

STRATÉGIE POUR UN QUÉBEC SANS TABAC 2020-2025



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 :

Quebec.ca

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Bibliothèque et Archives Canada, 2020

ISBN : 978-2-550-86177-5 (version PDF)

Les photographies contenues dans cette publication ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés. Les personnes y apparaissant sont des figurants.

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, 2020.



MESSAGE DE LA MINISTRE ET DU MINISTRE DÉLÉGUÉ

Cela fait maintenant plus de 35 ans que le Québec s'attaque à la problématique du tabagisme. Au fil des années, le Québec s'est muni de nombreux outils pour mener cette lutte de façon toujours plus efficace et s'est positionné comme un véritable leader dans le domaine. Bien que les réalisations jusqu'à maintenant soient impressionnantes, force est de constater, avec plus de 13 000 décès attribuables au tabagisme par année au Québec, qu'il reste du chemin à parcourir.



Cette Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025 vient donner un nouveau souffle aux efforts en proposant un ensemble de mesures s'articulant autour de quatre axes d'intervention : la dénormalisation du tabagisme, la prévention de l'usage des produits du tabac et de vapotage chez les jeunes, l'abandon du tabagisme ainsi que la protection contre l'exposition à la fumée secondaire et tertiaire des produits du tabac.

La Stratégie représente une occasion renouvelée pour tous les acteurs engagés dans la lutte contre le tabagisme de se mobiliser et de réaffirmer leur volonté d'agir en concertation vers un même objectif. Au cours des prochaines années, nous allons redoubler d'ardeur, d'autant plus que nous devons également composer avec plusieurs nouvelles réalités. La prévalence de l'usage des produits de vapotage, notamment, a subi une croissance rapide, en particulier chez les jeunes adultes. Durant cette période critique où le cerveau est encore en développement, les jeunes sont plus sensibles aux effets de la nicotine et à la dépendance qu'elle peut créer. Avec l'apparition sur le marché de nouveaux dispositifs de consommation de nicotine, qui peuvent assurément être attractifs pour les jeunes, il s'avère indispensable de proposer de nouvelles stratégies d'intervention efficaces pour prévenir les risques qui y sont associés.

Nous tenons à remercier tous les intervenants qui ont participé à l'élaboration de la Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025. Notre gouvernement analysera rigoureusement les recommandations qui s'y trouvent afin que le Québec atteigne ses objectifs en matière de lutte contre le tabagisme.

Danielle McCann
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Lionel Carmant
Ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux



MESSAGE DU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Améliorer la santé et la qualité de vie des générations présentes et futures en réduisant le tabagisme : voilà la vision de la Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025. Cette nouvelle stratégie nous rappelle l'importance de poursuivre et d'intensifier nos actions et notre mobilisation contre le tabagisme, une problématique aux effets dévastateurs qui touche l'ensemble de la société québécoise.

Le visage de la lutte contre le tabagisme change profondément et rapidement. La grande popularité et l'accessibilité des produits de vapotage ainsi que la légalisation du cannabis figurent parmi les nouveaux enjeux qui nous amènent à revoir nos priorités et l'intensité de nos actions. Avec cette nouvelle stratégie, nous souhaitons donc réaffirmer nos efforts en proposant des mesures audacieuses et basées sur les plus récentes données probantes afin que nous atteignons la cible de 10 % de fumeurs au Québec d'ici 2025. Nous savons que nous devons porter une attention particulière aux inégalités sociales de santé qui affectent certains groupes de la population chez qui le taux de tabagisme est plus élevé, que l'on pense notamment aux personnes à faible revenu, aux jeunes adultes ou aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Il importe que nous répondions mieux aux besoins de ces personnes et que nous adaptions nos actions en conséquence.

Je souligne que la Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025 est le fruit d'un travail collectif. Cette stratégie repose sur l'expérience et l'expertise non seulement des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, mais également de l'ensemble des partenaires gouvernementaux et communautaires. Je les remercie grandement.

