

Remerciements

Le présent rapport est le résultat des efforts d'une multitude de gens. Le groupe consultatif créé pour les besoins du projet, le Groupe de travail sur le tabagisme chez les femmes, est un groupe pancanadien qui s'intéresse depuis plusieurs années à tous les aspects de l'usage du tabac chez les filles et les femmes. Ses membres sont Madeline Boscoe, Melissa Follen, Cathy Mattern, Cheryl Moyer et Elinor Wilson (auxquelles s'ajoutaient antérieurement Abby Hoffman et Nancy Hoddinott). Le projet a été conçu par Lorraine Greaves, directrice exécutive du British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (BCCEWH), et financé par le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada.

Lorraine Greaves a mis sur pied, au sein du BCCEWH, une équipe de chercheuses qui incluait Victoria Barr et Karin More (toutes les deux associées de recherche), auxquelles se sont jointes trois bénévoles, qui ont aidé à collecter les données : Jenny Rodgers, Annette Shultz et Jessie Wu. Plusieurs informateurs clés ont contribué à la collecte et à l'analyse des données pendant tout le projet. Les résultats provisoires du projet ont été présentés et débattus dans le cadre du séminaire d'experts européens sur les femmes et le tabac, organisé par l'International Network of Women Against Tobacco (INWAT), qui a eu lieu à Londres, au Royaume-Uni, en juin 1999.

Enfin, l'équipe du BCCEWH a joué un rôle de soutien décisif pour l'administration du projet, la gestion du personnel et la production du rapport. Nous remercions Robyn Fadden, Roseanne Harvey, Janet Money, Michelle Sotto et Celeste Wincapaw pour leur travail de conception, de révision, de correction d'épreuves et de mise en page.

Les auteurs remercient toutes ces personnes et toutes ces organisations de leur intérêt et de leur engagement vis-à-vis du projet, et de leur contribution aux efforts permanents de réduction du tabagisme chez les Canadiennes.

**On connaît mal
les effets du
tabagisme sur
les femmes, en
raison des lacunes
importantes
de la recherche
biomédicale sur le
tabagisme au sein
de cette population.**

Sommaire

Le tabagisme demeure la principale cause évitable de décès et de maladie au Canada. Au moins 25 % des décès enregistrés chez les Canadiennes et les Canadiens de 35 à 84 ans sont attribuables au tabagisme (Collishaw & Leahy, 1988), ce qui est supérieur au nombre combiné de décès dus aux suicides, aux accidents d'automobile, au sida et aux homicides (Ellison et al, 1999). Un fumeur sur deux décédera de causes liées au tabagisme (Organisation mondiale de la santé, 1995a). Le cancer du poumon, l'une des principales maladies liées au tabagisme, dépasse aujourd'hui chez les femmes le cancer du sein comme principale cause de décès dus aux cancers (Institut national du cancer, 1998). Le tabagisme entraîne deux fois plus de risques de maladies cardiovasculaires, la principale cause de décès chez les femmes.

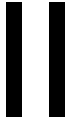
Le tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac ont sur la santé des filles et des femmes des effets particuliers et, dans certains cas, plus importants. On connaît mal les effets du tabagisme sur les femmes, en raison des lacunes importantes de la recherche biomédicale sur le tabagisme au sein de cette population. Le taux canadien de tabagisme chez les filles et les jeunes femmes est à la hausse et plus élevé que chez les garçons et les hommes du même âge. En outre, les femmes autochtones, les femmes francophones et les femmes à faible revenu risquent davantage de présenter des taux élevés de tabagisme.

Le présent document décrit ces questions et ces tendances et définit les éléments propres au sexe biologique et au sexe social qui, au Canada, ont des incidences sur le tabagisme chez les femmes. Il est essentiel, en particulier, d'analyser le niveau de revenu, les responsabilités concernant les soins à prodiguer aux enfants et la nature du travail des femmes pour comprendre les effets selon le sexe des politiques de lutte contre le tabagisme. Nous examinons les mesures de réglementation du tabac et nous appliquons une « analyse comparative entre les sexes » à plusieurs d'entre elles, dont l'emballage des produits du tabac et la restriction de l'usage du tabac.

Nous étudions les différences entre l'approche traditionnelle en matière de lutte antitabac et une politique globale et intégrée. Si la première est axée sur des macromesures destinées à réduire les taux de tabagisme au sein de la population, la dernière fait appel à de vastes mesures gouvernementales prenant en compte tous les déterminants de la santé et visant à réduire les inégalités. Dans les deux cas, on considère essentiel d'intégrer le sexe biologique, le sexe social et la santé des femmes à la recherche sur les politiques de lutte contre le tabagisme et à l'élaboration de telles politiques au Canada. Ceci devrait aboutir à des politiques antitabac centrées sur les femmes, tenant compte du cadre de vie de ces dernières et du plein effet du tabagisme comme des politiques de lutte contre le tabagisme.

Globalement, les taux de tabagisme chez les femmes sont à la hausse. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que le nombre de fumeuses triplera au cours de la prochaine génération pour atteindre 500 millions (Amos & Haglund, 2000). La Déclaration de Kobe, formulée à la suite de la Conférence internationale sur le tabac et la santé de 1999, stipule qu'il faut de toute urgence élaborer des stratégies sexo-spécifiques efficaces de lutte contre le tabagisme et affecter

suffisamment de fonds aux programmes antitabac qui rejoignent les filles et les femmes des milieux défavorisés. À notre époque de mondialisation, nous suggérons ici des améliorations similaires pour les politiques canadiennes de lutte contre le tabagisme.

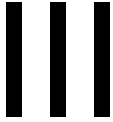


Principales recommandations

Voici les principales recommandations; la liste complète des recommandations figure à la page 73.

- ☺ Mettre au point un cadre éthique pour évaluer l'impact des politiques antitabac canadiennes, qui tienne compte du sexe biologique, du sexe social et des inégalités.
- ☺ Mettre au point, aux échelons fédéral et provincial, des processus de formulation de politiques antitabac qui exigent l'application courante de l'analyse comparative entre les sexes, soient fondées sur un principe d'inclusion et débouchent sur des politiques centrées sur les femmes.
- ☺ Établir et diffuser un nouveau cadre d'orientation qui prescrive aussi bien l'approche traditionnelle de lutte ciblée contre le tabagisme qu'une approche intégrée et globale, en mettant en évidence les meilleurs éléments de chaque approche.
- ☺ Évaluer globalement l'impact, sur les hommes et sur les femmes, des politiques antitabac actuelles, en mettant particulièrement l'accent sur les taxes et les mesures fiscales.
- ☺ Mettre sur pied des campagnes adaptées aux différences hommes-femmes (et non culpabilisantes) qui visent à réduire la FST à proximité des enfants et reconnaissent les rôles de dispensatrice de soins aux enfants et de ménagère tenus par les femmes.
- ☺ Mettre au point des étiquettes de produits du tabac qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé et donnent des conseils pour l'abandon du tabac, centrés sur les femmes.
- ☺ Prendre en compte le sexe biologique et le sexe social dans toutes les recherches liées au tabac, dans les domaines biomédical, clinique, des services de santé et des déterminants sociaux et culturels de la santé.

- Améliorer la collecte des données et les techniques d'enquête pour établir des taux d'incidence du tabagisme exacts, et désagrégés selon le sexe, pour les Autochtones, les enfants de moins de 15 ans et les francophones.
- Faire participer les femmes et les fumeuses à l'élaboration de stratégies et de programmes de lutte contre le tabagisme attentifs aux différences hommes-femmes qui rejoignent les filles et les femmes peu scolarisées et de milieu défavorisé.
- Mettre en œuvre les initiatives bilatérales touchant l'usage du tabac sur lesquelles se sont entendus les participants au Forum canado-américain sur la santé des femmes, tenu en 1996.



Introduction

Dans le présent document, nous évaluons les différences entre les sexes dans l'usage du tabac au Canada à la fin du XX^e siècle, et l'impact possible des lois et règlements et des politiques antitabac sur les hommes et sur les femmes. L'initiative s'harmonise avec une initiative européenne en cours qui vise à analyser l'interaction entre les différences hommes-femmes et les politiques antitabac (voir INWAT, 1999), et avec la publication imminente du rapport sur le tabagisme chez les femmes (Report on Women and Tobacco) du Chef des services de santé des États-Unis (Surgeon General). Elle est un exemple d'application d'« optique sexuelle » aux politiques, conformément aux directives du gouvernement fédéral et de plusieurs gouvernements provinciaux du Canada. De telles études visent à faciliter l'élaboration de stratégies de lutte contre le tabagisme ayant une efficacité, une efficience et un aspect éthique accrus et tenant compte du sexe biologique, du sexe social et des inégalités.

Même si les recherches sur le tabagisme, le sexe biologique et le sexe social existent au Canada depuis bien au-delà de 10 ans, on sait peu de choses sur les effets ou les répercussions des politiques antitabac sur les hommes et sur les femmes. Dans le présent document, l'examen de la documentation et le dépouillement des lois et règlements antitabac du Canada constituent le fondement d'une analyse comparative entre les sexes, appliquée à certains éléments clés des politiques de lutte contre le tabagisme.

Nous formulons des recommandations en vue de recherches plus poussées sur les différences entre les sexes et les politiques antitabac, et des suggestions pour l'élaboration de politiques de lutte contre le tabagisme centrées sur les femmes. Cette analyse est, par nécessité, en grande partie spéculative en ce qui a trait à l'impact des politiques sur les hommes et sur les femmes. Il faut, de toute évidence, établir un portrait plus complet en menant des recherches primaires et en intégrant pleinement des analyses comparatives entre les sexes, systématiques et continues, à l'élaboration et à l'évaluation des politiques antitabac.

Du fait de l'engagement croissant vis-à-vis de la santé de la population dans les années 90, il a fallu porter davantage attention aux inégalités dans le domaine de la santé et aux effets des différences entre les sexes sur la santé.

L'examen des différences entre les sexes et des politiques antitabac soulève un dilemme fondamental. D'un côté, l'approche traditionnelle de lutte ciblée contre le tabagisme (qui met l'accent sur ces piliers que sont les mesures fiscales, la réglementation, la promotion de la santé, la prévention du tabagisme et l'incitation à renoncer au tabac) vise principalement à réduire ou à éliminer le tabagisme au sein de toute la population. De l'autre, une approche intégrée et globale (faisant appel à une combinaison de politiques antitabac et de politiques sociales et économiques) vise principalement à réduire les inégalités sur le plan de la santé, ce qui, en retour, aura une influence sur la réduction du tabagisme. Même si l'on utilise ces deux approches pour lutter contre le tabagisme chez les femmes au Canada, l'approche de lutte ciblée contre le tabagisme est mieux établie. Du fait de l'engagement croissant vis-à-vis de la santé de la population dans les années 90, il a fallu porter davantage attention aux inégalités dans le domaine de la santé et aux effets des différences entre les sexes sur la santé.

Suivant l'approche traditionnelle, les questions d'intérêt pour la santé des filles et des femmes sont les suivantes : Comment peut-on rendre ces politiques plus sexospécifiques

et davantage centrées sur les femmes? Comment les élaborer et les évaluer en tenant compte des différences entre les hommes et les femmes? Comment évaluer et atténuer leur impact différent sur les hommes et sur les femmes?

Selon une approche intégrée et globale face aux inégalités en matière de santé, les questions pertinentes en ce qui concerne la santé des femmes sont les suivantes : Quelles sont les interactions entre les déterminants sociaux qui influent sur le tabagisme chez les filles, les femmes et les membres de sexe féminin des autres groupes à risque élevé, comme les Autochtones et les francophones? Comment personnaliser ou adapter les politiques économiques, sociales et de santé connexes pour réduire le tabagisme chez les femmes? Comment les politiques antitabac peuvent-elles éviter d'accroître les inégalités?

Même si elles mènent inévitablement à des résultats différents au chapitre des politiques et, dans certains cas, à des plans d'action et à des positions contradictoires, les deux approches sont pertinentes et importantes pour la santé des femmes. L'approche traditionnelle de lutte contre le tabagisme profite aux filles et aux femmes en général en réduisant l'usage du tabac et

l'exposition à sa fumée. L'approche de lutte contre les inégalités en matière de santé offre la promesse d'une amélioration de la santé et de la position socio-économique globale des femmes, et non simplement d'une réduction du tabagisme et des maladies qui y sont liées.

Il peut être prudent de définir les éléments de ces deux approches et leurs points de convergence afin d'aborder plus globalement la question du tabagisme chez les femmes au Canada. En d'autres mots, pour atteindre l'objectif d'élaboration de politiques antitabac centrées sur les femmes, efficaces, efficientes et éthiques, il faut extraire les meilleurs éléments des deux approches, atténuer leurs aspects conflictuels, puis les fusionner.

A. Méthodologie – Les femmes et le tabac

La présente analyse a été réalisée par une équipe de chercheuses du British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, de Vancouver (Colombie-Britannique), en consultation avec les membres du Groupe de travail sur le tabagisme chez les femmes. Elle comprend une analyse secondaire de données issues de l'Enquête nationale sur la santé de la population (Statistique Canada, 1999) et d'autres données

nationales sur les différences entre les sexes et la santé. Les résultats provisoires ont été présentés le 5 juin 1999 dans le cadre du séminaire d'experts européens sur le tabagisme chez les femmes, organisé par l'INWAT, à Londres, en Angleterre.

Pour rassembler des documents pertinents et opportuns aux fins de la présente enquête, on a répertorié des publications en effectuant des recherches dans plus de 15 bases de données électroniques différentes, y compris MEDLINE, HEALTHSTAR, CINAHL et Sociological Abstracts (voir l'annexe 1 pour une liste complète de ces bases). Le travail sur ce plan s'est limité aux rapports de recherche publiés depuis 1991.

On a aussi mené des recherches détaillées dans Internet à l'aide des mêmes mots clés. On a examiné attentivement des sites Web des paliers de gouvernement national et provincial et de certaines municipalités pour collecter des données relatives aux politiques et à la législation antitabac. On a également consulté régulièrement des bases de données du Centre national de documentation sur le tabac et la santé, de Santé Canada, des Centers for Disease Control & Prevention, de l'Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario et

d'autres pour fournir à l'équipe de chercheuses de l'information d'actualité. On a effectué des recherches spéciales pour trouver des rapports ou des documents qui étaient peut-être inédits à l'intérieur de la documentation examinée par les pairs.

D'autres renseignements ont été recueillis pour la présente analyse à partir d'entrevues officieuses auprès du personnel clé préposé à l'élaboration des politiques antitabac et aux recherches sur le tabagisme chez les femmes. Ces entrevues ont servi à guider l'enquête et à mettre en relief des sources possibles de renseignements uniques. Prière de consulter l'annexe 2 pour une liste des personnes entendues lors de ces entrevues.

IV

Sexe biologique, sexe social et politiques antitabac

A. Le contexte de l'usage du tabac

L'usage du tabac s'explique. Il est profondément influencé par notre milieu culturel, économique et social. C'est le produit de tendances historiques, d'habitudes de consommation, de méthodes de publicité et d'interventions des gouvernements et de l'industrie du tabac. Des recherches commencent à prouver que les fumeurs des deux sexes, indépendamment de leur âge, de leur niveau socio-économique et de leur origine ethnique, ont des comportements différents face au tabac. Ces comportements changent et évoluent, en outre, au fil du temps.

Une méthode de définition des déterminants de la santé constitue un cadre utile pour comprendre les complexités du tabagisme et les comportements face au tabac, ce qui inclut des aspects biologiques et sociaux de l'expérience humaine. Santé Canada a établi que les déterminants suivants ont des répercussions importantes sur la santé :

- le revenu et la condition sociale
- les réseaux de soutien social
- la culture
- le développement d'enfants en santé
- le milieu physique
- les habitudes personnelles en matière de santé et les aptitudes à se prendre en charge
- les services de santé
- les différences entre les sexes
- la biologie et la supériorité génétique
- l'emploi
- la scolarité
- le milieu social

Même s'il est difficile de démêler ces éléments, **les différences entre les sexes constituent un déterminant qui recoupe toutes les populations** et qui, de concert avec d'autres déterminants biologiques

l'un des principaux défis que pose le renouvellement d'une stratégie de lutte contre le tabagisme consiste à combiner les macropolitiques de santé publique à des initiatives stratégiques plus ciblées qui soient efficaces et pertinentes pour des sous-groupes de populations.

et sociaux, influe sur l'usage du tabac. Il faut absolument en tenir compte pour comprendre l'énigme de l'usage du tabac chez les filles et les femmes aujourd'hui au Canada.

Deuxièmement, il devient évident, à mesure que l'on en sait davantage sur les différences biologiques au chapitre des réactions à l'usage du tabac, que la génétique et les caractéristiques physiologiques sexospécifiques contribuent à définir les effets du tabagisme sur la santé. Il faut donc prendre en considération, dans le cadre de la formulation de recommandations en matière de recherches, de politiques et de programmes dans le domaine biomédical, l'influence et les effets du sexe biologique et du sexe social.

Comme nous le soulignons, l'un des principaux défis que pose le renouvellement d'une stratégie de lutte contre le tabagisme consiste à combiner les macropolitiques de santé publique à des initiatives stratégiques plus ciblées qui soient efficaces et pertinentes pour des sous-groupes de populations. Il est, en particulier, de plus en plus important de tenir compte du sexe et des spécificités des sexes pour combler les lacunes en matière de connaissances sur le tabagisme et pour définir les différences hommes-femmes par rapport de l'usage du tabac et des réactions sur ce plan.

B. Sexe biologique, sexe social et usage du tabac chez les femmes

Il est toujours important, quand on étudie la santé des femmes, de définir les répercussions du sexe biologique (les différences biologiques entre les hommes et les femmes) et du sexe social (les différences sociales et culturelles entre les hommes et les femmes également) comme des variables séparées (Greaves et al, 1999). En outre, lorsque l'on cherche à rassembler de nouvelles connaissances sur la santé des hommes et des femmes, il faut tenir compte de l'interaction du sexe biologique et du sexe social et de ses répercussions sur l'état de santé et sur la prestation de soins de santé.

Les différences entre les sexes influencent ce que nous faisons et la façon dont on nous perçoit. Elles influencent également le développement de notre identité et les réactions des autres vis-à-vis de nous. Les rôles sociaux fondés sur les différences entre les sexes définissent la nature et le type d'activités que poursuivent les hommes et les femmes. Les différences entre les sexes constituent un facteur important à l'intérieur de tous les aspects de la vie sociale : sur le marché du travail, au sein de la famille, sur le plan des

Les différences

hommes-femmes

influencent nos

comportements face

aux produits du tabac,

nos perceptions

culturelles et sociales

de la publicité sur

ces derniers, notre

consommation

de tels produits et

nos interprétations

du tabagisme.

relations culturelles et politiques et au chapitre des relations des gens avec leur environnement (Kitts & Hatcher Roberts, 1996). Elles peuvent également avoir de l'influence sur l'interprétation de symptômes biologiques, sur la structure de la morbidité et sur le sentiment d'autonomie des gens en matière de santé. Bref, les différences entre les sexes constituent un déterminant important et puissant d'un comportement complexe comme le tabagisme.

Le sexe est aussi un facteur puissant et insuffisamment étudié à prendre en considération pour comprendre les réactions face à l'usage du tabac. Il faudra développer beaucoup de domaines de recherche biomédicale pour déterminer pleinement l'ampleur des différences entre les sexes sur le plan des maladies liées au tabac en particulier¹. On précisait dans un rapport sur le tabagisme chez les femmes en Europe, qui a fait date, au sujet des conséquences du tabagisme sur la santé « qu'il faudrait grandement se préoccuper de la rareté relative des études valables sur les femmes précisément. On estime en effet aujourd'hui que les femmes sont au moins aussi et même plus affectées par le tabac que les hommes » [Traduction libre] (Sasco, 1999, p. 9).

Les domaines bien précis de recherche biomédicale dans lesquels il faut disposer de plus de connaissances sur les différences entre les sexes sont, notamment, les conséquences de la dépendance à la nicotine, les effets de la nicotine sur les maladies vasculaires et le durcissement de la paroi artérielle chez la femme et la structure de la morbidité du cancer du poumon, de l'emphysème et de l'asthme. Certaines questions portant sur les liens entre le tabagisme et l'ostéoporose, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus, l'influence du tabagisme sur les tissus conjonctifs, le développement des ovaires et son interaction avec un faible indice de masse corporelle et les hormones (INWAT, 1999, p. 37 et 38) restent encore sans réponse. Ces besoins s'ajoutent au fait que l'on reconnaît depuis plus longtemps les effets du tabagisme sur l'appareil génital de la femme, la ménopause, la grossesse, l'allaitement maternel et la santé du fœtus.

En résumé, les différences hommes-femmes influencent nos comportements face aux produits du tabac, nos perceptions culturelles et sociales de la publicité sur ces derniers, notre consommation de tels produits et nos interprétations du tabagisme. Notre biologie a une influence sur la nature des réactions, que l'on ne comprend pas toutes bien, des filles et des femmes face

à la consommation de tabac ou à l'exposition à la FST. Comme les différences hommes-femmes et la biologie affectent autant les unes que l'autre l'état de santé des femmes, il faut le reconnaître dans chaque cas à l'intérieur des initiatives de recherche sur le tabac et des initiatives stratégiques de lutte contre le tabagisme.

Les différences entre les sexes sur le plan des taux de tabagisme varient d'un pays à un autre, ce qui reflète les différents stades de l'épidémie de tabagisme où ils en sont (Amos, 1996; Chollat-Traquet, 1992). Dans nombre de pays en développement, par exemple, les taux de tabagisme chez les hommes se situent à des niveaux relativement faibles, mais s'accroissent rapidement, tandis que ces taux chez les femmes demeurent à des niveaux encore plus faibles que ceux observés chez les hommes. Dans des pays industrialisés comme le Royaume-Uni et le Canada cependant, on pense que l'incidence du tabagisme a déjà atteint un sommet et qu'elle est en train de diminuer lentement chez les hommes et les femmes. Des pays comme la France et l'Espagne, où les femmes ont commencé à fumer beaucoup plus tard que les hommes et où leurs taux de tabagisme n'ont pas encore atteint de sommets, se situent sur ce plan à mi-chemin.

En général, les taux d'incidence du tabagisme chez les femmes n'ont traditionnellement pas atteint les sommets qu'ils ont précédemment atteints chez les hommes. Notons aussi que les sommets atteints sur ce plan chez les femmes se maintiennent cependant assez longtemps. Cette tendance peut indiquer que les femmes fument « différemment » des hommes et trouvent plus difficile de cesser de fumer ou que les sommets atteints par les taux de tabagisme chez les personnes de sexe féminin reflètent les effets positifs des mesures antitabac (INWAT, 1999, p.19). Dans un cas comme dans l'autre, les taux d'adoption de l'habitude de fumer chez les filles constituent l'aspect clé à surveiller, étant donné qu'elles vieilliront et remplaceront finalement la population de fumeuses, ou même qu'elles en accroîtront la proportion.

C. Tendances sur le plan du tabagisme chez les filles et les femmes

1. Taux globaux d'incidence du tabagisme chez les personnes de sexe féminin

Au Canada, les taux globaux d'incidence du tabagisme sont tombés de 30 % à 25 % entre 1990 et 1999 (Santé Canada, février à juin 1999, Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada,

cycle 1). Lors de l'ESUTC, menée en 1999, 27 % des hommes et 23 % des femmes ont déclaré fumer.

Pour la première fois au Canada cependant, chez les 15 à 19 ans, il y a plus d'adolescentes (29 %) que d'adolescents (28 %) qui fument. En plus, ces filles fument autant de cigarettes par jour que les adolescents (environ 13) et ce niveau de consommation augmente (Santé Canada, février à juin 1999, ESUTC, cycle 1). Ces deux tendances sont des nouveautés et une raison de sonner l'alarme et d'analyser étroitement la situation. En outre, les filles commencent à fumer plus tôt que les garçons, ce qui peut signifier qu'elles risquent d'être exposées à la fumée pendant un plus grand nombre d'années. Si ces adolescentes continuent à fumer et si ces tendances se maintiennent chez celles qui les suivront, les taux ultérieurs d'incidence du tabagisme chez les femmes dépasseront finalement ces taux chez les hommes dans les cohortes plus âgées.

Le nombre de décès liés au tabagisme chez les femmes augmente aussi actuellement plus vite que celui des décès liés au tabac chez leurs contreparties masculines. Même si l'on présume que cela est attribuable au laps de temps qui s'écoule entre le développement de maladies liées

au tabagisme et le moment où l'on commence à fumer (environ 25 ans), cette situation est peut-être aussi liée à des différences entre les sexes que l'on ne comprend pas encore au chapitre du développement de maladies qui sont susceptibles d'influencer directement les taux de morbidité et de mortalité². Si cette dernière possibilité se réalisait, nous pourrions nous attendre à une forte hausse des taux de morbidité et de mortalité chez les fumeuses de la prochaine génération. Cette différence sur le plan des taux de décès entre les hommes et les femmes devrait diminuer à mesure que l'écart sur le plan des taux d'incidence du tabagisme entre les sexes se rétrécira. Le nombre de décès attribuables à des maladies liées au tabagisme a augmenté d'environ 8 % de 1991 à 1996; 64 % de ces décès sont survenus chez les femmes (Makomaski, Illing & Kaiserman, 1999). Le nombre de décès chez les femmes attribuables à des maladies reliées au tabagisme devrait continuer à augmenter et pourrait rejoindre, ou même dépasser, les niveaux atteints chez les hommes (Makomaski Illing & Kaiserman, 1999).

À en juger d'après une tendance observée au cours des deux décennies précédentes, le taux global d'incidence du tabagisme

chez les hommes au Canada a diminué beaucoup plus radicalement et rapidement que celui observé chez les femmes (voir le tableau 1). Cette différence sur le plan de la diminution du taux global d'incidence du tabagisme peut être liée au stade de l'épidémie de tabagisme chez les femmes ou indiquer des réactions différentes aux politiques et aux programmes antitabac qui ont été mis en place ces 20 dernières années. Il existe en plus chez les Canadiens d'une région et d'une culture à une autre sur le plan de l'incidence du tabagisme des différences indiquant que les niveaux en sont plus élevés chez les Autochtones et chez les

francophones, au Québec en particulier.

2. Femmes autochtones

Les Autochtones sont ceux qui déclarent les taux de tabagisme les plus élevés au Canada. Le taux d'incidence du tabagisme chez ce groupe équivaut environ au double de celui observé dans l'ensemble de la population canadienne. Les taux d'incidence du tabagisme chez les femmes autochtones équivalent également à plus du double de ceux enregistrés au sein de la population féminine en général (voir le tableau 2). Il semble, malheureusement, que le problème ne puisse qu'empirer : en

TABLEAU 1
TAUX D'INCIDENCE DU TABAGISME
CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES : 1981 À 1997

Année	Incidence chez les hommes (15 ans et +)	Incidence chez les femmes (15 ans et +)
1981	43,7	35,1
1986	34,6	30,3
1991	32,2	30,0
1996/97	31,5	26,3

Données de 1981 à 1991 – Santé Canada. (19 janvier 1999).

Le tabagisme au Canada durant les 16 dernières années.

Données de 1996 et de 1997 – Statistique Canada. (1999).

Enquête nationale sur la santé de la population – Cycle 2, 1996 et 1997.

1997, les taux d'incidence du tabagisme chez les Autochtones d'âge adulte étaient les plus élevés parmi les 20 à 24 ans (72 %) et les 25 à 29 ans (71 %; Reading, 1999)³. En outre, c'est chez les Autochtones que l'on commence à fumer le plus tôt (à 10 ans).

Il est difficile de trouver des renseignements sexospécifiques décrivant le tabagisme chez les Autochtones. L'information qui suit au sujet des tendances sur ce plan porte sur les taux globaux d'incidence du tabagisme (tant pour les hommes que pour les femmes). En 1997, le taux de consommation de cigarettes chez les membres des Premières nations et les Inuits se situait à 62 % [Reading, J. First Nations and Inuit Regional Health

Survey: National Report. (1999)]. Ce taux n'avait pas changé depuis 1991 (Statistique Canada, 1995a).

Les statistiques qui précèdent reflètent le mauvais état de santé général de beaucoup d'Autochtones au Canada. L'espérance de vie est énormément plus faible chez les Autochtones et la prévalence de toutes les maladies chroniques importantes, ce qui inclut le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer, est également chez eux énormément plus élevée (Comité consultatif sur la santé de la population (CCSP) fédéral-provincial-territorial, 1999). Pour des raisons que l'on ne comprend pas encore pleinement, les taux de cancer du poumon chez les femmes inuites sont cinq fois plus élevés que la

TABLEAU 2
TAUX D'INCIDENCE DU TABAGISME
CHEZ LES FEMMES AUTOCHTONES - 1991

Année	Femmes autochtones (15 ans et +)
1991	57,0

Données de 1991 – Stephens, T. (1994). Le tabagisme chez les Autochtones du Canada en 1991. Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services Canada.

Le taux d'incidence du tabagisme s'entend du pourcentage de « fumeurs actuels » (ce qui inclut les gens qui fument « à l'occasion » et ceux qui fument « tous les jours ».)

moyenne nationale enregistrée sur ce plan (Registre du cancer NST, dans Wilkin, 1998).

