

LE TABAGISME CHEZ LES JEUNES ADULTES

Rapport du directeur national
de santé publique 2017

AGIR ENSEMBLE
POUR DIMINUER
LA PRÉVALENCE



Contributions

Le septième rapport du directeur national de santé publique a été élaboré par le Service de la promotion des saines habitudes de vie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Direction et supervision :

Horacio Arruda, directeur national de santé publique, MSSS
André Dontigny, directeur de la prévention et de la promotion de la santé, MSSS
Valérie Fontaine, chef du Service de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS
Marie-Christine Veilleux, coordonnatrice de l'équipe de lutte contre le tabagisme, MSSS

Rédaction :

Kathleen Cloutier, MSSS

Contribution à la réalisation du document :

Yovan Fillion, Joëlle Villeneuve, Jean-Maurice Roy, Marie-Christine Veilleux, Guillaume Dolley, MSSS

Contribution à la relecture du document :

Christine Stich, Annie Montreuil, Michèle Tremblay, Pascale Bergeron et Benoît Lasnier, Institut national de santé publique du Québec

Nous remercions l'ensemble des personnes qui ont collaboré, de près ou de loin, à la préparation, l'élaboration et la révision du présent document.

Référence suggérée :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le tabagisme chez les jeunes adultes : Rapport du directeur national de santé publique*, Service de la promotion des saines habitudes de vie, Québec, 2017, 43 pages.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-71468-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2017

MOT DE LA MINISTRE DÉLÉGUÉE



En novembre 2015, la Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme, adoptée à l'unanimité, est venue consolider les mesures existantes pour combattre le tabagisme et en ajouter de nouvelles, faisant ainsi du Québec un chef de file mondial dans ce domaine. Avec les mesures audacieuses qu'elle propose, la Loi témoigne de notre volonté d'agir de manière concrète pour faire progresser cette lutte, et pour atteindre des résultats tangibles dans un horizon très rapproché.

En plus de cette loi, d'autres démarches ont été mises en place au cours des derniers mois. À cet égard, nous pouvons affirmer que la Politique gouvernementale de prévention en santé constitue un moyen supplémentaire d'assurer le mieux-être des Québécoises et des Québécois. Celle-ci propose notamment des mesures pour diminuer le nombre de fumeurs à 10% de la population d'ici 2025.

Ensemble, nous nous donnons ainsi les moyens d'enrayer un problème dont les conséquences rejaillissent sur toute la société, tant du côté humain et social que sur le plan économique. Le présent rapport, qui dresse un portrait du tabagisme chez les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans, revêt pour nous une importance considérable. En effet, il constitue un appel à l'action pour contrer ce phénomène touchant un groupe de la population qui nous tient spécialement à cœur.

Grâce à une approche globale et intégrée, nous pourrions envisager un avenir sans tabac pour les générations futures, ainsi qu'un Québec en meilleure santé. Je tiens à remercier les équipes qui ont œuvré à l'élaboration de ce rapport, de même que toutes les personnes engagées avec nous dans cette lutte. Je rappelle que c'est tous ensemble que nous arriverons à vaincre le tabagisme !

Original signé

LUCIE CHARLEBOIS

Ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse,
à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie

AVANT- PROPOS

En matière de tabagisme, des gains importants ont été réalisés depuis la fin des années 1980. Au Québec, nous avons changé la norme sociale à l'égard du tabac. Toutefois, le tabagisme constitue encore aujourd'hui un problème aux effets dévastateurs, de portée épidémique. Les quelques 1,5 million de Québécois dépendants du tabac, ceux exposés à la fumée de ces produits et les jeunes qui y sont initiés en grand nombre chaque année montrent que le combat n'est pas terminé et que nous devons intensifier et cibler nos actions.

La Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme¹ adoptée le 26 novembre 2015, qui a modifié la Loi sur le tabac pour y ajouter de nouvelles mesures législatives, aura assurément une incidence significative sur le tabagisme au Québec. Pour optimiser l'influence de ces nouvelles mesures législatives, il importe cependant de poursuivre nos efforts en agissant sur plusieurs fronts simultanément.

Le présent rapport met en lumière la situation particulière des jeunes adultes de 18 à 34 ans, un groupe d'âge où, encore aujourd'hui, près de 3 personnes sur 10 fument². Les données indiquent qu'il s'agit du groupe d'âge où la prévalence du tabagisme est la plus élevée et où les taux de tabagisme stagnent depuis quelques années alors qu'une diminution de ces taux est observée dans la population générale³. De plus, la proportion de fumeurs au Québec y demeure bien au-dessus de la moyenne canadienne². Plus encore, **le groupe des 18 à 34 ans constitue une référence pour les plus jeunes, en plus d'être la nouvelle génération de parents ; l'influence de leur tabagisme sur la société québécoise est donc considérable.**

Le groupe des jeunes adultes, de par son taux élevé de fumeurs, rappelle que les Québécois ne sont pas tous égaux devant le tabagisme. Cela est d'autant plus préoccupant chez les jeunes adultes sans diplôme d'études secondaires et ceux qui se situent dans le quintile de revenu le plus faible. Il est donc nécessaire d'intervenir plus spécifiquement auprès de ce groupe de la population plus vulnérable, victimes de la dépendance à la nicotine et de protéger les générations à venir des produits du tabac.

Je suis convaincu qu'ensemble nous serons en mesure de mieux connaître, mieux rejoindre et mieux protéger les jeunes adultes contre le tabagisme. Les leviers disponibles sont nombreux ; selon leurs options respectives, plusieurs acteurs peuvent contribuer à améliorer la situation. De cette façon, nous serons en mesure d'aller encore plus loin tout en maintenant nos acquis.

J'invite donc tous les partenaires, présents et futurs, à se joindre au mouvement. Ce sont nos efforts conjugués qui nous permettront d'être à la hauteur de nos ambitions, soit de devenir un Québec sans tabac.

Original signé

HORACIO ARRUDA, M. D., FRCPC
Directeur national de santé publique

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION – Le tabagisme et la jeunesse québécoise	
3	CHAPITRE 1 – Un problème de société et de santé publique qui persiste	
	1.1 Des statistiques préoccupantes	4
	1.2 Des produits aux multiples visages	5
	1.3 Des effets dévastateurs sur leur santé.....	6
	1.4 Quand fumer n'est plus un choix : l'effet sournois de la nicotine.....	7
	1.5 De la première <i>bouffée</i> à la dépendance.....	8
	1.6 Des milliards de dollars qui partent en fumée.....	8
9	CHAPITRE 2 – Ce que nous faisons	
	2.1 Politiques et législation	10
	2.2 Information, sensibilisation, éducation et soutien	12
	2.3 Mobilisation.....	14
15	CHAPITRE 3 – Des solutions prometteuses	
	3.1 Politiques et législation	16
	• Plus de taxes, moins de fumeurs	16
	• Pour mieux respirer : les interdictions de fumer	16
	• Des produits grandement accessibles.....	17
	• Promouvoir des produits mortels : les astuces de l'industrie	18
	3.2 Information, sensibilisation, éducation et soutien	20
	• Utiliser les communications à notre avantage	20
	• Vers l'abandon du tabagisme	21
	• Des jeunes engagés dans la lutte	21
	• Pas tous égaux devant le tabagisme	22
	• Plus de connaissances pour des interventions plus efficaces	22
	3.3 Mobilisation.....	22
	• La nécessité d'agir ensemble.....	22
	• Des alliés à recruter.....	23
25	CHAPITRE 4 – Ce que nous pouvons faire de mieux	
27	CONCLUSION	
29	ANNEXE	
33	BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

LE TABAGISME ET LA JEUNESSE QUÉBÉCOISE

Le tabagisme a une incidence majeure sur la santé de la population québécoise et c'est pourquoi ce problème est au cœur des préoccupations de santé publique depuis de nombreuses années. Qui plus est, les produits du tabac n'affectent pas uniquement ceux qui en consomment ; ils ont des répercussions sur la société tout entière, notamment par la fumée secondaire, les coûts de santé directs et indirects qu'ils entraînent ainsi que les décès et les maladies dont ils sont la cause.

Le présent rapport expose la situation observée chez les jeunes adultes du Québec. Ces derniers constituent le groupe d'âge (18 à 34 ans) qui affiche la plus grande proportion de fumeurs. En effet, **chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans, près de 3 personnes sur 10 fument**². De plus, on constate une proportion de fumeurs plus élevée parmi les jeunes adultes qui ont un revenu faible, par comparaison à ceux qui sont mieux nantis.

La transition entre l'adolescence et la vie d'adulte est de plus en plus reconnue comme une période critique, notamment dans la vie d'un fumeur^{4, 5}. Il s'agit du moment durant lequel l'acceptation ou le rejet de ce statut d'adulte s'opère, durant lequel les fumeurs occasionnels pourraient passer au stade de fumeur régulier et même, durant lequel certains non-fumeurs pourraient s'initier au tabagisme. Cette période est accompagnée de changements majeurs dans la vie des individus, entre autres le départ du nid familial, le début du travail à temps plein, le commencement de la vie de couple et la création de la famille. Il convient donc de consacrer à cette période « d'ébullition » une attention plus soutenue, compte tenu des données disponibles sur la relation que la jeunesse québécoise entretient avec le tabagisme.

Ce rapport présente l'état de la situation chez les jeunes adultes, un survol des actions réalisées en matière de lutte contre le tabagisme au Québec au cours des dernières années et un aperçu de pratiques prometteuses mises en œuvre ici et ailleurs. Il lance un appel à l'action pour s'attaquer plus spécifiquement à ce problème de santé publique.

RÉSUMÉ GRAPHIQUE

LE TABAGISME CHEZ LES 18-34 ANS

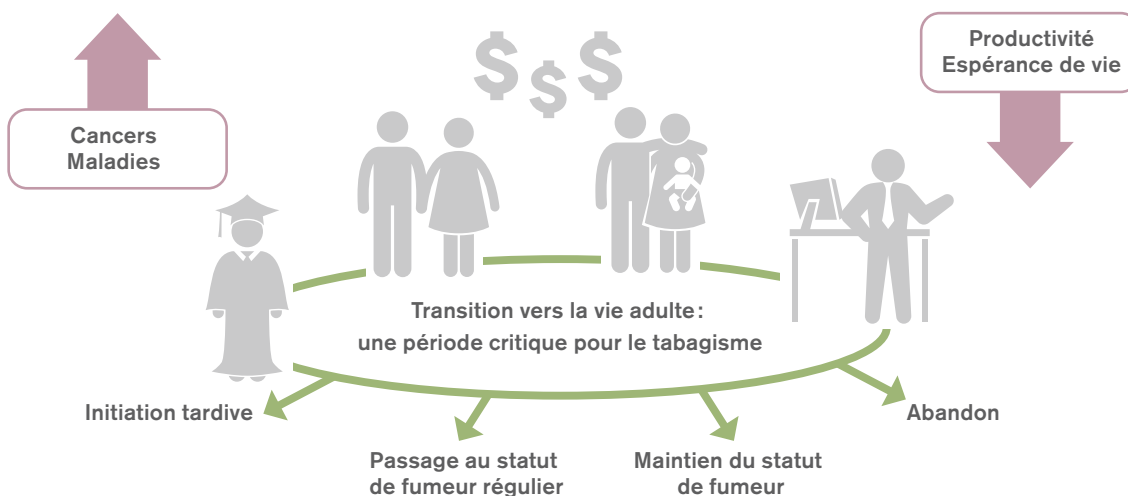


PRÈS DE 3 JEUNES ADULTES SUR 10 FUMENT



* La proportion des fumeurs est plus élevée parmi ceux qui ont un revenu faible, par comparaison à ceux qui sont mieux nantis.

DES CONSÉQUENCES IMPORTANTES SUR LA SOCIÉTÉ



ENSEMBLE, AGISSONS AUPRÈS DE NOS JEUNES ADULTES POUR :

Mieux les connaître

Mieux les rejoindre

Mieux les protéger

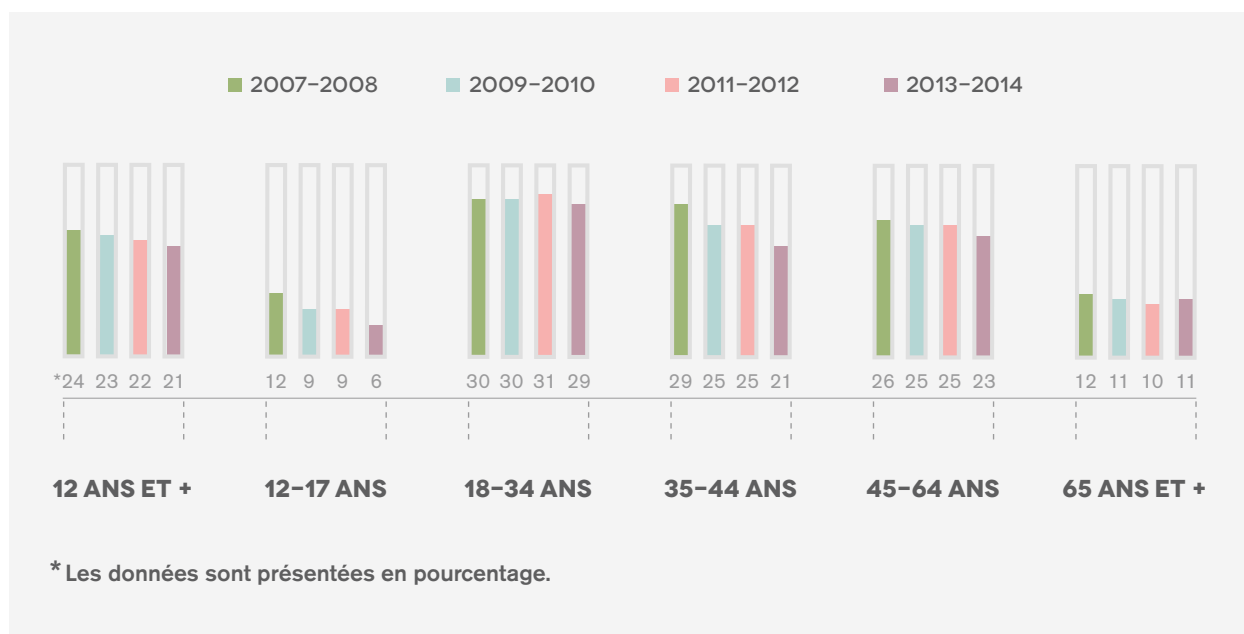
CHAPITRE 1

UN PROBLÈME DE SOCIÉTÉ ET DE SANTÉ PUBLIQUE QUI PERSISTE

1.1 Des statistiques préoccupantes

Le tabagisme demeure, au Québec, un problème important qui affecte des millions d'individus, tant de façon directe (les fumeurs) qu'indirecte (les non-fumeurs exposés à la fumée secondaire). Les plus récentes données (2013-2014) montrent en effet qu'environ 21 % des Québécois âgés de 12 ans et plus fument^a, ce qui représente 1 425 900 fumeurs⁶. Soulignons que les efforts déployés dans les dernières décennies ont porté des fruits, car le Québec s'est amélioré sur ce plan³. La partie n'est toutefois pas gagnée, puisque la moyenne québécoise de fumeurs actuels demeure au-dessus de la moyenne canadienne qui est de 18 % de fumeurs².