Je suis persuadé qu'une action forte et concertée nous permettra d'être à la hauteur de nos ambitions. Dès maintenant et pour les prochaines années, je vous invite à faire cause commune autour de la lutte contre le tabagisme au Québec.

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



NOTE AU LECTEUR

Bien que les produits de vapotage soient soumis aux mêmes règles que les produits du tabac dans la Loi concernant la lutte contre le tabagisme au regard de la vente, de la promotion, de la publicité et des lieux d'usage, les deux types de produits sont considérés de façon distincte dans cette stratégie étant donné leurs différences quant aux groupes de population ciblés et aux axes et mesures d'intervention.

Les produits de vapotage incluent tout dispositif électronique qui diffuse une solution liquide, avec ou sans nicotine, sous forme de d'aérosol inhalé par l'utilisateur (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019). Le vapotage est l'action d'aspirer cet aérosol et permet à l'utilisateur de reproduire l'action de fumer. Plusieurs appellations courantes sont utilisées pour désigner les produits de vapotage, par exemple *cigarette électronique*, *vapoteuse*, *vape*, *pod*, *inhalateur électronique de nicotine*. Les produits de vapotage comprennent également les cartouches de liquide et d'autres produits équivalents tels que les cigares électroniques, les boîtes et les pipes électroniques.

Quant aux produits du tabac, ceux-ci incluent les produits qui contiennent du tabac : cigarettes, cigares, tabac à fumer, à priser, à mâcher, etc. (Québec, 2020).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
--------------	---

LUTTE CONTRE LE TABAGISME	8
---------------------------	---

Éléments marquants de la lutte contre le tabagisme au Québec	8
--	---

› Lois	9
› Taxes	10
› Organisation de services, interventions populationnelles et recherche	10

Tabagisme : état de situation	11
-------------------------------	----

› Prévalence du tabagisme et du vapotage	11
› Prévalence de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement	12
› Inégalités sociales de santé et prévalence du tabagisme	12
› Maladies et décès associés au tabagisme	13
› Coûts du tabagisme	13

FONDEMENTS DE LA STRATÉGIE POUR UN QUÉBEC SANS TABAC 2020-2025	14
--	----

› Réduction des inégalités sociales de santé	16
› Concertation et mobilisation des acteurs	16
› Actions fondées sur les données probantes et les meilleures pratiques	17
› Inclusion des clientèles spécifiques	17

AXES ET MESURES D'INTERVENTION	18
--------------------------------	----

Axe 1 : dénormalisation du tabagisme	18
--------------------------------------	----

› Mesures	18
› Défis et enjeux	21

Axe 2 : prévention de l'usage des produits du tabac et de vapotage chez les jeunes	22
--	----

› Mesures	22
› Défis et enjeux	25

Axe 3 : abandon du tabagisme	27
› Mesures	27
› Défis et enjeux	31
Axe 4 : protection contre l'exposition à la fumée secondaire et tertiaire des produits du tabac	32
› Mesures	32
› Défis et enjeux	34
MESURES PARTICULIÈRES POUR LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET INUITS	35
SURVEILLANCE, DÉVELOPPEMENT ET INTÉGRATION DES CONNAISSANCES	35
COORDINATION ET SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE POUR UN QUÉBEC SANS TABAC 2020-2025	35
CONCLUSION	36
ANNEXE 1 : LISTE DES COLLABORATEURS	37
ANNEXE 2 : LISTE DES AXES, DES OBJECTIFS ET DES MESURES DE LA STRATÉGIE	39
BIBLIOGRAPHIE	43