Reading (1996) a souligné les succès insuffisants que les programmes et les stratégies de renoncement au tabac ont eus dans les communautés autochtones. Il a suggéré de tenir compte dans le cadre de ces programmes des valeurs culturelles de ces communautés et de concevoir et d'offrir les programmes en question à partir de ces dernières. Les nouveaux programmes et les nouvelles politiques ou les révisions aux programmes et aux politiques déjà en vigueur doivent également s'inscrire à l'intérieur du contexte des usages spirituels et cérémoniaux traditionnels du tabac.

Il faut, en outre, évaluer en détail différentes méthodes de prévention du tabagisme et de renoncement au tabac dans les communautés autochtones (Bulterys et al. 1990).

3. Femmes francophones

Comme le rapport Consommation de tabac chez les femmes francophones du Canada, paru en 1996, (Santé Canada, 1996a) le précise, on manque de renseignements détaillés sur des sous-groupes de populations du Canada, y compris sur les femmes francophones. Les taux d'incidence du tabagisme chez ces francophones ont peu varié au cours des 10 dernières années (voir le tableau 3). Même si l'on dispose de données sur les différences entre les provinces par rapport aux taux

TABLEAU 3
TAUX D'INCIDENCE DU TABAGISME
CHEZ LES FEMMES FRANCOPHONES – 1985 ET 1995

Année	Femmes Francophones (15 ans et +)
1985	38,2
1995	34,7

Données de 1985 – Enquête sociale générale, 1985, suivant ce qui est signalé dans Létourneau, G. (1988). Les francophones et le tabagisme. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada.

Données de 1995 – Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et Centre for Addiction and Mental Health (1999). Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and Other Drugs. Toronto : Centre for Addiction and Mental Health.

d'incidence du tabagisme, il est difficile de décrire le tabagisme chez les femmes francophones de toutes les régions du pays.

À l'échelon provincial, c'est au Québec que l'on observe le taux d'incidence du tabagisme le plus élevé chez les 15 ans et plus (Statistique Canada, 1999). Le pourcentage de fumeurs y est constamment plus élevé depuis 1981 que n'importe où ailleurs au Canada. En 1996 et en 1997, le taux d'incidence du tabagisme s'y situait à 33,9 %, un niveau beaucoup plus élevé qu'en Colombie-Britannique, où il était de 25,5 % (Statistique Canada, 1999). Il se fait cependant peu de recherches sur les raisons de cet écart entre les provinces et sur la nature des liens possibles entre les taux d'incidence du tabagisme et la culture des francophones du Québec. Il est, en outre, impossible actuellement de décrire entièrement les comportements face au tabac des femmes francophones des différentes régions du Canada.

Même lorsque l'on a décrit adéquatement le tabagisme chez les francophones des deux sexes, il faut tenir compte à l'intérieur des politiques et des programmes élaborés pour cette population de son hétérogénéité. Les interactions des facteurs culturels, linguistiques

et régionaux et des différences hommes-femmes font des fumeuses francophones des différentes régions du pays des groupes uniques. L'adaptation aux réalités culturelles signifie que la conception et la diffusion des politiques et des programmes doivent refléter exactement la langue, les habitudes quotidiennes et les attitudes.

4. Taux d'incidence du tabagisme chez les adolescentes

Pendant que l'on enregistrerait dans les années 90 une augmentation générale des taux d'incidence du tabagisme chez les jeunes, ces taux chez les filles dépassaient pour la première fois ceux observés chez les garçons, une nouvelle donnée alarmante en matière de tendances sur le plan du tabagisme au Canada. Le taux d'incidence du tabagisme chez les jeunes femmes a grimpé de 23,5 % en 1989 à 31 % en 1997 (en moins d'une décennie) (voir le tableau 4), tandis que ce taux chez les jeunes de sexe masculin grimpa de 21,6 % à 27,2 % (Statistique Canada, 1999-ENSP). Même si elles fument traditionnellement moins et moins régulièrement également que les jeunes de sexe masculin, les jeunes femmes fument pour la première fois à un âge plus précoce que celui où le font les hommes de leur âge (Hachey, 1998).

Les contextes sociaux

différents dans

lesquels vivent

les filles, qui ont

davantage tendance

à se conformer à leur

groupe d'ami(e)s et

qui éprouvent plus

d'anxiété et d'insécurité

au sujet de leurs

amitiés, les incitent

peut-être davantage

que les garçons à

commencer à fumer.

Les jeunes femmes et les garçons expliquent différemment pourquoi ils ont commencé et continuent à fumer. Les filles citent plus souvent la curiosité pour expliquer pourquoi elles ont commencé à le faire et certaines jeunes femmes déclarent avoir commencé à fumer pour tenter de venir à bout du stress, notamment, ce qui demeure un motif les incitant, surtout celles des milieux défavorisés, à continuer à fumer (Hachey, 1998). Enfin, les jeunes femmes semblent davantage influencées que les garçons par le fait que les membres de leur famille et leurs ami(e)s fument (Hachey, 1998).

Cette plus grande influence des comportements d'autrui tient peut-

être au fait que les jeunes femmes ont souvent des groupes d'ami(e)s plus restreints et plus étroitement liés que les garçons (Hachey, 1998; van Roosmalen & McDaniel, 1992). Les contextes sociaux différents dans lesquels vivent les filles, qui ont davantage tendance à se conformer à leur groupe d'ami(e)s et qui éprouvent plus d'anxiété et d'insécurité au sujet de leurs amitiés, les incitent peut-être davantage que les garçons à commencer à fumer (van Roosmalen & McDaniel, 1992). On devrait, évidemment, tenir compte dans le cadre des nouveaux programmes et des nouvelles politiques de ces contextes sociaux différents.

Si les garçons peuvent fumer pour

TABLEAU 4
TAUX D'INCIDENCE DU TABAGISME CHEZ
LES ADOLESCENTES – 1981 À 1997

Année	Adolescentes (De 15 à 19 ans)
1981	41,7
1986	27,0
1991	25,6
1996/97	31,0

Données de 1981 à 1991 – Santé Canada. (19 janvier 1999).
Le tabagisme au Canada durant les 16 dernières années.

Données de 1996 et de 1997 – Statistique Canada. (1999).
Enquête nationale sur la santé de la population –
Cycle 2, 1996 et 1997.

On ne peut examiner isolément les comportements liés à la santé chez les adolescentes dans le cadre des recherches et de l'élaboration des politiques portant sur le tabagisme.

avoir l'air « dur », les filles fument pour se faire des ami(e)s, pour s'intégrer à un groupe ou pour se donner un genre. Les filles (davantage que les garçons) fument la cigarette pour marquer leur révolte contre leurs parents, contre l'école ou contre la société en général (Santé Canada, 1996c). La vulnérabilité de ces jeunes peut les pousser à chercher à se faire accepter en se joignant à des groupes de camarades, qui sont susceptibles de se caractériser par des valeurs antisociales et par une variété de comportements à risque pour la santé (King et al. 1996).

Cette augmentation des comportements risqués chez les jeunes femmes va de pair avec des niveaux de stress plus élevés signalés par les filles des écoles secondaires de tout le Canada. Les filles, par exemple, sont plus susceptibles que les garçons de se préoccuper de leur apparence, d'avoir des maux de tête, de dos et d'estomac, de manquer de confiance et de vivre des périodes de dépression (Santé Canada, 2000). L'augmentation de l'incidence du tabagisme peut, alors, simplement refléter chez les adolescentes une détérioration de leur état de santé.

Étant donné qu'elles se comparent aux images idéalisées des femmes dépeintes dans les médias, les filles

risquent de développer une image négative de leur corps et de chercher des moyens de contrôler leur poids. Il n'est pas étonnant que bien des filles invoquent comme raison de fumer la capacité du tabac de les aider à arriver à le contrôler (Santé Canada, 1996c). Une étude menée récemment à Ottawa et à Londres a révélé un lien évident entre le tabagisme et les préoccupations chez les adolescentes au sujet de leur corps et de leur silhouette (Crisp et al. 1998). Les gens qui ont mené cette recherche ont suggéré que les programmes conçus pour prévenir ou pour réduire le tabagisme chez les jeunes portent sur ces préoccupations sous-jacentes, répandues chez les filles, au sujet d'un gain de poids. Il est important également de percevoir les préoccupations au sujet de l'image du corps et d'une perte de poids dans le contexte élargi d'autres comportements liés à la santé, y compris la consommation d'alcool (French, 1995). On ne peut examiner isolément les comportements liés à la santé chez les adolescentes dans le cadre des recherches et de l'élaboration des politiques portant sur le tabagisme.

Les inégalités entre les sexes exercent également aujourd'hui sur les jeunes femmes des pressions qui peuvent avoir une influence sur leur consommation de tabac.

À mesure qu'elles deviennent plus conscientes des limites de leur avenir⁴ et des normes culturelles suivant lesquelles il leur est possible de se comporter, les filles estiment avoir moins de maîtrise sur leur vie et se tournent vers le tabagisme comme moyen de faire face à la réalité (Santé Canada, 1996c; Greaves, 1996, p. 112 et 113). Les jeunes femmes qui ont une faible estime d'elles-mêmes et de la difficulté dans leurs études, par exemple, sont plus susceptibles de se mettre à fumer (Amos, 1996; Santé Canada, 1998; King et al. 1996). Sur le plan personnel, le recours à la cigarette chez ces jeunes femmes pour entretenir leur confiance en elles-mêmes peut découler de la croyance répandue que le tabac est susceptible de les aider à se calmer, à se maîtriser et à atténuer leur stress.

Ce qui est le plus préoccupant, cependant, c'est la tendance chez les filles à montrer qu'elles ont davantage l'intention de continuer à fumer, même à des stades relativement précoces de leur « carrière » de fumeuses (van Roosmalen & McDaniel, 1992). Elles maintiennent cette position même si elles sont conscientes des effets néfastes de la cigarette sur leur santé. Cette constatation prouve, nettement, que les nou-

velles politiques, les nouveaux programmes ou les révisions aux politiques et aux programmes en vigueur soulèvent des défis importants, étant donné que ces jeunes femmes conservent leurs attitudes et leurs convictions à l'âge adulte.

5. Taux d'incidence du tabagisme chez les femmes à faible revenu

Au Canada et dans d'autres pays industrialisés, on associe aujourd'hui de plus en plus le tabagisme à une infériorité socio-économique (Amos, 1996; Graham & Hunt, 1994). Plus précisément, on associe l'incidence du tabagisme aux faibles revenus, aux faibles niveaux de scolarité et au chômage. Cette tendance peut se maintenir; les adolescentes qui fument sont plus susceptibles que les non-fumeurs d'obtenir à l'école des résultats décevants, d'avoir des objectifs scolaires peu élevés et d'être moins intéressées à poursuivre leurs études (Fried, 1994).

Les taux d'incidence du tabagisme au Canada varient aussi énormément suivant le niveau de suffisance du revenu⁵ et le niveau de scolarité. On constate, en fait, que les taux d'incidence du tabagisme les plus élevés correspondent aux niveaux de revenu les plus faibles. Sur le plan de suffisance du revenu le plus faible, le taux d'incidence du tabagisme se situe à environ 35 % chez les femmes et à 41 % chez

les hommes. En comparaison, ce taux par rapport de suffisance du revenu le plus élevé est de 18 % dans le cas des femmes et de 22 % dans celui des hommes (Statistique Canada, 1999). De même, en 1999, selon Statistique Canada, environ 33 % des Canadiens qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires étaient des fumeurs, comparativement à moins d'un Canadien sur quatre ayant fait ou entrepris des études post-secondaires (Statistique Canada, 1999).

Dans le cas des femmes, les facteurs que l'on associe à un taux élevé d'incidence du tabagisme incluent le chômage, un emploi à faible revenu ou dans le secteur des services, le fait d'être chef de famille monoparentale, un faible niveau de scolarité, l'isolement et le manque de soutien social, les responsabilités à la fois professionnelles et familiales, la violence en milieu familial, le stress et la faible estime de soi (Hachey, 1998). Le lien entre pauvreté et tabagisme chez les femmes peut persister pendant toute leur vie; Hilary Graham et ses collègues au Royaume-Uni ont constaté qu'il existe des liens importants et indépendants entre le statut socio-économique des femmes d'âge adulte et des adolescentes et le tabagisme

(Graham & Der, 1999). Ces données mettent en relief, encore une fois, la complexité de la relation entre le tabagisme, les différences hommes-femmes et les situations économiques.

Marsh et McKay (1994) considéraient que les niveaux très élevés de tabagisme chez les personnes à faible revenu constituent une réaction à la pauvreté. Les résultats de recherches sur le renoncement au tabac montrent que les gens cessent souvent de fumer pour des raisons optimistes : ils veulent améliorer leur santé, se présenter sous un meilleur jour notamment. Les membres de familles à faible revenu ont peut-être cependant peu de raisons d'être optimistes et leur existence quotidienne risque d'être axée sur la survie et de les empêcher ainsi de tenir compte de questions comme leur état de santé à long terme (Marsh & McKay, 1994).

Il est possible toutefois que la pauvreté n'ait pas face à l'usage du tabac une influence que sur le comportement des gens. L'insalubrité des logements, les taux élevés de criminalité et le surpeuplement des zones défavorisées peuvent également avoir un effet globalement nuisible sur la santé. Reijneveld (1998) a établi un lien entre le tabagisme et le fait de vivre dans une zone ou dans un milieu défavorisé.

Il nous faudra effectuer beaucoup plus de recherches de ce genre avant de pouvoir commencer à comprendre les effets du milieu social et du milieu physique sur les comportements face à l'usage du tabac. Même ces résultats préliminaires montrent cependant que le tabagisme s'inscrit à l'intérieur d'un contexte social (un contexte de pauvreté le plus souvent) dont on ne peut pas ne pas tenir compte. Les politiques ou les programmes dans le cadre desquels on suppose que le tabagisme est un comportement que seule la personne concernée contrôle auront un succès limité.

6. Différences entre les sexes, tabagisme et renoncement au tabac

Les adultes des deux sexes qui fument déclarent le faire pour des raisons et dans des situations différentes. Les résultats d'un certain nombre d'études quantitatives menées récemment auprès de fumeuses laissent supposer que les femmes fument pour venir à bout du stress qu'elles vivent et qui est causé par leur infériorité économique par rapport aux hommes, les rôles multiples qu'elles jouent et la violence à leur endroit (Santé Canada, 1998; Greaves, 1996; Graham, 1993; Jacobson, 1986).

L'industrie du tabac exploite depuis longtemps ces différences entre les sexes en faisant la promotion de certaines marques (de cigarettes) « uniquement destinées aux femmes » qui laissent entendre que fumer est chic, soulageant et relaxant. On dépeint dans cette publicité le fait de fumer comme une dimension d'un style de vie positif et excitant et comme un moyen de réconcilier ce que l'on perçoit comme étant les contradictions de la condition féminine, telles les pressions exercées sur les femmes pour qu'elles restent minces et leur désir de plus d'indépendance et de maîtrise sur leur existence (Hachey, 1998). On ne tient pas compte dans ces annonces de la contradiction entre le contrôle personnel et le caractère d'accoutumance du tabac.

Les femmes défavorisées par plusieurs réalités (y compris la pauvreté, le chômage et l'appartenance à une minorité ethnique) décrivent la cigarette comme un petit « luxe » dans leur vie. Cette forme d'activité de loisirs crée une structure dans leur journée, leur offre la possibilité de se détendre et établit une distance à la fois physique et émotive entre elles et leurs responsabilités sur le plan des soins à prodiguer aux enfants et du travail ménager (Payne, 1991; Graham, 1993; Greaves, 1996). Même si elles admettent que l'usage du tabac peut

nuire à leur santé, ces femmes déclarent que fumer est moins dommageable pour leurs enfants que de « laisser la vapeur s'échapper » autrement (Amos, 1996).

Il est possible d'en apprendre beaucoup plus sur le « comment » et le « pourquoi » les hommes et les femmes, et les garçons et les filles, fument, pour déterminer les répercussions réelles des différences hommes-femmes. Cet aperçu initial met en lumière la relation complexe entre le tabagisme, les différences hommes-femmes, l'âge, l'appartenance à une minorité et l'infériorité matérielle des femmes.

Moins d'hommes et de femmes d'un faible niveau de suffisance du revenu ou de scolarité envisagent de cesser de fumer. Encore une fois, le comportement face au tabac et les situations économiques sont inextricablement liés. Par rapport de suffisance du revenu le plus faible, 44,1 % des femmes et 40,5 % des hommes envisagent de cesser de fumer, comparativement à 52 % des femmes et à 62,2 % des hommes au niveau de suffisance du revenu le plus élevé (Statistique Canada, 1999).

Beaucoup d'études qui ont porté sur l'efficacité des cliniques et des programmes conçus pour aider les fumeurs à cesser de fumer ont montré que les femmes ne

réussissaient pas autant que les hommes à le faire. Il est toutefois impossible de généraliser ce résultat à toutes les femmes, étant donné que l'immense majorité des fumeurs qui réussissent à cesser de fumer le fait par elle-même, sans avoir recours à un programme établi (Greaves, 1991; Amos, 1996). Certains éléments prouvent, en même temps, que le processus de renoncement au tabac chez les femmes est différent de ce qu'il est chez les hommes. Les femmes, par exemple, ont tendance à déclarer avoir moins confiance dans leur capacité de cesser de fumer, à percevoir davantage d'obstacles à l'abstinence sur le plan de la consommation de cigarettes et à prévoir les conséquences négatives du renoncement au tabac (Fried, 1994). La peur des femmes de prendre du poids est un facteur particulièrement important qui les dissuade de cesser de fumer.

Les hommes et les femmes peuvent également expérimenter différemment les méthodes de remplacement de la nicotine. Les résultats d'études effectuées récemment laissent entendre que le degré actuel de renforcement de la nicotine et l'ampleur de certains effets de l'aspiration de cette substance diffèrent entre les hommes et les femmes (Perkins, 1999). Ces différences entre les sexes

et d'autres au chapitre du processus de renoncement au tabac laissent croire qu'une méthode « unique » sera, de toute évidence, inefficace.

En conclusion, les recherches montrent que les hommes et les femmes (et les garçons et les filles) fument pour des raisons différentes, dans des contextes sociaux et économiques différents, sont représentés différemment dans la publicité et affichent des habitudes de consommation qui diffèrent et des tendances différentes sur le plan du renoncement au tabac. Dans la société canadienne, fumer était surtout habituellement un comportement masculin. Le fossé entre les sexes sur le plan de l'incidence du tabagisme chez les adultes est, cependant, aujourd'hui presque invisible. Dans le cas des jeunes, un renversement de situation sur ce plan est en train de s'opérer, à mesure que les taux de tabagisme chez les adolescentes dépassent ceux observés chez les adolescents. On liait, au départ, le fait de fumer à l'appartenance à une classe socio-économique plus élevée, tandis qu'aujourd'hui on le lie surtout à une classe socio-économique inférieure. À mesure que la cohorte actuelle de filles vieillira et luttera contre l'accoutumance à la nicotine, les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques qui

porteront sur le tabac devront prendre conscience des éléments du tabagisme qui sont liés aux différences hommes-femmes et à la classe socio-économique.

D. Interventions sous forme de politiques

1. Politiques traditionnelles de lutte contre le tabagisme

La principale méthode de réduction de l'usage du tabac prévue par les politiques de lutte contre le tabagisme adoptées au Canada et ailleurs consiste à établir des macrostratégies générales qui ont de vastes répercussions sur la modification des comportements dans la population face au tabac. Les méthodes comme celles consistant à accroître les taxes sur les produits du tabac, à prévoir des limites relativement à la vente de ces produits aux mineurs, à développer la promotion et la prévention de la santé et à instaurer des restrictions sur le plan du tabagisme en sont des exemples. Ces approches sont largement utilisées, fortement appuyées et très populaires dans tous les pays du monde, qui les adaptent en fonction du stade de progression de l'épidémie de tabagisme.

Traditionnellement, au Canada, les interventions sous forme de

Le défi actuel consiste à mettre au point d'autres moyens d'action efficaces pour influencer sur le tabagisme chez des gens bien précis ou au sein de populations bien définies faisant partie de groupes hautement prioritaires comme les jeunes, les femmes, les francophones, les Autochtones et les classes socio-économiques inférieures.

politiques ont été axées sur une réduction des taux globaux d'incidence du tabagisme et de consommation du tabac au sein de la population. Le défi actuel consiste à mettre au point d'autres moyens d'action efficaces pour influencer sur le tabagisme chez des gens bien précis ou au sein de populations bien définies faisant partie de groupes hautement prioritaires comme les jeunes, les femmes, les francophones, les Autochtones et les classes socio-économiques inférieures. Fumer est un comportement complexe dont les cheminements consistant à commencer, à continuer et à cesser reflètent une foule de déterminants. Des déterminants comme les différences hommes-femmes, la classe socio-économique, le revenu, l'origine ethnique et la culture peuvent également au sein de la population influencer et différencier les effets des politiques antitabac à l'intérieur de certains groupes.

Depuis 1985, il existe un comité directeur que l'on a mis sur pied pour orienter la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme (SNLT) et mener des consultations au sujet de cette dernière; ce comité se compose de représentants des gouvernements fédéral et provinciaux, d'organisations non gouvernementales et d'organismes

nationaux de défense et de promotion de la santé. En 1999, le comité susmentionné a publié une mise à jour de la Stratégie nationale, *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada* (Comité directeur, 1999), qui établit avec justesse que la hausse des taux d'incidence du tabagisme chez les jeunes femmes est un motif de « préoccupation particulière » (Comité directeur, 1999, 6). On n'y mentionne cependant pas les différences hommes-femmes comme étant un déterminant du tabagisme (p. 9) et aucune donnée désagrégée selon le sexe ni aucune analyse des différences hommes-femmes n'étaient la Stratégie. En plus, si on laisse entendre dans cette dernière que les plans d'action devraient porter sur des questions d'adaptation aux différences hommes-femmes, le seul groupe de femmes qui y est mentionné sous les Priorités d'action est celui des femmes enceintes (p. 16).

La SNLT a notamment pour but la « dénormalisation » du tabagisme, ce qui renvoie au processus consistant à modifier l'idée selon laquelle fumer est un comportement acceptable. Chose intéressante, les deux premiers objectifs de dénormalisation mentionnés dans cette stratégie touchent l'un et l'autre directement les femmes.

Il faut appliquer les politiques de lutte contre le tabagisme de concert avec d'autres politiques économiques, sociales et de santé afin que les premières aient un effet optimal auprès des groupes de fumeurs les plus enclins à fumer.

- travailler à décourager l'usage de la cigarette dans des endroits publics ou privés fermés où les autres pourraient être affectés par la fumée de tabac ambiante, y compris les enfants à la maison;
- travailler à décourager l'usage de la cigarette par les femmes enceintes et autour de celles-ci. (p. 24).

Comme l'un des objectifs de la dénormalisation consiste à faire en sorte que fumer devienne suffisamment inacceptable socialement pour que les fumeurs « reçoivent des regards hostiles » (p. 26), il est évident que, si la mise à jour de la SNLT était un succès, les fumeuses pourraient être le point de mire sur le plan social d'une surveillance et de politiques très développées.

Le document *Nouvelles orientations de la SNLT* établit que le « mouvement à la baisse de la fréquence de l'usage du tabac s'est arrêté » (p. 8), surtout parce que les adolescents qui deviennent de nouveaux fumeurs sont en train de remplacer les gens qui cessent de fumer. Il établit également la gravité de la tendance observée chez les jeunes filles à commencer à fumer, mais ne saisit malheureusement pas la possibilité logique d'accorder en conséquence les objectifs qui y sont définis en faisant appel à

une analyse comparative entre les sexes.

2. Politique intégrée et globale de lutte contre le tabagisme

Lorsque l'on applique une approche intégrée et globale des déterminants de la santé à l'usage du tabac cependant, il devient immédiatement évident qu'il faut appliquer les politiques de lutte contre le tabagisme de concert avec d'autres politiques économiques, sociales et de santé afin que les premières aient un effet optimal auprès des groupes de fumeurs les plus enclins à fumer. Une telle approche est inévitablement axée sur tous les aspects de l'existence qui touchent la santé et révèle souvent les inégalités dans le domaine de la santé.

Hilary Graham (INWAT, 1999) laisse entendre qu'un cadre global d'action définirait et intégrerait toutes les politiques qui influent sur le comportement face au tabac, des éléments déclencheurs dans la vie quotidienne jusqu'aux vastes influences du système social, et permettrait d'analyser les différences sur le plan des effets des politiques pendant leur cycle de vie.

Une telle intégration pourrait mener à des politiques mieux adaptées et plus éthiques, tenir compte à la fois de leurs conséquences attendues

et inattendues et améliorer la santé et le bien-être d'ensemble des populations visées en priorité. Sans ce réglage précis, les politiques de lutte contre le tabagisme n'atteindront pas pleinement et également leurs objectifs : réduire les taux d'incidence du tabagisme et améliorer la santé des Canadiennes et des Canadiens.

Les politiques renvoient à plusieurs aspects de la lutte contre le tabagisme. Le présent rapport a pour point de mire la réglementation et la législation qui servent à prévenir le tabagisme, à aider à renoncer au tabac ou à protéger la population contre sa fumée secondaire nocive. Les politiques orientent cependant les stratégies moins officielles qui guident les décisions au sujet de la lutte contre le tabagisme. Affecter des fonds et des ressources à des projets ou à des programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire ou offrir des programmes de renoncement au tabac en milieu de travail aux employés est, par exemple, une décision stratégique. Tous les aspects des politiques, officielles et officieuses, publiques, privées et institutionnelles, sont importants.

3. Recherches sur les politiques antitabac

Le monde de la recherche en santé au Canada évolue rapidement en ce

début du XXI^e siècle. En février 1999, le gouvernement fédéral a annoncé la création des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et l'octroi à ces derniers d'un vaste mandat intégré et de fonds plus importants. Le mandat des IRSC appuiera, en particulier, la recherche qui recoupe ses secteurs de travail : les services et les systèmes biomédicaux, cliniques appliqués et de santé, les dimensions sociales et culturelles et la santé de la population. L'intégration de ces domaines de recherche servira très bien à lutter contre le problème du tabagisme. De par sa nature même, le problème du tabagisme recoupe tous ces secteurs et l'intégration de cette façon des efforts de recherche sur le tabagisme permettra de développer davantage les connaissances dans ce domaine. Les IRSC devraient également intégrer le sexe biologique et le sexe social à toutes les recherches en santé qu'ils financeront. Cela aidera davantage à comprendre tous les problèmes liés au tabac auxquels les filles et les femmes au Canada sont confrontées.

D'autres partenariats offrent des voies menant à l'intégration. En 2000, le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et l'Initiative canadienne de recherche sur le tabac (ICRT) financent conjointement un programme de recherche sur les politiques antitabac. Lors

Il faut davantage, non pas moins, adapter sur mesure les politiques de lutte contre le tabagisme en cette époque où l'usage du tabac chez les filles ne diminue pas.

d'un atelier organisé récemment par l'ICRT, on a élaboré une définition de la recherche sur les politiques antitabac qui détermine les étapes et le contenu de cette dernière⁶. Cette définition est utile, en ce sens qu'elle exprime clairement l'ampleur du processus d'élaboration des politiques et ses dimensions publiques et privées. Le processus d'élaboration des politiques de santé, à plus forte raison des politiques antitabac, est ambigu pour beaucoup d'intervenants et présente, de toute évidence, des aspects idiosyncratiques.

Les recherches qui se rattachent aux politiques constituent un nouveau domaine de recherche en santé, que beaucoup d'intervenants accueillent favorablement comme une voie menant à la formulation de décisions fondées sur des preuves. Bien des groupes de défense et de promotion de la santé et de la justice sociale s'en réjouissent également. Les défenseurs et les promoteurs de la santé des femmes au Canada sont des partisans clés des recherches qui se rattachent aux politiques, surtout celles englobant tous les intervenants, y compris les femmes et les groupes communautaires. Mettre l'accent sur les recherches qui se rattachent au processus d'élaboration et au contenu des

politiques et y inclure une longue liste d'intervenants sont particulièrement pertinents pour lutter contre le tabagisme chez les femmes au Canada.

Il faut davantage, non pas moins, adapter sur mesure les politiques de lutte contre le tabagisme en cette époque où l'usage du tabac chez les filles ne diminue pas. Il est tout aussi important, en cette époque également où les connaissances biomédicales entourant les maladies liées au tabac révèlent d'énormes fossés et différences sur le plan des réactions des femmes face au tabac comparativement à celles des hommes, d'élaborer des objectifs et des méthodes ciblés pour s'attaquer au tabagisme selon le sexe biologique et le sexe social chez les femmes. Si l'on veut qu'elles réussissent à réduire la consommation de tabac chez les femmes aujourd'hui au Canada, les politiques de lutte contre le tabagisme doivent refléter nos connaissances sur la complexité de l'usage du tabac, étant donné que cet usage est influencé par une diversité de facteurs, y compris le sexe biologique, le sexe social, la classe socio-économique et l'origine ethnique.

Dans son programme de recherche sur les politiques antitabac, l'ICRT propose pour cette dernière des

Une analyse comparative entre les sexes permettra de s'assurer d'adopter des politiques antitabac en connaissant les réalités sociales, l'espérance de vie et les situations économiques différentes des hommes et des femmes.

critères de financement qui pourraient refléter ces éléments (Best, décembre 1999,4). Ces critères soulignent la pertinence, la souplesse, la qualité, les répercussions et le fondement théorique de la recherche. Le critère le plus pertinent, cependant, est celui exigeant une adaptation aux contextes culturel, économique, social et politique entourant l'usage du tabac.