FIGURE 1 FUMEURS ACTUELS PAR CATÉGORIE D'ÂGE AU QUÉBEC (%)



Source : Santé Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012 et 2013-2014*, compilation spéciale produite par l'Infocentre de santé publique.

Au Québec, comme le montre la figure 1, les jeunes adultes de 18 à 34 ans constituent le groupe d'âge où l'on trouve le plus grand nombre de personnes qui fument². En effet, en 2013-2014, 29 % de ces jeunes adultes fumaient, soit 514 800 fumeurs ; cette proportion élevée de fumeurs dans ce groupe d'âge est constante depuis plusieurs années. **Le Québec présente d'ailleurs une proportion de fumeurs plus élevée dans le groupe d'âge de 18 à 34 ans que la moyenne canadienne, qui est de 23 %.**

Les statistiques disponibles permettent de caractériser davantage ce groupe d'âge². D'abord, il importe de souligner un écart entre les sexes. En effet, une plus grande proportion de jeunes hommes de 18 à 34 ans fume (33 %), comparativement à la proportion de jeunes fumeuses (25 %). Ensuite, il est possible de diviser le groupe d'âge de 18 à 34 ans en deux sous-groupes, soit les jeunes de 18 à 24 ans et les jeunes de 25 à 34 ans. Selon les données de 2013-2014 disponibles, il n'y avait pas d'écart significatif entre les sous-groupes, ce qui signifie que les proportions de fumeurs dans ces deux sous-groupes sont similaires. Par ailleurs, une plus grande proportion de fumeurs est observée chez les personnes qui ne sont pas titulaires d'un diplôme d'études secondaires (47 %), comparativement à celles qui sont titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (24 %). Les fumeurs seraient aussi proportionnellement plus nombreux dans les quintiles de revenu inférieur. Par exemple, on trouve des proportions de fumeurs actuels de 35 % et 34 % dans les deux quintiles de revenu les

a Cette statistique présente la proportion de **fumeurs actuels** au Québec, ce qui inclut les fumeurs réguliers et les fumeurs occasionnels. Les **fumeurs réguliers** représentent les individus qui rapportent fumer des cigarettes tous les jours ; les **fumeurs occasionnels** sont ceux qui rapportent fumer des cigarettes à l'occasion.

plus faibles. La proportion de fumeurs dans le quintile de revenu le plus élevé est d'environ 23 %. Ainsi, dans ce groupe des 18-34 ans, les hommes fument plus que les femmes et les personnes qui possèdent un revenu inférieur et qui sont moins scolarisées fument plus.

1.2 Des produits aux multiples visages

Une panoplie de produits du tabac est maintenant offerte sur le marché. **Bien que la cigarette soit encore la plus utilisée, plusieurs autres produits sont offerts : cigares, cigarillo** (ou petit cigare), **pipe à eau** (aussi appelée *chicha*, *hookah* ou narguilé), etc. **La cigarette électronique** a également fait son apparition dans les dernières années. Ces produits sont particulièrement populaires auprès des jeunes adultes.

Depuis le 26 août 2016, au Québec, il est interdit de vendre des produits du tabac comportant une saveur ou un arôme autre que celui du tabac. Cette mesure législative aura assurément une incidence sur les jeunes adultes, auprès desquels les produits aromatisés étaient très populaires¹.

Le **cigare** (incluant le **cigarillo**, aussi appelé petit cigare) semble plus populaire auprès d'adolescents et de jeunes adultes. En effet, sa popularité est relativement faible auprès des consommateurs de tabac dans les autres groupes d'âge⁷. En 2015, 7 % des jeunes Canadiens de 20 à 24 ans ont indiqué avoir fumé un des types de cigares au cours des 30 jours précédant l'Enquête, comparativement à 2 % des Canadiens de 25 ans et plus⁸.

L'usage du tabac à narguilé (aussi appelé **pipe à eau**) n'est plus limité aux membres de certaines communautés socioculturelles⁹. En 2015, 3 % des jeunes Canadiens de 20 à 24 ans ont indiqué avoir utilisé la pipe à eau au cours des 30 jours précédant l'Enquête⁸. Soulignons aussi que 21 % des Canadiens qui ont rapporté avoir utilisé la pipe à eau dans les 30 jours précédant l'Enquête affirmaient, à tort, que son usage était moins néfaste que de fumer la cigarette⁸. Pourtant, l'usage de la pipe à eau cause plusieurs maladies habituellement associées à la cigarette et entraîne la dépendance¹⁰.

En 2015, 6 % des jeunes Canadiens de 20 à 24 ans ont rapporté un usage de la **cigarette électronique** dans les 30 jours précédant l'Enquête, comparativement à 3 % des adultes de 25 ans et plus, ce qui représente une hausse dans ces deux groupes d'âge par rapport aux données obtenues en 2013⁸. L'usage de la cigarette électronique chez les jeunes adultes semble gagner en popularité et doit être surveillé. En effet, il s'agit d'un phénomène en émergence dont les effets négatifs potentiels sur la lutte contre le tabagisme ne sont pas négligeables et dont l'innocuité reste encore à confirmer¹¹. Précisons également qu'il n'existe aucune norme de fabrication qui s'applique aux cigarettes électroniques au Canada à l'heure actuelle¹¹. En outre, l'étiquetage des produits n'est pas toujours juste. Des études ont révélé que certaines cigarettes électroniques, étiquetées « sans nicotine », en contenaient¹¹. Ce dispositif, qu'il contienne ou non de la nicotine, peut ressembler à la cigarette, aux cigarillos et aux petits cigares traditionnels. Son usage induit donc une forme de promotion du geste de fumer et peut favoriser le passage vers l'initiation au tabagisme (« effet de passerelle »). Il est d'ailleurs reconnu que moins les jeunes voient les autres fumer, moins ces jeunes risquent de s'initier au tabagisme¹². Par ailleurs, ces similitudes avec l'utilisation des produits traditionnels du tabac peuvent miner les efforts de prévention du tabagisme. Soulignons aussi que le Québec s'est engagé, en vertu de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte antitabac (ci-après dite Convention-cadre), à prévenir et à réduire la consommation de tabac, mais aussi la dépendance nicotinique, quelle qu'en soit la source (article 5.2 b)¹³. En vertu de cet engagement, l'usage de la nicotine à des fins thérapeutiques, par exemple à l'aide de thérapies de remplacement de la nicotine, est une option acceptable, mais non son usage à des fins récréatives¹⁴. L'état des connaissances sur la cigarette électronique comme outil thérapeutique ne permet pas encore de statuer clairement sur son efficacité, considérant notamment la qualité des études disponibles, laquelle est jugée faible par les experts^{15, 16, 17}.

Il convient de préciser que plusieurs autres types de produits du tabac sont offerts sur le marché : tabac à rouler, tabac à pipe, tabac sans fumée (ex. : chique, *paan*, *snus*), cigarettes indiennes ou *bidies*, cigarettes au clou de girofle ou *kretek*, etc. Cependant, la consommation de ces produits est moins répandue⁸. Certains de ces produits pourraient toutefois être plus attrayants chez certains groupes spécifiques de la population comme les sportifs (ex. : joueurs de baseball)¹⁸.

Peu de données sont disponibles concernant l'utilisation combinée ou mixte de plusieurs produits du tabac chez les jeunes adultes au Québec. Aux États-Unis, de 24 % à 30 % des jeunes adultes fumeurs consommeraient plusieurs produits du tabac¹⁹. Or, il semble que cet usage combiné ne remplacerait pas nécessairement la consommation de cigarettes ni ne réduirait la quantité de cigarettes fumées quotidiennement chez les jeunes adultes¹⁹. Il s'agit d'un phénomène en émergence qui devra être suivi de près dans les prochaines années.

1.3 Des effets dévastateurs sur leur santé

Il est reconnu que le tabagisme constitue la principale cause de mortalité évitable et de morbidité en Amérique du Nord. Au moins la moitié des fumeurs mourront des suites de leur consommation de tabac^{20, 21}. Leur espérance de vie, quant à elle, sera généralement diminuée d'au moins 10 ans, comparativement à celle des non-fumeurs^{21, 22}. Au Québec, on estime que le tabagisme est la cause de plus de 10 000 décès chaque année, dont la moitié surviendront avant l'âge de 69 ans²². Aucun seuil n'est sécuritaire en ce qui concerne la consommation de tabac²⁰.

Tous les produits du tabac, peu importe leur forme, posent de sérieux risques pour la santé. Lorsqu'une personne fume, chacun de ses organes est touché, parfois même simultanément. En effet, **le tabagisme affecte la santé du fumeur et son bien-être quotidien** (par la toux, la fatigue, le souffle court, le goût et l'odorat diminués, la diminution de l'énergie, etc.)²³. Plusieurs maladies résultent de sa consommation, dont le cancer. En effet, près du tiers des cancers dans les pays industrialisés sont causés par le tabagisme²², dont 85 % des cas de cancer du poumon²⁴. Les systèmes respiratoire et cardiovasculaire sont généralement les plus affectés par la consommation de tabac^{25, 26}. Les jeunes adultes ne sont pas à l'abri de ces effets néfastes. La consommation régulière de cigarettes a notamment été associée à la réduction de la fonction pulmonaire, la réduction de la croissance des poumons, l'asthme et l'athérosclérose précoce de l'aorte abdominale chez les jeunes²⁷.

Le groupe d'âge de 18 à 34 ans coïncide aussi avec la période active de procréation, durant laquelle les effets de la consommation de produits du tabac sont significatifs²⁸. En effet, le tabagisme affecte à la baisse la fertilité et a été associé à une augmentation du risque de problèmes d'érection chez les fumeurs. De plus, le tabagisme est une cause importante de morbidité et de mortalité chez la mère, le fœtus et le nouveau-né. Les femmes enceintes qui fument courent un risque plus élevé de complications lors de la grossesse. L'enfant, par la suite, court davantage de risques de mort subite du nourrisson.

Les effets à long terme de la cigarette électronique sur la santé, tant chez les utilisateurs que chez les personnes exposées aux vapeurs de façon régulière, sont encore mal connus. Il ne semble toutefois pas qu'elle soit sans danger pour la santé^{14, 16, 29, 30}. Certains experts s'inquiètent également du fait qu'un nombre significatif de fumeurs en font un usage combiné avec la cigarette, ce qui pourrait les détourner d'un réel abandon du tabagisme et des effets bénéfiques pour la santé qui y sont associés^{14, 30}. Il est plausible que la cigarette électronique soit moins dommageable que la cigarette classique pour les fumeurs, d'autres études étant toutefois requises pour déterminer dans quelle mesure^{15, 17}.

De plus, la consommation de nicotine, présente dans certaines cigarettes électroniques et dans les produits du tabac, a des répercussions sur la santé. Elle a effectivement des conséquences négatives à long terme sur le développement du cerveau, et ce, particulièrement lors des périodes actives de développement (fœtale, enfance et adolescence, par exemple)²⁸. La nicotine contribue également à augmenter le risque de plusieurs atteintes

néfastes chez la mère et le fœtus, dont une augmentation du risque de mortinaissance²⁸. Elle pourrait aussi jouer un rôle dans l'augmentation du risque d'accouchement prématuré. C'est pourquoi l'OMS met en garde les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer contre l'usage de la cigarette électronique qui contient de la nicotine¹⁴.

Fumée secondaire

Le tabac n'affecte pas seulement la santé de ceux qui le consomment, il a aussi une incidence majeure sur les non-fumeurs qui les entourent. La fumée secondaire contient plus de 7 000 substances chimiques, dont 69 sont reconnues comme étant cancérogènes²⁷. Les risques, pour la santé, de l'exposition à la fumée secondaire sont sérieux et bien documentés : augmentation du risque d'événements cardiaques, aggravation des problèmes d'asthme ou de maladies respiratoires (dans les cas de brève exposition), survenue de cancers, de maladies cardiovasculaires et respiratoires (dans les cas d'exposition prolongée ou chronique)³¹. L'OMS évalue que sur les 6 millions de décès attribuables à l'épidémie de tabagisme dans le monde, plus de 600 000 concernent des non-fumeurs exposés involontairement à la fumée secondaire³². **L'exposition à la fumée secondaire est un des pires risques environnementaux pour la santé**, dépassant tous les autres agents contaminants présents dans l'air domestique³³. Aucun seuil d'exposition à la fumée secondaire n'est sécuritaire ; celle-ci demeure problématique à l'intérieur (peu importe la présence de ventilation, de filtration ou d'une combinaison des deux) et même à l'extérieur dans certaines conditions (nombre de fumeurs, vitesse du vent, température de l'air, configuration des lieux, etc.)^{29, 34, 35}. Plus encore, voir quelqu'un fumer peut influencer les perceptions et favoriser l'acceptabilité sociale du geste de fumer. Ces perceptions peuvent ensuite augmenter la possibilité que certains individus soient davantage disposés à fumer¹². **Voilà pourquoi seuls les espaces 100 % sans fumée offrent une protection efficace contre la fumée secondaire**³⁶.

