mise à l'essai de TIMS,
Octobre 2004 - mise en oeuvre.

B) Outils de formation pour le personnel du PLT

Un module de gestion de l'information est en voie de préparation pour assurer l'uniformité de la gestion de l'information et des dossiers par le personnel.

Date de mise en oeuvre prévue

Septembre 2004.

Gestionnaire responsable (titre)

Directeur du Bureau des services de gestion pour tout ce qui précède

RECOMMANDATION N° 9**UN RÔLE CONTINU DANS LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME POUR SANTÉ CANADA, RÉUNISSANT LES ACTIVITÉS DE REDDITION DES COMPTES SOUS UN CENTRE DE RESPONSABILITÉ.****Suivi**

En 1999, la plupart des activités de lutte contre le tabagisme de Santé Canada ont été centralisées au sein du Bureau de la lutte contre le tabagisme, qui allait devenir en 2000 le Programme de la lutte au tabagisme (PLT) au sein de la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs. Quelques activités particulières se retrouvent sous la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) et de la Direction générale de la politique de la santé et des communications, en collaboration

avec le PLT. Dans la conception de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, une approche globale et intégrée a été établie, qui exposait clairement les grandes lignes d'une entente pour la reddition des comptes. Le Programme de la lutte au tabagisme, sous l'autorité d'un directeur général, a la responsabilité globale de la stratégie et travaille étroitement avec la DGSPNI et la Direction générale de la politique de la santé et des communications pour s'assurer que la responsabilité de la reddition des comptes dans le cadre de la SFLT est claire.

Gestionnaires responsables

Sous-ministre, SMA de la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs

Mise en oeuvre par le Directeur général, Programme de la lutte au tabagisme

RECOMMANDATION N° 10

DES DISPOSITIONS RENFORCÉES DANS *TOUS* LES ACCORDS DE CONTRIBUTION POUR LA SURVEILLANCE CONTINUE DU RENDEMENT ET LA COMMUNICATION DES RÉSULTATS AUX INTÉRESSÉS, COMME LES GESTIONNAIRES, AFIN QU'ILS PUISSENT INCORPORER DES INFORMATIONS PERTINENTES ET OPPORTUNES DANS L'ARCHITECTURE DU PROGRAMME;

A) Suivi

Des conditions pour les accords de contribution ont été établies dans le Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats en 2001 et elles seront renouvelées tous les cinq ans.

Suivi prévu

Travailler horizontalement au sein du PLT (p. ex. sous-groupe de la vérification et de l'évaluation du PLT) pour assurer des dispositions et des normes communes permettant de mesurer le rendement des accords de contribution.

Date de mise en oeuvre prévue

2004-2005

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau des programmes et des médias de masse

B) Suivi

Le PLT a adopté la liste de contrôle pour l'évaluation des risques de la DGSESC, qui assure un examen méthodique et fournit une évaluation objective du risque pour tous les accords de contribution.

Suivi prévu

Le PLT s'engage annuellement à une évaluation du risque afin de faciliter l'élaboration du plan de vérification et d'évaluation.

Date de mise en oeuvre prévue

Mai-juin 2004 et continu

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau des programmes et des médias de masse

RECOMMANDATION N° 11**OFFRIR UNE FORMATION PORTANT SUR LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION DU RENDEMENT AUX GESTIONNAIRES DU PROGRAMME DE LA LUTTE AU TABAGISME AINSI QU'AUX INTERVENANTS AFIN QU'ILS SOIENT EN MESURE DE FAIRE LEUR TRAVAIL PLUS EFFICACEMENT;****Suivi prévu**

Le PLT travaillera de près avec la Division de l'Évaluation des programmes du ministère et la direction générale de la santé environnementale et la santé des consommateurs pour adapter les modules de formation existants aux besoins du Programme. Le PLT s'engagera à offrir des séances de formation dans la RCN et dans les régions au personnel et aux ONG afin qu'ils puissent mieux comprendre les principes de la gestion axée sur les résultats et de la mesure du rendement.