4. Analyse comparative entre les sexes et politiques antitabac

Le gouvernement fédéral a adopté en 1995 une politique⁷ qui obligeait ses ministères et ses organismes à effectuer des analyses comparatives entre les sexes des futures lois et politiques nationales, le cas échéant. On dispose d'outils⁸ (et on continue à en mettre au point) pour aider les responsables de l'élaboration des politiques à réaliser de telles analyses. En plus, la Stratégie pour la santé des femmes, publiée en 1999 par Santé Canada, stipule clairement qu'il faut intégrer le sexe biologique et le sexe social à toutes les politiques et à tous les programmes de santé (21 mars 1999). L'application de ces analyses et optiques comparatives entre les sexes au processus d'élaboration des politiques antitabac engloberait le processus et le contenu des politiques de lutte contre le tabagisme, pour refléter

les différences hommes-femmes sur le plan des comportements et des réactions face au tabac⁹.

Une analyse comparative entre les sexes permettra de s'assurer d'adopter des politiques antitabac en connaissant les réalités sociales, l'espérance de vie et les situations économiques différentes des hommes et des femmes. Ainsi, on ne séparera pas le processus d'élaboration des politiques et leur évaluation du contexte social à l'intérieur duquel ils s'inscrivent ni d'une évaluation des effets différents des politiques pour les Canadiens et pour les Canadiennes.

Même s'il est évident qu'il faut effectuer des analyses comparatives entre les sexes dans le cadre de l'élaboration des politiques, les modalités de conception des politiques à l'aide de ce filtre ne sont pas toujours, elles, évidentes. L'élaboration des politiques canadiennes antitabac met parfois en évidence certains éléments clés du processus d'analyse comparative entre les sexes, la collecte et l'examen de données quantitatives sur le tabagisme désagrégées selon le sexe notamment. Nous apprécions également de plus en plus à leur juste valeur les données qualitatives au Canada (et dans d'autres pays industrialisés) au fur et à mesure du déroulement de ce stade de

l'épidémie de tabagisme. L'importance que l'on a accordée aux filles et aux femmes tant dans la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT) (<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/pnrds/abstracts/srdt.htm>) que dans le cadre du Forum canado-américain sur la santé des femmes, tenu en 1996 (<http://www.hc-sc.gc.ca/canusa/indexfr.htm>), est un exemple d'application d'une analyse comparative entre les sexes.

La « Stratégie pour la santé des femmes », publiée par Santé Canada en mars 1999, renferme deux objectifs liés au tabac qui découlent du forum sur la santé des femmes susmentionné : établir un programme canado-américain de coopération pour amener les adolescentes et les jeunes femmes à renoncer au tabac et définir des « pratiques exemplaires » au chapitre de la prévention du tabagisme et du renoncement au tabac pour les filles et pour les jeunes femmes également. On n'a pas encore entrepris ces deux projets.

Il faut développer beaucoup plus l'analyse comparative entre les sexes pour contester certaines hypothèses fondamentales au sujet de l'élaboration des politiques antitabac, de leur évaluation et de leurs effets. Il faut, en plus, connaître

d'avantage les relations entre les secteurs économique et social au Canada et la nature de leurs rapports avec les différences hommes-femmes. Le gouvernement fédéral considère que clarifier les valeurs en constitue nécessairement une étape et se demande consciencieusement de quelle(s) façon(s) les valeurs des décideurs, du « système » et de la société limitent la gamme des possibilités d'action suggérées. Il est possible, dans ce contexte, de clarifier les conséquences éthiques des initiatives stratégiques antitabac.

Cependant, il faut, premièrement, intégrer le sexe biologique et le sexe social au plan d'action prévu dans la stratégie nationale pour réduire l'usage du tabac et les considérer comme des éléments faisant partie d'une analyse, plutôt que comme un sujet d'intérêt additionnel ou « particulier ». Ces questions se retrouveraient alors à l'intérieur de tous les processus d'élaboration et d'évaluation des politiques et d'évaluation également de leurs répercussions. Cela n'est pas encore le cas au Canada. Une intégration complète des analyses comparatives entre les sexes constitue une incorporation des différences hommes-femmes, l'inclusion systématique d'une analyse comparative entre les sexes à toutes les activités

d'élaboration et d'évaluation des politiques.

On pourrait intégrer des éléments bien précis des différences hommes-femmes de la réalité économique et sociale au Canada à une politique globale de lutte contre le tabagisme. Les trois éléments importants et interactifs sont le revenu, le travail (rémunéré et non rémunéré) et les responsabilités en matière de soins à prodiguer aux enfants.

Les femmes sont ordinairement plus pauvres que les hommes et dépendent souvent économiquement d'eux (Kitts & Hatcher Roberts, 1996). Au Canada, les femmes gagnent 70 % de ce que gagnent les hommes qui travaillent à temps plein à longueur d'année (Statistique Canada, 12 mai 1998), ce qui reflète, en partie, leur lieu de travail. Suivant les résultats du Recensement de 1996, les femmes sont concentrées à l'intérieur d'une gamme limitée de professions, qui inclut les secteurs de la santé, de l'enseignement, du travail de bureau et de l'industrie des services, et détiennent encore la majorité des emplois les plus faiblement rémunérés. Elles sont plus nombreuses dans les 25 professions, sauf cinq, qui se situent au bas de l'échelle de rémunération (Statistique Canada, 12 mai 1998) et sont surreprésentées dans les

emplois à temps partiel, temporaires et à contrat (Krahn, 1995). Une enquête menée en 1998 a révélé qu'environ 30 % des adultes de sexe féminin qui travaillaient à temps partiel le faisaient involontairement et que 20 autres % travaillaient à temps partiel également afin de pouvoir s'occuper de leurs enfants (Statistique Canada, 27 janvier 1999).

Le fait d'avoir des enfants est un déterminant majeur de l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes (Statistique Canada, 1995b). Dans la plupart des familles canadiennes, la responsabilité de prendre soin des enfants échoit dans une mesure disproportionnée aux femmes, ce qui réduit le temps dont elles disposent pour travailler contre rémunération. Cela a directement des répercussions économiques pour les femmes, sur leur revenu, leurs promotions et leurs possibilités de carrière. Les résultats du Recensement de 1996 ont montré que 50 % des femmes actives (sur le marché du travail) des familles biparentales qui comptaient un enfant de moins de six ans ont déclaré consacrer au moins 30 heures par semaine à prendre soin de leur enfant, tandis que seulement 25 % des hommes ont déclaré en faire autant (Statistique Canada, 17 mars 1998).

Il est facile de voir comment la combinaison du travail rémunéré, du travail non rémunéré, des soins à prodiguer aux enfants et d'un faible revenu peut avoir une influence sur la santé physique et le bien-être émotif. Cette combinaison de situations est un problème grave dans les familles monoparentales dirigées par une femme, dont le nombre au Canada est en train d'augmenter. Environ quatre chefs de famille monoparentale sur cinq au Canada sont des femmes, dont beaucoup, 48 % en 1995, vivaient sous le seuil de faible revenu (SFR) fixé par Statistique Canada (Statistique Canada, 12 mai 1998). En 1993, le revenu moyen des familles monoparentales dirigées par une femme était inférieur de 12 100 \$ à celui des familles monoparentales dirigées par un homme (Statistique Canada, 1995b).

Même lorsque le revenu du ménage est stable, beaucoup de femmes, surtout celles qui sont soumises économiquement à un partenaire masculin et/ou à des violences physiques de sa part, ont peu accès, sinon aucunement, au revenu familial. Lors d'une enquête menée en 1993, 10 % des femmes qui avaient un partenaire masculin ont déclaré que ce dernier leur refusait l'accès au revenu familial et qu'il ne leur disait pas, dans certains cas, quel

était ce revenu (Rodgers, 1994).

Ce sont là des exemples d'éléments sociaux et économiques des différences hommes-femmes qui, dans la réalité, déterminent l'état de santé, les habitudes dans le domaine de la santé, les comportements (y compris face au tabac) et les réactions aux politiques et aux programmes de lutte contre le tabagisme. L'intégration des questions relatives aux femmes à l'élaboration des politiques antitabac permettrait de définir et de reconnaître de tels éléments et de les inclure dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et dans l'évaluation également de leurs répercussions.

V

Législation et réglementation antitabac et différences hommes-femmes – Principaux éléments¹⁰

Au Canada, la lutte contre le tabagisme est bien engagée et elle est considérée progressiste d'après les normes internationales. La Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme se rattache, en général, à des questions de législation et de réglementation et à une vaste gamme d'initiatives de prévention du tabagisme/de renoncement au tabac et d'éducation sur ces plans, faisant appel aux moyens communautaires et de recherche pour atteindre ces objectifs. Ces initiatives sont la plupart du temps générales et indifférenciées, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas peaufinées ni axées sur des groupes particuliers de fumeurs de façon à aiguïser leur intérêt ou à les sensibiliser; elles visent plutôt à avoir des répercussions aussi larges que possible sur les tendances au chapitre de l'incidence du tabagisme et de la consommation de tabac.

Le Parlement du Canada et les législatures de la plupart des provinces et des territoires ont adopté des dispositions législatives pour restreindre l'usage des produits du tabac ou pour en contrôler la vente, la promotion et l'emballage. Ces politiques sont destinées, en général, à réduire ou à limiter l'usage du tabac¹¹. Même s'il est évident que les conditions entourant l'usage du tabac et les raisons de fumer ne sont pas les mêmes pour tous les Canadiens, on tient rarement compte ouvertement et consciemment dans le cadre des politiques traditionnelles de lutte contre le tabagisme des conséquences d'initiatives générales antitabac.

On soutient parfois que les politiques indifférenciées qui réduisent la consommation globale de tabac (comme l'interdiction de fumer ou les hausses de taxes sur les produits du tabac) améliorent la santé de tous les Canadiens, y compris des membres des groupes qui risquent le plus de fumer (comme les jeunes ou les femmes à faible revenu) et constituent donc des mesures appropriées. C'est vrai, mais cette approche néglige l'analyse des conséquences des politiques de lutte contre le tabagisme, qu'elles soient voulues ou inattendues, qui fournirait l'assurance que leurs effets sont positifs et éthiques et n'entraînent pas

ou ne contribuent pas à entraîner d'autres comportements négatifs chez les gens qui fument ou d'autres situations négatives dans la vie des fumeurs. Il faut analyser ces politiques en tenant compte des réalités que vivent les femmes, pour atteindre plus efficacement les objectifs des politiques en question, tout en évitant de contribuer aux inégalités entre les sexes et à d'autres inégalités socioéconomiques. Nous examinons dans ce qui suit des mesures législatives et de réglementation antitabac que l'on est en train d'adopter au Canada et nous y présentons une sélection des répercussions différentes qu'elles peuvent avoir pour les filles et pour les femmes.

A. Restrictions sur la promotion et l'emballage des produits du tabac et sur les produits eux-mêmes

On sait bien que certains aspects de la promotion des produits du tabac ont chez les jeunes des répercussions qui les amènent à commencer à fumer et que la publicité et la commandite influent sur le degré d'acceptation du tabac dans la population. La promotion de la cigarette est destinée à inciter les fumeurs à changer de marque, à empêcher les gens qui fument de cesser de fumer, à recruter de

nouveaux fumeurs et à encourager les consommateurs actuels de tabac à fumer davantage la cigarette (Médecins pour un Canada sans fumée, 1997). Parce que le goût et le prix des cigarettes varient peu au Canada, les fabricants de produits du tabac doivent compter sur la promotion de l'image d'une marque pour attirer de nouveaux clients. Par le biais de la publicité, de la commandite et d'autres formes de promotion, les fabricants de produits du tabac transmettent l'idée que :

- fumer est un rite de passage à l'âge adulte;
- les gens qui connaissent le succès, qui sont populaires, fument;
- fumer en société est relaxant;
- fumer est normal socialement;
- fumer est sain et sans danger (Conseil canadien sur le tabagisme et la santé, 1997).

Ces messages ont d'autres répercussions pour les filles et pour les femmes. Certaines campagnes de promotion des cigarettes « légères » laissent entendre qu'il s'agit d'un produit moins nocif, conférant une image plus féminine et qui s'accorde avec les questions liées au contrôle du poids. Ces cigarettes sont souvent populaires auprès des fumeuses plus âgées qui se préoccupent de leur santé¹² ; on

**L'industrie du
tabac exploite**

pense également qu'elles servent à dissuader de renoncer au tabac (Kozlowski et al. 1998)¹³. Les messages sur les produits du tabac destinés aux femmes portent également sur « la liberté » et la libération et sur des thèmes liés au stress : « s'évader » et « faire une pause ».

ingénieusement

Ces éléments de la publicité qui s'adresse aux femmes évoquent les principaux déterminants sociaux des différences hommes-femmes mentionnés précédemment : les responsabilités relatives aux soins à prodiguer aux enfants, la charge de travail et le revenu. Ces messages de l'industrie du tabac aux femmes définissent et reflètent correctement les liens entre le développement de l'identité et le tabagisme révélés par des recherches quantitatives auprès de personnes de sexe féminin (voir Greaves, 1996, et Greaves, 1993 à 1995, Graham, 1993, et Greaves, 1995). L'industrie du tabac exploite ingénieusement les éléments contradictoires du tabagisme chez les femmes en leur offrant la liberté et l'évasion, parallèlement au contrôle, alors que l'accoutumance à la nicotine est, en bout de ligne, l'élément contrôleur.

les éléments

contradictaires

du tabagisme chez

les femmes en leur

offrant la liberté et

l'évasion, parallèlement

au contrôle, alors que

l'accoutumance à la

nicotine est, en bout

de ligne, l'élément

contrôleur.

Au Canada, la Loi sur le tabac fédérale restreint étroitement depuis 1997 la publicité sur les produits du

tabac. La commercialisation des produits du tabac saute toutefois encore aux yeux dans les reportages, à la télévision et au cinéma, dans les annonces payées à l'intérieur des journaux et des magazines, sur le Web et à l'occasion de commandites de festivals et d'événements sportifs (Médecins pour un Canada sans fumée, 1997). Les filles et les femmes au Canada sont sûres d'être davantage exposées à cette commercialisation en lisant des magazines féminins, dont la plupart sont américains, et dans lesquels il n'y a aucune restriction sur la publicité au sujet des produits du tabac (voir Greaves, 1995, et Greaves, de 1993 à 1995, pour les rapports techniques sur l'analyse du contenu des magazines féminins au Canada).

Les commandites et les promotions qui visent les femmes constituent le nouveau théâtre d'activités des spécialistes en commercialisation de l'industrie du tabac. Plutôt que de commercialiser directement les produits du tabac auprès des femmes, une pratique de plus en plus restreinte, les fabricants de ces produits utilisent aujourd'hui d'ingénieuses méthodes comme l'édition personnalisée ou sur mesure (Kuczynski, 1999) et « des prix » spéciaux destinés à reconnaître les réalisations des femmes. Dans le cas de l'édition

personnalisée, des fabricants de produits du tabac comme RJReynolds, Brown and Williamson et Philip Morris font équipe avec des éditeurs importants tels Time Inc., Hearst Publishing et EMAP Peterson pour produire de chics magazines-créneaux. Ces magazines sont strictement contrôlés et conçus pour servir l'image et les produits des fabricants. RJReynolds, par exemple, publie CML: The Camel Quarterly. Une note interne de ce fabricant datée du 8 juillet 1998 expose clairement l'objectif de cette entreprise d'édition :

« Se préparer à la réglementation de nos opérations en comblant un manque de communication avec les fumeurs de 21 à 34 ans en prévision du moment où les grandes annonces en couleur sur la publicité ne seront plus autorisées. » (Kuczynski, 1999). [Traduction libre]

Au Canada, le fabricant de cigarettes Vantage a créé en 1998 le programme de prix Women of Originality. Plusieurs artistes comme Jann Arden, Mary Walsh et Kate et Anna McGarrigle ont accepté ces prix, qui s'accompagnent de dons de charité importants aux organismes de bienfaisance de leur choix. La Fondation Matinée remet également depuis plusieurs années

des prix à de jeunes dessinatrices et dessinateurs de mode doués et annoncent sur une grande échelle son programme dans des abribus et des magazines et sur des babillards.

Pour contrer les efforts de commercialisation des fabricants de produits du tabac, la loi fédérale et d'autres lois provinciales et des règlements municipaux visent à restreindre l'accès pour les jeunes à la cigarette et à limiter les raisons incitant à fumer, à protéger la santé des Canadiens contre les maladies causées par le tabagisme et à sensibiliser davantage la population aux risques pour la santé liés à l'usage du tabac. Ces restrictions ne touchent toutefois pas uniformément toutes les Canadiennes et tous les Canadiens. Comme nous l'avons vu, les contextes culturels, économiques et sociaux dans lesquels les hommes et les femmes fument diffèrent. Les contextes dans lesquels les fabricants de produits du tabac ciblent les filles et les garçons (et les hommes et les femmes) diffèrent également. Les contextes dans lesquels on réagit à la législation et la réglementation antitabac sont aussi différents.

La Loi sur le tabac de 1997 interdit la promotion des produits du tabac à l'occasion des événements liés aux jeunes et qui sont associés à une façon de vivre qui englobe des

éléments tels « le prestige, les loisirs, l'enthousiasme, la vitalité, le risque ou l'audace ». Certains gouvernements provinciaux limitent également l'utilisation de logos sur les produits autres que le tabac (les vêtements notamment) et restreignent les endroits où il est possible de placer des annonces. En plus, des lois comme la Tobacco Sales Act de 1996 de la Colombie-Britannique stipulent que la publicité ne doit pas induire en erreur les consommateurs au sujet de la composition ou de la toxicité des produits du tabac.

Plusieurs instances administratives provinciales imposent des restrictions sur la promotion et l'emballage des produits du tabac, mais la Colombie-Britannique et le Québec sont les deux seules provinces où l'on a jusqu'ici établi des normes pour ces produits. Des gouvernements provinciaux interdisent certains types de publicités sur les produits du tabac, y compris l'utilisation de slogans, de personnes fictives, de personnalités et d'animaux. La Loi sur le tabac de 1998 du Québec interdit aussi la publicité qui associe directement ou indirectement l'utilisation du tabac à un style de vie en particulier.

La plupart des gouvernements provinciaux ont imposé aux fabricants de produits du tabac

l'obligation le nombre minimal de cigarettes (ordinairement 15 ou 20) que doit comporter un paquet. Quatre provinces (la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario et le Québec) réglementent l'affichage obligatoire des messages relatifs à la santé sur les paquets de cigarettes et ont établi que les renseignements sur les dangers de l'utilisation du tabac rédigés par le gouvernement doivent y être intégrés. Quatre gouvernements provinciaux disposent également de l'autorité habilitante leur permettant d'exiger l'emballage neutre des produits du tabac. Une disposition réglementaire connexe sur la fabrication et la distribution des produits du tabac établie par le gouvernement fédéral exige des rapports périodiques sur les ventes de cigarettes, par marque et par province. Le Québec et la Colombie-Britannique ont l'un et l'autre adopté des stratégies législatives et de réglementation plus détaillées qui touchent les fabricants de produits du tabac¹⁴.

Un examen plus attentif de deux stratégies de restriction de la promotion, de l'emballage et de la vente de produits du tabac se justifie si l'on veut illustrer les différences sur le plan des effets possibles de la réglementation. Nous allons premièrement examiner les messages relatifs à la santé pour en saisir les conséquences socio-

culturelles selon le sexe.

1. Messages relatifs à la santé affichés sur les paquets de cigarettes

On considère que les messages relatifs à la santé affichés sur les paquets de cigarettes sont des sources importantes d'information sur les dangers du tabagisme pour la santé. La plupart des fumeurs (sinon tous) ont déjà vu ces messages et s'en souviennent facilement (Tandemar Research Inc., 1996). Les résultats d'une étude menée récemment laissent entendre, en fait, que les paquets de cigarettes se classent au deuxième rang comme source d'information sur les dangers du tabagisme et qu'ils ne sont précédés sur ce plan que par la télévision (Tandemar Research Inc., 1996). On ne sait cependant pas avec certitude dans quelle mesure ces mises en garde incitent les gens qui fument à cesser de fumer ou les adolescentes et les adolescents à ne pas se mettre à fumer. Les messages relatifs à la santé que l'on considère comme de vieux messages ou comme des messages répétitifs peuvent également ne plus être efficaces, étant donné que les fumeurs ne les lisent pas (Environics Research Group Limited, 1999).

La Loi sur le tabac confère au gouvernement fédéral le pouvoir

d'obliger les fabricants de cigarettes à placer des messages relatifs à la santé sur les paquets qu'ils vendent. En janvier 1999, le ministre fédéral de la Santé a proposé une nouvelle réglementation sur l'étiquetage des emballages des produits du tabac et sur la promotion de ces derniers. Cette réglementation incluait l'utilisation de nouveaux messages relatifs à la santé conçus pour cibler les jeunes et de nouvelles dispositions pour faire en sorte que ces messages soient plus en vue et plus visibles sur les paquets de cigarettes pour les consommateurs. En janvier 2000, le ministre de la Santé a rendu public le contenu proposé de plusieurs nouveaux messages relatifs à la santé qui doivent être placés sur les paquets.

Plusieurs des messages du genre affichés sur les paquets de cigarettes visent à aider les fumeurs à cesser de fumer. Des images dépeignant les conséquences du tabagisme sur la santé y figurent. D'autres se rattachent aux effets nocifs du tabac pendant la grossesse et pour les enfants, comme « Le tabac peut nuire à vos enfants » et « Fumer durant la grossesse peut nuire à votre bébé ». La dernière catégorie de mises en garde concerne particulièrement les fumeuses.

Nul doute qu'axer davantage de

façon appropriée l'attention sur la grossesse et les petits enfants constitue un aspect difficile de la lutte contre le tabagisme. D'un côté, il est essentiel de transmettre aux hommes et aux femmes les connaissances sur la santé durant la grossesse, les bébés et les enfants dont on dispose. De l'autre, il se formule des critiques et il se fait des recherches depuis longtemps sur les effets possibles de cette attention pour les femmes et pour les défenseurs ou les promoteurs de leurs droits et de leurs intérêts.

Cette méthode a traditionnellement été perçue comme de l'opposition (voir, par exemple, Jacobson, 1981 et 1986). Présenter le renoncement au tabac purement et simplement comme un avantage pour autrui (un fœtus, un nourrisson ou un enfant) reflète un manque de préoccupations vis-à-vis de la santé de la fumeuse et une réduction de la femme à un rôle de récipiendaire et/ou de gardienne. Un grand nombre des toutes premières mesures (dans les années 70 et 80) qui visaient le tabagisme chez les femmes se composait entièrement de programmes liés à la grossesse. Cette façon exclusive ou prédominante de conceptualiser le « tabagisme chez les femmes » a contribué à la mise au point de programmes de réduction du tabagisme à l'intention des femmes

enceintes, mais, ce qui importe davantage, à limiter et à fausser la perception de l'usage du tabac chez les femmes, ce qui était dommageable pour les particuliers et pour les groupes.

L'une des réactions inévitables des fumeuses est la culpabilité, qui peut mener certaines femmes à éprouver davantage de stress et à fumer davantage (Santé Canada, 1998). L'estime que ces femmes ont d'elles-mêmes peut, en outre, diminuer, rendant toute tentative pour elles de renoncer au tabac encore plus difficile. En général, les messages du genre peuvent amener les femmes à se sentir coupables, honteuses ou jugées. Il est certain que les femmes enceintes qui continuent à fumer font de plus en plus l'objet d'un examen public attentif¹.

Cette approche a mené à des programmes dans le cadre desquels on incitait les fumeuses à renoncer au tabac au début de leur grossesse, afin de faire immédiatement profiter leur fœtus, puis leur nouveau-né de leur renonciation à ces produits. La prédominance de ce thème n'a pas contribué à axer davantage l'attention sur la santé des femmes. Malheureusement, environ 60 % des femmes qui cessent de fumer pendant la totalité ou une partie de leur grossesse recommencent à le

Il faut examiner de façon plus globale le renoncement au tabac dans le cadre des politiques qui prévoient, entre autres, l’affichage sur les paquets de cigarettes de messages relatifs à la santé afin d’offrir d’aider les femmes, plutôt que de les blâmer.

faire avant que leur bébé n’ait six mois (Santé Canada, 1997b).

Ce qui précède illustre, de toute évidence, le fait que les femmes enceintes étaient motivées à cesser de fumer pour « autrui », non pas pour prendre soin de leur santé. Comme certains praticiens qui ont participé à des programmes liés à la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT) l’ont souligné, le fait de cibler les femmes enceintes, et les femmes enceintes des milieux défavorisés en particulier, à l’aide d’un message sur le renoncement au tabac peut être perçu par ces femmes comme une forme de blâme à l’endroit des victimes (Santé Canada, 1997b). Compte tenu de la réaction de plus en plus négative de la société vis-à-vis du tabagisme chez les femmes enceintes, faciliter la transmission de tels messages, sans prévoir de services de soutien adéquats, ne peut que culpabiliser. En résumé, le fait d’axer l’attention sur la grossesse est important, mais isole, en réalité, le tabagisme du contexte des déterminants qui l’influencent.

Il faut examiner de façon plus globale le renoncement au tabac dans le cadre des politiques qui prévoient, entre autres, l’affichage sur les paquets de cigarettes de messages relatifs à la santé afin d’offrir d’aider les femmes, plutôt que

de les blâmer. Comme des recherches sur le tabagisme chez les femmes des milieux défavorisés le montrent, fumer n’est que l’un des nombreux problèmes auxquels les mères et les futures mères doivent faire face. Il faut tenir compte de tout le contexte de l’existence de ces femmes pour les aider à affronter le problème que leur pose le tabac.

Cette façon de faire aurait non seulement un caractère plus respectueux et plus constructif pour les femmes qui fument, mais contribuerait également à faire comprendre de manière plus positive à l’ensemble de la société le tabagisme durant la grossesse. Il a fallu un certain temps pour remédier au tort qu’a causé l’approche médicalisée adoptée au départ vis-à-vis du tabagisme chez les femmes et qui a mené à axer l’attention sur la grossesse. Cette approche a soulevé l’hostilité du mouvement pour la santé des femmes et des organisations féminines durant les années 80 et au début des années 90¹⁶. Durant les années 90, les efforts destinés à avoir recours à des cadres juridiques pour exercer davantage de pressions sur les fumeuses au sujet de la garde des enfants, des soins à leur prodiguer et de la lutte contre les mauvais traitements et contre la négligence à leur endroit, ont été encore plus

Nous ne devons pas ralentir le processus d'élaboration de nouvelles mises en garde; nous devons plutôt en élaborer d'autres pour prendre ces questions en considération.

effrayants et aliénants autant pour ces femmes que pour les défenseurs et promoteurs de leurs droits et de leurs intérêts (voir Greaves, 1996, p. 130 à 132).

Nous ne devons pas ralentir le processus d'élaboration de nouvelles mises en garde; nous devons plutôt en élaborer d'autres pour prendre ces questions en considération. Les messages qui tiennent compte de la complexité et du contexte du tabagisme chez les femmes, chez celles enceintes en particulier, constitueraient un ajout plus utile et adapté aux différences hommes-femmes à l'ensemble des messages relatifs à la santé. Des messages qui encourageraient tant les partenaires qui fument que ceux qui ne fument pas des femmes enceintes seraient également plus utiles à court et à long terme (Santé Canada, 1997b). C'est peut-être auprès des personnes qui n'ont pas encore eu d'enfant (les 15 à 24 ans), plutôt que des parents actuels, que les messages ont le plus de portée (Environics Research Group Limited, 1999). Il est certain que le meilleur moment pour intervenir afin de lutter contre le tabagisme durant la grossesse se situe avant cette période.

Les Canadiens approuvent en général les messages relatifs à la

santé affichés sur les paquets de cigarettes (Environics Research Group Limited, 1999) et veulent, en fait, que ces messages prennent encore plus de place et soient toujours plus imagés. Le défi que pose la conception de messages relatifs à la santé consiste à faire comprendre aussi bien le contexte social du tabagisme que le tort qu'il entraîne pour la santé. Les messages relatifs à la santé affichés sur les paquets de cigarettes sont actuellement axés sur le fait que fumer est dommageable pour la santé. Créer pour les paquets de cigarettes des messages relatifs à la santé à caractère bienveillant portant sur les déterminants sociaux et le contexte social du tabagisme constitue un élément clé de la conception de politiques antitabac adaptées.

2. Commandites et publicité des fabricants de produits du tabac

Voici un autre exemple de dispositions législatives sur la promotion des produits du tabac qui s'inscrit à l'intérieur du domaine de la publicité et de la commandite. Depuis 1997, la Loi sur le tabac restreint sévèrement la publicité directe au sujet des produits du tabac dans les magazines et dans les journaux et à la radio et à la télévision. Comme il est souligné ci-dessus cependant, les Canadiens ont accès à des médias

des États-Unis et d'autres régions du globe où pareille publicité est permise et les lisent, les écoutent ou les regardent beaucoup. Les films et les magazines sont des supports publicitaires particulièrement importants sur ce plan. Ce qu'évoque cette publicité sert non seulement de modèles de comportement, mais véhicule également un sentiment répandu d'approbation sur le plan social et culturel.

Les promoteurs des produits du tabac ont ciblé avec succès le marché que constituent les femmes depuis 1928, y accordant à nouveau de l'importance ces 20 dernières années. Au Canada, ces efforts récents de promotion ont coïncidé avec une diminution de l'incidence du tabagisme chez les hommes. Les filles et les femmes représentaient donc une occasion de développer le marché des produits du tabac par le biais de la promotion et de la commercialisation.