Bien qu'une diminution de l'exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire au domicile ait été observée au cours des dernières années, les statistiques disponibles montrent que sur ce point, le Québec se situe encore au-dessus de la moyenne canadienne³⁷. Concernant l'exposition quotidienne à la fumée secondaire dans les lieux publics, en 2013-2014, 11 % des Québécois non-fumeurs de 12 ans et plus ont déclaré y avoir été exposés tous les jours ou presque tous les jours⁶. Pour la même période, 18 % de jeunes adultes non-fumeurs de 18 à 34 ans rapportaient avoir été exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics chaque jour (ou presque chaque jour)².

1.4 Quand fumer n'est plus un choix : l'effet sournois de la nicotine

En plus de ses effets dévastateurs sur la santé, le tabac induit une forte dépendance à la nicotine qu'il contient, une dépendance comparable à celle induite par la consommation d'héroïne ou de cocaïne³⁸. **Cette dépendance à la nicotine joue un rôle central dans la consommation des produits du tabac**²⁷. Elle est notamment affectée par la quantité de nicotine qui parvient au cerveau et par la vitesse à laquelle elle y parvient²⁷. La cigarette est un produit de choix pour devenir ou pour entretenir cette dépendance, parce qu'il s'agit du produit qui présente le taux le plus rapide d'absorption de nicotine par le cerveau. Par ailleurs, de nombreux facteurs génétiques peuvent jouer un rôle dans la prédisposition à cette dépendance et dans son maintien²⁷. **C'est ce qui explique que certaines personnes pourraient, par exemple, devenir dépendantes plus facilement ou plus rapidement aux produits du tabac.**

La nicotine n'est pas l'unique cause de la dépendance aux produits du tabac. Le design des produits et les ingrédients qu'ils contiennent peuvent également avoir une incidence, notamment en réduisant les inconvénients associés à leur consommation (ventilation pour refroidir la fumée, ajout de menthol pour améliorer le goût, etc.)²⁷. De plus, le fait que l'individu associe des moments de la journée (déjeuner, pause, etc.) ou des gestes (consommation d'alcool, de café, etc.) à la consommation de produits du tabac pourrait renforcer cette dépendance et rendre plus difficile le processus de cessation²⁷.

La dépendance peut être induite avant même que le tabac occupe une place quotidienne dans la vie d'un individu³⁹. Chez les jeunes, une consommation d'une à cinq cigarettes par semaine pourrait suffire pour développer une dépendance⁴⁰.

1.5 De la première *bouffée* à la dépendance

La période de l'adolescence est depuis longtemps reconnue comme étant une période critique quant à l'initiation au tabagisme. Il faut bien admettre que **le passage à l'âge adulte semble être aussi une période où la vulnérabilité au tabagisme est grande**^{4, 5}. Des données indiquent qu'une part importante d'individus s'initie au tabagisme après leur passage au secondaire. En effet, en 2013-2014, 25 % des fumeurs réguliers ont rapporté avoir commencé à fumer après l'âge de 20 ans⁶. Il semble que les jeunes hommes soient plus susceptibles de s'initier au tabagisme à l'âge adulte que les jeunes femmes⁴¹. Le départ du nid familial semble représenter une transition pendant laquelle l'initiation au tabagisme serait accentuée⁴². La liberté associée à cette transition n'y serait peut-être pas étrangère. Les efforts de prévention de l'initiation chez les jeunes adultes ne doivent donc pas être négligés.

On observe une grande hétérogénéité des parcours pouvant amener un individu à devenir un fumeur régulier²⁷. Il est donc difficile de déterminer à l'avance le profil type de consommation pouvant amener un jeune à passer du stade d'expérimentation à celui de consommateur quotidien. Toutefois, la période « d'entrée » dans la vie adulte semble être critique pour l'acceptation ou le rejet de l'usage du tabac^{5, 43}. Également, les transitions reliées à la création du couple, à la parentalité et à l'entrée sur le marché du travail n'y sont sans doute pas étrangères⁵. **Au Québec, 37 % des fumeurs quotidiens avaient commencé à fumer tous les jours entre 18 et 29 ans**².

Plusieurs facteurs tant individuels (ex. : variations génétiques) qu'environnementaux (ex. : parents fumeurs) pourraient également influencer ce passage, voire le précipiter chez certains²⁸. Ainsi, les jeunes adultes ayant fait l'expérience du tabagisme dans leur adolescence et les fumeurs dits « occasionnels » ou « sociaux » sont plus susceptibles de devenir des fumeurs réguliers^{5, 41}. Il semble également y avoir un lien entre l'intention de fumer et certaines caractéristiques de la personnalité des jeunes. Par exemple, la recherche de sensations fortes serait associée à une plus grande intention de fumer chez les jeunes⁴⁴. Le niveau de scolarité influencerait aussi l'initiation au tabagisme : les jeunes adultes ayant un niveau de scolarité moins élevé seraient plus susceptibles de commencer à fumer et de progresser vers un usage régulier du tabac²⁷. Il en est de même pour les conditions socioéconomiques plus faibles. En outre, l'influence de l'entourage (famille, amis, collègues, etc.) demeure importante dans ce groupe d'âge ; les jeunes adultes qui sont exposés au tabagisme sont plus susceptibles de fumer à leur tour^{4, 27, 41}. Les normes et les contextes sociaux entourant le tabagisme influencent également la prédisposition des jeunes adultes au tabagisme²⁷.

1.6 Des milliards de dollars qui partent en fumée

Au Québec, en 2002, les coûts totaux attribuables au tabagisme ont été évalués à près de 4 milliards de dollars. La plus grande part de ces coûts est associée aux coûts indirects, soit la perte de productivité due à la maladie et aux décès prématurés⁴⁵. Concernant les coûts directs pour le système de santé québécois, le ministère des Finances faisait état, en 2013-2014, d'une facture de 1,6 milliard attribuable au tabagisme⁴⁶.

Le fardeau financier imputable au tabagisme est important : ce sont les jeunes adultes (citoyens actifs de demain, futurs parents, etc.) qui fument le plus, avec toutes les répercussions humaines et monétaires qui y sont associées, et ce, tant à court qu'à long terme.

CHAPITRE 2

CE QUE NOUS FAISONS

Depuis plusieurs décennies, le gouvernement du Québec s'engage dans des actions globales et de grande portée pour lutter contre le tabagisme. Ainsi, trois grands objectifs ont guidé et guident toujours les interventions en la matière, à savoir **prévenir** l'initiation au tabagisme, encourager et soutenir l'**abandon** du tabagisme et assurer la **protection** des non-fumeurs contre l'exposition à la fumée secondaire. Il importe également de travailler à une modification profonde des normes sociales qui entourent le tabagisme par sa « **débanalisation** » et sa « **dénormalisation** ». Les normes sociales sont définies comme étant « des règles ou des modèles de conduite socialement partagés, fondés sur des valeurs communes et impliquant une pression en faveur de l'adoption d'une conduite donnée, sous peine de réprobation de la part de la société ou du groupe de référence »⁴⁷. Ces normes exercent une influence importante sur le comportement de chaque individu et jouent un rôle reconnu dans le maintien du problème²⁷. Les jeunes adultes sont d'ailleurs particulièrement sensibles aux normes sociales, considérant le stade de développement associé à leur âge, lequel les rend plus perméables à l'ensemble des influences sociales et environnementales qui les entourent²⁷.

Au Québec, une approche globale et intégrée est préconisée pour orienter et optimiser les actions pour contrer le tabagisme. Elle permet de mieux coordonner les interventions et de viser à la fois l'individu et l'environnement dans lequel il évolue pour en maximiser les retombées⁴⁸. L'application de cette approche implique de réaliser des actions relatives aux trois axes suivants : 1) les politiques et la législation, 2) l'information, la sensibilisation, l'éducation et le soutien et 3) la mobilisation. La sélection et la réalisation des actions doivent également prendre en compte l'éthique^b et les données issues de la surveillance, du monitoring, de l'évaluation et de la recherche^c.

Concrètement, l'approche globale et intégrée de la lutte contre le tabagisme permet l'élaboration de stratégies diverses et complémentaires qui attaquent de manière coordonnée toutes les facettes du problème par la mise en œuvre intensive et simultanée des interventions. Elle est illustrée schématiquement en annexe, à la figure 2. Un bref survol des interventions marquantes réalisées pour lutter contre le tabagisme au Québec est fourni dans le présent chapitre ; elles ont été regroupées selon les trois axes mentionnés précédemment.

2.1 Politiques^d et législation^e

Plusieurs politiques et mesures législatives ont été adoptées pour lutter contre le tabagisme au Québec.

Adoptée en 1986, la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics interdit de fumer, entre autres, à l'intérieur de certains lieux régis par des organismes publics (organismes gouvernementaux, organismes municipaux, organismes scolaires et établissements de santé et de services sociaux) et dans quelques modes de transport public.

En 1994, le Québec procède au lancement de son premier plan d'action de lutte contre le tabagisme. Il souligne ainsi son engagement en ce sens en favorisant une approche globale en matière de prévention, de protection et d'abandon du tabagisme. L'année suivante, le MSSS réalise une grande consultation publique des organismes nationaux et régionaux afin de connaître leur opinion sur les mesures législatives à adopter pour contrer le tabagisme⁴⁹ ; elle sera suivie en 1998 par l'adoption de la Loi sur le tabac. Plusieurs mesures découlent de cette loi. Il est désormais interdit de fumer dans certains lieux fermés, dont les locaux utilisés par les établissements de santé, les établissements scolaires, les centres de la petite enfance, les moyens de transport collectif et les milieux de travail. Cette loi prévoit aussi la possibilité d'aménager des fumeurs ventilés et des aires où il est permis de fumer. D'autres mesures visent à restreindre l'accès au tabac aux mineurs

^b L'éthique consiste à harmoniser l'intervention à certaines valeurs et à certains principes, soit le bien commun, la bienfaisance et la non-malfaisance, l'autonomie, le respect de la confidentialité et de la vie privée, la responsabilité, la solidarité, la protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables ainsi que la justice.

^c La connaissance-surveillance, le monitoring, l'évaluation et la recherche constituent une famille d'activités qui permettent la disponibilité des données et des connaissances les plus complètes et les plus probantes susceptibles de soutenir la pertinence et l'efficacité des interventions.

^d Les politiques concernent les mesures structurantes adoptées par les différents ordres de gouvernement ou mises en place dans divers secteurs de la société et qui contribuent à la lutte contre le tabagisme.

^e La législation a trait notamment à la limitation de l'usage, de la vente et de la promotion des produits du tabac. C'est particulièrement par ce mode que s'effectue le contrôle de l'industrie du tabac et c'est également par ce mode que peut être appliquée la hausse des prix par taxation.

(l'interdiction de vente par l'exploitant, l'obligation que la vente se fasse par l'entremise d'un préposé et l'interdiction des distributeurs dans les lieux fréquentés par les mineurs, etc.) ainsi qu'à interdire certains types de publicité en faveur du tabac (celles destinées aux mineurs, associant le tabac à un style de vie, interdiction de commandite et d'associer un fabricant de tabac à une installation ou à un événement sportif, culturel ou social, etc.).

Afin de favoriser l'abandon du tabagisme par les Québécois, soulignons que le gouvernement provincial a procédé à l'ajout des thérapies de remplacement de la nicotine dans la liste des médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments en 2000. Cette intervention a été suivie, en 2001, de la diffusion du Plan québécois de lutte contre le tabagisme (PQLT) 2001-2005, dans lequel est présentée l'approche globale et intégrée décrite précédemment, qui servira de base à la réalisation des actions au Québec⁵⁰. L'année 2001 est aussi marquée par la mise sur pied du programme *Actions concertées pour contrer les économies souterraines (ACCES) – Tabac*, coordonné par le ministère de la Sécurité publique⁵¹. Ce programme vise à lutter contre le commerce illégal des produits du tabac au Québec et implique plusieurs partenaires. En 2002, le Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) est élaboré sous forme de document de travail afin de soutenir, d'intensifier, d'harmoniser et d'évaluer les interventions et les services d'aide à l'abandon du tabagisme déjà en place et ceux en développement. Par ailleurs, le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012 intègre lui aussi la lutte contre le tabagisme ainsi que les objectifs et les activités qui y sont associés dans le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques⁵².

Suivra, en 2005, l'adoption de la Loi modifiant la Loi sur le tabac, une autre étape clé de la lutte contre le tabagisme au Québec¹. Son entrée en vigueur interdit alors de fumer dans les lieux fermés utilisés par un club privé ou dans les lieux accessibles sur invitation par un hôte, dans les tentes, les chapiteaux, les abris ou les autres installations similaires qui accueillent le public, sur les terrains des écoles, dans un rayon de neuf mètres de toute porte extérieure des établissements de santé et de services sociaux, des collèges d'enseignement général et professionnel, des universités et des centres de la petite enfance. Il devient également interdit de fumer dans les brasseries, les tavernes, les bars et les salles de bingo et d'aménager des aires pour fumeurs dans différents lieux publics. Les règles applicables à la vente du tabac sont resserrées ; il devient désormais interdit à quiconque de vendre du tabac à un mineur, de vendre du tabac au détail à l'extérieur d'un point de vente du tabac, de vendre du tabac au moyen d'une machine distributrice, d'exploiter un point de vente du tabac sur les terrains et les bâtiments des collèges d'enseignement général et professionnel, des universités, des lieux où se déroulent des activités sportives, de loisirs, culturels ou artistiques, des brasseries, des tavernes et des bars. Il est par ailleurs interdit de fournir du tabac à un mineur sur les terrains ou dans les locaux ou les bâtiments d'une école.

En 2006, le gouvernement du Québec se déclare lié par la Convention-cadre de l'OMS. Les objectifs de la Convention-cadre sont de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour lutter contre le tabagisme afin de réduire la mortalité et la morbidité qui en résultent¹³. Diverses obligations s'imposent, telles que l'application de mesures pour interdire totalement la promotion, la publicité et la commandite des produits du tabac, l'application de normes pour assurer une information claire au public sur la nocivité des produits ou encore pour réduire leur attrait.

L'année suivante coïncide avec la diffusion du PQLT 2006-2010⁵³ qui s'inscrit en continuité du PQLT 2001-2005 et réitère l'importance de l'approche globale et intégrée. Elle est suivie, en 2009, de l'adoption de la Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac, qui vise à établir des règles particulières adaptées au recouvrement du coût des soins de santé liés au tabac, un coût attribuable à la faute d'un ou de plusieurs fabricants de produits du tabac. Soulignons également le lancement, en 2010, du Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes (PQPT), qui vise plus spécifiquement la prévention de l'initiation au tabagisme chez les adolescents de 11 à 17 ans⁵⁴.

La Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme, qui bonifie et modifie la Loi sur le tabac, est adoptée en novembre 2015¹. Elle modifie entre autres le nom de la Loi, qui deviendra la Loi concernant la lutte contre le tabagisme. Les mesures adoptées placent le Québec dans une situation avantageuse sur le plan de la lutte

contre le tabagisme. Il est dès lors interdit de fumer dans les véhicules automobiles en présence d'un mineur de moins de 16 ans, sur les terrasses commerciales, dans les aires communes des immeubles de deux à cinq logements et dans certains lieux extérieurs fréquentés par les enfants (aires de jeux, terrains sportifs, terrains de camps de vacances, etc.). Il est aussi interdit de fumer dans un rayon de neuf mètres de toute prise d'air, porte ou fenêtre qui s'ouvre communiquant avec un lieu où il est interdit de fumer, tels que les édifices publics, les lieux de travail et les commerces. Le champ d'application de la Loi est étendu à la cigarette électronique, qui est assujettie aux produits du tabac. La vente au détail et la distribution de produits du tabac qui comportent une saveur ou un arôme autre que ceux du tabac sont maintenant interdites. Il est aussi interdit aux adultes d'acheter du tabac pour les mineurs. La réglementation sur l'emballage des produits est également plus stricte : la mise en garde de santé doit couvrir une superficie minimale de 4 648 mm², la zone d'application où elle est affichée ne peut pas être retirée et le volume intérieur des paquets ne peut être rempli par autre chose que les produits eux-mêmes. Le 26 novembre 2017, les établissements d'enseignement de niveau collégial ou universitaire et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux auront également l'obligation d'avoir adopté une politique visant la création d'environnements sans fumée. Le MSSS a d'ailleurs publié des orientations ministérielles concernant la politique de lutte contre le tabagisme de ces deux secteurs⁵⁵. Comme les jeunes adultes fréquentent en grande partie les établissements d'enseignement de niveau collégial ou universitaire, cette mesure aura sans doute un effet sur cette clientèle. Faisant foi de l'engagement et de l'appui des différentes parties envers ce problème de santé publique, elle permet d'espérer des gains intéressants quant à la réduction éventuelle des taux de tabagisme au Québec.

Soulignons aussi que le PNSP 2015-2025 rappelle l'importance de la prévention de l'initiation à l'usage du tabac, de l'exposition à la fumée secondaire ainsi que du soutien à l'abandon du tabagisme dans son offre de services⁵⁶. Il insiste également sur la nécessité de réduire les inégalités sociales de santé aussi présentes en ce qui concerne le tabagisme.

Les dernières modifications législatives adoptées en novembre 2015 sont certes un gain fort appréciable pour la lutte contre le tabagisme. **Les politiques et les mesures législatives ne constituent toutefois pas le seul axe de la lutte contre le tabagisme.** Il importe aussi de poursuivre et d'intensifier les efforts en cours dans les autres axes de cette approche, et ce, particulièrement auprès des sous-groupes de la population où les taux de tabagisme demeurent élevés, dont les jeunes adultes de 18 à 34 ans.

2.2 Information, sensibilisation, éducation et soutien

La présente section porte sur les activités qui visent l'individu afin de modifier favorablement ses connaissances, ses attitudes et ses comportements à l'égard de la problématique du tabagisme. La documentation et les communications de masse sont ici au premier plan. Une approche plus individualisée est privilégiée, notamment dans le contexte de l'abandon du tabagisme.

Cette section présente un survol des actions entreprises par le MSSS et ses partenaires dans les dernières années à l'égard de l'information, de la sensibilisation, de l'éducation et du soutien afin d'atteindre différentes clientèles. Précisons que les méfaits du tabagisme sont visés par l'ensemble des actions, mais sans en constituer l'unique message. Les actions réalisées sont présentées par thème.

Prévention

Le MSSS et ses partenaires ont déployé des efforts importants dans les dernières années pour prévenir le tabagisme, particulièrement chez les jeunes du secondaire. Pour ce faire, plusieurs activités ont été réalisées ; en voici quelques-unes :

- des programmes visant à rallier et à engager les jeunes de 11 à 17 ans dans des projets de prévention du tabagisme ;

-
- une collaboration étroite à l'approche École en santé, qui vise à accroître l'efficacité des interventions de prévention et de promotion de la santé en contexte scolaire ;
 - des campagnes de sensibilisation à la prévention du tabagisme visant les jeunes de 11 à 14 ans ;
 - des campagnes de contremarketing dénonçant les stratégies et les pratiques de l'industrie du tabac tout en visant à « dénormaliser » le tabagisme chez les jeunes de 12 à 25 ans ;
 - des projets exploratoires en matière de prévention du tabagisme en milieu communautaire.

Cessation

Plusieurs services gratuits d'aide à l'abandon du tabagisme ont été mis en place afin de desservir les fumeurs et les motiver à cesser de fumer. Le MSSS, son réseau et différents partenaires contribuent à offrir plusieurs services variés, notamment :

- des campagnes d'abandon du tabagisme visant à motiver et à soutenir les fumeurs québécois de tous âges qui désirent arrêter de fumer, tel que le Défi *J'arrête, j'y gagne!* de Capsana ;
- **les services *J'arrête*, qui permettent d'offrir un soutien complémentaire et adapté aux besoins des fumeurs** et qui regroupent :
 - les centres d'abandon du tabac, présents dans chacune des régions du Québec, qui offrent sur place des services de consultation individuelle ou de groupe visant à réduire les difficultés et les effets négatifs associés à l'abandon du tabagisme,
 - la ligne téléphonique (1 866 JARRETE), qui offre des services bilingues à l'ensemble de la population québécoise qui souhaite cesser de fumer (des appels réactifs ou proactifs sont offerts selon les besoins),
 - le site Web (quebecsanstabac.ca/jarrete), qui offre un soutien adapté à diverses clientèles grâce à une approche novatrice en matière d'abandon du tabagisme ;
- un projet pilote de service de messagerie texte visant à soutenir les jeunes adultes de 18 à 34 ans dans leurs efforts de cessation (smat.ca) ;
- de la formation et du soutien scientifique pour optimiser les pratiques de counseling en abandon du tabagisme par des membres de cinq ordres professionnels au Québec (dentistes, hygiénistes dentaires, pharmaciens, infirmières et infirmiers, inhalothérapeutes)⁵⁷.

Protection

Différentes actions de sensibilisation aux risques de l'exposition à la fumée secondaire ont également été réalisées. Ces actions ont pris la forme de campagnes de sensibilisation, d'outils d'information et de partenariats. Elles ont couvert une variété d'interventions, allant de la sensibilisation auprès de jeunes familles au soutien de démarches visant les habitations sans fumée.

Lutte contre le tabagisme

Afin de sensibiliser la population et les intervenants à la lutte contre le tabagisme, des actions plus globales ont été réalisées. Ainsi, des campagnes de sensibilisation de portée étendue ont été soutenues. Différents outils d'information destinés aux intervenants, aux partenaires et à la population ont été élaborés. Par exemple, une section destinée à la lutte au tabagisme a été ajoutée sur le Portail santé mieux-être du MSSS (santé.gouv.qc.ca). Des campagnes d'information ont été réalisées pour faire connaître les nouvelles mesures législatives en vigueur qui concernent la population générale. Une ligne téléphonique sans frais a aussi été mise en place pour répondre aux différentes questions relatives à l'application de l'ensemble des mesures comprises dans la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (1 877 416-8222).

Recherche

De nombreux projets de recherche et d'études ont également été financés dans les dernières années afin de soutenir les actions de lutte contre le tabagisme. Parmi ceux-ci, certains projets ont vu le jour en vue d'explorer des approches novatrices dont le potentiel était jugé prometteur.

2.3 Mobilisation

Ce troisième axe vise à obtenir l'appui et la collaboration du plus grand nombre possible d'instances et de personnes issues de tous les milieux pour réaliser les changements profonds qu'exige une réduction soutenue du tabagisme.

Des partenariats forts ont été créés dans les dernières années afin de poursuivre les efforts de lutte contre le tabagisme. Plusieurs d'entre eux constituent des partenaires clés pour mieux desservir les jeunes adultes québécois. Au gouvernement du Québec, le MSSS bénéficie de la collaboration de plusieurs ministères et organismes, dont le ministère des Finances, Revenu Québec, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, le ministère de la Sécurité publique, le ministère de la Justice, le ministère de la Famille, l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec, en plus de bénéficier d'un appui important de la part des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, incluant les organismes communautaires. Des mécanismes d'échange entre les provinces et les territoires canadiens ainsi qu'avec le gouvernement fédéral permettent le partage d'information pertinente. Également, des organismes du secteur privé collaborent étroitement avec le MSSS ; certains ont une mission entièrement consacrée à la lutte contre le tabagisme alors que d'autres prennent part à cette lutte tout en ayant des missions complémentaires. Des mécanismes de concertation ont été mis en place afin de réunir les partenaires clés et de favoriser l'arrimage et la cohérence des actions réalisées.

CHAPITRE 3

DES SOLUTIONS

PROMETTEUSES

L'état actuel des connaissances permet d'obtenir des données probantes et de déterminer des pratiques prometteuses susceptibles d'orienter une intervention ciblée chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans. Le présent chapitre ne fournit pas une revue exhaustive, mais bien un survol de mesures d'intérêt souvent citées dans la littérature scientifique et grise.

3.1 Politiques et législation

L'ensemble des politiques et des mesures législatives adoptées s'accompagne de changements ayant trait au tabagisme chez les jeunes adultes. Soulignons par ailleurs que l'histoire témoigne de la rapidité avec laquelle l'industrie du tabac a la capacité de s'adapter aux nouvelles mesures, d'où l'importance de continuer d'adopter régulièrement des mesures législatives et réglementaires fermes pour encadrer les pratiques de cette industrie.

➤ Plus de taxes, moins de fumeurs

L'augmentation des taxes et du prix des produits du tabac est une mesure économique et fiscale recommandée par la Convention-cadre¹³. En effet, on estime que chaque hausse du prix de 10 % entraîne une diminution de la prévalence du tabagisme d'environ 4 %⁵⁸. En effet, l'augmentation du prix unitaire des produits du tabac se traduit également par une augmentation de l'abandon du tabagisme et par une diminution de la consommation des produits du tabac²⁷. L'OMS considère également que cette mesure est particulièrement efficace auprès des jeunes^{59, 60}. Ces derniers seraient effectivement plus susceptibles d'être touchés par une hausse du prix du tabac, sachant que les dépenses associées à ce produit représentent une proportion plus élevée de leurs revenus²⁶. Comme le prix des cigarettes influence l'initiation au tabagisme chez les jeunes, l'augmentation des prix réduit considérablement les tendances de consommation de cigarettes à long terme^{33, 41}. L'Ontario a instauré une hausse progressive des taxes sur les cigarettes et les autres produits du tabac selon le taux d'inflation pour cinq années consécutives, à partir de 2017⁶¹. Au Québec, les hausses de taxes sur les produits du tabac ont été appliquées de façon ponctuelle ces dernières années. La plus récente hausse date de 2014. **Précisons que le Québec est l'endroit au Canada où la taxe spécifique sur les produits du tabac est la plus faible, ce qui se traduit par un prix de vente final moindre.**

➤ Pour mieux respirer : les interdictions de fumer

Les interdictions de fumer dans plusieurs lieux publics jouent un rôle de protection des non-fumeurs en permettant d'éliminer la fumée secondaire. Elles s'accompagnent aussi d'une diminution de certains problèmes de santé qui y sont associés. Les interdictions de fumer dans les lieux publics favorisent également une norme sociale de non-usage du tabac auprès des jeunes et encourageraient aussi les fumeurs et les non-fumeurs à interdire de fumer dans leur domicile^{27, 62}. Lors de la mise en place de ces interdictions, on observe une influence sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes : plus les lois sont sévères, plus la prévalence est réduite²⁷. Elles sont aussi en accord avec les interventions de prévention du tabagisme chez les jeunes et peuvent renforcer l'abandon du tabagisme chez les jeunes adultes^{27, 63}. Compte tenu de ces avantages, ce type de mesure gagne à être bonifié régulièrement, de façon à ajouter de nouveaux lieux sans fumée pour rehausser la protection des non-fumeurs. Voici quelques exemples de nouveaux lieux sans fumée désignés par diverses administrations au Canada et ailleurs dans le monde : les plages, les places publiques extérieures, les parcs, les sentiers pédestres et les rues populaires. Citons également la Ville de Kentville en Nouvelle-Écosse qui a adopté, en 2011, une interdiction de fumer sur l'ensemble des rues, des routes et des trottoirs de son territoire qui relèvent de sa compétence⁶⁴.

Aller plus loin pour protéger : les politiques sans tabac ou sans fumée

On observe une réduction du nombre de jeunes adultes qui s'initient au tabagisme lors de la mise en place de certaines politiques contre le tabagisme⁴¹. Elle peut aussi être une façon pour diverses organisations de bonifier ou de compléter les interdictions de fumer définies par les lois en vigueur, qu'elles visent des lieux intérieurs ou extérieurs. Par exemple, certains établissements d'enseignement supérieur ou de santé pourraient, en vertu

d'une politique, interdire de fumer sur l'ensemble de leurs terrains^f. En plus d'être un appui clair au non-tabagisme, la mise en place de cette politique peut offrir l'occasion d'instaurer des services de soutien à l'abandon du tabagisme destinés aux employés ou de promouvoir les services qui sont déjà en place.

Au Québec, les établissements d'enseignement de niveau collégial ou universitaire et ceux du réseau de la santé et des services sociaux ont l'obligation légale d'avoir adopté une politique visant la création d'environnements sans fumée avant le 26 novembre 2017.