LISTE DES SIGLES

CAT

Centre d'abandon du tabagisme

CE

Cigarette électronique

CISSS

Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

ESCC

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

INSPQ

Institut national de santé publique du Québec

MCE

Ministère du Conseil exécutif

MCV

Maladies cardiovasculaires

MEES

Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

MFQ

Ministère des Finances du Québec

MSSS

Ministère de la Santé et des Services sociaux

OMS

Organisation mondiale de la santé

ONG

Organisme non gouvernemental

PGPS

Politique gouvernementale de prévention en santé

RPAM

Régime public d'assurance médicaments

SAJ

Secrétariat à la jeunesse

TRN

Thérapie de remplacement de la nicotine

INTRODUCTION

En raison des décès, des maladies et du fardeau financier qu'il cause, le tabagisme demeure une priorité de santé publique. Au Québec, au cours des dernières décennies, le taux de tabagisme a connu une tendance à la baisse, mais a stagné à environ 18 % entre 2014 et 2018 et demeure plus élevé chez certains groupes de la population. L'attention portée à cette problématique est d'autant plus importante que de nombreux nouveaux défis sont venus la complexifier. L'arrivée et la diversification des produits de vapotage offerts sur le marché ainsi que l'engouement des jeunes pour ces produits exigent l'élaboration de stratégies d'intervention pour prévenir les risques qui y sont associés. On constate également que différents produits non combustibles qui contiennent de la nicotine sont proposés à la population via de nouvelles stratégies commerciales. De plus, les produits du tabac n'affectent pas uniquement ceux qui en consomment; ils ont des répercussions sur la société tout entière, notamment par l'exposition à la fumée secondaire.

Afin que les interventions soient adaptées aux enjeux actuels de la lutte contre le tabagisme au Québec, la Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025 a été élaborée. Bien que cette stratégie s'inscrive en continuité avec le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010, qui a été reconduit jusqu'en 2015, puis jusqu'en 2020 (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006), elle donne un nouvel élan à la lutte contre le tabagisme au Québec en tenant compte des nouvelles réalités.

Le gouvernement du Québec étant lié par décret à la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la lutte antitabac depuis 2006 (Organisation mondiale de la santé, 2003), la Stratégie se veut un appui à ce traité sur la scène québécoise et une réaffirmation de l'importance des mesures qui visent la réduction de la demande et de l'offre des produits du tabac ainsi que la prévention de la dépendance nicotinique, notamment.