Une analyse d'annonces de produits du tabac parues dans une foule de médias qui a été effectuée récemment a révélé que la publicité actuelle s'y rattachant qui s'adresse aux femmes est liée à nombre d'inquiétudes et de préoccupations qu'entretiennent aujourd'hui les fumeuses. On y abordait, par exemple, les préoccupations en matière de santé entourant le tabagisme en y

présentant des annonces de cigarettes « légères », à faible teneur en goudron. On y abordait aussi le stress et l'angoisse dans des annonces à l'intérieur desquelles la promotion des cigarettes était axée sur la détente et les fabricants y exprimaient leur appui aux fumeuses en cette époque où les restrictions sur l'usage du tabac sont plus nombreuses (Greaves, 1995).

À mesure que les restrictions sur les annonces relatives aux produits du tabac s'accroissaient ces 10 dernières années, la publicité portant directement sur les marques de cigarettes au Canada a été remplacée par une publicité plus indirecte, y compris les commandites et d'autres types de promotions notamment (Nielsen Government Services, 1995). On a constaté que les jeunes interprètent à tort la publicité sur les événements commandités par les fabricants de produits du tabac comme de la publicité sur ces derniers (Rootman & Flay, 1995). Ce genre de preuves de l'influence de la publicité a récemment déclenché un mouvement en faveur de la limitation de la promotion des produits du tabac par le biais de la commandite de manifestations sportives et de spectacles.

Pour les commandites évoquant un « style de vie » ou la jeunesse, on restreint depuis 1998 les annonces

faisant appel aux noms commerciaux des produits du tabac aux publications dont les lecteurs sont principalement des adultes et aux endroits où la loi ne permet qu'aux adultes d'aller¹⁷. Depuis le début des années 90, à la suite des restrictions imposées sur le plan de la publicité au Canada, les magazines et les journaux canadiens ont commencé à présenter des annonces de commandite de fabricants de produits du tabac (comme la Fondation Matinée) qui visent directement les filles et les femmes. Les fabricants de produits du tabac dépensent encore 42 millions de dollars par année au Canada à des promotions et à des commandites d'événements artistiques, culturels et sportifs.

Les pressions en faveur de l'acceptation de subventions des fabricants de produits du tabac augmenteront cependant à mesure que les gouvernements réduiront leur aide financière aux organismes artistiques. Même si certains organismes ont déjà trouvé d'autres commanditaires, il a été difficile dans le passé de trouver des commandites pour les organisations féminines et pour les événements rassemblant des femmes. Certains sports, comme le tennis féminin, ont traditionnellement beaucoup profité de l'argent des fabricants de

produits du tabac. Aux États-Unis, les organisations féminines et celles représentant les minorités sont à la fois reconnaissantes de l'appui de ces fabricants et prisonnières de ce dernier, à cause de la difficulté qu'elles ont à trouver d'autres sources de financement.

La question des commandites est lourde de conflits, étant donné que beaucoup d'organismes se démènent pour remplacer leurs sources de financement par d'autres que les fabricants de produits du tabac. Il est traditionnellement plus difficile d'obtenir de l'appui pour des événements sportifs rassemblant des femmes et pour des manifestations artistiques et culturelles propres aux femmes que pour des événements rassemblant des gens des deux sexes ou pour des manifestations sportives rassemblant des hommes. Les inégalités entre les sexes sur le plan social sont indissociables de ce débat. Comment trouver de nouvelles sources de financement pour des événements sportifs rassemblant des femmes ou pour des événements propres aux femmes? Dans quelle mesure réussit-on à le faire par rapport aux résultats que l'on obtient pour des événements rassemblant des gens des deux sexes ou pour des manifestations sportives rassemblant des hommes? De quels mécanismes faut-il disposer pour assurer

Les stratégies provinciales de lutte contre le tabagisme sont centrées en grande partie sur l'application de la législation relative à la vente de produits du tabac aux mineurs.

la transition aux commandites adaptées aux différences hommes-femmes et positives pour les personnes de sexe féminin?

B. Restrictions sur la vente de produits du tabac

La Loi sur le tabac fédérale oblige les détaillants de produits du tabac à afficher des écriteaux informant le public qu'il est interdit de vendre ou de donner de tels produits à des jeunes de moins de 18 ans. Il existe au Canada dans neuf provinces sur dix des dispositions législatives imposant des restrictions sur la vente au détail de produits du tabac suivant lesquelles leurs acheteurs doivent avoir au moins 18 ans et être en mesure de produire une carte d'identité renfermant leur photographie. En Saskatchewan, il est interdit aux mineurs d'avoir en leur possession des produits du tabac, mais il leur est possible d'en acheter.

En plus, on impose aussi dans cinq provinces l'affichage des messages relatifs à la santé à l'intérieur des points de vente des produits du tabac. Il est interdit dans trois provinces de vendre des produits du tabac à l'intérieur des pharmacies et/ou des établissements de soins de santé. La plupart des gouvernements provinciaux ont recours à la législation fédérale qui interdit les présentoirs libre-service des

produits du tabac, ainsi que les distributeurs automatiques de tels produits, sauf dans les bars ou dans les brasseries/tavernes équipées de dispositifs séparés de sécurité. Au Québec, la vente itinérante de produits du tabac est interdite et il est également interdit d'en vendre dans les écoles et sur les terrains de ces établissements.

Les stratégies provinciales de lutte contre le tabagisme sont centrées en grande partie sur l'application de la législation relative à la vente de produits du tabac aux mineurs. On considère qu'il est essentiel de l'appliquer efficacement, suivant les lignes directrices sur les pratiques exemplaires des Centers for Disease Control and Prevention (de 1999) des États-Unis, non pas simplement pour restreindre l'accès aux produits du tabac, mais également pour faire comprendre au public de telles restrictions et l'amener à les appuyer. Ces centres suggèrent un système de permis et de pénalités pour les détaillants des produits du tabac et recommandent pour ces commerçants un programme d'éducation portant sur la lutte contre le tabagisme chez les jeunes.

On a jusqu'ici peu étudié les différences sur le plan de l'accès aux produits du tabac entre les

adolescents et les adolescentes. Les résultats de certaines recherches laissent cependant entendre que les adolescentes ont plus facilement accès que les adolescents à ces produits (Hachey, 1998). Ces jeunes femmes sont peut-être plus susceptibles de se voir offrir des cigarettes dans les points de vente au détail. Il faut analyser les répercussions selon les sexes de la législation sur la vente aux mineurs de produits du tabac pour fournir plus d'information qui permettra de déterminer si les restrictions sur la vente de produits du tabac ont des conséquences différentes pour les filles et pour les garçons et, si c'est le cas, la nature de ces conséquences. Ce type de recherche s'impose si l'on veut s'assurer de la possibilité de modifier les politiques antitabac actuelles et de moyens de le faire afin de limiter plus efficacement l'accès pour les filles aux produits du tabac.

De telles connaissances influenceraient également les attitudes de la population et feraient partie de l'éducation du public et des détaillants au sujet des restrictions sur la vente des produits du tabac et sur l'objet de ces dernières. On a constaté que le manque d'appuis entre les milieux concernés, allié aux menaces de compressions budgétaires et aux pressions politiques, constitue l'un des

principaux obstacles à l'application avec succès de la législation sur la vente aux mineurs de produits du tabac (DiFranza & Rigotti, 1999).

L'application de la législation sur la vente de produits du tabac aux mineurs ne peut cependant à elle seule permettre de réaliser l'objectif consistant à restreindre pour ces derniers l'accès aux produits en question. Des enquêtes effectuées récemment ont révélé que la plupart des jeunes ont accès aux produits du tabac par le biais de leur réseau de relations sociales, plutôt que par l'entremise des détaillants. Certaines questions clés au sujet des différences entre adolescents et adolescentes sur le plan de l'accès aux produits du tabac par le biais de leur réseau de relations sociales restent encore sans réponse. Les filles y ont-elles davantage ou moins accès que les garçons par le biais de ces relations? Assurent-elles aux garçons l'accès à ces produits par le biais de leurs relations sociales ou est-ce le contraire?

C. Restrictions sur l'usage du tabac

La législation et la réglementation sur l'usage du tabac ont pour les femmes des répercussions différentes qui se manifestent de deux façons distinctes. Toutes les femmes (les fumeuses comme les non-fumeuses) sont exposées à un

degré différent à la fumée secondaire, selon leur lieu de travail et contrôlent plus ou moins leur environnement. À cela s'ajoutent pour les femmes qui fument la question du contrôle qu'elles exercent sur leur espace privé ou sur l'espace public et la nature des répercussions possibles de ce contrôle sur leur consommation de tabac. Les politiques qui restreignent cette consommation touchent toute la population, et certainement toutes les femmes, mais peuvent le faire de plus d'une façon. Il est important de ne pas perdre de vue les principaux déterminants sociaux liés aux différences hommes-femmes par rapport aux produits du tabac : le niveau de suffisance du revenu, le travail et les responsabilités relatives aux soins à prodiguer aux enfants.

Le lieu de travail et le fait d'avoir des enfants influencent les réactions aux restrictions sur l'usage du tabac et influenceront différemment sur ce plan les femmes à faible revenu. Il se peut que les politiques restreignant l'usage du tabac doivent reconnaître ces différences pour être adaptées également aux différences entre les sexes et les classes socio-économiques. Il est évident que l'exposition des femmes à la fumée secondaire du tabac est dommageable pour leur santé. Ce qui est particulièrement évident, ce sont les conséquences découlant du fait

de vivre longtemps avec une personne qui fume. Il est important de reconnaître la dynamique entre les gens et du pouvoir à l'intérieur des ménages, entre les hommes et les femmes notamment. On ne peut, en général, supposer que les femmes contrôleront l'air dans leur milieu familial, surtout si elles-mêmes ne fument pas et si leur partenaire masculin fume.

Cela met en évidence deux questions axées sur le tabagisme au foyer et au travail/dans les lieux publics, qui encadrent les remarques sur les politiques de restriction de l'usage du tabac et les différences hommes-femmes.

1. Protection des enfants et fumée secondaire du tabac au foyer

À cause des effets sur la santé de la fumée secondaire du tabac (FST), on a investi des ressources importantes dans un effort destiné à convaincre les parents d'éviter de fumer en présence de leurs enfants. Cette préoccupation est réelle et valable; on associe le fait d'être exposé à la FST à des infections des voies respiratoires inférieures, à une réduction du fonctionnement respiratoire et aux maladies du cœur (Médecins pour un Canada sans fumée, 1999a). Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables aux effets de la fumée secondaire du tabac au foyer, parce qu'ils

respirent une quantité d'air disproportionnée par rapport au poids de leur corps et sont moins en mesure de se plaindre et incapables d'éviter d'être exposés à la FST.

On a établi à la suite d'une analyse secondaire des résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population effectuée récemment que 85 % des enfants qui vivent avec une personne fumant quotidiennement sont régulièrement exposés à la FST (Médecins pour un Canada sans fumée, 1999b). De telles données amènent beaucoup de décideurs et de professionnels de la santé à suggérer que les gouvernements informent les parents des dangers qu'entraîne le fait de fumer en présence de leurs enfants (OMS, 1999, par exemple). Il est évidemment difficile de s'attaquer à cette question en ayant recours à la législation ou à la réglementation visant à protéger les enfants. On s'est plutôt surtout efforcé jusqu'à maintenant de sensibiliser davantage la population aux dangers de la FST, lui disant que le meilleur moyen de protéger les enfants consisterait pour les gens qui fument au foyer à cesser de fumer. (Médecins pour un Canada sans fumée, 1999b; p. 3).

Les concepteurs de cette stratégie ont omis de reconnaître les conséquences sur cette question des

différences hommes-femmes. Ce sont les mères, non pas les pères, qui passent le plus de temps à la maison avec de jeunes enfants. Un examen réalisé récemment par l'Organisation mondiale de la santé (1999) a montré que le tabagisme chez les mères a plus de répercussions sur l'exposition des enfants à la FST que le tabagisme chez les pères, ce qui n'est pas étonnant.

En même temps, on a établi une relation évidente entre le statut socio-économique et l'exposition à la FST : au Canada, c'est chez les enfants de moins de 12 ans que l'exposition à la fumée secondaire du tabac est la plus élevée dans les ménages défavorisés. Ces derniers incluent les ménages monoparentaux (48 %), les ménages à faible revenu (51 %) et les familles tirant la majeure partie de leur revenu de l'aide sociale (de 53 à 63 %) (Médecins pour un Canada sans fumée, 1999b). À l'opposé, ce sont les enfants vivant avec leurs deux parents à l'intérieur de familles à revenu supérieur qui sont les moins exposés à la FST. Souvent, on n'admet pas que la plupart des familles monoparentales, à faible revenu sont dirigées par une femme.

Le fait de ne pas admettre les aspects économiques et ceux propres aux différences hommes-femmes de la question simplifie trop le problème.

La législation destinée à protéger les enfants contre la fumée secondaire du tabac peut implicitement blâmer les mères qui fument (surtout les mères chefs de famille monoparentale) dont les possibilités et les choix sont peut-être limités.

On confie plutôt aux parents (des femmes surtout) la responsabilité de corriger la situation, même à la lumière des données qui laissent entendre que la classe socio-économique et les différences hommes-femmes jouent un rôle dans le développement de cette situation. Au lieu de les aider à lutter pour élever des enfants dans la pauvreté, on reproche aux parents (aux mères principalement) de nuire à leurs enfants et on suppose qu'ils agissent ainsi parce qu'ils n'ont pas assez de volonté ou qu'ils ne sont pas assez intelligents pour faire mieux. En fait, les risques de la FST pour la santé sont assez bien connus : 86 % des Canadiennes et des Canadiens de 12 ans et plus sondés lors de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 étaient au courant de certains de ces risques (Santé Canada, 1998).

En dépeignant cette question d'une façon qui n'en reconnaît pas la complexité et en utilisant les stratégies courantes de promotion de la santé pour sensibiliser davantage la population uniquement, les décideurs et les planificateurs des programmes antitabac courent le risque d'accroître la culpabilité que ressentent les mères qui fument. Lorsqu'on leur dit de « protéger » leurs enfants contre la FST, les parents qui fument devant leurs

petits perçoivent le message à leur façon, c'est-à-dire estiment qu'il signifie qu'ils sont de mauvais parents. Ces messages culpabilisants peuvent contribuer à accroître le stress qu'éprouvent déjà les fumeuses ayant la responsabilité de prendre soin d'enfants. Cette augmentation du stress chez elles ne les aidera pas à réduire leur consommation de tabac, compte tenu de la lutte qu'elles mènent pour répondre aux besoins quotidiens de leurs enfants.

La législation destinée à protéger les enfants contre la fumée secondaire du tabac peut implicitement blâmer les mères qui fument (surtout les mères chefs de famille monoparentale) dont les possibilités et les choix sont peut-être limités. Elle peut, deuxièmement, exposer les mères qui fument à un examen public attentif plus poussé et peut-être à des litiges, dans les domaines de la négligence à l'endroit des enfants et de leur garde, en particulier. L'atelier sur le tabagisme chez les femmes tenu à Ottawa en 1995 a mis en évidence le risque que cette stratégie ne suscite l'hostilité des femmes et des défenseurs et promoteurs de leurs droits et de leurs intérêts. Il y a eu, lors de cet événement, affrontement entre, d'un côté, les tenants de l'idée que la lutte contre l'exposition des enfants à la FST est la priorité et, de l'autre, les

tenants de la remise dans son contexte et de la compréhension du tabagisme chez les femmes. Cela reste un bon exemple des dimensions sur le plan desquelles l'adaptation aux différences hommes-femmes pourrait favoriser une vaste approche de la lutte contre le tabagisme, et de la possibilité que l'information sur les conditions à l'intérieur desquelles s'inscrit le tabagisme chez les femmes permette de replacer dans leur contexte les stratégies de lutte contre la FST.

2. Usage du tabac au travail et dans les lieux publics

Les dispositions réglementaires servant à restreindre le tabagisme au travail peuvent aussi toucher différemment les hommes et les femmes, surtout à cause de la ségrégation professionnelle (de l'inégalité d'accès aux professions). Bien des milieux de travail dans l'industrie des services, comme les bars et les restaurants, peuvent être exemptés de ces dispositions. Étant donné que les femmes exercent plus souvent que les hommes un emploi dans ces milieux de travail, pareille exemption risque de les exposer davantage aux effets préjudiciables pour la santé de la FST. Les femmes qui exercent ces emplois sont, en outre, plus susceptibles d'occuper

des postes inférieurs dans leur milieu de travail et d'avoir peu de possibilités d'y défendre et d'y promouvoir les restrictions sur l'usage du tabac.

À l'échelon provincial, c'est en Colombie-Britannique que l'on a établi, suivant les lignes directrices sur la réglementation de la santé et de la sécurité au travail de cette province, les dispositions réglementaires les plus rigoureuses relativement aux restrictions sur l'usage du tabac. Ces dispositions précisent qu'un employeur doit y contrôler le degré d'exposition des travailleurs à la FST en interdisant de fumer sur les lieux de travail de ses employés ou en y restreignant l'usage du tabac à des aires désignées pour les fumeurs définies suivant des règles strictes d'aménagement et de ventilation. Les bars, les restaurants, les salles de jeux et les établissements de soins de santé de longue durée ont été exemptés des dispositions, mais l'exemption en question est venue à échéance le 1^{er} janvier 2000. On a récemment interdit de fumer dans les centres correctionnels de la Colombie-Britannique afin de protéger leur personnel contre la FST.

On a établi dans six autres provinces des dispositions législatives interdisant ou restreignant l'usage du tabac dans les lieux publics ou en

milieu de travail. Le gouvernement québécois, par exemple, a commencé à interdire l'usage du tabac dans les restaurants, interdiction qui s'appliquera entièrement d'ici à 2008. Six gouvernements provinciaux ont adopté une politique restreignant l'usage du tabac dans les lieux de travail de leur appareil administratif, mais, outre la Colombie-Britannique, seules le Québec, l'Ontario et Terre-Neuve ont établi des dispositions réglementaires restreignant ou interdisant l'usage du tabac en milieu de travail dans le secteur privé. Ces dispositions prévoient cependant plusieurs exceptions; les bars, les restaurants et les autres établissements publics de divertissement en sont exemptés dans la plupart des cas. La Loi limitant l'usage du tabac dans les lieux de travail de 1990 de l'Ontario protège également les employés qui tentent de faire appliquer cette loi dans leur milieu de travail.

La législation sur l'usage du tabac en milieu de travail et dans les lieux publics comporte un autre élément. Huit provinces permettent à leurs municipalités d'adopter des règlements pour y contrôler cet usage. En cas de conflit entre un règlement municipal et un règlement provincial, c'est la politique la plus stricte qui l'emportera le plus souvent. La plupart de ces règlements visent à

réglementer et à contrôler l'usage du tabac dans les lieux publics, les bars et les restaurants tout particulièrement. Récemment, certaines administrations municipales, comme celles de Toronto et de Victoria, ont établi des règlements qui interdisent de fumer dans tous les lieux publics, y compris les bars, les restaurants et les établissements de soins de santé de longue durée.

La réaction de la population aux règlements municipaux varie énormément, au fur et à mesure que les fumeurs acceptent les nouvelles restrictions sur leur consommation de tabac. Les réactions négatives découlent, en bonne partie, des prévisions selon lesquelles la réglementation restreignant l'usage du tabac risque de causer aux propriétaires d'entreprises locales des difficultés financières, malgré la preuve du contraire. Suivant les conclusions de chercheurs des États de New York, de la Californie, de l'Arizona et du Massachusetts, les arrêtés ou les ordonnances interdisant de fumer n'ont d'effet néfaste ni sur l'industrie touristique (Glantz & Charlesworth, 1999), ni sur l'achalandage des restaurants (Biener & Siegel, 1997), ni sur le chiffre d'affaires des bars et des restaurants (Hyland & Cummings, 1999a; Sciacca & Ratliff, 1998; Glantz & Smith, 1997), ni sur l'emploi dans le secteur des services

(Hyland & Cummings, 1999b). Présenter en détail la gamme de règlements municipaux en vigueur au Canada ne s'inscrit pas à l'intérieur de la portée du présent document; nous avons cependant choisi trois instances administratives reflétant la diversité qui existe actuellement sur ce plan au pays :

Victoria, C.-B.

Citant les risques pour la santé de la fumée secondaire du tabac et la difficulté de définir un degré « sans danger » d'exposition à la FST, le District régional de la capitale (qui inclut la ville de Victoria) a imposé le 1^{er} janvier 1999 un nouveau règlement qui interdit totalement de fumer dans tous les restaurants, les bars, les pubs, les bars-salons, les clubs, les salles de quilles, les salles de bingo et les casinos. Cette décision a éliminé les exceptions prévues dans la réglementation antérieure, qui datait de 1992, en vertu de laquelle il était totalement interdit de fumer à l'intérieur des lieux de travail et des lieux publics de la région.

Icepik, Nunavut

Aux termes d'anciennes dispositions législatives établies par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, l'administration du hameau d'Icepik restreint l'usage du tabac dans les lieux de ras-

semblement de la population, y compris les écoles, les églises et les établissements de divertissement, mais le permet encore dans les aires pour fumeurs des restaurants. Il faut prévoir dans ces derniers des aires pour non-fumeurs correspondant à un certain pourcentage de tous les sièges; l'administration n'a cependant précisé aucune exigence de ventilation pour ces établissements.

Toronto, Ontario

En mars 1999, le médecin hygiéniste de Toronto (Medical Officer of Health) a recommandé d'interdire dans cette instance administrative l'usage du tabac en milieu de travail, sauf dans des salles pour fumeurs entièrement fermées, munies d'un système de ventilation séparé. Elle a également recommandé l'aménagement à l'intérieur des lieux publics, y compris les bars, les casinos et les restaurants, d'aires fermées pour fumeurs d'une superficie correspondant à 25 % de leur espace intérieur jusqu'au 30 avril 2001, moment où il sera interdit de fumer dans ces lieux (Basrur, 1999). On a entrepris d'apporter les changements proposés à la réglementation sur l'usage du tabac à Toronto à la suite d'enquêtes publiques. Lors d'une de ces enquêtes, la plupart des répondants (60,9 %) appuyaient l'idée d'accroître chaque année d'un

Le degré d'influence sur la consommation des produits du tabac des changements de prix à ces derniers suscite une énorme controverse.

certain pourcentage l'espace pour non-fumeurs dans les lieux publics jusqu'à ce qu'il soit entièrement interdit de fumer à l'intérieur de ces derniers. Les répondants étaient plus en faveur d'une augmentation des restrictions sur l'usage du tabac dans les restaurants que dans les bars (Smaller World Communications, 1998).

Finalement, beaucoup de règlements municipaux restreignant l'usage du tabac englobent toujours plus de lieux publics. Des lieux comme les mails et les zones entourant les édifices publics sont de plus en plus réglementés. Les hommes et les femmes à faible revenu ont généralement moins de possibilités de loisirs et sont également moins en mesure de contrôler leur espace privé que les gens disposant de plus de ressources. Les fumeuses à faible revenu peuvent donc fréquenter plus souvent les lieux publics que d'autres personnes qui fument. Encore une fois, cela touche les femmes de deux façons : lorsqu'il n'est pas interdit de fumer dans les lieux publics, les femmes à faible revenu restent davantage exposées à la fumée secondaire du tabac que les hommes ou les femmes à revenu supérieur. À l'opposé, lorsque l'usage du tabac est interdit dans les lieux publics, les femmes à faible revenu doivent fumer

exclusivement chez elles (ou dans des endroits malsains, dangereux) ou s'abstenir de fumer.

D. Taxes et prix

Restreindre l'accès aux cigarettes, ce que l'on arrive à faire en augmentant le prix, entraîne généralement une diminution de leur consommation. Les tendances observées ces trois dernières décennies reflètent les augmentations de la consommation de tels produits qui sont survenues aux moments où le prix des cigarettes était plus faible au début des années 70 et à la fin des années 80. La consommation de cigarettes a diminué quand leurs prix ont augmenté au milieu des années 70, au début des années 80 et dans les années 90 (Townsend, 1996).

Le degré d'influence sur la consommation des produits du tabac des changements de prix à ces derniers suscite une énorme controverse. Mesurer l'effet des hausses de taxes et des augmentations de prix sur les produits du tabac est très compliqué. Lorsque les taux de tabagisme baissent pendant que les taxes sur les produits du tabac augmentent, il est impossible de déterminer dans quelle mesure la diminution de la consommation de ces derniers est attribuable à un accroissement de leurs prix et dans quelle mesure on peut l'attribuer à d'autres facteurs.

Les programmes de lutte contre le tabagisme et d'autres types de politiques visant à réduire l'usage du tabac, comme les politiques d'éducation en matière de santé et d'autres appliquées aux échelons local, provincial et fédéral, peuvent contribuer à de telles diminutions.

L'effet selon le sexe des mesures fiscales relatives aux produits du tabac et du prix des produits n'est pas non plus évident. Les chiffres sur les ventes de produits du tabac que l'on compile pour en mesurer la consommation globale ne sont pas ventilés selon le sexe, ce qui nous prive d'une source importante de données à analyser. Dans des pays comme le Royaume-Uni, où les prix des paquets de cigarettes varient davantage, on sait que les adultes de sexe féminin délaisseront leur marque de cigarettes et en adopteront une autre, générique, moins chère, tandis que les personnes plus jeunes s'en tiendront à des marques d'un prix plus élevé.

On ne comprend cependant pas en général encore entièrement les répercussions différentes pour les femmes et pour les jeunes des politiques d'imposition de taxes sur les produits du tabac et de leurs prix. Les participants à un séminaire d'experts européens sur les femmes et les politiques antitabac tenu récemment ont

conclu que l'on n'en savait pas assez au sujet des répercussions des politiques d'imposition de taxes sur les produits du tabac pour les femmes, les femmes des milieux plus défavorisés en particulier (INWAT, 1999; p. 6). Ces experts ont, entre autres, surtout recommandé dans leur rapport de faire d'une évaluation des répercussions selon le sexe des politiques d'imposition de taxes sur les produits du tabac et de leurs prix une priorité élevée.

En 1994, de crainte d'une augmentation de la contrebande, les gouvernements provinciaux ont réduit leurs taxes sur les cigarettes, en abaissant le prix de jusqu'à 50 % dans la plus grande partie du pays. Les taxes sur les cigarettes varient actuellement de 4,70 \$ la cartouche en Ontario à 22 \$ la cartouche également en Colombie-Britannique et à Terre-Neuve (Finances Canada, communication personnelle à J. Wu, 28 juin 1999). On a recommandé à cause de cet écart une hausse de taxes atteignant jusqu'à 10 \$ (la cartouche de cigarettes) dans les provinces où les produits du tabac sont « peu taxés ».

Les prix des produits du tabac d'une province à une autre et ceux des marques au Canada ne sont pas réglementés. Si l'on excepte l'article 29 de la Loi sur le tabac fédérale¹⁸,

les prix de ces produits et les rabais sur ces derniers ne sont aucunement restreints. L'uniformité apparente des prix des produits du tabac au pays semble reposer sur le petit nombre de leurs fabricants qui en fournissent aux détaillants.

On mesure souvent l'effet des politiques d'imposition de taxes sur les produits du tabac sur les taux de tabagisme à l'aide d'un indicateur appelé élasticité par rapport au prix, que l'on peut calculer à partir des niveaux de consommation (du nombre de cigarettes consommées) ou des taux d'incidence du tabagisme (de réduction des taux de tabagisme au sein de la population)¹⁹. Les estimations de l'élasticité de la consommation des produits du tabac varient considérablement en raison des techniques utilisées pour collecter et pour analyser les données s'y rattachant (Wasserman et al. 1991). Ces estimations vont de $-0,2$ à $-0,75$ (Brown, 1998). Récemment, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont établi une estimation de l'élasticité de l'incidence de l'usage du tabac par rapport à son prix de $-0,15$ et de l'élasticité de sa consommation par rapport à son prix de $-0,10$ (Centers for Disease Control and Prevention, 1998). On ne dispose pas pour l'instant de données similaires pour le Canada.

Comme Townsend, Roderick et Cooper (1994) l'ont montré, l'élasticité de la consommation de produits du tabac par rapport à leur prix varie non seulement suivant l'âge et le groupe socio-économique, mais également selon le sexe. Ils ont constaté dans le cas des femmes des groupes au revenu le plus faible une grande élasticité de la consommation des produits du tabac par rapport à leur prix lorsqu'ils examinaient l'incidence du tabagisme. Ils ont cependant aussi constaté que l'élasticité de la consommation de produits du tabac par rapport à leur prix n'était pas très grande, ce qui montre que les prix de ces produits peuvent influencer de différentes façons l'incidence du tabagisme et la consommation de tabac chez les femmes. Les hausses de prix peuvent alors entraîner une augmentation des dépenses pour l'achat de cigarettes des femmes qui continuent à fumer simplement en raison du fait qu'elles n'en réduisent pas leur consommation.

Étant donné que les taux d'incidence du tabagisme au Canada sont inversement liés à la catégorie socio-économique, on peut considérer que les hausses de taxes sur les produits du tabac ont un caractère régressif²⁰. Les membres aux revenus moins élevés de notre société sont ceux sur qui les hausses de prix des produits du

tabac ont les répercussions les plus lourdes lorsque l'on exprime ces augmentations sous forme de proportion de leur revenu. L'effet des hausses de taxes sur les produits du tabac sur la consommation de ces derniers et sur l'incidence du tabagisme au sein des groupes aux revenus moins élevés continue à faire l'objet de discussions.