Les villes et les propriétaires d'habitation peuvent également adopter de telles politiques^{64, 65}. **Dans le cas des propriétaires, en plus de protéger les occupants d'un immeuble d'habitation, ce type de mesure permet de réduire les coûts d'entretien et de réparation ainsi que les risques potentiels d'incendie⁶⁴.** Aux États-Unis, le ministère responsable du logement et du développement urbain, le *Department of Housing and Urban Development*, encourage les responsables de logements sociaux et les propriétaires à adopter des politiques sans tabac⁶⁶. En Ontario, la Ville de Waterloo a d'ailleurs adopté une politique sans tabac qui vise l'ensemble des immeubles de son territoire qui relèvent de sa compétence⁶⁴. Bien que ce type de mesure soit encore méconnu de la population, il présente un potentiel important pour protéger les non-fumeurs qui habitent dans des appartements, des logements sociaux, des appartements en copropriété, des maisons en rangée ou toute autre habitation jumelée à une autre. En effet, la fumée secondaire se propage dans les unités adjacentes de plusieurs façons : par les luminaires, les murs, les plafonds, les prises électriques, les portes, les systèmes de ventilation partagés, les balcons, les fenêtres ouvertes, etc.⁶⁴

➤ Des produits grandement accessibles

Viser 21 ans : repousser l'âge légal d'achat

Les jeunes adultes québécois ne sont pas touchés par les mesures en vigueur pour restreindre l'accès aux produits du tabac chez les adolescents, parce qu'ils sont majeurs. En effet, l'interdiction de vente et d'achat de produits du tabac au Québec vise les personnes de moins de 18 ans. Précisons qu'au Canada, 6 provinces ont fixé à 19 ans l'âge légal pour se procurer des produits du tabac. Certains États américains, dont Hawaï et la Californie, et plusieurs villes des États-Unis, dont New York, Chicago et Boston, ont récemment fait passer de 18 à 21 ans l'âge légal pour se procurer des produits du tabac. L'objectif de cette mesure est de restreindre davantage l'accès des produits du tabac aux jeunes adultes. L'Institute of Medicine a statué qu'une adoption plus étendue de ce type de mesure pourrait prévenir l'initiation au tabagisme et réduire la prévalence du tabagisme ainsi que la mortalité et la morbidité associées au tabagisme⁶⁷. Les modèles simulés indiquent une réduction de 12 % de la prévalence du tabagisme lors d'une hausse de l'âge légal à 21 ans et de 16 % lors d'une hausse de l'âge légal à 25 ans⁶⁷. De plus, il faut savoir que le développement du cerveau se poursuit après l'âge de 18 ans²⁸. Certaines études indiquent que ce développement atteint sa conclusion dans la vingtaine et que les derniers développements se produiraient dans les zones du cerveau qui permettent de porter un jugement éclairé et de contrôler l'impulsivité^{68, 69, 70}. **Les données suggèrent aussi qu'il y aurait une plus grande disposition à la dépendance à la nicotine durant cette période⁷¹. La possibilité de repousser l'âge légal d'achat de tabac à une période de la vie où la capacité à juger des implications négatives du tabac sur la santé est supérieure et où la vulnérabilité à la dépendance est moindre devrait être explorée très sérieusement.**

^f Depuis le 26 novembre 2016, les mesures législatives en vigueur au Québec interdisent de fumer dans un rayon de moins de neuf mètres de toute prise d'air, porte ou fenêtre qui s'ouvre et qui communique avec un établissement d'enseignement ou de santé.

Moins de points de vente, moins d'accès

De plus en plus d'études tendent à démontrer un effet de la densité et de la proximité des points de vente du tabac sur l'initiation au tabagisme et sur la prévalence et l'abandon du tabagisme. Selon certaines de ces études, une forte densité de points de vente du tabac serait associée à une augmentation de la prévalence du tabagisme chez les jeunes^{72, 73}. Il pourrait aussi y avoir une influence sur l'initiation au tabagisme, particulièrement dans le sous-groupe des jeunes adultes de 25 à 34 ans⁷⁴. La proximité de ces points de vente pourrait, quant à elle, réduire l'abandon du tabagisme chez les adultes^{75, 76, 77}. Outre ces effets, il semble y avoir une variation de la densité des points de vente selon les conditions socioéconomiques des quartiers, les quartiers les plus défavorisés comptant généralement une plus grande proportion de points de vente^{78, 79}. Une étude réalisée par la Direction de santé publique de Montréal a d'ailleurs montré la **présence d'un plus grand nombre de points de vente des produits du tabac et d'une plus grande proximité de ces derniers autour des écoles secondaires publiques défavorisées, comparativement aux écoles non défavorisées**⁸⁰.

Diverses stratégies peuvent être mises de l'avant afin de réduire l'accès aux produits du tabac, notamment en influençant le nombre, la densité ou la proximité des points de vente. D'abord, il est possible de restreindre la vente des produits du tabac à certains types de commerces seulement. Par exemple, un projet de loi déposé en Californie propose de limiter la possibilité de vendre du tabac aux commerces dont les revenus bruts qui y sont associés dépassent 60 %, ce qui aurait pour effet d'exclure plusieurs épiceries et dépanneurs de la vente de tabac⁸¹. Au Québec, l'exclusion de certains lieux à titre de points de vente, par exemple les pharmacies, a déjà permis de réduire le nombre total de commerces qui offrent des produits du tabac. Malgré cela, environ 7 500 points de vente sont toujours accessibles. Ensuite, il est possible de réduire l'accès aux produits du tabac en limitant les heures autorisées de vente ou les heures d'ouverture des points de vente. Précisons que présentement au Québec, les heures d'ouverture des commerces permettent généralement de se procurer des produits du tabac à toute heure du jour et de la nuit.

Les règlements d'urbanisme (dont le zonage), qui sont généralement de compétence municipale, sont d'autres mécanismes d'intérêt qui pourraient être explorés pour limiter la densité de points de vente du tabac et, parfois, en restreindre le nombre. Ils pourraient être mis à profit pour délimiter l'endroit où est situé un point de vente de tabac. Par exemple, un périmètre autour des endroits publics fréquentés par les jeunes (dont les établissements scolaires) pourrait interdire la mise en place d'un point de vente de produits du tabac. Soulignons qu'au Québec, les épiceries et les dépanneurs vendent généralement des produits du tabac et sont facilement accessibles par la population. De plus, ces derniers sont souvent situés autour des écoles et des lieux fréquentés par les jeunes. En effet, 62 % des écoles publiques au Québec se trouvent à 15 minutes de marche ou moins d'un ou de plusieurs dépanneurs⁸². Les règlements d'urbanisme et de zonage pourraient aussi être explorés pour limiter le nombre de points de vente par secteur, en restreignant le nombre d'établissements de même type ou en imposant une distance minimale entre eux. Par exemple, la Ville de San Francisco a adopté, en 2014, un règlement de zonage qui limite le nombre maximal de marchands de produits du tabac par district (maximum de 45 marchands dans chacun des 11 districts) afin de contrer les écarts observés dans le nombre de points de vente selon les conditions socioéconomiques des districts⁸³.

➤ Promouvoir des produits mortels : les astuces de l'industrie

Le paquet vendeur : plus qu'une simple question d'emballage

L'emballage ainsi que l'apparence des produits du tabac demeurent, au Québec et au Canada, une forme de promotion disponible pour l'industrie du tabac⁸⁴. Les directives de la mise en œuvre des articles 11 et 13 de la Convention-cadre recommandent aux Parties d'envisager l'adoption de mesures d'emballage neutre¹³. L'emballage neutre signifie le retrait de tout trait distinctif ou pouvant être attirant sur les paquets de produits du tabac, lesquels ont alors une forme, une apparence et une couleur identiques. Les produits qui contiennent ces emballages peuvent eux aussi être uniformisés. L'Australie a adopté de telles mesures en 2012 alors que la France, le Royaume-Uni, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande, pour ne nommer que ces derniers, ont fait de même dernièrement. Le Canada a mentionné, en novembre 2015, son intention d'aller de l'avant avec l'imposition de

l'emballage neutre et a mené, à l'été 2016, une consultation publique sur les mesures à l'étude; le Québec souscrit à cette initiative. Il a été démontré que **l'emballage neutre réduisait l'attrait pour les produits du tabac, particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes, et qu'il réduisait parfois même la qualité de l'expérience liée au tabagisme**^{85, 86, 87, 88}. L'emballage neutre donne aussi davantage de visibilité et une plus grande efficacité aux messages et aux mises en garde concernant les effets du tabagisme sur la santé^{85, 89}. Les évaluations réalisées à la suite de l'adoption de la mesure imposant l'emballage neutre par le ministère responsable de la santé en Australie, l'*Australian Department of Health*, ont indiqué une diminution significative de la prévalence du tabagisme à la suite de l'entrée en vigueur de cette mesure⁹⁰.

Ces dernières années, l'industrie du tabac a modifié et réduit la taille de ses différents emballages, notamment afin de réduire l'influence des avertissements illustrés de Santé Canada, qui alertent la population sur les effets nocifs du tabac.

Dans le but d'assurer une information claire, visible et lisible sur les effets nocifs du tabac, le gouvernement du Québec a adopté, dans sa dernière révision législative, de nouvelles normes d'emballage des produits, particulièrement l'imposition d'une superficie minimale (4 648 mm²) pour afficher cette mise en garde de santé sur les paquets de cigarettes et de petits cigares.

Des déclinaisons multiples : fausse sécurité et attrait augmenté

Une grande variété de produits du tabac existe grâce aux multiples marques qui ont été créées et aux multiples déclinaisons de produits de celles-ci. Ces déclinaisons peuvent résulter, par exemple, de l'ajout de saveur ou de l'utilisation de descriptifs variés (légère, douce, onctueuse, faible teneur en goudron, etc.). Ces sortes de produits du tabac peuvent augmenter l'attrait du consommateur à leur égard, induire un faux sentiment de sécurité ou encore, laisser croire qu'un produit est moins nocif que d'autres²⁷. Voilà pourquoi plusieurs instances, dont le Canada, ont choisi de réglementer ces aspects. Le Québec, pour sa part, a interdit l'ajout de saveurs aux produits du tabac en 2016. Dans d'autres territoires, on rapporte que l'industrie du tabac a usé de diverses tactiques pour tenter de contourner les mesures limitant les déclinaisons possibles, dont l'utilisation de couleurs variées sur les emballages pour maintenir une grande variété de produits. Cette tactique a également été observée en Alberta et en Nouvelle-Écosse, où, à la suite de l'interdiction de l'utilisation du menthol dans les cigarettes, des paquets similaires, mais portant la mention « vert » plutôt que « menthol », sont apparus sur les tablettes⁹¹. Pour faire face à ce type de situation, l'Uruguay interdit désormais à l'industrie du tabac de vendre plus d'un type de cigarettes par marque⁹². Enfin, aux États-Unis, les compagnies ont la responsabilité de démontrer que les nouveaux produits du tabac et les produits modifiés respectent les normes de santé publique, sauf si ces produits ont été commercialisés avant le 15 février 2007⁹³.

Pas de fumée sans feu : les effets néfastes du tabac à l'écran

Le fait de visionner des films qui présentent des scènes de tabagisme serait la cause de l'initiation au tabagisme de plusieurs jeunes²⁷. Plus encore, il semble que ce soit les jeunes qui, généralement, sont le moins à risque de commencer à fumer qui soient le plus influencés par le visionnement de films qui présentent des scènes de tabagisme⁹⁴. La présence de telles scènes est d'autant plus inquiétante qu'elle n'est pas considérée comme une forme de publicité, ce qui réduit ainsi les réactions critiques qui y sont associées⁹⁴. Elle associe souvent le tabagisme à des messages positifs ou à des acteurs qui jouent le rôle de modèle²⁷. **Les scènes de tabagisme dans les films pourraient avoir une influence non négligeable sur les jeunes qui les visionnent.**

Par ailleurs, plusieurs films qui présentent des scènes de tabagisme bénéficient des subventions gouvernementales pour leur production. Le total de ces subventions vont même parfois jusqu'à excéder les

montants consacrés à la lutte contre le tabagisme dans le pays qui les accorde^{27, 94}. Ces subventions, qui contribuent à faire la promotion indirecte du tabagisme, contreviennent à l'article 13 de la Convention-cadre⁹⁴. En effet, cet article recommande d'interdire toute forme de publicité en faveur du tabac, la promotion des produits du tabac et la commandite (ou parrainage) de ces produits¹³. Les directives d'application de cet article considèrent la présence de tabagisme dans les médias (films, jeux vidéos, etc.) comme une forme de publicité et de promotion et recommandent aux Parties d'agir de manière à réduire l'exposition à ce type d'image⁹⁴. Selon l'OMS (2015), différentes mesures sont recommandées à cette fin, dont les suivantes :

- « exiger une certification spécifiant qu'aucun bénéfice n'a été reçu pour les scènes de tabagisme dans le film (argent, cadeaux, publicité gratuite, prêts sans intérêt, produits du tabac, relations publiques, etc.) ;
- interdire l'utilisation de marques ou d'images identifiables de produit du tabac ;
- exiger la diffusion de publicité antitabac avant le film (ou le DVD) qui présente des scènes de tabagisme ;
- classer « 18 ans et plus » les films qui comportent des scènes de tabagisme (une exception pour les films qui présentent les conséquences négatives du tabagisme et ceux qui présentent des personnages historiques fumeurs est proposée) ;
- rendre inadmissibles les films qui comportent des scènes de tabagisme aux subventions publiques ou aux galas de reconnaissance de l'industrie cinématographique⁸⁵ ».

La Chine et l'Inde ont déjà appliqué des mesures en ce sens pour protéger leur population⁹⁴. Au Québec, encore peu de démarches ont été entreprises sur ce thème. Soulignons qu'un aspect intéressant du classement des films au Québec, comparativement à ce qui se fait ailleurs dans le monde, est que ce classement a force de loi en vertu de la Loi sur le cinéma, c'est-à-dire qu'il restreint l'accès des films aux personnes qui n'ont pas l'âge légal indiqué dans le classement. La Régie du cinéma est responsable du classement des films selon les groupes d'âge, soit « visa général », « 13 ans et plus », « 16 ans et plus », « 18 ans et plus ». Des indications complémentaires peuvent accompagner ce classement, dont « pour enfants », « déconseillé aux jeunes enfants », « langage vulgaire », « érotisme », « violence », « horreur » ou « sexualité explicite ». Précisons que les émissions de télévision ne sont pas soumises à ce classement, sauf lorsqu'elles sont vendues en version numérique sous la forme d'un DVD. Peu de données sont disponibles sur l'exposition des jeunes Québécois aux scènes de tabagisme dans des films⁹⁵. Comme la plupart des formes de publicité et de promotion du tabac sont interdites au Québec, **les films constituent l'une des dernières formes de médias pouvant faire indirectement la promotion du tabagisme auprès de jeunes**⁹⁴.