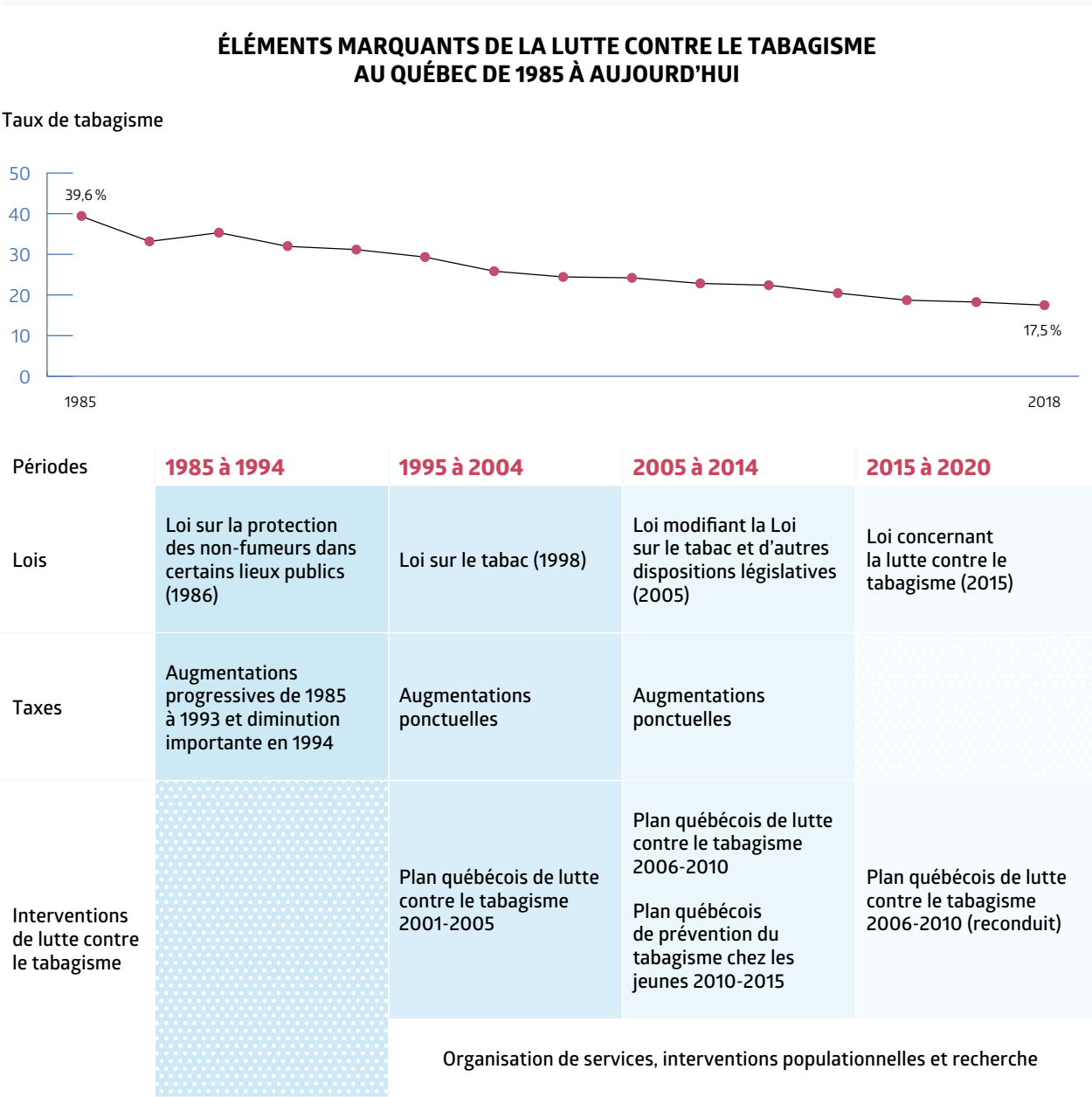
En cohérence avec la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS), la Stratégie comprend un ensemble de mesures audacieuses qui visent l'atteinte de la cible de 10 % de fumeurs quotidiens et occasionnels au Québec d'ici 2025. Ces mesures s'articulent autour de quatre axes d'intervention : la dénormalisation du tabagisme, la prévention de l'usage des produits du tabac et de vapotage chez les jeunes, l'abandon du tabagisme ainsi que la protection contre l'exposition à la fumée secondaire et tertiaire des produits du tabac. Des activités de surveillance, de développement et d'intégration des connaissances viendront appuyer les interventions de façon transversale. Enfin, des mesures ont précisément été définies pour les membres des communautés des Premières Nations et Inuits.

C'est en apportant une cohésion aux différentes actions à réaliser « intensivement et simultanément, avec le concours d'un ensemble de partenaires gouvernementaux et de la société civile » (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016c, p. 65) que la Stratégie permettra d'agir en synergie et en complémentarité sur tous les aspects de la problématique du tabagisme.

LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Éléments marquants de la lutte contre le tabagisme au Québec

La lutte contre le tabagisme au Québec est caractérisée par de nombreux éléments marquants qui ont permis de réaliser des gains depuis la fin des années 1980. La section suivante aborde ces éléments de façon plus détaillée.



Sources : Les taux de tabagisme de 1985 à 1999 proviennent de l'Enquête sociale générale 1985, 1991 et 1996 ainsi que de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 et 1998-1999 (Gilmore, 2002) ; les taux de tabagisme de 2000 à 2018 sont issus de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001, 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 et 2018 (Institut national de santé publique du Québec, 2019 ; Statistique Canada, 2020).

› Lois

Au cours des dernières décennies, le gouvernement du Québec a réalisé de nombreuses interventions dans le but de lutter avec vigueur contre le tabagisme. Par exemple, il a adopté plusieurs mesures législatives et réglementaires.