Certains chercheurs et responsables de l'élaboration des politiques soutiennent que la réaction aux hausses de prix des produits du tabac chez les gens des milieux défavorisés tend à être particulièrement marquée (Townsend 1996, par exemple). Beaucoup ont déjà signalé l'élasticité relativement grande de la consommation de produits du tabac par rapport à leur prix au sein des populations aux revenus plus faibles. Farrelly et Bray (1998), par exemple, ont signalé que les gens aux revenus moins élevés étaient plus susceptibles de réduire leur consommation de produits du tabac ou de cesser de fumer complètement que les gens aux revenus plus élevés. Si cette relation est irréfutable, les augmentations de prix des produits au moyen des hausses de taxes sur ces derniers devraient rétrécir les écarts sur le plan de l'incidence du tabagisme et de la consommation de tabac entre les groupes socio-économiques.

D'autres prétendent cependant que les gens ayant le moins les moyens de fumer réagissent dans une moindre mesure aux augmentations de taxes sur les produits du tabac. Marsh (1997), par exemple, a attiré l'attention sur des données propres au Royaume-Uni qui laissaient entendre que les augmentations de taxes sur les produits du tabac peuvent en réduire la consommation à tous les paliers de revenu, mais qu'elles semblent avoir peu d'effets sur l'incidence du tabagisme au sein des groupes aux revenus moins élevés. Hamilton (1997) a examiné des données canadiennes sur les effets des modifications apportées aux taxes sur les produits du tabac pour les fumeuses et les fumeurs des milieux défavorisés entre 1978 et 1994. Elle a conclu à l'existence d'une corrélation négative directe entre les dépenses pour l'achat de produits du tabac et l'achat de nécessités, comme les aliments, les vêtements, le logement et les soins de santé (p. 1). Elle estimait que la réduction du tabagisme chez les fumeuses et chez les fumeurs à faible revenu attribuable aux augmentations de taxes sur les produits du tabac n'atteindrait que la moitié de l'ampleur de cette réduction chez les Canadiennes et chez les Canadiens aux revenus plus élevés (p. 1, également).

On a établi que les jeunes fumeuses

et les jeunes fumeurs, les adolescentes et les adolescents surtout, constituent un groupe qui peut réagir énormément aux augmentations de prix des produits du tabac et de taxes sur ces derniers. Ces données sont, toutefois, également loin d'être concluantes; des preuves contradictoires laissent supposer que les dépenses mensuelles relativement faibles des adolescentes et des adolescents pour l'achat de produits du tabac leur permettent peut-être de réagir moins que d'autres populations à leurs prix (California Budget Project, 1998).

1. Taxes et femmes à faible revenu

Parce que c'est chez les gens d'un faible statut socio-économique que l'incidence du tabagisme est la plus élevée et que les femmes sont, par rapport aux hommes, économiquement défavorisées dans une proportion disproportionnée, les augmentations de taxes sur les produits du tabac ont inévitablement des répercussions qui varient selon le sexe. Les femmes à faible revenu ont tendance à dépenser une part largement disproportionnée de leur revenu pour l'achat de cigarettes. Fumer nuit non seulement à la santé, mais réduit également les ressources économiques dont disposent ces femmes et les membres de leur famille.

Lorsque les effets combinés des principaux déterminants sociaux dont nous avons déjà traité (le niveau de suffisance du revenu, les responsabilités relatives aux soins à prodiguer aux enfants et le travail) se font sentir, les femmes à faible revenu et qui ont des enfants sont beaucoup plus susceptibles de fumer à cause des privations qu'elles vivent que les femmes faisant partie de familles mieux nanties. Une augmentation du prix des cigarettes attribuable à des hausses de taxes peut mener à ce que Chollat-Traquet (1992) appelle une « spirale vers le bas » (« downward spiral ») chez les fumeuses de ce groupe incapables de réduire leur consommation de tabac. À mesure que leur fardeau financier s'alourdit, l'infériorité et les privations des membres de groupes comme les femmes chefs de famille monoparentale s'accroissent et leur qualité de vie en général diminue.

Marsh (1997) a tenté d'expliquer cette situation en mentionnant la difficulté que cesser de fumer peut causer aux gens à faible revenu. Le problème pour ce groupe réside peut-être dans les inégalités que vivent ces personnes à faible revenu et la relation entre ce revenu et l'optimisme. Comme Marsh l'a souligné, beaucoup de gens cessent de fumer pour des raisons optimistes : parce qu'ils veulent se

Lorsque les femmes à faible revenu continuent de fumer après une hausse de taxes sur les produits du tabac, la capacité des membres de leur famille de se procurer des nécessités comme des aliments, des vêtements et d'autres biens essentiels s'en trouve diminuée.

sentir mieux, avoir l'air en meilleure santé, être acceptés socialement ou éviter la maladie. Il est facile de voir d'où provient cet optimisme dans le cas des gens à revenu moyen et à revenu élevé. Les femmes vivant dans de mauvaises conditions de logement, peu qualifiées professionnellement et ayant un travail faiblement rémunéré ont cependant moins de raisons de croire en leur avenir. Elles peuvent considérer qu'il leur est impossible de renoncer à leur « seul luxe » (Graham, 1987). La « spirale vers le bas » englobe la pauvreté, le tabagisme, l'inégalité et le pessimisme, ce qui n'incite pas ces femmes à renoncer au tabac, tandis que le coût économique de sa consommation accentue leurs privations (Marsh, 1997).

Lorsque les femmes à faible revenu continuent de fumer après une hausse de taxes sur les produits du tabac, la capacité des membres de leur famille de se procurer des nécessités comme des aliments, des vêtements et d'autres biens essentiels s'en trouve diminuée. Des données en provenance du Royaume-Uni laissent encore une fois entendre que les mères à faible revenu peuvent considérer le tabac comme une dépense essentielle et réduire leurs dépenses d'épicerie si

le prix des cigarettes augmente. Cette situation entraîne, évidemment, des privations et menace la santé et l'alimentation non seulement de la mère qui fume, mais également de ses enfants. Dans un rapport d'étude qualitative, on faisait état des réflexions de deux mères chefs de famille monoparentale au sujet de leurs habitudes de dépenses et de l'éventualité d'une augmentation du prix des cigarettes :

« J'essaierais de réduire ma consommation pour économiser de l'argent, mais les cigarettes sont mon seul luxe et j'estime qu'elles constituent pour le moment pour moi un peu une nécessité. »

« Je pense que fumer m'évite de devenir trop irritable. Ça me permet de mieux faire face à la situation. Si j'essayais d'économiser, je réduirais ma consommation de cigarettes, mais je ne renoncerais pas au tabac. J'arrêteraï de manger... La nourriture n'est pas si importante pour moi, mais fumer une cigarette est le seul cadeau que je me fais. »

(Traduction libre d'extraits cités dans Action on Smoking & Health, 1993)

Les gens qui ont le moins les moyens de les payer sont donc ceux les plus durement touchés par les taxes élevées sur les produits du tabac, taxes qui

entraînent une redistribution des ressources aux segments les plus riches de la société. Van Doren (1998) a qualifié ce phénomène de vol maquillé en bonnes intentions (p. 3). Il s'est demandé comment la plupart des gens réagiraient si un politicien proposait le prélèvement d'une taxe d'un montant disproportionné auprès des citoyennes et des citoyens des milieux défavorisés et des membres des minorités. (Van Doren, 1998; p. 1). Les hausses de taxes sur les produits du tabac constituent un élément central et légitime des mesures fiscales traditionnellement adoptées pour lutter contre le tabagisme, mais une stratégie intégrée et globale antitabac mettrait indéniablement en évidence les conséquences latentes des hausses de taxes sur les produits en question auxquelles on ne donne ordinairement pas de nom.

Sur le plan éthique, il faut prendre en considération à l'intérieur du processus d'élaboration des politiques de lutte contre le tabagisme les conséquences latentes des taxes sur les produits du tabac et les effets selon le sexe et liés à la classe socio-économique des hausses de leur prix et mieux en tenir compte en adoptant d'autres mesures pour combattre le tabagisme. Les programmes et les thérapies gratuites de renoncement

au tabac pour les gens à faible revenu constituent un exemple d'une telle mesure. Sur le plan du régime fiscal, prendre l'argent des taxes sur les produits du tabac pour financer directement des initiatives de promotion de la santé est aussi une mesure déjà utilisée à l'intérieur d'autres instances administratives pour réagir aux conséquences des taxes sur ces produits.

VI

Questions relatives aux politiques et à la recherche

A. Lacunes des politiques antitabac selon le sexe biologique et le sexe social

Il est évident que l'usage du tabac aujourd'hui au Canada est un comportement complexe, influencé par une diversité de facteurs culturels, économiques et sociaux, y compris l'âge, les différences hommes-femmes, l'origine ethnique et le statut socio-économique. Pour relever les défis inhérents à la réduction ou à l'élimination de la consommation de produits du tabac chez les fumeuses et les fumeurs actuels et éviter que les filles et les garçons en consomment, il faudra fusionner et modifier légèrement les deux approches dont nous avons fourni un aperçu dans notre introduction. Les forces de la stratégie traditionnelle de lutte contre le tabagisme résident dans la nature étendue de ses buts et de ses méthodes et dans ses répercussions au sein de l'ensemble de la population. Les forces de la stratégie intégrée et globale antitabac résident, quant à elles, dans son objet principal : réduire l'inégalité sur le plan de la santé, l'un des principaux éléments du tabagisme.

Il y a trois questions relatives aux politiques et à la recherche qui sont liées et auxquelles il faut porter davantage attention si l'on veut contribuer pleinement à l'avenir à l'élaboration d'une stratégie productive de lutte contre le tabagisme destinée à s'attaquer à l'usage du tabac chez les femmes au Canada en tenant compte du sexe biologique et du sexe social. Ces questions incluent l'intégration des différences hommes-femmes, l'amélioration de la collecte des données et l'utilisation d'un plus vaste ensemble de disciplines et de méthodologies.

1. Inclusion des différences hommes-femmes

Il faut premièrement utiliser une analyse (ou une « optique ») comparative entre les sexes pour toutes les recherches ou pour l'élaboration de toutes les politiques reliées au tabagisme. Utiliser le plus efficacement possible une analyse comparative entre les sexes signifie souvent « intégrer » la méthode aux mécanismes et aux procédures actuels pour en arriver à des programmes d'action et de recherche. Cette

intégration au protocole de recherche ou au processus d'élaboration des politiques, tel qu'on le conçoit actuellement, mène naturellement à une procédure et à une analyse dont on mesure les résultats à la lumière des principes de l'analyse comparative entre les sexes.

Les résultats de l'application d'une analyse comparative entre les sexes aux processus de recherche et d'élaboration des politiques permettent de définir la pléthore de facteurs liés au sexe biologique et au sexe social qui peuvent avoir une influence sur les programmes de recherche et sur les répercussions possibles des politiques. Les questions liées au sexe, par exemple, ont des répercussions sur la nature des recherches à effectuer sur la santé des filles et des femmes. Les facteurs liés aux différences hommes-femmes ont des répercussions sur des questions comme la façon des femmes et celle des hommes d'interpréter la société et l'importance du tabagisme dans leur existence. Les différences hommes-femmes ont également une influence sur la nature des répercussions des politiques, comme celles dont nous avons traité à la section 3, ci-dessus. Elles influencent en outre la capacité des particuliers et des groupes d'assimiler les programmes d'éducation en matière de santé ou de réagir aux programmes de pré-

vention du tabagisme ou de renoncement au tabac.

2. Amélioration de la collecte des données

Il existe, deuxièmement, des lacunes sur le plan des données qu'il faut combler afin de contribuer aux processus de recherche et de formulation de décisions stratégiques et afin de mettre en place le fondement de programmes et de protocoles sur les plans communautaires et institutionnels. On doit absolument disposer de données désagrégées selon le sexe pour prendre des décisions fondées sur des preuves. Le manque actuel de données de ce genre sur le tabagisme entrave l'analyse et retarde les progrès dans le cadre de la lutte destinée à réduire l'usage du tabac.

La collecte de données visant à étudier les différences entre les hommes et les femmes devrait, en outre, porter sur ces différences par rapport à leurs rôles, leurs responsabilités et leur bagage de connaissances, leur position et leur statut dans la société, leurs attitudes et leurs perceptions, l'accès qu'ils ont aux ressources et l'utilisation qu'ils en font, leur participation au processus décisionnel, ainsi que sur les attitudes et les codes sociaux régissant leurs comportements (Kitts & Hatcher Roberts, 1996).

**La recherche
interdisciplinaire
assurera l'intégration
des dimensions
propres au sexe
biologique et au sexe
social à l'élaboration
des questions
de recherche,
à la conception
des recherches et
à l'analyse de
leurs résultats.**

La collecte de données bien précises sur les différences hommes-femmes dans le cadre de la lutte contre le tabagisme devrait être axée sur la consommation de produits du tabac, les taux d'incidence du tabagisme à l'intérieur de sous-groupes, les comportements sur le plan de l'achat de tabac, les habitudes personnelles et familiales de dépenses des fumeuses et des fumeurs, les réactions à la publicité et à la commandite et les hausses de prix²¹. Les ensembles de données et les mécanismes de surveillance des systèmes de santé devraient permettre de recueillir plus de renseignements sur l'utilisation désagrégée selon le sexe des soins de santé liés aux produits du tabac. Il faut convertir ces renseignements en information utile sur la santé pour les planificateurs, les responsables de l'élaboration des politiques, les collectivités et les particuliers. Dans le domaine biomédical, il faut disposer de beaucoup plus de renseignements pour expliquer les mécanismes qui sous-tendent les susceptibilités physiologiques liées aux différences hommes-femmes, aux effets néfastes sur la santé de l'utilisation du tabac (Pope, Ashley & Ferrence, 1999).

3. Interdisciplinarité et combinaison de méthodologies

Enfin, il est justifié d'améliorer les méthodologies de recherche et d'élaboration des politiques pour étudier les questions touchant le sexe biologique, le sexe social et le tabagisme chez les femmes. La recherche interdisciplinaire assurera l'intégration des dimensions propres au sexe biologique et au sexe social à l'élaboration des questions de recherche, à la conception des recherches et à l'analyse de leurs résultats. Il n'est pas inutile, notamment, de rassembler des chercheurs ayant une formation en sciences médicales/de la santé et en sciences sociales pour éliminer l'influence de la biologie et celle de la société sur le tabagisme chez les femmes et les effets de l'usage du tabac. Il faut absolument entreprendre davantage de recherches actives à caractère pertinent sur les politiques dans différents milieux et y faire participer de façon significative les organismes communautaires pour comprendre les complexités du tabagisme chez les Canadiennes.

On peut également améliorer les méthodes et les procédures servant à mettre au point et à évaluer des initiatives stratégiques pour mieux rendre compte des questions contextuelles entourant les politiques antitabac et pour comprendre les différences sur le plan de leurs répercussions. L'intégration

Il faut considérer les filles et les femmes comme des intervenantes à l'intérieur du processus d'élaboration des politiques antitabac qui pourraient être mises activement à contribution au sein d'organes décisionnels où l'on planifie les fondements des politiques de lutte contre le tabagisme.

des filles et des femmes, surtout celles des groupes à l'intérieur desquels l'incidence du tabagisme est élevée (les jeunes femmes, les francophones et les Autochtones), au processus d'élaboration des politiques contribuera à garantir l'efficacité, le caractère approprié et les répercussions souhaitées de ce processus.

Ces trois changements toucheront aussi bien la recherche que les politiques. L'élaboration de politiques antitabac centrées sur les femmes est inextricablement liée à la recherche et l'inverse est souvent vrai. Élaborer des politiques adaptées, efficaces et éthiques vise globalement à effectuer des analyses comparatives entre les sexes des politiques antitabac qui reflètent exactement les différences suivant le sexe biologique et le sexe social au chapitre de l'usage du tabac et des réactions face à sa consommation.

B. Élaboration de politiques antitabac centrées sur les femmes

Politiques centrées sur les femmes est une expression utilisée pour désigner les politiques qui non seulement reflètent précisément le sexe biologique et le sexe social, mais qui sont également élaborées avec et pour les femmes. C'est aussi l'évolution naturelle des

modèles de soins centrés sur les femmes²² mis au point à l'intérieur du système de distribution des soins pour répondre plus adéquatement aux besoins des femmes.

On peut établir des politiques centrées sur les femmes en élargissant les principes des soins centrés sur les femmes à l'élaboration et à l'évaluation des politiques antitabac. Dans le cadre des politiques centrées sur les femmes, on perçoit ces dernières comme des expertes dans l'art de gérer leur vie, on tient compte du stress qui perturbe leur existence et des obstacles au changement pour elles et on prévoit une gamme de résultats couronnés de succès. Les politiques centrées sur les femmes sont intégrées à d'autres éléments de leur existence. Il faut considérer les filles et les femmes comme des intervenantes à l'intérieur du processus d'élaboration des politiques antitabac qui pourraient être mises activement à contribution au sein d'organes décisionnels où l'on planifie les fondements des politiques de lutte contre le tabagisme.

Les responsables de l'élaboration des politiques, les professionnels clés et la population doivent être davantage conscients de la menace bien précise que l'usage du tabac représente pour la santé des femmes. Single et d'autres (1999) ont estimé que les Canadiennes ont

L'amélioration des conditions sociales et économiques grâce à des politiques et à des mesures législatives efficaces pourrait avoir un effet marqué tant sur l'utilisation du tabac que sur la santé générale des filles et des femmes au Canada.

perdu en 1992 176 679 années d'existence à cause du tabagisme. Si la tendance actuelle sur le plan de l'usage du tabac chez les adolescentes se maintient, la santé des futures générations de femmes continuera à se détériorer. Il faut absolument accorder une priorité élevée à la question du tabagisme chez les femmes à l'intérieur du plan d'action en matière de santé de tous les intervenants.

C. Intégration du tabagisme à d'autres questions de santé et de justice sociale

La planification des politiques centrées sur les femmes consacre le fait que l'usage du tabac est lié à son contexte social et que, pour être efficaces, les politiques de lutte contre le tabagisme doivent refléter les répercussions des déterminants de la santé. Il faut combiner, dans le cadre de l'intégration de solutions en matière de politiques aux programmes de renoncement au tabac et de prévention du tabagisme, chacune des stratégies de changement à l'intérieur d'un contexte reflétant, par exemple, les faibles revenus, la violence, la discrimination, le harcèlement, les responsabilités en matière de soins à prodiguer aux enfants, etc.

Cela signifie également intégrer les politiques traditionnelles du secteur de la santé aux politiques visant le

chômage, les faibles revenus, le rôle et la condition de chef de famille monoparentale, les faibles niveaux de scolarité, l'isolement et le manque de support social, l'exercice de responsabilités à la fois professionnelles et familiales, ainsi que le stress et la violence en milieu familial. Il faudra mener une action combinée aux échelons international, national, régional et communautaire.

Les politiques refléteraient alors les changements systématiques nécessaires pour influencer sur l'usage du tabac chez les femmes (et le renoncement à sa consommation). L'amélioration des conditions sociales et économiques grâce à des politiques et à des mesures législatives efficaces pourrait avoir un effet marqué tant sur l'utilisation du tabac que sur la santé générale des filles et des femmes au Canada. Si l'on veut encourager les femmes des milieux défavorisés à se prendre en charge et leur fournir des moyens de le faire, il faudra adopter des stratégies qui s'attaqueront non seulement à l'usage du tabac dans cette population, mais également à la gamme de conditions qui contribuent à la consommation. Enfin, les politiques destinées à accroître les possibilités économiques des femmes vivant dans la pauvreté amélioreront en bout de ligne non seulement la santé des femmes, mais aussi celle des autres

membres de leur ménage, leurs enfants en particulier.

Les gens et les organismes qui luttent contre le tabagisme pourraient développer de solides partenariats avec d'autres groupes et institutions partageant les mêmes objectifs et valeurs sur le plan de la santé des femmes, que leur travail soit axé sur la lutte contre la consommation de produits du tabac ou qu'il ne le soit pas. Il faudra intégrer à l'élaboration des nouvelles politiques des organisations qui rejoignent les femmes de différentes façons, comme les mouvements de jeunesse, les groupes communautaires, les Églises et les milieux de travail. Le processus de changement d'orientation exige que l'on appuie ces organisations (Stein, 1997).

Il faudrait élaborer les nouvelles politiques en collaboration avec des femmes de milieux défavorisés et des jeunes, fumeurs et non-fumeurs (non pas simplement après les avoir consultés). Dans le cas de l'élaboration des politiques à l'échelle des régions ou des organisations, on peut fonder tout le processus sur les besoins des femmes, en faisant appel à une méthode de développement communautaire. Une telle méthode suppose que l'on travaille avec, non pour, que l'on agisse avec, non sur,

que l'on fasse avec, non à elles (Stein, 1997, p. 272). On devra appuyer les initiatives qui faciliteront la participation active des femmes à l'étude et au règlement des questions de santé et de lutte contre le tabagisme pour en arriver à une intégration complète des politiques.

1. Adaptation des politiques et des programmes de lutte contre le tabagisme aux besoins de groupes précis de femmes

Les politiques centrées sur les femmes sont également le reflet de la diversité et des besoins sanitaires et sociaux différents qui se rattachent à des groupes précis. Il faut concevoir de façon appropriée les politiques et les programmes de lutte contre le tabagisme à l'intention des femmes en fonction des différents stades de leur existence, des groupes culturels et des situations socio-économiques. Il faut, par exemple, reconnaître dans le cadre des programmes et des politiques visant les francophones qu'à l'intérieur de leur culture on a jusqu'ici moins contesté le tabagisme et que l'on y met l'accent sur la liberté de choix du style de vie plutôt que sur les questions de santé (Santé Canada, 1998). Il est essentiel de s'assurer de l'accessibilité culturelle, économique, et physique à tous les documents destinés au grand public, ce qui

La lutte contre le tabagisme au Canada reposera de plus en plus sur les connaissances dont nous disposerons sur la population des fumeuses et des fumeurs et sur notre degré de conscience de sa diversité.

voudra dire adapter les documents conçus à des fins d'éducation et pour les programmes à la langue et aux coutumes de milieux bien précis, étant donné que leur composition ethnique, leur âge et leur région géographique varient.

La lutte contre le tabagisme au Canada reposera de plus en plus sur les connaissances dont nous disposerons sur la population des fumeuses et des fumeurs et sur notre degré de conscience de sa diversité. Les taux élevés de tabagisme chez certains sous-groupes de population indiquent nettement qu'il faut y porter une attention particulière. Les femmes autochtones, les femmes francophones, les adolescentes et les femmes à faible revenu constituent au Canada quatre groupes qui méritent spécialement d'être mentionnés.

Sans les connaissances dont nous avons traité, il sera difficile de prévoir les conséquences des politiques actuelles dans la vie des hommes et des femmes. En plus, sans un système adéquat de collecte de données qui permettra de surveiller l'évolution des taux de tabagisme reflétant la diversité liée à la région géographique, à la culture, à la langue et à l'âge, il sera impossible d'examiner les effets des nouvelles politiques pour

les sous-groupes de population dont il est question.

On sait très peu de choses, par exemple, sur les effets différents pour les adolescentes et pour les adolescents de la réglementation restreignant la vente de cigarettes aux mineurs, des dispositions réglementaires sur l'air sans fumée des édifices, des étiquettes de mise en garde et des campagnes d'éducation sanitaire (Cohen et al. 1996). Il faut absolument effectuer des recherches bien précises sur ce type d'aspects en cette époque où la tendance observée laisse entendre que le tabagisme chez les jeunes femmes annonce peut-être ce qui deviendra au Canada un problème alarmant : les fumeuses adultes. Pour dissuader plus efficacement les jeunes filles (et les garçons) de commencer à fumer, nous devons en savoir beaucoup plus sur les modes d'interaction entre les différences adolescents-adolescentes et la culture des jeunes et sur la nature de l'influence de ces modes sur la décision des jeunes de se mettre à fumer.

Certaines questions au sujet de l'usage du tabac chez les filles et chez les femmes autochtones au Canada restent toujours sans réponse. Il est évident qu'il faut absolument adopter une politique intégrée et globale de lutte contre le

tabagisme pour mieux refléter la situation et les besoins bien précis de ce groupe. Les répercussions ultérieures des politiques de lutte contre le tabagisme soulèvent également, entre autres, les questions suivantes : Quelle influence le mouvement menant à l'autonomie gouvernementale aura-t-il sur l'élaboration des politiques de lutte contre le tabagisme? Ces politiques ont-elles des répercussions différentes pour les femmes membres des Premières nations vivant en milieu urbain et celles vivant en milieu rural?

2. Liens avec des recherches étendues

Les recherches doivent éclairer le processus d'élaboration des politiques si nous voulons que ces dernières soient efficaces. Nous avons défini jusqu'à maintenant dans le présent rapport bien des domaines à l'intérieur desquels il nous faut développer nos connaissances pour comprendre plus pleinement le tabagisme chez les femmes. Nous devons effectuer des recherches quantitatives autant que qualitatives et utiliser les résultats des deux types de recherches pour élaborer des politiques efficaces.

Nous ne disposons pas d'assez de données de surveillance et nous

avons de la difficulté à coupler les données entre les provinces et à les rassembler à l'échelon national. Il faut traduire les données de surveillance en mesures dans le cadre des programmes et des politiques.

3. Amélioration des données quantitatives

Les types de renseignements que nous recueillons actuellement au Canada présentent des lacunes. Il est difficile pour l'instant de déterminer pleinement les tendances sur le plan des taux de tabagisme, parce que ces derniers varient selon le sexe, la race et l'origine ethnique. Nous disposons de peu de données sur la nature des relations possibles entre un handicap et l'orientation sexuelle²³ d'une part et les comportements face à l'usage du tabac et l'incidence du tabagisme d'autre part. Il est évidemment possible d'étudier chacun de ces facteurs, puisqu'ils sont reliés à des aspects du sexe biologique et du sexe social, chez les particuliers ou au sein de populations. Il faut, en particulier, prendre soin de mesurer les variables qui définissent les déterminants sociaux et économiques de la santé. Nos lacunes au chapitre de nos connaissances sur les effets biologiques reliés au sexe du tabagisme et de l'exposition au tabac sont énormes. En fait, le programme de recherche bio-médicale sur le tabagisme chez

les femmes et les jeunes filles s'élargit au fur et à mesure de la diffusion des conclusions de projets de recherche en cours. Nos connaissances sur les réactions physiologiques reliées au sexe ne cessent actuellement d'augmenter.

4. Données qualitatives et méthodologies actives

La recherche qualitative fournit aussi des connaissances distinctes et importantes sur l'usage du tabac, comme une perception plus aiguisée des comportements des gens face à ce dernier et des raisons qui les poussent à fumer, et sur l'influence qu'ont sur eux les politiques ou les lois et règlements visant à lutter contre le tabagisme. Il faut connaître davantage de choses que les taux d'incidence du tabagisme et les habitudes de consommation des produits du tabac pour que les politiques de lutte contre le tabagisme atteignent leurs objectifs. Quelle place, par exemple, l'usage du tabac joue-t-il dans la vie des filles et des femmes? Comment les efforts de promotion de la santé (et, plus particulièrement, les politiques de lutte contre le tabagisme) peuvent-ils le mieux refléter ces réalités?

Nous devons, pour obtenir cette information, mener des recherches multidisciplinaires qui engloberont des méthodes de recherche active

et qualitative et les planifier et les mettre en œuvre en faisant appel à la participation des femmes dans leur milieu. Afin de comprendre pleinement les répercussions pour les femmes de ce qui les différencie des hommes, ces recherches doivent également être axées sur l'établissement comme point de comparaison de données qualitatives sur les hommes et les garçons, ce qui permettra d'assurer l'adaptation nécessaire aux différences hommes-femmes à l'intérieur des programmes, des politiques et des protocoles en réaction au tabagisme chez les filles et les femmes.

5. Accroissement des connaissances sur le processus de renoncement au tabac

En fin de compte, l'effort visant à réduire le tabagisme consiste principalement, en grande partie, à encourager les gens à renoncer au tabac. On n'a pas encore complètement étudié les facteurs liés aux différences hommes-femmes que l'on associe aux faits d'arriver à renoncer au tabac et à ne pas recommencer à fumer. Il faut effectuer davantage de recherches pour mieux comprendre les facteurs qui entravent et qui appuient les efforts des filles et des femmes pour renoncer au tabac, ceux se rattachant à la pauvreté notamment. Comment, par

exemple, les membres de leur famille, leur partenaire et les professionnels de la santé peuvent-ils le mieux aider les femmes à faible revenu lorsqu'elles tentent de cesser de fumer? En quoi la sécurité alimentaire est-elle liée aux hausses de taxes sur les cigarettes et comment les programmes de lutte contre le tabagisme peuvent-ils le mieux réduire les privations auxquelles les femmes à faible revenu et les membres de leur famille sont confrontés? Quelle importance la réduction des torts que le renoncement au tabac cause aux femmes a-t-elle? Les nouvelles données de ce genre permettront de concevoir des programmes et des politiques plus appropriés et efficaces de lutte contre le tabagisme.