Un autre aspect concernant le tabagisme à l'écran et qui tend à être de plus en plus documenté est la présence de scènes de tabagisme dans les jeux vidéo⁹⁶. En effet, plusieurs jeux vidéo populaires, dont certains sont produits au Québec, mettent en vedette des personnages fumeurs auxquels les jeunes s'associent. Ce phénomène devra être suivi de près dans les prochaines années.

3.2 Information, sensibilisation, éducation et soutien

Plusieurs interventions d'information, de sensibilisation, d'éducation ou de soutien permettent de s'adresser aux jeunes adultes et de les influencer. Les sections qui suivent présentent un survol de quelques mesures prometteuses.

➤ Utiliser les communications à notre avantage

S'adresser au grand public

Les experts reconnaissent notamment que les campagnes de communication de masse sont une composante essentielle d'un plan de lutte contre le tabagisme²⁷. Elles sont considérées comme l'une des stratégies les plus efficaces pour modifier les normes sociales et pour prévenir le tabagisme chez les jeunes. Elles peuvent aussi contribuer à réduire l'initiation au tabagisme et la prévalence du tabagisme, même lorsqu'il s'agit d'une initiative

isolée^{27, 97}. Elles peuvent aussi favoriser l'abandon du tabagisme et protéger la population de la fumée secondaire⁹⁷. Plus spécifiquement, ces campagnes ont l'avantage de s'adresser à un large public tout en offrant aussi la possibilité de cibler une clientèle spécifique, telle que les jeunes adultes, au moyen d'une approche dite « multiplateforme », adaptée à la cible et permettant de multiplier les points de contact avec elle, là où elle se trouve (télévision, sites Web, imprimés, relations publiques, réseaux sociaux, etc.)⁹⁷. Plus spécifiquement, les campagnes de communication portant sur le contremarketing des pratiques de l'industrie et sur la « dénormalisation » sont associées à une diminution du risque d'initiation au tabagisme et à un moindre risque de passer de l'intention de fumer à la réalisation de cette intention^{41, 97}.

Cibler les plus vulnérables : la valeur ajoutée du marketing social

Le marketing social prend appui sur les techniques issues du marketing commercial en vue d'influencer les comportements⁹⁸. Il se distingue des campagnes de communication de masse par l'utilisation de moyens variés afin d'atteindre, d'encourager, de soutenir et d'outiller la population ciblée. Ce type d'intervention offre l'occasion de s'adresser à des populations spécifiques en faisant une segmentation précise, par exemple en ciblant les groupes de jeunes les plus susceptibles d'être fumeurs ou les plus à risque de le devenir. Bien qu'il soit en émergence, le marketing social a montré son efficacité dans plusieurs secteurs, dont celui de l'alimentation et celui de l'activité physique, et il semble être prometteur sur le plan de la prévention et de la réduction du tabagisme chez les jeunes adultes^{99, 100, 101}. L'industrie du tabac a d'ailleurs utilisé les techniques du marketing pour promouvoir ses produits. Par exemple, elle a créé des marques de cigarettes destinées à une clientèle bien précise en considérant les différents stades de progression vers la consommation régulière des produits du tabac auxquels les jeunes adolescents et les jeunes adultes appartiennent. Elle a également associé ses produits à des activités, des lieux, des événements ou des personnalités qui les interpellent ou qu'ils valorisent^{102, 103}. Il y aurait donc un avantage à explorer plus activement l'utilisation de ces tactiques pour promouvoir la santé publique dans le futur.

➤ Vers l'abandon du tabagisme

Pour favoriser l'abandon du tabagisme chez les adultes, les interventions jugées efficaces sont multiples et sont réalisées sur plusieurs plans pour viser un grand nombre de fumeurs¹⁰⁴. Les recommandations relatives à l'abandon du tabagisme chez les jeunes adultes sont actuellement les mêmes que chez les adultes en général¹⁰⁵. Toutefois, des études ont permis de relever certaines particularités de cette clientèle, celle des jeunes adultes de 18 à 34 ans, qui peuvent servir de pistes de réflexion afin de mieux la desservir. En effet, plusieurs jeunes adultes ne se considèrent pas nécessairement comme des fumeurs ou nient être dépendants à la nicotine¹⁰⁵. Ces perceptions pourraient notamment faire en sorte qu'ils ne se sentent pas concernés par les services d'abandon du tabagisme disponibles ou pourraient nuire à l'amorce d'une démarche en ce sens. De plus, les jeunes adultes n'ont pas tendance, généralement, à rechercher de l'aide ou du soutien lorsqu'ils décident de cesser de fumer¹⁰⁵. Il importe donc de prendre en compte ces caractéristiques afin de leur offrir des services d'aide adaptés et d'augmenter leur intérêt pour ces services par une promotion ciblée¹⁰⁶.

Les services d'abandon du tabagisme qui utilisent les nouvelles technologies (messages textes, médias sociaux, applications mobiles, sites Web, etc.) semblent prometteurs, particulièrement pour susciter l'intérêt des jeunes adultes^{104, 105}. Les interventions combinant l'activité physique à la cessation semblent également présenter un potentiel chez cette clientèle¹⁰⁵. D'autres études sont toutefois requises pour conclure de l'efficacité de ces pratiques prometteuses et des conditions permettant de les optimiser.

➤ Des jeunes engagés dans la lutte

Les interventions visant à favoriser le développement de la capacité d'agir chez les jeunes adultes sont relativement récentes²⁷. Elles visent à engager les individus dans les différentes étapes de l'intervention, soit la planification, la mise en œuvre et l'évaluation. Certaines initiatives visent à favoriser la participation des jeunes adultes, particulièrement ceux qui sont au début de la vingtaine¹⁰⁷. Précisons toutefois qu'étant donné que la

moitié des jeunes adultes sont sur le marché du travail dans des domaines variés, il pourrait s'avérer plus difficile de rejoindre certains d'entre eux et de susciter leur engagement.

➤ Pas tous égaux devant le tabagisme

Les conditions socioéconomiques influencent la disposition d'un individu à s'initier au tabagisme, à être exposé à la fumée secondaire et à cesser de fumer¹⁰⁸. L'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le revenu annuel et l'état civil figurent parmi les conditions socioéconomiques individuelles qui ont été associées au tabagisme^{108, 109}. Les jeunes adultes n'y font pas exception. Par exemple, une plus grande proportion de fumeurs est rapportée chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans qui n'ont pas obtenu de diplôme d'études secondaires, comparativement à ceux qui ont obtenu un diplôme d'études postsecondaires².

Les experts s'entendent pour dire que la réduction des inégalités sociales de santé associées au tabagisme constitue une composante critique de tout programme de lutte contre le tabagisme¹⁰⁹. Les actions touchant les adolescents et les jeunes adultes auraient d'ailleurs le potentiel de réduire ces inégalités en influençant la disposition au tabagisme aux moments critiques d'expérimentation¹⁰⁹. Par ailleurs, la mise en place d'interdictions de fumer, l'augmentation du prix des produits du tabac, la diminution de l'exposition à la publicité, de la promotion et de la commandite des produits du tabac ainsi que l'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'efficacité des services d'aide à l'abandon du tabagisme destinés aux populations vulnérables sont des avenues qui présentent un potentiel de réduire les inégalités sociales de santé associées au tabagisme. Toutefois pour y arriver, des efforts multiples et une coordination optimale sont requis¹⁰⁹.

➤ Plus de connaissances pour des interventions plus efficaces

Un système de surveillance permettant de suivre et d'obtenir des données populationnelles sur le tabagisme à court, à moyen et à long terme est indispensable dans toute intervention de lutte contre le tabagisme⁹⁷. Des activités de recherche et d'évaluation sont également essentielles pour obtenir des données précises et en quantité suffisante sur les jeunes adultes, qui permettront notamment de mieux élaborer les interventions, de démontrer l'efficacité des actions posées, de mesurer les progrès de réduction des inégalités sociales de santé chez cette clientèle et d'orienter les décisions des autorités sanitaires⁴¹. Par exemple, une cartographie des points de vente de tabac au Québec et l'étude des stratégies de mise en marché de l'industrie du tabac sont des outils ayant le potentiel de **générer des données pertinentes pour mieux connaître le contexte et les facteurs d'influence qui agissent sur les jeunes adultes.**

3.3 Mobilisation

Pour assurer la réussite des différentes interventions de lutte contre le tabagisme, l'implication de partenaires est essentielle.

➤ La nécessité d'agir ensemble

La lutte contre le tabagisme ne peut se faire sans la collaboration de nombreux partenaires. En effet, la mise en place de partenariats avec des organismes non gouvernementaux est importante pour créer et maintenir les conditions optimales qui permettront de réaliser les actions requises¹¹⁰. Par exemple, ils peuvent jouer un rôle dans l'engagement et l'acceptabilité sociale entourant la mise en œuvre de certaines mesures ou aider à contrebalancer les actions de l'industrie du tabac¹¹⁰. Le Québec est choyé sur ce plan puisque plusieurs partenaires clés sont déjà impliqués et agissent ensemble pour réduire la prévalence du tabagisme dans la population. La présence de plusieurs acteurs peut faciliter l'élaboration d'une intervention aux composantes multiples (campagne sociétale, programmes, services, interventions sur le terrain, etc.), qui est plus efficace qu'une intervention réalisée isolément⁹⁶. Pour assurer un effet optimal, la cohérence des diverses composantes entre elles est toutefois cruciale, d'où la nécessité que les partenaires travaillent ensemble, en visant les mêmes objectifs.

➤ **Des alliés à recruter**

Il serait avantageux que de nouveaux partenaires se joignent au mouvement de lutte contre le tabagisme. Pensons, entre autres, aux municipalités qui, dans plusieurs provinces et pays, ont joué un rôle important dans les efforts déployés, par exemple, en interdisant de fumer dans certains lieux (rues, places publiques, etc.) ou en utilisant le zonage pour restreindre l'ouverture de points de vente du tabac. Les entreprises et les individus peuvent également contribuer concrètement à la lutte contre le tabagisme. Par exemple, les propriétaires de commerces, notamment les épiceries et les dépanneurs, peuvent être des pionniers en refusant de vendre des produits du tabac. Les individus peuvent, pour leur part, contribuer de différentes façons à la lutte contre le tabagisme, par exemple en choisissant de faire des placements personnels dans des fonds éthiques qui écartent l'industrie du tabac, en déclarant leur maison « sans fumée », en militant pour des habitations exemptes de fumée secondaire ou en dénonçant des situations qui nuisent à la lutte contre le tabagisme.

CHAPITRE 4

CE QUE NOUS POUVONS FAIRE DE MIEUX

Par le présent rapport, le directeur national de santé publique lance un **appel à l'action pour maintenir les efforts de lutte contre le tabagisme et en réduire la prévalence chez les jeunes adultes québécois.**

En « dénormalisant » le tabagisme et en favorisant une approche globale et intégrée, qui inclut la prise en compte des conditions socioéconomiques, les actions à venir permettront de :

A. MIEUX CONNAÎTRE :

- la réalité de jeunes adultes qui fument au Québec,
- les interventions novatrices susceptibles de les intéresser,
- les tactiques de l'industrie du tabac qui les ciblent ;

B. MIEUX LES REJOINDRE :

- par des interventions et des campagnes promotionnelles ciblées (contremarketing, marketing social, offre de cessation, etc.),
- par des services adaptés d'aide à l'abandon du tabagisme,
- par la mobilisation de partenaires clés ;

C. MIEUX PROTÉGER LES JEUNES ADULTES :

- en réduisant leur accès aux produits du tabac (taxes, densité et types de points de vente, âge légal d'achat, etc.),
- en les protégeant davantage de la fumée secondaire (interdictions de fumer, politiques « sans tabac », habitations sans fumée, etc.),
- en réduisant leur exposition à la promotion des produits du tabac (tabagisme à l'écran, emballage neutre, etc.).

CONCLUSION

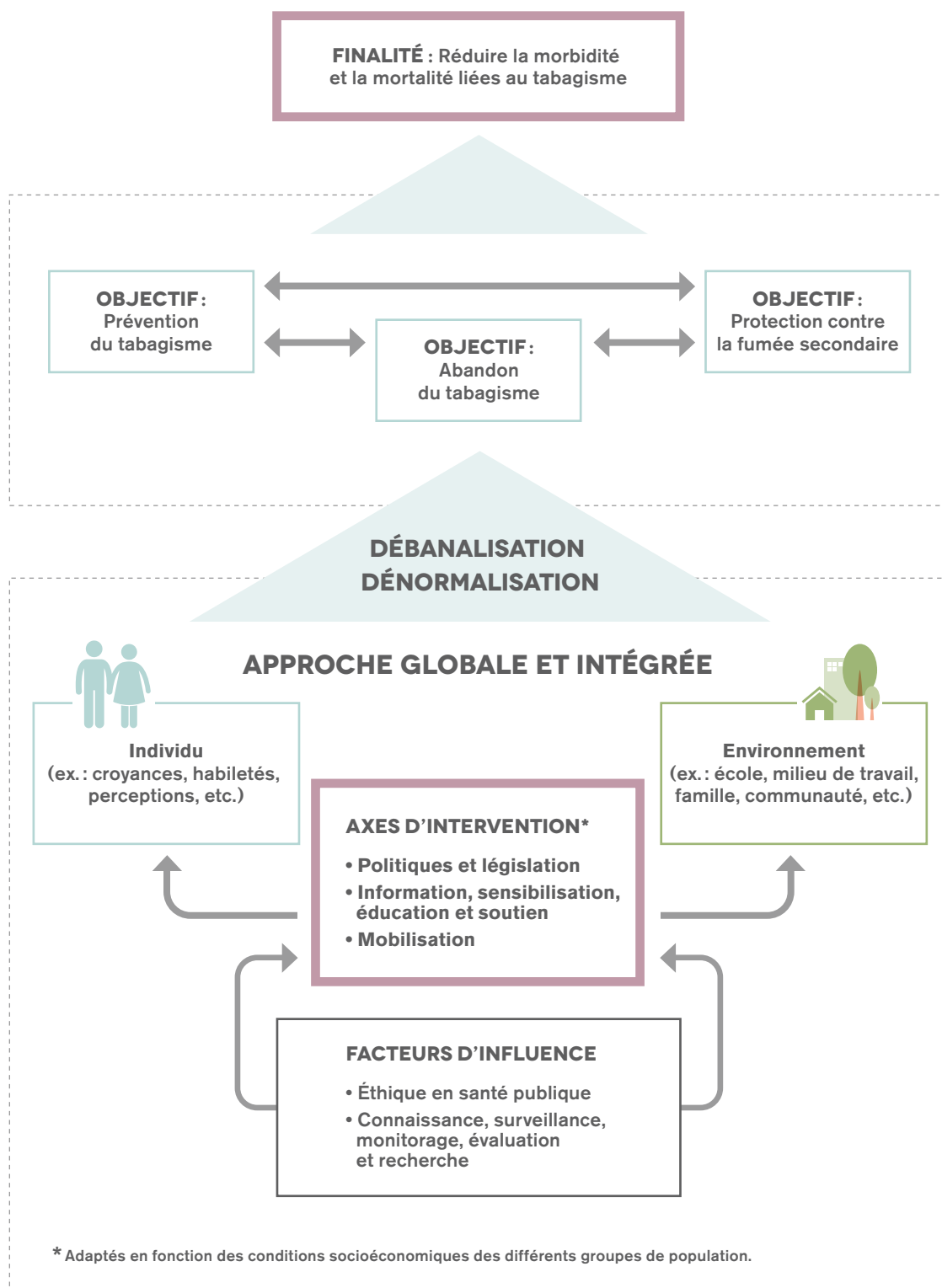
Les efforts passés ont permis de diminuer la prévalence du tabagisme au Québec. Fort d'un passé riche en lutte contre le tabagisme, le Québec doit poursuivre ses efforts et accroître ses interventions auprès des jeunes adultes.