En effet, en 1986, le gouvernement du Québec a adopté la Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics afin d'interdire l'usage du tabac dans les établissements de santé et de services sociaux ainsi que dans certains autres organismes publics. D'autres lieux ainsi que des véhicules de transport public ont aussi été visés par l'interdiction de fumer.

En 1998, le gouvernement a poursuivi ses efforts en adoptant la Loi sur le tabac. Des restrictions additionnelles ont été imposées dans des lieux déjà visés par la loi de 1985. De nouveaux lieux se sont aussi ajoutés, tels que les lieux fréquentés par les mineurs, les milieux de travail et les restaurants. La commandite d'événements faisant la promotion des produits du tabac est devenue interdite. Des dispositions réglementaires ont également été prévues concernant la vente de tabac aux mineurs.

En 2005, le gouvernement a adopté la Loi modifiant la loi sur le tabac et d'autres dispositions législatives. Grâce à cette loi, il est devenu interdit de fumer partout à l'intérieur des bars, des restaurants, des salles de quilles et des salles de bingo ainsi qu'à 9 m de toute porte communiquant avec les établissements d'enseignement et les établissements de santé et de services sociaux. Les étalages de produits du tabac sont devenus interdits dans les points de vente à partir de 2008, et les détaillants ont désormais eu à placer les produits du tabac hors de la vue du public, dans des étagères et des tiroirs fermés.

En 2015, la Loi concernant la lutte contre le tabagisme est venue améliorer le cadre législatif en matière de lutte contre le tabagisme. La loi de 2015 est l'une des plus avancées au monde. Avec cette loi, plusieurs mesures sont entrées en vigueur pour protéger les jeunes et prévenir chez eux l'usage du tabac et des produits de vapotage, pour protéger la population des dangers de l'exposition à la fumée du tabac et pour favoriser l'abandon du tabac. La cigarette électronique (CE) et tous les autres dispositifs de même nature sont devenus soumis aux mêmes règles que les produits du tabac. La vente des produits du tabac comportant une saveur ou un arôme autres que ceux du tabac, excluant les CE et leurs composantes, a été interdite. Avec la loi de 2015, il est également devenu interdit de fumer dans un rayon de 9 m de toute porte et de toute fenêtre qui s'ouvrent ainsi que dans un rayon de 9 m de prises d'air communiquant avec un lieu fermé où il est interdit de fumer, c'est-à-dire tous les lieux publics et les lieux de travail. D'autres mesures, notamment concernant les immeubles d'habitation, ont pris effet. Les emballages des produits du tabac sont maintenant réglementés, et les paquets de cigarettes et de petits cigares doivent comporter une mise en garde de santé de taille fixe. Toute forme d'incitatifs ou de rétributions provenant des fabricants ou des distributeurs de produits du tabac est proscrite. Enfin, la majorité des établissements publics, incluant les établissements de santé et de services sociaux ainsi que les établissements d'enseignement collégial et universitaire, ont une politique visant à établir un environnement sans fumée.

› Taxes

Les produits du tabac vendus au Québec sont assujettis à la taxe d'accise fédérale, à la taxe sur les produits et services ainsi qu'à la taxe spécifique sur les produits du tabac (ou taxe d'accise provinciale). Inchangée depuis juin 2014, la taxe spécifique sur les produits du tabac pour une cartouche de 200 cigarettes s'élève à 29,80 \$ au Québec, comme l'indique la Loi concernant l'impôt sur le tabac, et est de loin la plus basse au Canada. Par exemple, au Manitoba, où les taxes sont les plus hautes du Canada, la taxe d'accise provinciale s'élève à 60 \$ pour une cartouche (Manitoba, s. d.). Au Québec, la taxe spécifique sur les produits du tabac a connu une importante diminution en 1994, passant de 13,76 \$ à 2,76 \$ par cartouche, puis a augmenté de façon ponctuelle au fil des ans. Santé Canada a analysé le prix des cigarettes sur plusieurs années. Les résultats montrent que, depuis 2003, la hausse du prix des cigarettes par l'industrie est plus importante que l'augmentation de la taxe d'accise fédérale (Nugent et Tremblay, 2017). De plus, l'industrie du tabac riposte aux hausses de taxes en segmentant ses prix de vente, de manière à garder accessibles des marques de type économique, et en maximisant ses revenus avec les marques de luxe (Gilmore, Tavakoly, Taylor et Reed, 2013). Cette stratégie de vente au rabais viserait à attirer les jeunes fumeurs, les fumeurs à faible revenu et les fumeurs songeant à arrêter de fumer pour des raisons économiques. Par ailleurs, la part de marché des produits de la contrebande de tabac a diminué de façon significative dans la dernière décennie, et ce, malgré l'augmentation de la taxe spécifique sur les produits du tabac durant la même période (Québec, 2018).