VII

Futures orientations - différences hommes-femmes et politiques antitabac

Il est évident, au moment de notre entrée dans le XXI^e siècle, que les progrès menant à une réduction des taux de tabagisme chez les filles et les femmes au Canada ralentissent et continueront à marquer le pas, surtout si la tendance sur le plan de l'usage du tabac chez les adolescentes se maintient. Les coûts liés au tabagisme pour les femmes et pour leur santé deviendront de moins en moins négligeables, à mesure que les hausses prévues des taux de morbidité et de mortalité reliés au tabac chez les femmes se matérialiseront au cours des 20 prochaines années.

A. Inégalités et tabagisme

Le tabagisme est inégalement réparti dans la société canadienne; il est concentré dans les groupes éprouvant des difficultés financières et des milieux défavorisés. Les facteurs bien précis propres aux différences hommes-femmes qui influent sur l'usage du tabac sont le niveau de suffisance du revenu, le travail et la responsabilité des soins à prodiguer aux enfants. Les liens entre le tabagisme chez les femmes et leurs situations d'infériorité sur les plans économique, politique et social sous-tendent pour elles ce problème important de santé.

On a récemment défini ces liens et formulé des recommandations à l'intérieur de rapports d'études canadiennes pour établir un cadre d'action. L'une des trois principales « priorités d'action » mises de l'avant par le CCSP fédéral-provincial-territorial consiste à améliorer la santé des Canadiennes et des Canadiens en réduisant les inégalités économiques et sociales.²⁴ Malgré cela, Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne (CCSP fédéral-provincial-territorial, 1999), paru récemment, traite de l'usage du tabac suivant « les habitudes de santé personnelles », ce qui constitue une description particulièrement limitée et trompeuse de l'usage du tabac qui ne tient aucun compte de son contexte économique, politique et social.

On présentait clairement dans le rapport Les femmes et le tabagisme : Plan d'action (Horne, 1995) la complexité de l'usage du tabac en situant

la question à l'intérieur du contexte des inégalités culturelles, économiques et sociales reposant sur les différences hommes-femmes. On y formulait une série de recommandations qui ont contribué à façonner la Stratégie de réduction de la demande de tabac du gouvernement fédéral. Même si la SRDT a permis de rassembler énormément de nouvelles connaissances sur le tabagisme chez les femmes, ce que reflète Le tabagisme chez les femmes : leçons tirées de la Stratégie de réduction de la demande de tabac (Santé Canada, 1998), il s'est fait peu de choses depuis au Canada.

B. Nécessité d'une analyse comparative entre les sexes

Plus récemment, en 1999, le Comité directeur de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme a publié *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada*, document dans lequel on ne fait pas allusion aux différences hommes-femmes comme étant un déterminant important de l'usage du tabac et dont les recommandations ne portent pas sur les besoins particuliers des femmes (sauf les femmes enceintes).

Ces orientations sont surprenantes, puisque le taux de tabagisme chez les filles de 12 à 17 ans est supérieur à celui des garçons du même âge (Santé Canada, janvier

1999). Étant donné que pareilles tendances se maintiendront, il deviendra plus indispensable, convenable et moral d'élaborer des politiques qui tiendront compte des différences hommes-femmes et des classes socio-économiques. Les fabricants de produits du tabac axent depuis longtemps leur publicité et leur promotion sur les femmes (et les hommes), mais il a fallu plusieurs décennies au personnel des programmes de lutte contre le tabagisme pour comprendre et reconnaître que les différences hommes-femmes revêtent une dimension distincte à l'intérieur de l'analyse du tabagisme et occupent une place distincte également dans les réactions face à l'usage du tabac. Il est certain que l'étude approfondie de données qualitatives et l'examen de la subjectivité au chapitre de l'usage du tabac peuvent compliquer la formulation des politiques. Maintenir l'attention uniquement sur les stratégies traditionnelles de lutte contre le tabagisme visant l'ensemble de la population en présence de données plus complètes sur le contexte entourant l'usage du tabac relève aujourd'hui du défi.

Les recherches ne font que tout juste commencer à révéler la place qu'occupe le tabac dans la vie des femmes. Il faudra en effectuer davantage pour comprendre plus largement la nature différente des effets

tant positifs que négatifs des politiques et des programmes de lutte contre le tabagisme pour les hommes et pour les femmes. Avec un peu de chance, on effectuera ces recherches d'une façon qui respectera les femmes et les amènera à se prendre en charge. Cette approche positive sera particulièrement importante pour les Autochtones et pour les jeunes femmes, qui font face à des défis uniques.

Il faudra que des experts (y compris des fumeuses et des fumeurs) d'une foule de disciplines, dont la sociologie, la psychologie, la promotion de la santé, la médecine et l'épidémiologie, apportent leur contribution pour redéfinir les politiques de lutte contre le tabagisme sous forme de stratégie intégrée et globale, plutôt que de stratégie strictement axée sur la réduction de la consommation de tabac et de l'incidence du tabagisme. Il faudra former des alliances pour dépasser les limites du secteur traditionnel de la santé, pour accéder à un modèle offrant une chance d'être en santé (« opportunity for health »)²⁵ en s'infiltrant dans un paradigme « de contrôle ». L'intégration avec succès des politiques de lutte contre le tabagisme exigera la collaboration (tout au moins) des autorités compétentes en matière de fi-

nances, de santé, de justice, de logement, d'éducation, de services sociaux et de loisirs.

Les changements aux programmes ou aux politiques destinées à améliorer la santé en réduisant les inégalités sur le plan de la répartition des revenus et des niveaux de scolarité nécessiteront de nouvelles ou d'autres façons de mesurer l'efficacité. Même si les politiques entraînant une amélioration de la situation socio-économique des gens les plus dans le besoin de notre société (les femmes principalement) auront au moins indirectement de l'influence sur l'incidence du tabagisme, il faudra peut-être un certain temps avant d'en constater les effets.

L'évaluation des stratégies antitabac a souvent été centrée sur les taux d'incidence du tabagisme et sur les habitudes de consommation des produits du tabac. Il est difficile, à l'aide uniquement de ces indicateurs, de déterminer d'autres effets des politiques et de la législation, des campagnes de publicité dans les médias et des programmes d'éducation. Le fait d'inclure dans notre évaluation des indicateurs des déterminants sociaux de la santé nous amènera dans le cadre de l'évaluation de la lutte contre le tabagisme à dépasser la simple utilisation des statistiques sur l'usage

Cela suppose au départ l'adoption d'une position éthique, c'est-à-dire reconnaître que l'usage du tabac constitue un indicateur clé des inégalités dans la société et dans le domaine de la santé et énormément plus important qu'un « choix de style de vie ».

du tabac. Cette évaluation inclura plutôt l'examen d'autres aspects de la santé, y compris d'autres comportements liés à la santé, les perceptions du stress et les taux de pauvreté. Elle devrait inclure l'examen des répercussions des hausses de taxes sur les produits du tabac tant sur l'usage de ce dernier que sur le bien-être économique des femmes disposant d'un faible revenu pour vivre. Ainsi, le poids de l'analyse de l'usage du tabac reposera non plus sur les épaules des fumeuses et des fumeurs, mais sur les contraintes structurelles inhérentes à la vie des gens.

Cela suppose au départ l'adoption d'une position éthique, c'est-à-dire reconnaître que l'usage du tabac constitue un indicateur clé des inégalités dans la société et dans le domaine de la santé et énormément plus important qu'un « choix de style de vie ». Compte tenu de ce qui précède, les politiques de lutte contre le tabagisme doivent être appropriées et efficaces et leurs concepteurs doivent être conscients de toutes leurs conséquences. Demander aux femmes de ne pas fumer sans examiner les pressions qui les amènent à vouloir une cigarette pose un problème. Culpabiliser les mères ou faire appel au système judiciaire pour les persécuter

dans le cadre du processus de réduction de l'exposition de leurs enfants à la FST est contre-indiqué dans leur cas et en fait à nouveau des victimes. Hausser les taxes sur les produits du tabac sans en connaître et sans en comprendre les effets pour les familles à faible revenu est immoral et irresponsable. En bout de ligne, il est inacceptable d'exercer sur les fumeuses des pressions pour les amener à cesser de fumer, si on ne leur offre en échange rien d'approprié sur le plan social. Partager la responsabilité du tabagisme, c'est partager la responsabilité de la santé.

VIII

Recommandations

Voici la liste complète des recommandations visant à améliorer les politiques antitabac ou à en évaluer les effets sur les filles et les femmes, regroupées suivant les catégories utilisées dans *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada*, publié en 1999 par le Comité directeur de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme. Ces recommandations sont déduites de l'analyse qui étaye le présent document et se rapportent aux questions traitées dans le texte.

A. Politiques et législation

- ☉ Mettre au point, aux échelons fédéral et provincial, des processus de formulation de politiques antitabac qui exigent l'application courante de l'analyse comparative entre les sexes, prévoient l'intégration au processus décisionnel d'un principe d'inclusion et de participation, et débouchent sur des politiques centrées sur les femmes.
- ☉ Établir un cadre de planification des politiques centrées sur les femmes, qui tienne compte du contexte social et des déterminants de la santé (notamment, faible revenu, violence, discrimination, harcèlement, responsabilité des soins à prodiguer aux enfants, etc.).
- ☉ Établir et diffuser un nouveau cadre d'orientation qui prescrive aussi bien l'approche traditionnelle de lutte ciblée contre le tabagisme qu'une approche intégrée et globale, en mettant en évidence les meilleurs éléments de chaque approche.
- ☉ Élaborer des politiques et des programmes qui tiennent compte des âges, des cultures, des situations socio-économiques, des coutumes, des orientations sexuelles et des capacités des femmes, dans toute leur diversité, en s'appuyant sur des recherches qualitatives et quantitatives continues.
- ☉ Évaluer globalement l'impact, sur les hommes et sur les femmes, des politiques antitabac actuelles, en mettant particulièrement

l'accent sur les taxes et sur les mesures fiscales.

- ☉ Investir les recettes fiscales réalisées à partir de la vente des produits du tabac dans des efforts de promotion de la santé portant sur les principaux déterminants sociaux de la santé et du tabagisme.
- ☉ Utiliser les recettes fiscales réalisées à partir de la vente de produits du tabac pour appuyer les thérapies et les programmes gratuits de renoncement au tabac visant les fumeuses et les fumeurs à faible revenu.
- ☉ Accroître les taux des prestations d'aide sociale pour les familles à faible revenu, compte tenu de la hausse des taxes sur les produits du tabac et des prix de ces derniers.
- ☉ Définir une gamme d'initiatives stratégiques (y compris d'initiatives extérieures au secteur de la santé) susceptibles de réduire les inégalités en matière de santé, et intégrer ces initiatives à la stratégie nationale de lutte contre le tabagisme.

B. Éducation du public

- ☉ Veiller à ce que les jeunes filles soient initiées aux médias et en viennent à comprendre clairement les stratégies des spécialistes de la commercialisation des produits du tabac.
- ☉ Mettre sur pied des campagnes adaptées aux différences hommes-femmes (et non culpabilisantes) qui visent à réduire la FST à proximité des enfants et qui reconnaissent les rôles de dispensatrice de soins aux enfants et de ménagère tenus par les femmes.
- ☉ Établir et diffuser une stratégie de « dénormalisation » centrée sur les femmes, qui respecte et qui reconnaisse leur expérience, leur condition et leurs rôles.
- ☉ Investir des ressources dans des programmes attentifs aux différences hommes-femmes et visant les filles et les jeunes particulièrement exposés au tabagisme et aux comportements et problèmes connexes, au moyen des loisirs, de l'éducation, du mentorat, du counselling,

de l'enseignement par les pairs, etc.

- ☉ Élaborer une vaste stratégie médias qui vise à mieux comprendre les filles et les femmes qui fument, et qui mette l'accent sur les éléments de la réalité économique et sociale qui influent sur les inégalités en matière de santé et, partant, sur l'usage du tabac.

C. Responsabilisation de l'industrie et réglementation des produits

- ☉ Présenter un projet de loi visant à freiner les activités de commandite indirectes des sociétés de tabac.
- ☉ Renforcer l'application des dispositions législatives sur la vente des produits du tabac aux mineurs.
- ☉ Mettre au point un étiquetage des produits du tabac qui tienne compte des déterminants sociaux de la santé.
- ☉ Mettre au point un étiquetage des produits du tabac qui tienne compte de l'importance du tabagisme dans la vie des filles et des femmes.
- ☉ Étendre l'information figurant sur l'emballage et visant à

encourager l'abandon du tabac chez les femmes.

- ☉ Élaborer, pour les paquets de cigarettes, de l'information qui reconnaisse les difficultés et les complexités du renoncement au tabac pour les femmes enceintes et qui fournisse de l'aide et des conseils conçus en fonction des femmes.

D. Recherche

- ☉ Prendre en compte le sexe biologique et le sexe social dans toutes les recherches liées au tabac, dans les domaines biomédical, clinique, des services de santé et des déterminants sociaux et culturels de la santé.
- ☉ Mettre au point des programmes de recherche subventionnée sur les conséquences (biologiques) de l'usage du tabac pour les filles et les femmes.
- ☉ Mettre au point des programmes de recherche subventionnée sur l'importance déterminante du sexe biologique pour l'usage du tabac, les réactions sociales au tabagisme, l'impact des programmes de renoncement

au tabac et la promotion de la santé.

- Intégrer un programme de recherche sexospécifique, selon le sexe biologique et le sexe social, à toute activité de recherche liée au tabac menée par les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Institut canadien de recherche sur le tabac, et influencer en ce sens les autres programmes de recherche pertinents, comme ceux de l'Institut national du cancer et de la Fondation des maladies du cœur.
 - Établir un cadre d'évaluation et de recherche pour analyser les effets des politiques antitabac sur les filles et les femmes, compte tenu de l'impact du faible revenu, du statut francophone ou autochtone et de l'âge.
 - Évaluer l'usage cérémonial et spirituel traditionnel du tabac et l'intégrer à la mise au point de programmes de prévention du tabagisme et de renoncement au tabac pour les collectivités autochtones.
- Améliorer la collecte des données et les techniques d'enquête pour établir des taux d'incidence du tabagisme exacts, et désagrégés selon le sexe, chez les Inuits, les membres des Premières nations et les Métis.
 - Étudier et analyser les taux d'incidence du tabagisme chez les femmes francophones dans l'ensemble des provinces et des territoires, et les comparer.
 - Développer la recherche biomédicale de manière à y inclure des études attentives au sexe biologique et au sexe social, qui prennent en compte l'importance des caractéristiques physiologiques pour la détermination des profils de morbidité liée au tabagisme et des effets du tabagisme ou de l'exposition à la FST sur la santé.
 - Améliorer le système de surveillance canadien de manière à abaisser à 10 ans (au lieu de 15) l'âge minimal de surveillance, et à étendre la surveillance aux territoires.
 - Appliquer une analyse comparative entre les sexes

aux dispositions législatives régissant la vente des produits du tabac aux mineurs afin de produire plus d'information sur les écarts éventuels entre les filles et les garçons en ce qui concerne les effets des restrictions de ventes.

- ☺ Effectuer des recherches plus poussées sur les liens entre les cancers chez les enfants et la FST au foyer.
- ☺ Effectuer des recherches plus poussées sur les liens entre le cancer du sein et l'usage du tabac ou l'exposition à la FST.
- ☺ Évaluer et analyser l'expérience des femmes enceintes comme objet d'une attention publique accrue par rapport à la stratégie de « dénormalisation » (décrite par le Comité directeur de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme).

E. Développement et soutien des moyens d'action

- ☺ Mettre au point un cadre éthique pour évaluer l'impact des politiques antitabac canadiennes, qui tienne compte du sexe biologique, du sexe social et des inégalités.

- ☺ Faire participer les femmes et les fumeuses à l'élaboration de stratégies et de programmes de lutte contre le tabagisme attentifs aux différences hommes-femmes qui rejoignent les filles et les femmes peu scolarisées et de milieu défavorisé.
- ☺ Mettre au point un processus de développement des moyens d'action qui prévoie la participation de tous les secteurs et toutes les organisations féminines à l'élaboration des politiques antitabac.
- ☺ En collaboration avec les femmes, les fumeuses et les organisations féminines, définir les facteurs qui entravent ou qui appuient les efforts de renoncement au tabac des filles et des femmes, en particulier ceux qui sont liés à la pauvreté.
- ☺ Partager la capacité canadienne d'application d'une analyse comparative selon les sexes aux politiques antitabac avec des organisations internationales comme les Nations Unies, l'Organisation mondiale de la santé, l'Organisation panaméricaine de la santé et l'International Network of Women Against Tobacco.

- ☺ Mettre en œuvre les initiatives bilatérales touchant l'usage du tabac sur lesquelles se sont entendus les participants au Forum canado-américain sur la santé des femmes, tenu en 1996.

Annexe 1

Recherche documentaire et analyse de la législation

Recherche documentaire

Recherche des termes suivants :

- wom?n? or girl* or female
- tobacco* or smok* or cigar*
- law or legislati* or regulat* or ordinance or bylaw or polic*
- feminis* or gender*
- critiqu* or critic* or analy*
- tobacco control, tobacco policy, health policy, public policy

Recherche dans les bases de données et sites Web suivants :

Bases de données universitaires

Books in Print

Books Out of Print

NASW Clinical Register

Contemporary Women's Issues

PAIS International

PAIS Periodicals/Publishers

sociofile

Sociological Abstracts

Social Work Abstracts

National Library of Medicine

Medscape
 Medline
 EBSCOhost
 HSSI
 MLOG
 RGAB
 CINAHL
 Government of Canada Depository Services Program
 University of British Columbia
 University of Western Ontario
 National Library of Canada
 Outlook Online Internet Catalogue of BC's Public, College and Institute Libraries
Bases de données et sites Web sur le tabac
Alberta Alcohol And Drug Abuse Commission http://www.gov.ab.ca/aadac/aadac/policy_tobacco.htm
ASH US – Action on Smoking and Health <http://ash.org>
ASH Canada <http://www.ash.ca>
ASH UK <http://www.ash.org.uk>
AIRSPACE Non-Smokers' Rights Society <http://seercom.com/airspace>
Alberta Tobacco Control Centre <http://www.tobaccocentre.ab.ca>
Canadian Council for Tobacco Control (CCTC) <http://www.cctc.ca>
CCTC's National Clearinghouse on Tobacco and Health <http://www.cctc.ca/ncth>
Canadian Centre on Substance Abuse <http://www.ccsa.ca>
Council for a Tobacco-Free Ontario <http://www.opc.on.ca/ctfo>
NO PATSY – National Organization of People Attacking Tobacco Sales to Youth <http://www.healthwatcher.net/nopatsy.html>
Ontario Campaign for Action on Tobacco <http://www.ocat.org>
Ontario Ministry of Health <http://www.gov.on.ca/health>
Ontario Tobacco Research Unit <http://www.arf.org/otru>
PEI Health and Social Services <http://www.gov.pe.ca/hss/index.php3>
Saskatchewan Health, Health Promotion's Second Hand Tobacco Smoke <http://www.gov.sk.ca/health/promotion/secondhand/toc.htm>
Physicians for a Smoke-Free Canada <http://www.smoke-free.ca>
Senator Colin Kenny's Personal Web Site <http://sen.parl.gc.ca/ckenny/sssssmok.htm>
Substance Abuse Network of Ontario <http://sano.arf.org>

Tobacco-Free Times <http://www.commit.org/commit/tft>

Tobacco News Online (scanned daily)

tobaccopapers.org <http://www.tobaccopapers.org>

WHO –World Health Organization’s Tobacco Free Initiative <http://www.who.int/toh>

PAHO – Pan American Health Organization’s Prevention and Control of Tobacco Use <http://www.paho.org/english/hpp>

The European Commission – European initiatives for smoking prevention <http://europa.eu.int/comm/dg05/phealth/tobacco/tobacco.htm>

INWAT – International Network of Women Against Tobacco <http://www.inwat.org>

Tobacco Control: An International Journal <http://www.bmjjpg.com/data/tob.htm>

Tobacco Control Supersite <http://www.health.usyd.edu.au/tobacco>

Victorian Health and Smoking Program (Quit Victoria) <http://www.peg.apc.org/~vshp>

American Public Health Association’s Alcohol, Tobacco and Other Drugs Section <http://www2.edc.org/capt/apha>

Society for Research on Nicotine and Tobacco <http://www.srnt.org>

Smoke Screen Action Network <http://www.smokescreen.org/login/vhome.cfm>

The State Tobacco Information Center <http://stic.neu.edu>

Tobacco Control Resource Center <http://www.tobacco.neu.edu>

American Psychological Association’s The Addiction Newsletter http://www.kumc.edu/addictions_newsletter

The QuitNet <http://www.quitnet.org>

Tobacco Control Archives <http://www.library.ucsf.edu/tobacco>

The Tobacco Institute <http://www.tobaccoinstitute.com>

Tobacco BBS <http://www.tobacco.org>

International Union Against Cancer’s GLOBALink Tobacco Control Network <http://www.globalink.org/globdemo>

Bases de données et sites Web de groupes anti-lutte

American Smokers Alliance <http://www.smokers.org>

IMASCO <http://www.imasco.com>

National Smokers Alliance <http://www.speakup.org>

Forces - Fight Ordinances and Restrictions to Control and Eliminate Smoking <http://www.forces.org>

Bases de données et sites

Web gouvernementaux

BC Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors' BC Tobacco Facts <http://www.tobaccofacts.org>

Health Canada's Office of Tobacco Reduction Programs <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction>

Health Canada's Office of Tobacco Control <http://www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/tobacco>

Statistics Canada <http://www.statcan.ca/start.html>

Manitoba Health <http://www.gov.mb.ca/health>

New Brunswick Health and Community Services, Public Health and Medical Services, Comprehensive Tobacco Reduction Strategy http://www.gov.nb.ca/hcs-ssc/english/services/public_health/tobacco

NWT Department of Health and Social Services <http://www.hlthss.gov.nt.ca>

Nova Scotia Department of Health, Smoke-Free Places http://www.gov.ns.ca/health/smoke_free

Commit to a Healthier Brant <http://www.commit.org/commit>

Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux <http://www.msss.gouv.qc.ca/fr/orientat/priospub/tabac>

U.S. Centers for Disease Control and Prevention's Tobacco Information and Prevention Source <http://www.cdc.gov/nccdphp/osh/tobacco>

U.S. Centers for Disease Control and Prevention's Smoking and Health Database <http://www.cdc.gov/nccdphp/osh/search>

U.S. Food and Drug Administration's Children and Tobacco Regulations and Information <http://www.fda.gov/opacom/campaigns/tobacco>

The U.S. House of Representatives Committee on Commerce's Tobacco Documents <http://www.house.gov/commerce/TobaccoDocs/documents.html>

Florida's Office of Tobacco Control's Florida Online Tobacco Education Resources <http://www.state.fl.us/tobacco>

The Massachusetts Tobacco Education Clearinghouse <http://www.jsi.com/health/mtec/home.htm>

Arizona Program for Nicotine and Tobacco Research's NicNet <http://www.nicnet.org>

Utah Tobacco Prevention and Control Program <http://hlunix.hl.state.ut.us/cfhs/tpcp>

Australian Department of Health and Aged Care, Population Health Division <http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/drugs/tobacco>

Bases de données et sites Web divers

Canadian Cancer Society
<http://www.cancer.ca>

Heart and Stroke Foundation
http://www.hsf.ca/main_e.htm

The Lung Association
<http://www.lung.ca>

Canadian Centre on Substance Abuse <http://www.ccsa.ca>

Centre for Health Promotion at the University of Toronto
<http://www.utoronto.ca/chp>

Canadian Health Network <http://www.canadian-health-network.ca>

Prevention Source BC <http://www.preventionsource.bc.ca>

Tobacco Use in BC <http://www.hlth.gov.bc.ca/tobacrs>

QuitSmokingSupport.com <http://www.quitsmokingsupport.com/intro.htm>

Analyse de la législation

Administrations

Canada

gouvernement fédéral

gouvernements provinciaux et territoriaux

municipalités (choix)

États-Unis

gouvernement fédéral

États (choix)

municipalités et institutions (choix)

Royaume-Uni

administrations fédérales et régionales (choix)

Australie

gouvernement fédéral

États et territoires

Annexe 2

Principales informatrices – Une politique filtrée : sexe biologique, sexe social et tabagisme chez les femmes

Madeline Boscoe
Advocacy Coordinator
Women's Health Clinic
Winnipeg, Manitoba

Elinor Wilson
Director, External Relations
Heart & Stroke Foundation
of Canada
Ottawa, Ontario

Cheryl Moyer
Director, Tobacco Reduction
Canadian Cancer Society
Toronto, Ontario

Nancy Hoddinott
Tobacco Control Unit
Nova Scotia Department
of Health
Halifax, Nova Scotia

Roberta Ferrence
Director
Ontario Tobacco
Research Unit
Centre for Addiction
and Mental Health
Toronto, Ontario

Linda Brigden
Senior Program Officer
Research for International
Tobacco Control
International Development
Research Centre
Ottawa, Ontario

Discussion par courriel :

Mary Jane Ashley
**Department of Public Health
Sciences**
University of Toronto

Renvois de bas de page

¹Mentionnons, entre autres exemples des nombreuses questions biomédicales en cours d'examen, l'existence possible d'une relation entre le cancer du sein et la fumée ambiante à l'adolescence, la connaissance et la compréhension des marqueurs génétiques qui ont une influence sur le risque chez les fumeuses et chez les femmes exposées à la fumée ambiante de développer un cancer du poumon (forme de cancer plus fréquente chez les femmes que chez les hommes) et les différences de comportement selon le sexe sur le plan du retrait des thérapies de remplacement de la nicotine et des réactions vis-à-vis de ces thérapies.

²Les résultats d'une recherche menée récemment indiquent, par exemple, que les mécanismes qui sous-tendent le risque chez les femmes de développer un cancer du poumon lié au tabagisme sont différents de ceux qui sous-tendent pareil risque chez les hommes, en raison, possiblement, de différences génétiques et chromosomiques (S. Shriver, 2000).

³Ces taux d'incidence du tabagisme sont parmi les plus élevés au monde et reflètent également les taux élevés enregistrés au sein des populations indigènes d'autres pays.

⁴Des questions comme les écarts salariaux entre les hommes et les femmes, les charges de travail doubles et triples, les questions de « plafonnement voilé » et l'insuffisance des services de garde d'enfants.

⁵Un indicateur du statut socio-économique calculé par Statistique Canada, le niveau de suffisance du revenu est une mesure du revenu qui tient compte du revenu de toutes sources d'un ménage et de la taille de ce dernier.

⁶La recherche sur les politiques antitabac vise à comprendre, à éclairer, à appuyer, à diriger et/ou à évaluer la formulation des politiques en la matière qui réduiront le tabagisme au Canada. Elle inclut tout le processus des politiques, de l'établissement d'un plan d'action jusqu'à son application, son évaluation et son peaufinement, en passant par son

élaboration et sa mise en œuvre, tous les domaines à l'intérieur desquels on pourrait avoir recours aux politiques pour influencer sur l'usage du tabac, y compris les mesures fiscales, législatives, de réglementation et d'éducation, les politiques publiques et privées à tous les paliers de gouvernement - peu importe l'endroit - ainsi que les questions d'offre et de demande pertinentes pour réduire le tabagisme. (Best, 1999, rapport de l'atelier consacré au programme de recherche sur les politiques antitabac de l'ICRT, p. 4)

⁷« Le gouvernement fédéral s'est engagé à faire en sorte que toutes les futures dispositions législatives et politiques nationales incluent, le cas échéant, une analyse des répercussions différentes qu'elles pourraient avoir pour les hommes et pour les femmes. » [Traduction libre] Condition féminine Canada (CFC), 1995.

⁸Comme *Guide pour l'analyse comparative entre les sexes* du Bureau de la main-d'œuvre féminine (1997), *Gender Lens: A Guide to Gender-Inclusive Policy and Program Development*, du Ministry of Women's Equality de la Colombie-Britannique (1998) et *Analyse comparative entre les sexes : Guide d'établissement des politiques* de Condition féminine Canada (1998).

⁹L'analyse comparative entre les sexes des politiques est un « processus d'évaluation des répercussions différentes des politiques, mesures législatives et programmes existants ou proposés pour les hommes et les femmes » [Traduction libre] (Condition féminine Canada, 1998, p. 4). Elle visait à l'origine à l'intérieur de l'appareil gouvernemental, tant au Canada qu'ailleurs, à étudier et à reconnaître les différences et les situations d'infériorité passées et sociales vécues par les filles et par les femmes.

¹⁰Si l'on excepte la sous-section sur les taxes et les prix, et l'information sur les trois territoires, nous avons obtenu les données étayant la présente analyse de la législation et de la réglementation de l'Alberta Tobacco Control Centre (octobre 1998). *Analysis of Provincial Tobacco Control Legislation in Canada*. Alberta: Alberta Tobacco Reduction Alliance. Prière également de consulter un site Web, créé récemment, du Centre national de documentation sur le tabac et la santé pour de l'information à jour au sujet de la législation antitabac au Canada : www.cctc.ca/ncth/docs/legislation/fra

¹¹Les législatures de deux provinces (de la Colombie-Britannique et du Québec) ont cependant aussi adopté des dispositions législatives pour

imposer directement des restrictions aux fabricants et aux distributeurs de produits du tabac. La Colombie-Britannique et le Québec sont actuellement les deux provinces où s'exerce au Canada le contrôle le plus étendu sur les produits du tabac.