Date de mise en oeuvre prévue

Préparation de matériels : Septembre 2004
Formation : Continu

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la politique et de la planification stratégique

RECOMMANDATION N° 12

ÉLABORER UN PLAN DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME, FONDÉ SUR LES OBJECTIFS DU PLT, QUI IDENTIFIE LES MANQUES D'INFORMATIONS À COMBLER, TELS QUE DANS LES DOMAINES DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE, L'ÉCONOMIE, L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS, ET D'AUTRES THÈMES DE RECHERCHE CONNEXES;

La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme entreprend des activités de recherche et de surveillance pour soutenir les objectifs du programme. Le PLT utilise et exploite la recherche épidémiologique réalisée à Santé Canada et ailleurs. Toutefois, le mandat de la SFLT ne comprend pas la réalisation ni le financement de recherche épidémiologique.

A) Suivi

En 2002, le PLT a tenu un groupe de discussion avec les programmes provinciaux pour élaborer un programme de recherche propre aux gouvernements. Un programme de recherche clair, axé sur la surveillance, a été développé en portant une attention particulière pour éviter la duplication de recherches. Dans le cadre de ce programme, le PLT subventionne les gouvernements provinciaux et les chercheurs pour analyser les données recueillies par le PLT.

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation

B) Suivi

Le PLT est un membre actif de l'Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme, dont le but est d'assurer le leadership stratégique nécessaire pour catalyser, coordonner et soutenir une recherche qui se répercute directement sur les programmes et les politiques visant à réduire l'usage du tabac et la dépendance à la nicotine. Les membres incluent la Société canadienne du cancer, l'Institut national du cancer du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada.

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation

Suivi prévu

Le Bureau de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation travaillera avec chacun des bureaux au sein du PLT pour déterminer leurs besoins de recherche et d'information afin d'établir le plan de recherche annuel.

Date de mise en oeuvre prévue

Continu dans le cadre du plan de travail annuel

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation

RECOMMANDATION N° 13

UNE RÉÉVALUATION DU RÔLE DES PARTENAIRES ET DES INTERVENANTS DANS LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME POUR DÉTERMINER LA FAÇON LA PLUS EFFICACE ET APPROPRIÉE D'OBTENIR LEUR PARTICIPATION;

A) Suivi

Conformément à la politique de Santé Canada en matière de participation publique, le PLT reconnaît que des processus d'engagement clairs et bien définis éclaireraient les rôles et les responsabilités de tous, apportant donc une amélioration de la contribution des différents intervenants. À cette fin, le PLT a préparé un guide de consultation et d'engagement encourageant une approche uniforme et coordonnée de la consultation. Cet outil d'engagement public permet au programme d'évaluer les rôles et responsabilités précises de chaque joueur en fonction du type d'activité d'engagement envisagé.

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la politique et de la planification stratégique

B) Suivi

Un examen des expériences du programme avec les groupes antitabac a eu lieu lors de la révision du programme précédent et a révélé que la formation d'une coalition avec ceux-ci serait un moyen plus efficace de participation publique. Depuis 2000, le PLT rencontre régulièrement les membres de la Coalition canadienne pour l'action sur le tabac.

C) Suivi

Un Comité consultatif ministériel (CCM) a été établi pour conseiller le ministre (et le programme) en matière de stratégies liés aux politiques, aux lois et règlements ainsi qu'à la recherche. Ce comité est composé de représentants des organismes antitabac nationaux et régionaux, des professions de la santé (p. ex. médecins, infirmières, dentistes), des organisations des Premières nations et des Inuits, des établissements de recherche, de la jeunesse et du secteur du marketing social.

Gestionnaire responsable

Directeur général

D) Suivi prévu

Santé Canada évaluera régulièrement le rôle des intervenants afin d'assurer que leur participation est à la fois appropriée et efficace.

Mise en oeuvre

Continu

Gestionnaire responsable

Directeur du Bureau de la politique et de la planification stratégique

RECOMMANDATION N° 14

OFFRIR DES ATELIERS PERMETTANT LE PERFECTIONNEMENT AUX TRAVAILLEURS DE LE SANTÉ;

Suivi prévu

La formation des travailleurs de la santé est de compétence provinciale et ne tombe pas sous le mandat de Santé Canada, ni du Programme de la lutte au tabagisme. Toutefois, puisque le PLT joue un rôle directeur, il travaille en coopération avec les provinces et les territoires lorsque nécessaire.

Date de mise en oeuvre prévue

S.o.

Gestionnaire responsable

S.o.