› Organisation de services, interventions populationnelles et recherche

Dans les dernières décennies, des progrès ont aussi été réalisés grâce à l'élaboration de documents pour structurer les actions de lutte contre le tabagisme.

Par exemple, depuis 1995, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) produit un plan québécois de lutte contre le tabagisme ainsi que d'autres plans ciblés. Ces plans guident le réseau de partenaires nationaux et régionaux qui mettent en œuvre des actions de lutte contre le tabagisme.

Ces plans ont aussi permis d'harmoniser les interventions, les services ainsi que les activités de recherche qui ont favorisé la création d'une norme sociale de non-usage du tabac et de protection des non-fumeurs au gré du temps. Il existe au Québec de nombreuses campagnes de sensibilisation qui se déroulent tout au long de l'année. Des services sont aussi offerts aux fumeurs qui souhaitent cesser de fumer, notamment les services de counseling gratuits offerts dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT) et par la ligne J'ARRÊTE, de même que le site Internet J'ARRÊTE et le Service de messagerie texte pour arrêter le tabac (SMAT). En milieu scolaire, plusieurs campagnes de communication et des programmes sont mis sur pied afin d'éviter que les jeunes commencent à fumer du tabac et, depuis quelques années, qu'ils consomment des produits de vapotage. Pour les professionnels de la santé, des formations adaptées ont été élaborées. Les aides pharmacologiques sont remboursées par le régime public d'assurance médicaments (RPAM) depuis 2000. En plus de ces services et interventions populationnelles, des activités de surveillance des comportements associés au tabagisme et au vapotage se poursuivent et s'intensifient selon les besoins. Des enquêtes permettent de suivre la prévalence du tabagisme. Un suivi des connaissances et le soutien à la recherche se sont structurés. Enfin, de plus en plus d'interventions sont évaluées au regard de leur implantation et, lorsque cela est possible, de leur efficacité.

Tabagisme : état de situation

➤ Prévalence du tabagisme et du vapotage

Le tabagisme est considéré comme la principale cause évitable de morbidité et de mortalité en Amérique du Nord. Au Québec, cette problématique demeure une priorité de santé publique, car près de 13 000 Québécois meurent chaque année de maladies attribuables au tabagisme (Dobrescu et autres, 2017). Le nombre de fumeurs est estimé à 1,3 million au Québec. Bien qu'il soit encore élevé, le taux de tabagisme chez les personnes de 12 ans et plus a connu une diminution significative au cours des dernières années. La proportion de fumeurs quotidiens et occasionnels de 12 ans et plus est passée de 29,5 % au début des années 2000 à 17,5 % en 2018 (ces données proviennent de l'ESCC 2000-2001 et 2018 [Institut national de santé publique du Québec, 2019 ; Statistique Canada, 2020]). Notons que le taux de tabagisme est demeuré sensiblement le même entre 2014 et 2018. À titre de comparaison, la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick ont les taux de tabagisme les moins élevés au Canada (ces taux sont respectivement de 12,0 % et 14,6 %), alors que la Saskatchewan présente la plus forte proportion de fumeurs (20,1 %) (Statistique Canada, 2020). Par ailleurs, d'importantes disparités existent entre certains groupes de la population quant au taux de tabagisme. Notamment, la prévalence du tabagisme demeure plus élevée chez les personnes désavantagées socialement et économiquement, les adultes peu scolarisés et les jeunes adultes de 18 à 34 ans (Institut national de santé publique du Québec, 2018 ; Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017).