¹²En 1995, dans les pays membres de l'Union européenne, 60 % des fumeuses de plus de 45 ans consommaient des cigarettes « légères », croyant qu'elles étaient ainsi moins en danger (Joossens & Sasco, 1999).

¹³On pense, en outre, que les cigarettes « légères » contribuent à l'adénocarcinome (une forme grave de cancer du poumon actuellement à la hausse chez les femmes et peut-être liée tant aux hormones qu'au fait que l'on inhale profondément la fumée de ces cigarettes).

¹⁴Le Québec oblige les fabricants de produits du tabac à déclarer les fonds qu'ils ont investis dans la promotion et dans la commercialisation de leurs produits. En Colombie-Britannique, on a promulgué une loi (la *Tobacco Sales Amendment Act* de 1998) imposant la divulgation des ingrédients et des additifs des produits du tabac, l'importance de leurs émissions de fumée et les risques pour la santé qui peuvent découler de l'exposition au tabac ou à la fumée du tabac.

La Colombie-Britannique impose également des permis aux fabricants de ces produits, dont les droits servent à l'élaboration d'une stratégie globale de réduction du tabagisme. À l'intérieur de sa réglementation des « normes en matière de produits », le gouvernement québécois peut restreindre l'utilisation de certaines substances dans les produits du tabac vendus sur son territoire ou de certains procédés ou processus de fabrication des produits en question. La réglementation de la Colombie-Britannique sur l'analyse des produits du tabac et la divulgation de ses résultats exige également que les fabricants de produits du tabac soumettent des rapports trimestriels à l'intérieur desquels tous les ingrédients et les additifs inclus dans les cigarettes vendues dans cette province doivent être répertoriés. La Colombie-Britannique est la seule province où il existe une législation destinée à faciliter les poursuites en responsabilité civile pour les produits du tabac. La Colombie-Britannique et l'Ontario sont, en plus, les seules instances administratives qui ont jusqu'ici exprimé leur intention d'intenter des actions pour recouvrer les coûts d'assurance-maladie acquittés par leur gouvernement.

¹⁵Même si cet examen public attentif plus développé est perçu comme une contribution à la dénormalisation

dont il est question dans le document, lié à la Stratégie nationale, *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada* (Comité directeur, 1999), on n'y traite pas de l'expérience qu'être l'objet de cet examen constitue.

¹⁶Ce que les pressions découlant des suggestions relatives à des interventions pour lutter contre la FST (la fumée secondaire du tabac) souvent axées indûment et de façon peu réfléchie sur les fumeuses peuvent encore faire.

¹⁷Santé Canada dispose également du pouvoir de réglementer les annonces de commandite à l'intérieur desquelles il pourrait exiger des messages relatifs à la santé sous forme textuelle ou graphique, restreindre l'utilisation de figures humaines ou définir les « lieux » où il est permis d'installer des panneaux publicitaires.

¹⁸29. Il est interdit au fabricant et au détaillant :

a) d'offrir ou de donner, directement ou indirectement, une contrepartie pour l'achat d'un produit du tabac, notamment un cadeau à l'acheteur ou à un tiers, une prime, un rabais ou le droit de participer à un tirage, à une loterie ou à un concours;

b) de fournir un produit du tabac à titre gratuit ou en contrepartie de l'achat d'un produit ou d'un service

ou de la prestation d'un service;

c) de fournir un accessoire sur lequel figure un élément de marque d'un produit du tabac à titre gratuit ou en contrepartie de l'achat d'un produit ou d'un service ou de la prestation d'un service.

¹⁹L'élasticité de la demande de cigarettes par rapport à leur prix, par exemple, est la diminution en pourcentage de la quantité de cigarettes consommées à laquelle on s'attend en réaction à une hausse en pourcentage également de leur prix. Une élasticité par rapport au prix de -0,5 indiquerait que pour une hausse de 10 % du prix des cigarettes la consommation devrait diminuer de 5 %.

²⁰Ceci étant dit, certains soutiennent que ces impôts sont, en réalité, progressifs, puisque les fumeuses et les fumeurs des milieux défavorisés se montrent plus sensibles aux hausses de prix, réduiront donc leur consommation et seront ainsi moins atteints par la maladie (voir Warner, 2000).

²¹La base de données consultable sur des questions tirées d'enquêtes auprès de la population sur l'utilisation du tabac au Canada (<http://www.arf.org/otru/downloads.html>) (Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario) constitue actuellement une solution partielle à ce problème.

Cette base de données, qui renferme plus d'un millier de questions, vise à fournir aux chercheurs et aux évaluateurs de programmes des questions d'enquête fiables et valables qui permettront d'établir des comparaisons avec d'autres instances administratives. Les questions ont été rassemblées à partir de 55 enquêtes nationales, provinciales et locales menées entre 1977 et 1998.

²²Les soins centrés sur les femmes sont axés sur les différences entre les hommes et les femmes. Ils permettent également aux femmes de participer à la prise de décisions concernant leur santé, offrent des possibilités d'apprentissage, font appel à un cadre holistique d'éléments bio-psycho-socio-spirituels, s'attaquent aux situations d'infériorité sur les plans culturel, économique et social et incluent la promotion de la santé.

²³Nous disposons de certaines données américaines sur les liens entre l'orientation sexuelle et le tabagisme. Dans le cas des lesbiennes, on a établi à partir du California Lavender Smokefree Project (financé à l'aide des taxes sur les produits du tabac) que 25 à 40 % d'entre elles fument à l'âge adulte, comparativement à 22,5 % de toutes les femmes composant

la population américaine (San Francisco Bay Times, 23 décembre 1999, p. 14).

²⁴Les recommandations bien précises formulées dans ce rapport consistent à accroître les possibilités d'emploi pour les gens à faible revenu (y compris les femmes et les Autochtones), à reconnaître l'importance des services de loisirs et sociaux et à s'assurer de répondre à long terme aux besoins essentiels en matière de logement, de respect de la vie privée et de sécurité de toutes les familles canadiennes (CCSP fédéral-provincial-territorial, 1999).

²⁵Nos remerciements au professeur Lesley Doyal, de l'Université de Bristol, pour cette expression qui reflète le défi consistant à réduire les inégalités dans le domaine de la santé qui sont propres aux femmes. Communication personnelle, 1999.

Références

- (1999, December 23). California Lavender Smokefree Project *San Francisco Bay Times*. p. 14.
- Action on Smoking and Health (ASH). (1993). *Her Share of Misfortune: Women, Smoking, and Low Income*. Great Britain: Derry Nottingham.
- Alberta Tobacco Control Centre. (1998, October). *Analysis of Provincial Tobacco Control Legislation in Canada*. Alberta: Alberta Tobacco Reduction Alliance.
- Amos, A. (1996). Women and smoking. *British Medical Bulletin*, 52 (1), 74-89.
- Amos, A., & Haglund, M. (2000). From social taboo to “torch of freedom”: the marketing of cigarettes to women. *Tobacco Control*, 9 (1), 3-8. Available at: <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/9/1/3>
- Basrur, S. (1999). A Harmonized Environmental Tobacco Smoke (ETS) By-law for the City of Toronto: Policy Options and Recommendations. Report to Toronto City Council, Board of Health. *City of Toronto Website*. Available at: <http://www.city.toronto.on.ca/legdocs/1999/agendas/committees/hl/hl990406/it001.htm>
- Best, A. (1999, December). A Workshop Report. *Tobacco Policy Research Program*. Toronto: Canadian Tobacco Research Initiative (CTRI).
- Biener, L., & Siegel, M. (1997). Behaviour intentions of the public after bans on smoking in restaurants and bars. *American Journal of Public Health*, 87(12), 2042-2044.
- British Columbia Ministry of Women’s Equality. (1998). *Gender Lens: a Guide to Gender-Inclusive Policy and Program Development*. Retrieved from <http://www.weq.gov.bc.ca/gender-lens/indexgl.stm>.
- Brown, A.B. (1998). *The Effect of Cigarette Price on Cigarette Consumption: A Partial Summary of Research Findings*. North Carolina State University.

Bulterys, M., Morgenstern, H., Welty, T.K., & Kraus, J.F. (1990). The expected impact of a smoking cessation program for pregnant women on infant mortality among Native Americans. *American Journal of Preventive Medicine*, 6, 267-273.

California Budget Project. (1998). What would Proposition 10, the "California Children and Families First Initiative," mean for California? *Budget Briefs* [Online]. Sacramento, CA: California Budget Project. Retrieved from <http://www.cbp.org/brief/bb980903.html>

Canadian Centre on Substance Abuse and Centre for Addiction and Mental Health. (1999). *Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and Other Drugs*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health (CAMH).

Canadian Council on Smoking and Health. (1997). *Selling Acceptability: The Marketing of Tobacco*. Ottawa: Canadian Council on Smoking and Health.

Centers for Disease Control and Prevention. (1998, July 31). Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups – United States, 1976-1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47 (29) 605-9.

Centers for Disease Control and Prevention. (1999, August). *Best Practices for Comprehensive*

Tobacco Control Programs, August 1999. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

Chollat-Traquet, C. (1992). *Women and Tobacco*. Geneva: World Health Organization (WHO).

Cohen, J., Ferrence, R., Jackson, L., Poland, B., Pope, M., Kellner, F., & Greaves, L. (1996). *Gender Differences in the Predictors of the Acquisition of Smoking by Adolescents. Literature Reviews Series No. 5*. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Collishaw, N.E., & Leahy, K. (1988). Mortality attributable to tobacco use in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 79, 166-169.

Crisp, A.H., Stavrakaki, C., Halek, C., Williams, E., Sedgwick, P., & Kiossis, I. (1998). Smoking and pursuit of thinness in schoolgirls in London and Ottawa. *Postgraduate Medical Journal*, 74, 473-479.

DiFranza, J.R., & Rigotti, N.A. (1999). Impediments to the enforcement of youth access laws. *Tobacco Control*, 8, 152-155.

Ellison, L.F., Morrison, H.I., de Groh, M., & Villeneuve, P.J. (1999). Health consequences of smoking among

- Canadian smokers: An update. *Chronic Diseases in Canada*, 20 (1), 36-39. Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cdic/cdic201/cd201f_e.html
- Enviro-nics Research Group Limited. (1999). *Health Canada – Office of Tobacco Control Qualitative (Focus Group) Report Regarding Health Warning Labels and Images on Cigarette Packages: Final Report*. Canada: Health Canada.
- Farrelly, M.D. & Bray, M.A. (1998). Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups – United States, 1976-1993. *JAMA*, 280(23), 1979-1980.
- Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health (ACPH). (1999). *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*. Ottawa: Health Canada.
- French, S.A., Perry, C.L., Leon, G.R., & Fulkerson, J.A. (1994). Weight concerns, dieting behavior and smoking initiation among adolescents: A prospective study. *American Journal of Public Health*, 84(11), 1818-1820.
- Fried, J.L. (1994). Women and young girls: High-risk populations for tobacco use. *Health Values*, 18(1), 33-40.
- Glantz, S.A., & Smith, L.R.A. (1997). The effect of ordinances requiring smoke-free restaurants and bars on revenues: A follow-up. *American Journal of Public Health*, 87(10), 1687-1693.
- Graham, H. (1987). Women's smoking and family health. *Social Science and Medicine*, 25(1) 47-56.
- Graham, H. (1993). *When Life's a Drag: Women, Smoking and Disadvantage*. London: Department of Health.
- Graham, H. (unpublished). Preliminary policy framework. Presentation at INWAT Europe Seminar, June 4-5, 1999, London, England.
- Graham, H., & Der, G. (1999). Smoking and women's health: Influences on women's smoking status. The contribution of socio-economic status in adolescence and adulthood. *The European Journal of Public Health*, 9(2), 137-141.
- Graham, H., & Hunt, S. (1994). *Women's Smoking and Measures of Women's Socio-economic Status in the United Kingdom*, 9(2), 81-88.
- Greaves, L. (1991). *Update to the Background Paper on Women and Tobacco. Second Edition*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Greaves, L. (1993-95). *Media, Women and Tobacco Project: Publication of seventeen tech-*

tical reports. Ottawa: Tobacco Programs Unit, Health Canada

Greaves, L. (1995). *Mixed Messages: Women, Tobacco and the Media*. Ottawa: Minister of Supply and Services.

Greaves, L. (1996). *Smoke Screen: Women, Smoking And Social Control*. Halifax: Fernwood, UK: Scarlet Press .

Greaves, L., et al. (1999). *CIHR 2000: Sex, Gender and Women's Health*. Vancouver, BC: BC Centre of Excellence for Women's Health.

Hachey, D. (1998). *Synthesis of Key Learnings from Women and Tobacco Reduction Program of the Tobacco Demand Reduction Strategy*. Ottawa: Health Canada

Hamilton, V.H. (1997). *An Economic Analysis of Poor Smokers*. Ottawa: Health Canada.

Health Canada. (1996a). *Franco-phone Women's Tobacco Use in Canada*. Ottawa: Minister of Supply and Services.

Health Canada. (1996b). *Cigarette Smoking and Young Women's Presentation of Self*. Canada: Minister of National Health and Welfare.

Health Canada. (1996c). *Stop Smoking Before It Starts: An Information Kit for Community Organiza-*

tions Working With Adolescent Girls. Prepared for: Women and Tobacco Programs Unit, Health Canada

Health Canada. (1997). *Pre and Postnatal Synthesis: Final Report: A Review of Best Practices From Projects Funded Through the Tobacco Demand Reduction Strategy*. Canada: Health Canada.

Health Canada. (1998). *Women and Tobacco: Lessons Learned From the Tobacco Demand Reduction Strategy*. Canada: Health Canada.

Health Canada. (1999, February-June). *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS) Wave 1*. Canada: Health Canada. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bc/ctums/>

Health Canada. (1999, January 19). *Smoking Statistics in Canada for the Past 16 Years*. Ottawa: Health Canada, Health Promotion Online. Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/wired/smoking_stats/smoking_stats.htm

Health Canada. (1999, March). *Health Canada's Women's Health Strategy*. Canada: Minister of Public Works and Government Services Canada.

Health Canada. (2000). *Trends in the Health of Canadian Youth*. Ottawa: Health Canada.

- Hyland, A., & Cummings, K. M. (1999a). Restaurant employment before and after the New York City Smoke-Free Air Act. *Journal of Public Health Management Practice*, 5 (1), 22-27.
- Hyland, A., & Cummings, K. M. (1999b). Restaurateur reports of the economic impact of the New York City Smoke-Free Air Act. *Journal of Public Health Management Practice*, 5 (1), 37-42.
- International Network of Women Against Tobacco (INWAT). (In press). Report of Europe Seminar on Women and Tobacco, June 4-5, 1999, London, England. London: INWAT.
- Jacobson, B. (1981). *The Ladykillers: Why Women Smoke*. Montreal: Eden Press.
- Jacobson, B. (1986). *Beating the Ladykillers: Women and Smoking*. London: Pluto Press Ltd.
- Joossens, L., & Sasco, A. (1999). *Some Like It "Light": Women and Smoking in the European Union*. Conference: Tobacco and Women: Understanding the past, changing the future. Paris, November 23-24, 1998. Bruxelles, Belgium: European Network for Smoking Prevention (ENSP).
- King, A.J.C., Connop, H, King, M.A., & Mercer, T. (1996). *Adolescent Female Smoking: Influence of Home, School and Peers*. Working Paper Series No. 12. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).
- Kitts, J. & Hatcher Roberts, J. (1996). *The Health Gap: Beyond Pregnancy and Reproduction*. Ottawa: International Development Research Centre.
- Kozlowski, L.T., Goldberg, M.E., Yost, B.A., White, E.L., Sweeney, C.T., Pilliteri, J.L. (1998). Smokers' misconceptions of light and ultra-light cigarettes may keep them smoking. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 9-16.
- Krahn, H. (1995). Non-standard work on the rise. *Perspectives on Labour and Income, Statistics Canada, Winter*, 35-42.
- Kuczunski, A. (1999, December 15). Smokescreen. *National Post*. B4.
- Letourneau, G. (1988). *Franco-phones and Smoking*. Ottawa, Health and Welfare Canada.
- Makomaski Illing, E.M., & Kaiserman, M.J. (1999). Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1994 and 1996. *Chronic Diseases in Canada*, 20 (3), 111-117.
- Marsh, A. (1997). Tax and Spend: a Policy to Help Poor Smokers. *Tobacco Control*, 6 (1), 5-6.
- Marsh, A., & McKay, S. (1994). *Poor*

Smokers. London: Policy Studies Institute.

National Cancer Institute of Canada (NCIC). (1998). *Canadian Cancer Statistics, 1998*. Toronto: NCIC.

Nielsen Government Services. (1995). *Report on Media Advertising Expenditures*.

Payne, S. (1991). *Women, Health and Poverty: An Introduction*. London: Harvester Wheatsheaf.

Perkins, K.A. (n.d.) Sex differences in nicotine reinforcement and effects: Human lab research. *Society for Research on Nicotine and Tobacco 1999 Conference Abstracts. SYM, 1A*.

Physicians for a Smoke-Free Canada. (1997). *Regulatory Options Under the Federal Tobacco Act: A Report to the Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors*. Retrieved from http://www.smoke-free.ca/eng_research/pscresearch_papers.htm

Physicians for a Smoke-Free Canada. (1999a). *Background: Canadian Retailers & Cigarette Promotion*. Retrieved from http://www.smoke-free.ca/pdf_1/retail.PDF

Physicians for a Smoke-Free Canada. (1999b). *Background: Light & Mild Cigarettes*. Retrieved from http://www.smoke-free.ca/pdf_1/lightregs.pdf

Pope, M., Ashley, M. J., & Ferrence, R. (1999). The Carcinogenic and Toxic Effects of Tobacco Smoke: Are Women Particularly Susceptible? *Journal of Gender-Specific Medicine*, 2 (6). Retrieved from <http://www.mmhc.com/jgsm/articles/JGSM9911/ashley.html>

Reading, J. (1996). *Eating Smoke: A Review of Non-Traditional Use of Tobacco Among Aboriginal People*. Ottawa: Health Canada.

Reading, J. (1999). The tobacco report. *First Nations and Inuit Regional Health Survey*. Ottawa: First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee.

Reijneveld, S.A. (1998). The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking. *International Journal of Epidemiology*, 27, 33-44.

Rodgers, K. (1994). Wife assault in Canada. *Canadian Social Trends. Autumn*, 3-8.

Rootman, I., & Flay, B.R. (1995). *A Study on Youth Smoking: Plain Packaging, Health Warnings, Event Marketing and Price Reductions: Key Findings*. Toronto, ON: Centre for Health Promotion, University of Toronto. Retrieved from: <http://www.utoronto.ca/chp/download/smoke.pdf>

Sasco, A. (1999). Women's smoking:

health consequences. In L. Joossens, & A. Sasco, A. (Eds.), *Some Like It "Light": Women and Smoking in the European Union*. Conference: Tobacco and Women: Understanding the past, changing the future. Paris, November 23-24, 1998. Bruxelles, Belgium: European Network for Smoking Prevention (ENSP).

Sciacca, J.P., & Ratliff, M.I. (1998). Prohibiting smoking in restaurants: Effects on restaurant sales. *American Journal of Health Promotion*, 12 (3), 176-184.

Shriver, S.P., Bourdeau, H.A., Gubish, C.T., Tirpak, D.L., Davis, A.L., Luketich, J.D., & Siegfried, J.M. (2000). Sex-specific expression of gastrin-releasing peptide receptor: relationship to smoking history and risk of lung cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 92 (1) 24-33.

Single, E., Robson, L., Rehm, J., & Xi, X. (1999). Morbidity & mortality attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. *American Journal of Public Health*, 89, 385-390.

Smaller World Communications. (1998). *Report on the Results of a Public Survey on Tobacco Bylaws in the New City of Toronto*. Toronto: Toronto Public Health.

Smoking in the Workplace Act
Revised Statutes of Ontario, 1990,
Chapter S.13.

Statistics Canada. (1995a). *Aboriginal Peoples Survey - General information and data highlights*. Ottawa: Statistics Canada.

Statistics Canada. (1995b). *Earnings of Men and Women, 1994*. Ottawa: Minister of Industry.

Statistics Canada. (1998, March 17). 1996 Census: Labour force activity, occupation and industry, place of work, mode of transportation to work, unpaid work. *The Daily*, March 17.

Statistics Canada. (1998, May 12). Census 1996: Sources of income, earnings and total income and family income. *The Daily*, May 12.

Statistics Canada. (1999). *National Population Health Survey, 1996-97*. Ottawa: Statistics Canada.

Statistics Canada. (1999, January 27). Labour force update: an overview of the labour market, 1998. *The Daily*, January 27.

Status of Women Canada (SWC). (1995). *Setting the Stage for the Next Century: The Federal Plan for Gender Equality*. Ottawa: SWC.

Status of Women Canada (SWC). (1998). *Gender-based Analysis: A Guide for Policy Making*.

Steering Committee of the National Strategy to Reduce Tobacco Use in Canada, in partnership with the Advisory Committee on Population

- Health. (1999). *New Directions for Tobacco Control in Canada: A National Strategy*. Revised Draft, August 16, 1999.
- Stein, J. (1997). *Empowerment and Women's Health: Theory, Methods, and Practice*. London, UK: Zed Books.
- Stephens, T. (1994). *Smoking Among Aboriginal People in Canada, 1991*. Ottawa, Minister of Supply and Services Canada.
- Tandemar Research Inc. (1996). *Cigarette Packaging Study: The Evaluation of New Health Warning Messages*. Ottawa: Health Canada.
- Tobacco Act (1998, chapter 33). Quebec National Assembly. Retrieved from http://doc.gouv.qc.ca/cgi/telecharge.cgi/444A9829.PDF?table=gazette_pdf&doc=444A9829.PDF&gazette=4&fichier=444A9829.PDF
- Tobacco Act , T-11.5. (1997, c. 13). Canada. Retrieved from http://canada.justice.gc.ca/cgi-bin/folioisa.dll/estats.NFO/query=*/doc/{@80195}?
- Tobacco Sales Act [RSBC 1996] Chapter 451. (1999). British Columbia. Retrieved from http://www.qp.gov.bc.ca/bcstats/96451_01.htm
- Townsend, J. (1996). Price and consumption of tobacco. *British Medical Bulletin*, 52 (1), 132-142.
- Townsend, J., Roderick, P., & Cooper, J. (1994). Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: Effects of price, income, and health publicity. *BMJ*, 309, 923-927.
- VanDoren, P. (1998). *Snuff the Facts*. Washington, DC: Cato Institute.
- VanRoosmalen, E. H. & McDaniel, S. A. (1992). Adolescent smoking intentions: Gender differences in peer context. *Adolescence*, 27 (105), 87-105.
- Warner, K.E. (2000). The economics of tobacco: myths and realities. *Tobacco Control*, 9 (1) 3-8. Retrieved from <http://tc.bmjournals.com/content/vol9/issue1>.
- Wasserman, J., Manning, W. G., Newhouse, J. P., & Winkler, J. D. (1991). The effects of excise taxes and regulations on cigarette smoking. *Journal of Health Economics*, 10, 43-64.
- Wilkin, D. (1998, May 27). The killer who lives at home. *Nunavut Edition Special Report* [Online]. Retrieved from http://www.nunatsiaq.com/archives/nunavut980531/nvt80529_10.html
- Women's Bureau. (1997). *Gender-Based Analysis Guide*. Ottawa: Women's Bureau, Strategic Policy Branch, Human Resources Development Canada.

World Health Organization (WHO).
(1995a). *Programme on Substance Abuse: Report on Plan of Action For 1988-1995*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO).
(1999). *The World Health Report 1999: Making a Difference*. Geneva: WHO.

Bibliographie supplémentaire

(1995). Impact of smoking on women. In Payne Epps, R., & Cobb Stewart, S. (Eds.), *The Women's Complete Healthbook*. The Philip Lief Group, Inc., and the American Medical Women's Association. Retrieved from: <http://www.amwa-doc.org/publications/WCHealthbooksmokingamwa-ch07.html>

(1997). *Tobacco Use Reduction Resource Inventory '97: BC/Yukon Region*. Community Action Initiatives Program, Tobacco Demand Reduction Strategy, Health Canada, & British Columbia's Tobacco Reduction Strategy, B.C. Ministry of Health.

(1998). *1998 Reports on Cigarette Additives and Ingredients and Smoke Constituents*. British Columbia: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. Retrieved from <http://www.cctc.ca/bcreports/>.

(1999). *Surveying the Damage: Cut-Rate Tobacco Products and Public Health in the 1990s*. Ottawa: Canadian Cancer Society, the Non-Smokers' Right Association, and Physicians for a Smoke-Free Canada.

(2000, January 5). Study hints at why women are more prone to lung cancer: Researchers find particular gene a bigger factor in female smokers than in male counterparts. *The Globe and Mail* [Online]. Retrieved January 5, 2000 from <http://www.globeandmail.ca>.

(No date). State of Arizona Laws and Ordinances Regarding Tobacco. *Arizona Tobacco Education and Prevention Program (AzTEPP)* [Online]. Arizona: Arizona Department of Health Services. Retrieved from <http://www.tepp.org/legal/legal.html>

Abernathy, T., & O'Grady, B. (1996). *Exposure to ETS in Public Places: An Exploratory Study. Working Papers Series No. 16*. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Abernathy, T., O'Grady, B., & Dukeshire, S. (1997). *The Effect of Anti-smoking Legislation for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke. Working Papers Series No. 21*. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Action on Smoking and Health (ASH), Canada. (1999a). *Action on Smoking and Health (ASH) Canada Website*. Alberta smoking bylaws: list of bylaws by location. Retrieved from <http://www.ash.ca/bylaws/index.html>

Action on Smoking and Health (ASH), Canada. (1999b). *Action on Smoking and Health (ASH) Canada Website*. Procedures for filing worker's compensation claims. Retrieved from <http://www.ash.ca/wcb.html>

Action on Smoking and Health (ASH). (1990). *Smoke Still Gets In Her Eyes: A Report on Cigarette Advertising in British Women's Magazines*. Great Britain: Stanley Press.

Action on Smoking and Health (ASH). (1995). *As Time Goes By: Smoking and the Older Woman*. Great Britain: Derry and Sons.

Action on Smoking and Health (ASH). (1997, July 19). *Action on Smoking and Health (ASH) Website*. Tobacco tax helps – not hurts – poorer Americans. Retrieved from <http://ash.org/july97/7-19-97-2.html>

Action on Smoking and Health (ASH). (1999, January 19). *Action on Smoking and Health (ASH) Website*. Activists target women's vanity – smoke equals wrinkles.

Retrieved from <http://ash.org/jan99/01-20-99-7.html>

Addiction Research Foundation (ARF). (1995). *Preventing Smoking: Tobacco Control Policies*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Adrian, M., Lunday, C., & Eliany, M. (Eds.). (1996). *Women's Use of Alcohol, Tobacco and Other Drugs in Canada*. Canada: Addiction Research Foundation (ARF).

Alaska State Legislature. (1998). Alaska Statutes – 1998. *Alaska Legislature Online*. Retrieved from <http://www.legis.state.ak.us/folhome.htm>.

Alberta Ministry of Health. (1998). Report of the Auditor General on the results of applying specified audit procedures to key performance measures. *Alberta Ministry of Health Annual Report 1997-1998 Section 1*. Retrieved from <http://www.health.gov.ab.ca/public/document/ar97-98/results.html>

Alberta Treasury – Tax and Revenue Administration. (1995, January). Alberta tobacco tax bulletin: information for tobacco retailers. *Alberta Treasury Website*. Retrieved from <http://www.treas.gov.ab.ca/tra/special/tob1.html>

Amos, A., & Bostock, Y. (no date). *Putting Women in the Picture: Cigarette Advertising Policy and Cover-*

age of Smoking and Health in Women's Magazines in Europe. Great Britain: Derry Nottingham.

Ashley, M.J., & Ferrence, R. (1996). Environmental tobacco smoke (ETS) in home environment. *Special Reports: Environmental Tobacco Smoke.* Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Ashley, M.J., Cohen, J., Ferrence, R., Bull, S., Bondy, S., Poland, B., & Pederson, L. (1997). *Smoking in the Home: Changing Attitudes and Current Practices. Working Paper Series No. 27.* Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Ashley, M.J., Ferrence, R., Boadway, T., Pipe, A., Cameron, R., Schabas, R., d'Avernas, J., & Thomsen, P. (1999). *Actions Will Speak Louder Than Words: Getting Serious About Tobacco Control in Ontario.* A Report to the Minister of Health from her Expert Panel on the Renewal of the Ontario Tobacco Strategy. Ontario: Ministry of Health.

Baglole, J. (1999, January 31). Canada seeks replay of US national settlement. *Toronto Star* [Online]. Retrieved from <http://ash.org/feb99/02-01-99-6.html>

Baxter, M.L. (1999, April 12). It's imperative we discourage teenage girls from smoking. *The Standard.*

Best, A. (1999, November). A

Discussion Paper. *Tobacco Policy Research Program.* Toronto: Canadian Tobacco Research Initiative (CTRI).

Blaine, T. et al. (1997). Creating tobacco control policy at the local level: Implementation of a Direct Action Organising Approach. *Health Education & Behaviour, 24*(5), 640-651.

Bondy, S.J., Connop, H., Pope, M., & Ferrence, R.G. (1995). *Promoting Smoking Free Families: Report of a Pilot Intervention Trial to Reduce Environmental Tobacco Smoke in Family Homes. Working Paper Series No. 3.* Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Borren, P. & Sutton, M. (1992). Are increases in cigarette taxation regressive? *Health Economics, 1,* 245-253.