La prévalence élevée du tabagisme dans ce groupe de la population commande la mise en place d'actions spécifiques afin de **mieux le connaître**, de **mieux le rejoindre** et de **mieux le protéger**. En ce sens, le présent rapport a décrit certaines pistes de réflexion, à la lumière de la situation au Québec, a fourni des données probantes et a présenté des mesures prometteuses.

Ensemble, nous sommes en mesure de contribuer concrètement à maintenir les acquis des dernières années face à ce problème de société et de santé publique qui persiste. Nous devons intensifier les efforts auprès des clientèles plus vulnérables, dont les jeunes adultes. C'est la société québécoise tout entière qui en sortira gagnante.

ANNEXE

FIGURE 2 DYNAMIQUE DE L'INTERVENTION QUÉBÉCOISE CONTRE LE TABAGISME



BIBLIOGRAPHIE

- 1 CENTRE DE SERVICES PARTAGÉS DU QUÉBEC. *Légis Québec : L.6.2 – Loi concernant la lutte contre le tabagisme*, Québec, en vigueur depuis le 1^{er} novembre 2015, texte complet accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/L-6.2>.
- 2 STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2013-2014*, compilation spéciale produite par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, 2016, fichier de microdonnées à grande diffusion.
- 3 STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2007-2008 et 2013-2014*, rapport de l'onglet *Plan national de surveillance* produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, 2016, fichier de microdonnées à grande diffusion.
- 4 GREEN, M. P. et autres. « A Closer Look at Smoking Among Young Adults : Where Tobacco Control Should Focus Its Attention », *American Journal of Public Health*, vol. 8, n° 97, 2007, p. 1427-1433. doi : <dx.doi.org/10.2105/AJPH.2006.103945>.
- 5 HAMMOND, D. « Smoking behaviour among young adults : beyond youth prevention », *Journal of Epidemiology & Community Health – Tobacco Control*, vol. 14, n° 3, 2005, p. 181-185. doi : <dx.doi.org/10.1136/tc.2004.009621>.
- 6 STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2013-2014*, rapport de l'onglet *Plan national de surveillance* produit par l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, 2016, fichier de microdonnées à grande diffusion.
- 7 DUBÉ, G., A. LAVOIE ET P. LAPRISE. « Enquête sur les habitudes tabagiques des Québécois : une étude portant sur des comportements méconnus face à un phénomène connu », *Zoom santé*, n° 38, Institut de la statistique du Québec, 2012, 8 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201205.pdf.
- 8 STATISTIQUE CANADA. *Enquête canadienne sur le tabac et les drogues (ECTAD) – sommaire des résultats de 2015*, Direction de la lutte au tabagisme, 2016, accessible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues.html> (consulté le 28 novembre 2016).
- 9 MAZIAK, W. et autres. « The global epidemiology of waterpipe smoking », *Journal of Epidemiology & Community Health – Tobacco Control*, vol. 24, suppl. 1, 2015, p. i3-i12.
- 10 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Waterpipe tobacco smoking : health effects, research needs and recommended actions for regulations – Advisory Note*, 2^e édition, WHO Study Group on Tobacco Product Regulation, 2015, 65 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.who.int/tobacco/publications.
- 11 POIRIER, H. *La cigarette électronique – État de situation*, Institut national de la santé publique, 2013, accessible en ligne à l'adresse suivante : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1691_CigarElectro_EtatSituation.pdf (consulté le 9 août 2016).
- 12 MEAD, E. L. et autres. « Understanding the sources of normative influence on behavior : The example of tobacco », *Social Science and Medicine*, n° 115, 2014, p. 139-143, doi : <dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.030>.
- 13 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, Genève, Suisse, 2003, 42 pages (entrée en vigueur : 27 février 2005), accessible en ligne à l'adresse suivante : www.who.int/fctc.
- 14 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Inhalateurs électroniques de nicotine – Rapport de l'OMS*, Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, document n° FCTC/COP/6/10, 2014, 17 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.who.int/fctc/cop.
- 15 HARTMANN-BOYCE, J. et autres. « Electronic cigarettes for smoking cessation », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 9, art. n° CD010216, 2016, 96 pages, doi : <dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub3>.
- 16 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems (ENDS/ENNDs) – Report by WHO*, Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, document n° FCTC/COP/7/11, 2016, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.who.int/fctc/cop/fr/>.
- 17 MCROBBIE H. et autres. « Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 12, art. n° CD010216, 2014, doi : <dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub2>.
- 18 U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *High school athletes using smokeless tobacco more than non-athletes*, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2015, accessible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.cdc.gov/media/releases/2015/p0903-athlete-tobacco.html> (consulté le 7 janvier 2016).

-
- 19 RATH, J. M. et autres. « Patterns of Tobacco Use and Dual Use in the US Young Adults : The Missing Link between Youth Prevention and Adult Cessation », *Journal of Environmental and Public Health*, 2012, doi : [dx.doi.org/10.1155/2012/679134](https://doi.org/10.1155/2012/679134).
- 20 BJARTVEIT, K. ET A. TVERDAL. « Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day », *Journal of Epidemiology & Community Health – Tobacco Control*, vol. 14, 2005, p. 315-320, doi : [dx.doi.org/10.1161/circulationaha.109.904235](https://doi.org/10.1161/circulationaha.109.904235).
- 21 BANKS, E. et autres. « Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study : findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence », *BMC Medicine*, vol. 13, no 38. 2015, disponible en libre accès, doi : [dx.doi.org/10.1186/s12916-015-0281-z](https://doi.org/10.1186/s12916-015-0281-z).
- 22 BEN AMAR, M. et N. LÉGARÉ. *Le tabac à l'aube du 21^e siècle – mise à jour des connaissances*, Montréal (Québec) : Centre québécois de lutte aux dépendances, 2006, 181 pages.
- 23 CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Preventing Tobacco Use Among Young People – A Report of the Surgeon General », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, vol. 43, n° RR4, 1994, 24 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.cdc.gov/mmwr.
- 24 GÉRIN, M. et P. BAND. *Cancer, Environnement et santé publique – Fondements et pratiques* (chapitre 25), Acton Vale/Paris : Édisem, Tec & Doc, 2003, p669-686.
- 25 U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Health Consequences of Smoking – A Report of the Surgeon General*, U. S. Department of Health and Human Services, 2004, dans la section Rapports & publications accessible à l'adresse suivante : www.surgeongeneral.gov.
- 26 U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *How Tobacco Smoke Causes Disease : The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease – A Report of the Surgeon General*, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010, 792 pages, dans la section Rapports & publications accessible à l'adresse suivante : www.surgeongeneral.gov.
- 27 U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults – A Report of the Surgeon General*, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012, 1395 pages, dans la section Rapports & publications accessible à l'adresse suivante : www.surgeongeneral.gov.
- 28 U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The health consequences of smoking : 50 years of progress – A report of the Surgeon General*, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014, 1081 pages, dans la section Rapports & publications accessible à l'adresse suivante : www.surgeongeneral.gov.
- 29 HEISS I., K. LACHIREDDY et A. CAPON. « A systematic review of the health risks from passive exposure to electronic cigarette vapour », *Public Health Research & Practice*, vol. 26, n° 2, 2016, 9 pages, doi : [dx.doi.org/10.17061/phrp2621617](https://doi.org/10.17061/phrp2621617).
- 30 PISINGER, C. *A systematic review of health effects of electronic cigarettes*, Research Centre for Prevention and Health, 2015, 191 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.who.int/tobacco/industry/product_regulation/BackgroundPapersENDS3_4November.pdf?ua=1 (consulté le 1^{er} décembre 2016).
- 31 U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke – A Report of the Surgeon General*, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2016, 727 pages, dans la section Rapports & publications accessible à l'adresse suivante : www.surgeongeneral.gov.
- 32 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Tabagisme*, aide-mémoire n° 339, 2015, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/> (consulté le 21 novembre 2016).
- 33 ERIKSEN, M., J. MACKAY et H. ROSS. *Atlas du tabac*, 4^e édition, 2^e impression, États-Unis : American Cancer Society, World Lung Foundation, 2012, 46 pages.
- 34 REPACE, J. et autres. « Banning outdoor smoking is scientifically justifiable », *Tobacco Control*, n° 9, 2000, p. 95-97, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.ncbi.nlm.nih.gov.
- 35 REPACE, J. *Measurements of outdoor air pollution from second-hand smoke on the UMBC campus*, Repace Associates Inc., 2005, 10 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.repace.com/pdf/outdoorair.pdf>.

- 36 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Battre en brèche les mythes de l'industrie du tabac : comment y répondre*, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.who.int/features/factfiles/tobacco/tobacco_facts/fr/index4.html.
- 37 STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2013-2014*, CANSIM, fichier maître.
- 38 U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Health Consequences of Smoking : Nicotine Addiction – A Report of the Surgeon General*, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1988, 22 pages, dans la section Rapports & publications accessible à l'adresse suivante : www.surgeongeneral.gov.
- 39 DiFRANZA, J. R. et autres. « Symptoms of Tobacco Dependence After Brief Intermittent Use », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 161, n° 7, 2007, p. 704-710, doi : [dx.doi.org/10.1001/archpedi.161.7.704](https://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.704).
- 40 CHAREST, A. (2008). « Nouvelles données sur le tabagisme chez les jeunes – Accros dès la première cigarette », *Les actualités du cœur*, Alliance québécoise pour la santé du cœur, vol. 11, n° 3, 2008, p. 4-5, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/publications/tabac.
- 41 FREEDMAN, K. S., NELSON, N. M. et FELDMAN, L. L. « Smoking Initiation Among Young Adults in the United States and Canada, 1998-2010 – A Systematic Review », *Preventing Chronic Disease*, vol. 9, n° 110037, 2012, doi : [dx.doi.org/10.5888/pcd9.110037](https://doi.org/10.5888/pcd9.110037).
- 42 BACHMAN, J. G. et autres. *Smoking, Drinking, and Drug Use in Young Adulthood, The impacts of New Freedoms and New Responsibilities*, National Crime Justice Reference Service (NCJRS), Office of Justice Programs, Institute for Social Research : États-Unis, 1997, 209 pages.
- 43 BIENER, I. et ALBERS. « Young Adults : Vulnerable New Targets of Tobacco Marketing », *American Journal of Public Health*, n° 94, 2004, p. 326-330, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.ncbi.nlm.nih.gov.
- 44 MEMETOVIC, J. « Examining the relationship between personality and affect-related attributes and adolescents' intentions to try smoking using the Substance Use Risk Profile Scale », *Addict Behaviors*, mai, n° 56, 2016, p. 36-40, doi : [dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.01.002](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.01.002).
- 45 REHM, J. et autres. *Le coût de l'abus de substances au Canada 2002*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006, 14 pages, accessible en ligne dans la section Publications – Rapport en bref à l'adresse suivante : www.ccsa.ca.
- 46 MINISTÈRE DES FINANCES ET DE L'ÉCONOMIE DU QUÉBEC. *Plan budgétaire – Budget 2013-2014*, gouvernement du Québec, 2012, 484 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.budget.finances.gouv.qc.ca.
- 47 BARIL, G. et PAQUETTE, M.C. *Les normes sociales et l'alimentation – analyse des écrits scientifiques*, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 39 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/publications.
- 48 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *La prévention du tabagisme chez les jeunes*, 2004, 173 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/publications.
- 49 LACHANCE, B., L. TREMBLAY et Y. ARCHAMBAULT. *Une législation québécoise contre le tabagisme : un choix pour la santé – Rapport de la consultation*, 1996, 142 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000010048.pdf> (consulté le 8 juillet 2016).
- 50 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, Québec, 2001, 29 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/MSSS/2550382455.pdf.
- 51 MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Lutte contre le commerce illégal : Actions concertées pour contrer les économies souterraines – Tabac (ACCES Tabac)*, Québec, 2013, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/phenomenes-criminels/fraude/acces-tabac.html.
- 52 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, 2003, 126 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000916/>.
- 53 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*, Québec, 2006, 53 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001222/>.
- 54 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015*, Québec, 2010, 54 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000749/>.
- 55 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles – Politique de lutte contre le tabagisme dans les établissements d'enseignement collégial et universitaire*, Québec, 2016, 18 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001623/>.