Brown, K.S., Taylor, T.E., Madill, C.L., & Cameron, R. (1996). *The Relationship Between the Tobacco Tax Decrease and Smoking Among Youth: Results of a Survey in South-Western Ontario. Working Paper Series No. 14.* Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Burrows, R., & Nettleon, S. (1997). British women's smoking in the employers and managers socio-economic group. *Health Promotion International, 12*(3), 209-214.

Callard, C. (No date). *The Canadian*

Set-Back Tobacco Use in Canada 1986 – 1997. Ottawa: Physicians for a Smoke-Free Canada.

Campaign for Tobacco-Free Kids. (No date). Tobacco use and ethnicity. *Campaign for Tobacco-Free Kids Website*. Retrieved from <http://tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0005.pdf>.

Canadian Council for Tobacco Control. (No date). Women and tobacco. *Guide Your Patients to a Smoke Free Future*. Retrieved from <http://www.cctc.ca/sff/docs/women.htm>.

Canadian Public Health Association. (1996). *Smoking Cessation Program for Women on Low Income, An Evaluation: Program Impact Results*. Ottawa: Canadian Public Health Association.

Choi, B.C.K., Ferrence, R.G., & Pak, A.W.P. (1997). *Evaluating the Effects of Price on the Demand for Tobacco Products: Review of Methodologies and Studies. Literature Review Series No. 11*. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Columbia University. (No date). Columbia University Smoking Policy. *Office Of The Executive Vice President For Administration Website*. Retrieved from <http://www.columbia.edu/cu/evp/smoking.html>

De Guia, N., Cohen, J.E., Ashley, M.J., Ferrence, R., Northrup, D.A., & Pollard, J.S. (1998). How provincial and territorial legislators view tobacco and tobacco control: Findings from a Canadian study. *Chronic Diseases in Canada* 19(2). Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cdic/cdic192/cd192b_e.html.

Department of Health. (1998). *Implementation of Directive 98/43/EC (Tobacco Advertising and Sponsorship) Draft Regulatory Impact Assessment*. Retrieved from <http://www.doh.gov.uk/smodirec.htm>

DiFranza, J.R., Carlson, R.R., & Caisse, R.E. (1992). Reducing youth access to tobacco. *Tobacco Control*, 1, 58.

DisAbled Women's Network (DAWN) Canada. (1997). *A Way Out: Women With Disabilities and Smoking*. Vancouver: Health Canada.

Doyal, L. (1995). *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*. New Jersey: Rutgers University Press.

Eakin, J., Robertson, A., Poland, B., Coburn, D., & Edwards, R. (1995). *Young Girls' Smoking: A Critical Social Science Perspective. Working Paper Series No. 4*. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Federal, Provincial & Territorial Working Group, & Ford, A. R. (1990). *Working Together for Women's Health: A Framework for the Development of Policies and Programs*.

Fellegi, I.P. (no date). On poverty and low income. *Statistics Canada Internet Site*. Retrieved from <http://www.statcan.ca/english/concepts/poverty/pauv.htm>

Food and Drug Administration. (No date). *Nicotine Regulation Documents*. Retrieved from http://www.access.gpo.gov/su_docs/fda/index.html

Glantz, S.A. (1999, February 5). Lessons From California. *GlobalLink*.

Glantz, S.A., & Charlesworth, A. (1999). Tourism and hotel revenues before and after passage of smoke-free restaurant ordinances. *Journal of the American Medical Association*. 281, 1911-1918.

Goodfellow, R, McBride, C., McWilliam, D., Mcreeday, D., & Mowat, D.L. (1996). *Environmental Tobacco Smoke in Public Places and Workplaces: Current Knowledge and Implications for Policy. Literature Review Series No. 7*. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Government of Alberta. (1999, April 19). *Increased Funding to Reduce*

Tobacco Use. Government of Alberta News Release. Retrieved from <http://www.gov.ab.ca/can/199904/7522.html>

Government of British Columbia (1997, June 16). *Legislation Targets Tobacco Industry For Health Care Costs Bill a Weapon to Ensure Industry Does the Right Thing: MacPhail*. Retrieved from <http://www.hlth.gov.bc.ca/cpa/newsrel/1997/125.html>

Government of New Brunswick. (1998). *Important Notice to all Tobacco Retailers, Wholesalers and Manufacturers*. Fredericton, NB: Health and Community Services. Retrieved <http://www.gov.nb.ca/hcs%2Dssc/pdf/Tobacco99.pdf>

Government of New Brunswick. (1998, February 13). *Tobacco Tax Going Up*. Retrieved from <http://www.gov.nb.ca/newsfin/1998e0186fn.htm>

Government of New Brunswick. (1999). *Gross Ordinary Revenue by Source*. Fredericton, NB: Department of Finance. Retrieved from <http://www.gov.nb.ca/finance/pubs/buddoc99/b99ef15.htm>

Government of Ontario. (1999, April 23). *Ontario Unveils Comprehensive New Anti-tobacco Campaign*. Retrieved from <http://www.newswire.ca/government/ontario/english/releases/April1999/23/c5612.html>

- Graham, H. (1994). Gender and class as dimensions of smoking behaviour in Britain: insights from a survey of mothers. *Social Science Medicine*, 38 (5), 691-698.
- Graham, H. (1995). Cigarette smoking: a light on gender and class inequality in Britain? *Jnl Soc. Pol.*, 24 (4), 509-527.
- Graham, H., & Blackburn, C. (1998). The socio-economic patterning of health and smoking behaviour among mothers with young children on income support. *Sociology of Health & Illness*, 20 (2), 215-240.
- Gram, K. (1997, November 28). Breaking the habit: teen smoking family. *The Vancouver Sun*.
- Gray, R., Fitch, M., David, C., & Phillips, C. (1996). Breast cancer and prostate cancer self-help groups: reflections on differences. *Psycho-oncology*, 5, 137-142.
- Greaves, L. & Ferrence, R. (1992). A debate on tobacco taxation policy. *Chronic Diseases in Canada*, 13 (4), 58-60.
- Greaves, L. (1987). *Background Paper on Women and Tobacco and Update (1990)*. Ottawa: Health and Welfare Canada
- Greaves, L. (1996, June – September). Symbol and solace: women, smoking and social control. *Health Sharing*, 6(6), 3-6.
- Greaves, L., Jordan, J., & McLellan, D. (1994). Herstories. *World Smoking & Health*, 19(2). Atlanta: American Cancer Society.
- Hagen, L. (2000, January 10). ASH News Release: Majority of Canadians want larger warnings on cigarette packages. *OTRU-NET [Listserv]*. Available Email: OTRU-NET@LISTSERV.UTORONTO.CA.
- Hardin, P. (1998, March 20). Costlier Smokes Won't Make Teens Kick the Habit, They Say. *Richmond Times Dispatch*. Retrieved from <http://www.gateway-va.com/pages/news/tobac/1998/0320teen.htm>
- Hartley, W. (1999, February 19). Tobacco bill changes may not stave off challenge. *Business Day*.
- Health Canada, & Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (No date). *Survival Strategies for Tobacco Reduction Projects Working in Your Communities*. Canada: Health Canada & Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.
- Health Canada. (1996a). *Cigarette Packaging Study: The Evaluation of New Health Warning Messages*. Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco/tobacco_control/ehd/tobacco/pdf/tandemar.pdf
- Health Canada. (1996b). *Heavily Addicted Smokers: Understanding the Smoking Behaviour and the*

Factors that Influence Quitting Among Heavily Addicted Smokers. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Health Canada. (1997a). *Alphabetical Listing of Program Names.* Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction/pub/tobconte.htm>

Health Canada. (1997b). *Women and Tobacco Synthesis: Final Report on Community Development, Counselling Techniques and Interventions, and Training Strategies and Resources.* Ottawa: Health Canada.

Health Canada. (1998, June 10). *Proposed Tobacco (Reporting) Regulations. Information Letter. No. 819.* Ottawa: Health Canada, Health Protection Branch.

Health Canada. (1999, January 19). *Health Minister Convenes Panel of Experts to Develop Aggressive Non-smoking Media Campaign.* Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/releases/1999/99_11e.htm

Health Canada. (1999, January 20). *National Health Survey Provides Updated Information About Smoking Behaviours in Canada.* Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/english/archives/releases/1999/99_12e.htm

Health Canada. (1999, January).

Smoking Behaviour of Canadians. *National Population Health Survey (NPHS) Highlights. Cycle 2, 1996/97* (January 1999, No. 1). Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bc/nphs/sboc_e.html.

Health Canada. (1999, January-December). *Report on Tobacco Control.* Ottawa: Bureau of Tobacco Control, Health Promotion and Programs Branch, Health Canada. Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco/pdf_english/ministers_report99.pdf

Health Canada. (1999a). *Options for Tobacco Promotion Regulations.* Ottawa: Health Canada.

Health Canada. (1999b). *Proposed New Labelling Requirements for Tobacco Products: Consultation Paper.* Ottawa: Health Canada.

Health Canada. (2000). *Current Research – Bureau of Tobacco Control.* Available at: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobacco/bureau/current_research/bureau_report2.html

Hedges, B. & Jarvis, M. (1997). Cigarette smoking. *Health Survey for England: The Health of Young People '95 - 97* Retrieved from <http://www.official-documents.co.uk/document/doh/survey97/hs06.htm>

Hobbs, F., Ferrence, R., Pope, M., Poland, B., Ashley, M.J., & Pederson, L. (1997). *Tobacco and Women's*

Health: Influences on Smoking Cessation in Women. Special Reports Review. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Horne, T. (1995). *Women and Tobacco: A Framework for Action.* Ottawa. Women and Tobacco Reduction Programs, Health Canada, and National Working Group on Women and Tobacco.

Hyland, A., & Cummings, K. M., & Nauenberg, E. (1999). Analysis of taxable sales receipts: Was New York City's Smoke-Free Air Act bad for restaurant business? *Journal of Public Health Management Practice*, 5(1), 14-21.

Imperial Tobacco. (No date). *Imperial Tobacco's Position on Smoking-Related Issues.* Retrieved from <http://www.imperialtobacco.com/e/newsroom/stand/>

INFACT. (1997, Fall). *Campaigning for Corporate Accountability.* Boston: INFACT.

Institute of Health Promotion Research. University of British Columbia. (1998). *Smoking Cessation: A Synthesis of the Literature on Program Effectiveness.* BC Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

International Non Governmental Coalition Against Tobacco (INGCAT). (1999, May 14). *Together Against*

Tobacco: Working Group Reports. INGCAT International NGO Mobilisation Meeting.

Jason, L. A., Ji, P.Y., Anes, M. D., & Birkhead, S. H. (1991). Active enforcement of cigarette control laws in the prevention of cigarette sales to minors. *JAMA*, 266, 3159-3161.

Johnson, Lyall. (1999, February 7). Quest for key to teen smoking. *The Melbourne Age.*

Kirkey, S. (1999, February 23). The clean nicotine dream: an anti-smoking activist says supplying smokers with a 'cleaner,' less harmful source of nicotine than cigarette is the only solution to a serious health problem. *National Post/Ottawa Citizen.*

Lavack A.M. (1997). *The Marketing of Tobacco Products: A Review of the Academic Literature 1993-1996.*

LeDuc, Daniel. (1999, February 7). Some doubt cigarette tax rise would curtail teenage smoking. *Washington Post.*

Legislative Assembly of Saskatchewan. (1999). *An Act to Amend the Tobacco Tax Act.* Retrieved from <http://www.legassembly.sk.ca/hansard/23L4S/990430H.htm>

Linton, M. (1999, February 7). Smoking's a drag for women. *Canoe C-Health/Toronto Sun.*

Lowe, G.S. (1996). *Workplace*

Smoking: Trends, Issues and Strategies. Special Report: Environmental Tobacco Smoke. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Mackie, R. (1999, February 23). Ontario pushes B.C. to lighten up on tobacco: anti-smoking legislation could hurt Ontario economy, minister says. *Globe & Mail*.

Marcelis, C., Moyer, C., & Holmes, R. (1997). *A Guide to Shared Action About Women and Tobacco: Bridging the Visions, Field Test Version*.

McCreary Centre Society, The . (1999). *Our Kids Too: Sexually Exploited Youth in British Columbia: An Adolescent Health Survey*. Burnaby: The McCreary Centre Society.

Ministry of Health Ontario. (1994a). *The Tobacco Control Act: Important Information for Post-Secondary and Private Vocational Schools*. Ontario: Queen's Printer.

Ministry of Health Ontario. (1994b). *The Tobacco Control Act: Important Information for Tobacco Retailers*. Ontario: Queen's Printer.

Najman, J.M., et al (1998). Socio-economic status and maternal cigarette smoking before, during and after a pregnancy. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 22 (1), 60-66.

National Clearinghouse on Tobacco and Health. (1995a). *Federal and Provincial Tobacco Legislation in Canada: An Overview*. Ottawa: National Clearinghouse on Tobacco and Health.

National Clearinghouse on Tobacco and Health. (1995b). *Regulatory Options for Tobacco Control in Canada*. Ottawa: National Clearinghouse on Tobacco and Health.

National Clearinghouse on Tobacco and Health. (1997, April). *Smokeless Tobacco in Canada*. Ottawa: National Clearinghouse on Tobacco and Health.

National Clearinghouse on Tobacco and Health. (1997, February). *Business as Usual: Marketing Tobacco in Canada*. Ottawa: National Clearinghouse on Tobacco and Health.

National Clearinghouse on Tobacco and Health. (1997, May). *The Light Cigarette Myth*. Ottawa: National Clearinghouse on Tobacco and Health.

National Clearinghouse on Tobacco and Health. (1999, January). *Smoking Behaviour of Canadians. National Population Health Survey Highlights*. Ottawa: National Clearinghouse on Tobacco and Health.

National Clearinghouse on Tobacco and Health. (1999, September). *Chronology of Events in Tobacco*

Control, Canada. Retrieved from <http://www.cctc.ca/ncth/docs/gen-chron.htm>

National Clearinghouse on Tobacco and Health. (1999, September). *Chronology of Events in Tobacco Control, United States*. Retrieved from <http://www.cctc.ca/ncth/docs/gen-chronusa.htm>

National Clearinghouse on Tobacco and Health. (No date, a). *Frequently Asked Questions: Adolescents and Smoking*. Retrieved from <http://www.cctc.ca/ncth/publicinfo/faq-C1.html>

National Clearinghouse on Tobacco and Health. (No date, b). *Overview: The Tobacco Products Control Act*. Retrieved from <http://www.cctc.ca/ncth/docs/tpca-overview.htm>

National Council of Welfare. (1997a). *Another Look at Welfare Reform*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.

National Council of Welfare. (1997b). *Welfare Incomes 1996*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.

National Council of Welfare. (1998a). *Child Benefits: Kids Are Still Hungry*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.

National Council of Welfare. (1998b). *Poverty Profile 1996*. Ottawa:

Minister of Public Works and Government Services.

National Council of Welfare. (1999a). *A New Poverty Line: Yes, No or Maybe?* Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.

National Council of Welfare. (1999b). *Preschool Children: Promises to Keep*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.

National Organization for Women. (No date). *Redefining Liberation: Tobacco Advertising and Women*. Retrieved from <http://www.now.org/foundation/health/whp/fact4.html>.

Network Europe. (1998, August). *News. Newsletter No. 2*. Scotland: International Network of Women Against Tobacco.

Network Europe. (1998, March). *Introducing INWAT Europe. Newsletter No. 1*. Scotland: International Network of Women Against Tobacco.

Network Europe. (1999, February). *News From INWAT Europe. Newsletter No. 3*. Scotland: International Network of Women Against Tobacco

New Jersey Permanent Statutes Database. (No date). *Ban on Tobacco Sales to Minors, violations, penalties*. Retrieved from <http://www.njleg.state.nj.us/>

New York City Department of Health. (No date). *Tobacco Control Program*.

Retrieved from <http://www.ci.nyc.ny.us/html/doh/html/smoke/smoke.html>

Newman, A. (1999, February). An ever dearer habit: people of meager means find ways to keep smoking. *New York Times*.

O'Grady, B., Asbridge, M. & Abernathy, T. (1997). *An Analysis of Factors Related to Illegal Tobacco Sales to Youth in Ontario. Working Paper Series No. 24*. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Office of the City Attorney. (1998, January 29). *Proposed Tobacco Ordinances*. San Diego, California: City of San Diego. Retrieved from http://clerkdoc.sannet.gov/RightSite/getcontent/local.pdf?DMW_OBJECTID=09001451800548f8.

Office on Smoking and Health (OSH). (1999). *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs – August 1999*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

Office on Smoking and Health (OSH). (No date). State and National Tobacco Control Highlights. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Website*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nccdphp/osh/statehi/statehi.htm>

Ontario Tobacco Research Unit (OTRU) Monitoring Working Group. (1996). *Monitoring Ontario's Tobacco Strategy: Progress Toward Our Goals 1995/1996 Second Annual Report*. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Ontario Tobacco Research Unit (OTRU). (1997, April 25). *Update on Smoking By-laws Within North America*. Retrieved from <http://www.arf.org/otru/bylaws.html>

Ontario Tobacco Research Unit (OTRU). (No date, a). *Federal Tobacco Legislation in Canada*. Retrieved from <http://www.arf.org/otru/fed.html>

Ontario Tobacco Research Unit (OTRU). (No date, b). *Provincial Tobacco Legislation in Canada*. Retrieved from <http://www.arf.org/otru/prov.html>

Operation I.D. (1999, May 6). *Operation I.D.: the Kit*. Retrieved from http://www.operationid.com/operation_id.html

Optima Consultants. (1995). *Smoking By-laws in Canada 1995*. Ontario: Minister of Health Canada.

Pederson, L.L., Bull, S.B., & Ashley, M.J. (1995). *Smoking in the Workplace: Do Smoking Patterns and Attitudes Reflect the Legislative Environment? Working Paper Series No. 9*. Toronto: Ontario

- Tobacco Research Unit (OTRU).
- Pederson, L.L., Bull, S.B., Ashley, M.J., & MacDonald, J.K. (1996). *Quitting Smoking: Why, How and What Might Help. Working Paper Series No. 17.* Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).
- Physicians for a Smoke-Free Canada. (1998). *Tobacco Industry Advertising Expenditures 1997-1998.* <http://www.smoke-free.ca>
- Physicians for a Smoke-Free Canada. (June 24, 1999). One in three kids' health at risk from household smoke, doctors warn. *Physicians for a Smoke-Free Canada Web Site.* Retrieved from http://www.smoke-free.ca/eng_homenews_press_Jun99.htm
- Physicians for a Smoke-Free Canada. (No date). *Tobacco Advertising and Sponsorship Increase Children's Smoking.* Retrieved from <http://www.smoke-free.ca>
- Pierce, J. P., Gilpin, E. A., Emory, S. L., et al. (1998). *Tobacco Control in California: Who's Winning the War? An Evaluation of the Tobacco Control Program, 1989-1996.* La Jolla, California: University of California, San Diego.
- Poland, B.D. (1996). *Stigma, Smoking and the Purification of Public Space. Working Paper Series No. 10.* Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).
- Prevention and Control of Tobacco Use. (1999). *Healthy Lifestyle & Mental Health.* Retrieved from <http://www.paho.org/english/hpp/tohindex.htm>
- Prevention Source BC. (1998a). *Fact Sheet: Secondhand Smoke – The Facts.* Vancouver: Prevention Source BC.
- Prevention Source BC. (1998b). *Fact Sheet: Smoke Signals, Teen Smoking in BC 1997.* Vancouver: Prevention Source BC. Retrieved from <http://www.prevention-source.bc.ca/psbc/fact/15.html>
- Prevention Source BC. (1998c). *Fact Sheet: The British Columbia Tobacco Sales Act.* Vancouver: Prevention Source BC. Retrieved from <http://www.prevention-source.bc.ca/psbc/fact/04.html>
- Quit Victoria. (1995). *Tobacco in Australia: Facts and Issues.* Victoria, Australia: Commonwealth Department of Human Services and Health, ASH Australia, Victorian Smoking and Health Program, New South Wales Drug and Alcohol Directorate, & the Health Department of Western Australia. Retrieved from <http://www.quit.org.au/Fandl/welcome.htm>
- Rafuse, Jill. (1994). Smoking-cessation program targets low-income

women. *Canadian Medical Association Journal*, 150(10), 1683-1684.

Rigotti, N. A., DiFranza, J. R., Chang, Y., Tisdale, T., Kemp, B., & Singer, D. (1997). The effect of enforcing tobacco sales laws on adolescents' access to tobacco and smoking behavior. *New England Journal of Medicine*, 337, 1044-1051.

Rosenbaum, D.E. (1998, May 5). Smuggling issue is a "red herring." *New York Times*. Retrieved from <http://no-smoking.org/may98/05-05-98-1.html>

Salma, K. (Ed). *Tobacco and Health*. Proceedings of the Ninth World Conference on Tobacco and Health, Paris, France, Oct. 10-14, 1994

Santi, Susanne. (1995). *Predictors of Youth Cessation. Literature Reviews Series No. 4*. Toronto, ON: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Secretary of State for Health, & Secretaries of State for Scotland, Northern Ireland and Wales. *Smoking Kills: A White Paper on Tobacco*. Retrieved from <http://www.official-documents.co.uk/document/cm41/4177/foreword.htm>

Secretary of State for Health, and the Secretaries of State for Scotland, Wales and Northern Ireland. (1998). *Smoking Kills – A White*

Paper on Tobacco. Retrieved from <http://www.doh.gov.uk/smoke.htm>

Selin, H., & Cunningham, R. (1996, November 1). *Women and Tobacco: Alternative Perspectives and Implications for Solutions*. Tobacco-Free Canada Second National Conference on Tobacco or Health.

Sieu, Choong Tet. (1999, February 22). New tips to kick that habit: combination therapy could do the trick. *Asia Week*.

Smoke Free Maryland. (1999). *Maryland Laws You Should Know...* Retrieved from <http://www.smokefreemd.org/laws.htm>

Southwest Region Health Information Partnership, The. (No date, a). *Public Health Facts: Tobacco Legislation in Canada: Federal*. Retrieved from <http://www.srhip.on.ca/bgoshu/Tobacco/TobaccoFederalFS.html>

Southwest Region Health Information Partnership, The. (No date, b). *Public Health Facts: Tobacco Legislation in Canada: Municipal*. Retrieved from <http://www.srhip.on.ca/bgoshu/Tobacco/TobaccoMunicipalFS.html>

Southwest Region Health Information Partnership, The. (No date, c). *Public Health Facts: Tobacco Legislation in Canada: Provincial Ontario*. Retrieved from <http://www.srhip.on.ca/bgoshu/Tobacco/TobaccoProvincialFS.html>

Statistics Canada. (1994). *Violence Against Women Survey, 1993*. Ottawa: Statistics Canada.

Statistics Canada. (No date). *Percentage of Smokers in the Population*. Retrieved from <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Health/health07a.htm>

Stephens, T., & Mitchell, B. (1996). *Reducing ETS Exposure in Public Places Frequented by Children. Special Report: Environmental Tobacco Smoke*. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Stephens, T., Pederson, L.L., Koval, J.J., & Kim, C. (1996). *The Relationship of Price and Smoke-free Bylaws to the Prevalence of Smoking in Canada. Working Papers Series No. 13*. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit (OTRU).

Stewart, M.J., Brosky, G., Gillis, A., Jackson, S., Johnson, G., Kirkland, S., Leigh, G., Pawliw-Fry, B.A., Persaud, V., & Rootman, I. (1996). *Disadvantaged Women and Smoking*, 87(4), 257-260.

Taylor, Mark C. (No date). *A Reflection On Alternative Nicotine Delivery Systems*. Ottawa: Physicians for a Smoke-Free Canada.

Tipper, Jr. (1998 Spring). The Canadian girl-child initiative: determinants of the health and well-being of girls and young women. *Child Health*. p. 1.

Tobacco (Amendment) Act 1993 No. 98 of 1993. (1993). Australia: Attorney General's Department. Retrieved from <http://scaleplus.law.gov.au/html/numord/2/1224/top.htm>

Tobacco Advertising Prohibition Amendment Act 1995 No. 17 of 1995. (1995). Australia: Attorney General's Department. Retrieved from <http://scaleplus.law.gov.au/html/comact/8/4489/top.htm>

Tobacco Products Regulation Act 1997 – Reprinted as at 12 April 1999 – Table of Sections. (1997). Australia: Attorney General's Department. Retrieved from <http://scaleplus.law.gov.au/html/sasact/1/1025/top.htm>

Tobacco Research Implementation Group, National Cancer Institute, & National Institutes of Health. (1998, November). *Tobacco Research Implementation Plan, Priorities for Tobacco Research Beyond the Year 2000*.

Townsend, J. (1995). The burden of smoking. In M. Benzeval, K. Judge & M. Whitehead (eds.), *Tackling Inequalities in Health*, London: King's Fund Institute, pp. 82-94.

U.S. Department of Health and Human Services. *Tobacco Use (Women)*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Preven-

tion and Health Promotion, Office of Women's Health, 1998. Retrieved from <http://www.cdc.gov/od/owh/whtob.htm>

U.S. Department of Health and Human Services. *Tobacco Use Among U.S. Racial/Ethnic Minority Groups—African Americans, American Indians and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders, and Hispanics: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1998. Retrieved from <http://www.cdc.gov/tobacco/sgr-minorities.htm>

University of Wollongong. (No date). Smoking in the workplace. *University of Wollongong, Personnel Services*. Retrieved from http://wyrn.its.uow.edu.au/admin/personnel/conditions/smoking_copy.html

Vancouver/Richmond Health Board. (1999, April). *For a Smoke-Free Generation*. Vancouver: Vancouver/Richmond Health Board.

Wente, Margaret. (1999, June 6). Fifth Column: sees artists shilling smokes. *Globe and Mail*.

Wilson, S. (1999, February 21). Restaurants say smoking ban will

cut into profits, patrons. *Washington Post*.

Women and Tobacco Initiative. (1996). *Francophone Women's Tobacco Use in Canada*. Canada: Health Canada.

Women's Health Clinic and Native Women's Transition Centre. (1998). *Women and Smoking: What Do We Know, What Do We Need? A Consultation and Learning Process on a Population Health Approach to Smoking and Women's Health*. Manitoba/Saskatchewan: Health Canada.

World Bank Group, The. (1997, August 25). *Next Decade Crucial for Tobacco Control World Bank Says that Tobacco is Harmful to Health and Economies*. Retrieved from <http://www.worldbank.org/html/extdr/extme/1439.htm>

World Bank, The. (1999, May). *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Retrieved May 18, 1999 from World Wide Web: <http://www.ash.org.uk/papers/wbank.html>

World Health Organization (WHO). (1992). *Women and Tobacco*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (1995). Strengthening tobacco control in Central & Eastern Europe: Proceedings of a training seminar.

World Health Organization Website. Geneva: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/psa/docs/psa96.9/warsaw.htm>

World Health Organization (WHO). (1996, March). Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. *World Health Organization Website.* Geneva: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/psa/docs/guide/index.htm>

World Health Organization (WHO). (1996a). *Programme on Substance Abuse: International Strategy for Tobacco Control.* Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (1996b). *Programme on Substance Abuse: Options for the Preparation of an International Framework Convention and Related Protocols for Tobacco Control, Public Health and International Law Considerations.* Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (1997). *Programme on Substance Abuse: International Framework Convention on Tobacco Control: Some Initial Preparations.* Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (1997, August). Fact sheet no. 176: Smoking and women: The Next Wave of the Tobacco Epidemic. *World Health Organization Website.* Geneva: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/inf-fs/en/fact176.html>

www.who.int/inf-fs/en/fact176.html

World Health Organization (WHO). (1997, May, a). Fact sheet no. 156: The tobacco epidemic rages on in Eastern and Central Europe. *World Health Organization Website.* Geneva: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/inf-fs/en/fact156.html>

World Health Organization (WHO). (1997, May, b). Fact sheet no. 157: The tobacco epidemic in the Russian Federation kills 750 people every single day. *World Health Organization Website.* Geneva: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/inf-fs/en/fact157.html>

World Health Organization (WHO). (1998, May, a). Fact sheet no. 155: The tobacco epidemic: Much more than a health issue. *World Health Organization Website.* Geneva: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/inf-fs/en/fact155.html>

World Health Organization (WHO). (1998, May, b). Fact sheet no. 159: Governments for a tobacco-free world. *World Health Organization Website.* Geneva: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/inf-fs/en/fact159.html>

World Health Organization (WHO). (1998, May, c). Fact sheet no. 160: An international framework convention for tobacco control. *World Health Organization Website.* Geneva: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/inf-fs/en/fact160.html>

who.int/inf-fs/en/fact160.html

World Health Organization (WHO). (1998, May, d). Fact sheet no. 196: The tobacco epidemic in Latin America. *World Health Organization Website*. Geneva: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/inf-fs/en/fact196.html>

World Health Organization (WHO). (1999, November). *Kobe Declaration*. *World Health Organization Website*. Geneva: WHO. Available at: <http://www.who.int/toh/women/declaration.html>

World Health Organization (WHO). (No date, a). *Tobacco Free Initiative*. *World Health Organization Website*. Geneva: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/toh/>

World Health Organization (WHO). (No date, b). *Tobacco or Health Country Profiles*. *World Health Organization Website*. Geneva: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/psa/docs/profiles/index.htm>

York University. (1998). *The Canadian Legislator Study*. Retrieved from <http://www.math.yorku.ca/ISR/legislator/index.html>