- 56 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique du Québec 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, 2015, 85 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>.
- 57 TREMBLAY M. et POIRIER, H. *Regards sur un partenariat fructueux : cinq ordres professionnels et l'Institut national de santé publique du Québec engagés dans la lutte contre le tabagisme*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2011, 41 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/publications.
- 58 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Augmenter les taxes sur la tabac – Ce que vous devez savoir*, 2014, 16 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112850/1/WHO_NMH_PND_14.2_fre.pdf (consulté le 22 septembre 2016).
- 59 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Mpower : Augmenter les taxes sur le tabac*. Initiative pour un monde sans tabac, brochure accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/fr/> (consulté le 22 septembre 2016).
- 60 BADER, P., BOISCLAIR, D. et FERRANCE, R. « Effects of Tobacco Taxation and Pricing on Smoking Behavior in High Risk Populations : A Knowledge Synthesis », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, novembre, vol. 8, n° 11, 2011, p. 4118–4139.
- 61 MINISTÈRE DES FINANCES DE L'ONTARIO. *Hausses du taux de la taxe sur le tabac*, 2016, 3 pages, fiche accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.fin.gov.on.ca/publication/tobacco-tax-rate-increases-fr.pdf> (consulté le 12 août 2016).
- 62 CHENG, K-W et autres. « Association Between Smokefree Laws and Voluntary Smokefree-Home Rules », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, n° 6, 2011, p. 566-572, doi : [dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2011.08.014](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.08.014).
- 63 JACQUES, M., F. HUBERT et J. LAGÛE. *Intégration de la dénormalisation dans la lutte antitabac au Québec – Perspectives de santé publique*, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 81 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/publications.
- 64 UNITÉ DE RECHERCHE SUR LE TABAC DE L'ONTARIO. *Tobacco and Public Health : From Theory to Practice, Chapitre sur la protection*, Guide de cours en format numérique, version anglaise, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://tobaccocourse.otru.org/course/> (consulté le 22 juillet 2016).
- 65 MONTREUIL, A. (2015). *Interdictions de fumer dans des immeubles résidentiels : exposition, mesures législatives et acceptabilité sociale*, Institut national de santé publique du Québec, 2015, 15 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/publications.
- 66 U. S. DEPARTMENT OF HOUSING AND URBAN DEVELOPMENT. *Smoke free housing : A toolkit for Owners/Management Agents of Federally Assisted Public and Multi-family Housing*, 2012, 63 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : <https://portal.hud.gov/hudportal/documents/huddoc?id=pdfowners.pdf> (consulté le 29 juillet 2016).
- 67 INSTITUTE OF MEDICINE. *Public health implications of raising the minimum age of legal access to tobacco products*, Brief report, États-Unis, National Academies Press, 2015, 4 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.nationalacademies.org.
- 68 POORTHUIS, R. B. et autres. « Nicotinic actions on neuronal networks for cognition : General principles and long-term consequences », *Biochemical Pharmacology*, vol. 78, n° 7, 2009, p. 668-676, accessible en ligne à l'adresse suivante : [dx.doi.org/10.1016/j.bcp.2009.04.031](https://doi.org/10.1016/j.bcp.2009.04.031).
- 69 GORIOUNOVA, N. A. et MANSVELDER, H. D. « Short- and long-term exposure of nicotine exposure during adolescence for prefrontal cortex neural network function », *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, vol. 2, n° 12, 2012, doi : [dx.doi.org/10.1101/cshperspect.a012120](https://doi.org/10.1101/cshperspect.a012120).
- 70 SILVERI, M. M. et autres. « Neurobiological signatures associated with alcohol and drug use in the human adolescent brain », *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, vol 70, 2016, pages 244-259, doi : [dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.06.042](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.06.042).
- 71 YUAN, M. et autres. « Nicotine and the adolescent brain », *The Journal of Physiology*, vol. 593, n° 16, 2015, p. 3397-3412, doi : [dx.doi.org/10.1113/JP270492](https://doi.org/10.1113/JP270492).
- 72 NOVAK, S. P. et autres. « Retail tobacco outlet density and youth cigarettes smoking : A propensity-modeling approach », *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 4, 2006, p. 670-676 doi : [dx.doi.org/10.2105/ajph.2004.061622](https://doi.org/10.2105/ajph.2004.061622).
- 73 LIPPERMAN-KREDA, S. et autres. « Local tobacco policy and tobacco outlet density : Associations with youth smoking », *Journal of Adolescent Health*, vol. 50, n° 6, 2012, p. 547-552. doi : [dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.08.015](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.08.015).

- 74 CANTRELL, J. et autres. « Tobacco Retail Outlet Density and Young Adult Tobacco Initiation », *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 18, n° 2, 2015, pages 130-137, doi : [dx.doi.org/10.1093/ntr/ntv036](https://doi.org/10.1093/ntr/ntv036).
- 75 HALONEN, J. I. et autres. « Proximity to a tobacco store and smoking cessation : A cohort study », *Journal of Epidemiology & Community Health – Tobacco Control*, vol. 23, n° 2, 2013, pages 146-151, doi : [dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2012-050726](https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2012-050726).
- 76 CANTRELL, J. et autres. « The impact of the tobacco retail outlet environment on adult cessation and differences by neighborhood poverty », *Addiction*, vol. 110, n° 1, 2014, p. 152-156. doi : [dx.doi.org/10.1111/add.12718](https://doi.org/10.1111/add.12718).
- 77 REITZEL, L. R. et autres. « The effect of tobacco outlet density and proximity on smoking cessation », *American Journal of Public Health*, vol. 101, n° 2, 2011, p. 315-320, doi : [dx.doi.org/10.2105/AJPH.2010.191676](https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.191676).
- 78 CHAITON, M. O. et autres. « Tobacco retail outlets and vulnerable populations in Ontario, Canada », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 10, n° 12, 2013, pages 7299-309, doi : [dx.doi.org/10.3390/ijerph10127299](https://doi.org/10.3390/ijerph10127299).
- 79 SIAHPUSH M. et autres. « Association of availability of tobacco products with socio-economic and racial/ethnic characteristics of neighbourhoods », *Public Health*, vol. 124, n° 9, 2010, p. 525-529, doi : [dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2010.04.010](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2010.04.010).
- 80 GOULD, A., F. HUBERT et M. LALONDE. *Les points de vente de produits du tabac sont-ils plus nombreux près des écoles secondaires défavorisées ?*, affiche présentée aux Journées annuelles de santé publique du Québec, 2014, résumé accessible à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/jasp/la-densite-des-points-de-vente-des-produits-du-tabac-autour-des-ecoles-secondaires-et-la-defavorisation-scolaire-sur-l-ile-de-montreal> (consulté le 7 janvier 2017).
- 81 CALIFORNIA STATE. *Bill number SB 1400 Amended*, proposé par le sénateur Wieckowski le 19 février 2016 et amendé en sénat le 31 mai 2016, accessible à l'adresse suivante : http://www.leginfo.ca.gov/pub/15-16/bill/sen/sb_1351-1400/sb_1400_bill_20160531_amended_sen_v98.html (consulté le 4 août 2016).
- 82 ROBITAILLE, E., BERGERON, P. et LASNIER, B. *Analyse géographique de l'accessibilité des restaurants-minute et des dépanneurs autour des écoles publiques québécoises*, Institut national de santé publique du Québec, 2009, 24 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/publications.
- 83 CITY AND COUNTY OF SAN FRANCISCO. *Ordinance No. 259-14*, Board of supervisors, amendement du 12 septembre 2014, accessible à l'adresse suivante : <http://www.sfbos.org/ftp/uploadedfiles/bdsupvrs/ordinances14/o0259-14.pdf> (consulté le 12 juillet 2016).
- 84 SANTÉ CANADA. *Consultation sur la « banalisation des emballages » des produits du tabac*, 2016, 31 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://canadiensensante.gc.ca/health-system-systeme-sante/consultations/tobacco-packages-emballages-produits-tabac/document-fra.php>.
- 85 MOODIE, C. et autres. *Plain tobacco packaging : A systematic review*, University of London, Institute of Education, Social Science Research Unit, EPPI-Centre, Royaume-Uni, 2012, 126 pages, accessible à l'adresse suivante : http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC_006_Final_Report.pdf (consulté le 15 juillet 2016).
- 86 WAKEFIELD, M. A., GERMAIN, D. et DURKIN, S. J. « How does increasingly plain cigarette packaging influence adult smokers' perceptions about brand image ? An experimental study », *Tobacco Control*, vol. 17, n° 6, 2008, p. 416–21, doi : [dx.doi.org/10.1136/tc.2008.026732](https://doi.org/10.1136/tc.2008.026732).
- 87 GERMAIN, D., WAKEFIELD M. A. et DURKIN, S. J. « Adolescents' perceptions of cigarette brand image : Does plain packaging make a difference ? » *Journal of Adolescent Health*, vol. 46, n° 4, 2009, p. 385–392, doi : [dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.009](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.009).
- 88 MOODIE, C. et autres. « Young adult smokers' perceptions of plain packaging : A pilot naturalistic study », *Tobacco Control*, vol. 20, n° 5, 2011, p. 367-373, doi : [dx.doi.org/10.1136/tc.2011.042911](https://doi.org/10.1136/tc.2011.042911).
- 89 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Directives pour l'application de l'article 11 (Conditionnement et étiquetage des produits du tabac) de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, 2008, accessible à l'adresse suivante : http://www.who.int/fctc/treaty_instruments/article_11_fr.pdf?ua=1 (consulté le 24 octobre 2015).
- 90 GOUVERNEMENT DE L'Australie. *Post-Implementation Review – Tobacco Plain Packaging*, Department of Health, Australian Government, 2016, 58 pages, accessible à l'adresse suivante : <http://iris.pmc.gov.au/2016/02/26/tobacco-plain-packaging/> (consulté le 15 juillet 2016).
- 91 BROWN, J. et autres. « Tobacco industry response to menthol cigarette bans in Alberta and Nova Scotia, Canada », *Tobacco Control*, 2016, doi : [dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053099](https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053099).

- 92 TOBACCO FREE KIDS. *Tobacco Control Laws – Country Details for Uruguay*, 2016, accessible à l'adresse suivante : <http://www.tobaccocontrolaws.org/legislation/country/uruguay/summary> (consulté le 28 juillet 2016).
- 93 U. S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. *FDA takes significant steps to protect Americans from dangers of tobacco through new regulation*, communiqué de presse, 2016, accessible à l'adresse suivante : <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm499234.htm> (consulté le 12 août 2016).
- 94 WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Smoke-free movies : from evidence to action*, troisième édition, Tobacco Free Initiative, 2015, 54 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.who.int/tobacco/publications.
- 95 ST-ONGE, A., BOUJBEL, L. et MARTICOTTE, F. *Portrait de l'utilisation du tabac dans les films et les dramatiques québécoises*, École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal, 2011, 29 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.filmsansfiltre.ca.
- 96 TRUTH INITIATIVE. *Played – Smoking and Videos Games*, 2015, accessible à l'adresse suivante : http://truthinitiative.org/sites/default/files/Played-Smoking_and_Video_Games.pdf (consulté le 21 juillet 2016).
- 97 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*, U. S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014, 144 pages, accessible en ligne à : www.cdc.gov/tobacco.
- 98 BARIL, G. et PAQUETTE M.C. *L'efficacité du marketing social en promotion des saines habitudes de vie – Synthèse des connaissances*, Institut national de santé publique du Québec, 2016, 79 pages, accessible en ligne à : www.inspq.qc.ca/publications.
- 99 LING, P. M. et autres. « Social Branding to Decrease Smoking Among Young Adults in Bars », *American Journal of Public Health*, avril, vol. 104, n° 4, 2004, p. 751-760, doi : [dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301666](https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301666).
- 100 FALLIN, A. et autres. « Social Branding to Decrease Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Young Adult Smoking », *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 17, n° 8, 2015, p. 983-9, doi : [dx.doi.org/10.1093/ntr/ntu265](https://doi.org/10.1093/ntr/ntu265).
- 101 KALKHORAN, S. et autres. « Evaluation of Bar and Nightclub Intervention to Decrease Young Adult Smoking in New Mexico », *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, n° 2, 2016, p. 222-229. doi : [dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.04.003](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.04.003).
- 102 LING., P. M. et GLANTZ, S. A. « Why and How the Tobacco Industry Sells Cigarettes to Young Adults : Evidence From Industry Documents », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 6, 2002, p. 908-916, disponible en ligne à l'adresse suivante : www.ncbi.nlm.nih.gov.
- 103 HAFEZ, N. et LING, P. M. « How Philip Morris built Marlboro into a global brand for young adults : Implications for international tobacco control » *Tobacco Control*, vol. 14, 2005, p. 262-271, doi : [dx.doi.org/10.1136/tc.2005.011189](https://doi.org/10.1136/tc.2005.011189).
- 104 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Montréal sans tabac – Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015*, diffusé en 2013, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/isbn978-2-89673-249-4.pdf (consulté le 22 juillet 2016).
- 105 UNITÉ DE RECHERCHE SUR LE TABAC DE L'ONTARIO. *Tobacco and Public Health : From Theory to Practice, Chapitre sur la cessation tabagique*, Guide de cours en format numérique, version anglaise, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://tobaccocourse.otru.org/course/> (consulté le 22 juillet 2016).
- 106 HUSTEN, C. G. « Young adults and Cessation », *American Journal of Public Health*, vol. 97, n° 8, 2007, p. 1354-1356, p. 1421–1426, doi : [dx.doi.org/10.2105/AJPH.2006.098491](https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.098491).
- 107 TRUTH INITIATIVE. *Inspiring Tobacco-Free Lives – 2015 Annual Report*, 2015, accessible en ligne à l'adresse suivante : http://truthinitiative.org/sites/default/files/annual_reports/TRU1017_AnnualReport_WCOPY5.pdf (consulté le 24 août 2016).
- 108 LASNIER, B., LECLERC, B. S. et HAMEL, D. *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 69 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/publications.
- 109 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Best Practices User Guide : Health Equity in Tobacco Prevention and Control*, U. S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2015, 56 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.cdc.gov/tobacco.
- 110 SMOKE-FREE ONTARIO – SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE. *Evidence to Guide Action : Comprehensive Tobacco Control in Ontario*, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2010, 218 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : www.publichealthontario.ca.