Le tabagisme chez les jeunes a diminué de manière importante depuis les 20 dernières années. Au Québec, la proportion d'élèves du secondaire ayant fait usage d'un produit du tabac¹ au cours des 30 jours précédant l'enquête est passée de 33 % en 1998 à 12 % en 2013 (Traoré et autres, 2014). Les plus récentes données montrent un taux de tabagisme chez les adolescents de 11 % (Traoré et autres, 2018). L'âge auquel les adolescents expérimentent les produits du tabac est en augmentation. Par exemple, la proportion d'élèves du secondaire ayant fumé une cigarette au complet avant l'âge de 13 ans est passée de 8,1 % à 2,5 % de 2010-2011 à 2016-2017 ; avant l'âge de 14 ans, ces proportions sont respectivement de 15,3 % et 5,6 % (Traoré et autres, 2018). L'âge d'initiation au tabagisme est un facteur d'influence important. Pendant l'adolescence, alors que le cerveau est encore en développement, les jeunes sont plus sensibles aux effets de la nicotine et à la dépendance qu'elle peut créer.

De nouveaux dispositifs de consommation de nicotine ont fait leur apparition sur le marché depuis quelques années, soit les produits de vapotage. Ces produits en constante évolution, aux formes et aux saveurs variées, représentent un nouvel enjeu de santé publique. Rappelons que depuis l'adoption du projet de loi S-5, en mai 2018, les produits de vapotage contenant de la nicotine sont légaux. Les données les plus récentes au sujet des produits de vapotage datent de 2017 et montrent que 3 % des adultes québécois (15 ans et plus) avaient fait usage de ces produits au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête (Canada, 2019b). Il faut toutefois préciser que ces données ont été recueillies avant la légalisation des produits de vapotage avec nicotine au Canada. Chez les jeunes, la prévalence de l'usage des produits de vapotage a subi une croissance rapide en quelques années, ce qui témoigne de la popularité de ces produits. En 2016-2017, 9,8 % des jeunes avaient vapoté dans les 30 derniers jours précédant l'enquête comparativement à 16,7 % en 2018-2019 (Canada, 2018 ; Canada, 2019b).

1. Sont inclus la cigarette, le cigare, le cigarillo, la pipe à eau ou le tabac à chiquer.

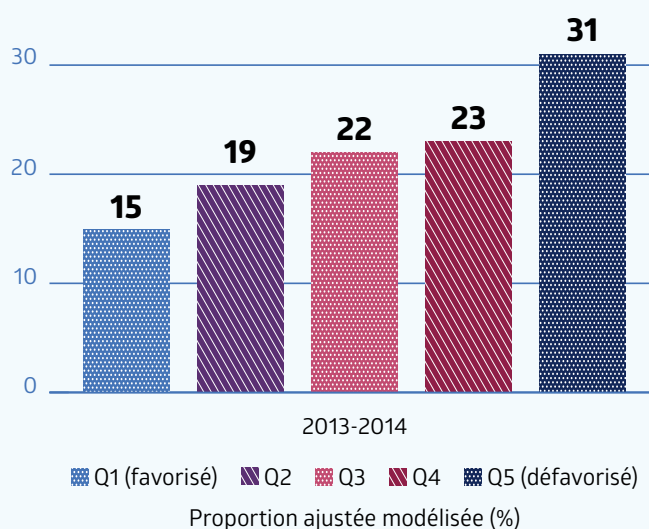
➤ Prévalence de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement

Même si de moins en moins de Québécois y sont exposés, la fumée de tabac dans l'environnement demeure une problématique importante. En 2015-2016, parmi les non-fumeurs adultes, 4,3 % étaient exposés à la fumée de tabac au domicile, 3,3 % l'étaient dans les véhicules et 10,3 % l'étaient dans les lieux publics, l'exposition étant quotidienne ou presque (Lasnier et O'Neill, 2019). Par ailleurs, de moins en moins d'élèves du secondaire sont exposés à la fumée de tabac chaque jour ou presque dans l'environnement familial (24 % en 2008 comparativement à 17 % en 2013) et dans les véhicules (13 % en 2008 comparativement à 8 % en 2013) (Traoré et autres, 2014).

➤ Inégalités sociales de santé et prévalence du tabagisme

Bien que la dernière décennie ait été marquée au Québec par une baisse significative de l'usage de la cigarette et de l'exposition à la fumée de tabac au domicile et dans les véhicules, il n'en demeure pas moins que la prévalence de ces phénomènes n'est pas la même entre les différents groupes sociaux et suit généralement un gradient socioéconomique très prononcé dans les pays industrialisés (Lasnier et autres, 2019). En 2013-2014, la prévalence de l'usage de la cigarette chez les Québécois de 18 ans et plus était significativement plus élevée chez les personnes les plus défavorisées sur les plans matériel et social (31 % comparativement à 15 % chez les personnes les plus favorisées). En fait, comme le montre la figure ci-dessous, l'usage de la cigarette suit un gradient bien défini selon les cinq quintiles de l'indice de défavorisation matérielle et sociale. Les taux de tabagisme sont également plus élevés chez les personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, les célibataires et les personnes vivant seules (Institut national de santé publique du Québec, 2018).

PROPORTION DE FUMEURS QUOTIDIENS ET OCCASIONNELS ÂGÉS DE 20 ANS ET PLUS SELON LE QUINTILE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE, 2013-2014



Source : Institut national de santé publique du Québec, 2018

› Maladies et décès associés au tabagisme

La part de la mortalité évitable attribuable au tabagisme en Amérique du Nord est majeure. Au Québec, le tabagisme cause annuellement un peu plus de 13 000 décès dont 50 % sont prématurés (Dobrescu et autres, 2017). De plus, les fumeurs ont une espérance de vie moins élevée que les non-fumeurs (les fumeurs vivent au moins 10 ans de moins) (Ben Amar et Légaré, 2006). La majorité des décès imputables au tabagisme font partie de l'une de ces trois catégories : cancers, maladies cardiovasculaires (MCV) et maladies respiratoires (Dobrescu et autres, 2017). Les non-fumeurs exposés à la fumée de tabac sont également à risque de présenter un problème de santé appartenant à l'une de ces catégories (Guérin et autres, 2006).

› Coûts du tabagisme

Des coûts sociaux et économiques importants sont attribuables au tabagisme. Par rapport aux coûts sociaux, le tabagisme est associé à de l'absentéisme au travail et à une utilisation accrue des services de santé. Pour ce qui est des coûts économiques, au Québec, le tabagisme représente 2,5 milliards de dollars par année, les coûts directs et les coûts indirects de soins de santé s'élevant respectivement à 1,87 milliard de dollars et 0,64 milliard de dollars (Dobrescu et autres, 2017). Selon une autre étude, on estime que chaque baisse de 1 point de pourcentage du tabagisme fait économiser annuellement 41 millions de dollars en coûts directs de soins de santé et 73 millions de dollars en coûts indirects, soit un total de 114 millions de dollars (Ouellette et autres, 2005).

FONDEMENTS DE LA STRATÉGIE POUR UN QUÉBEC SANS TABAC 2020-2025

Le tableau ci-dessous présente les éléments clés qui sont à la base de la Stratégie et qui viendront orienter sa mise en œuvre.

CADRE DE TRAVAIL

FONDEMENTS TRANSVERSAUX

Réduction des inégalités sociales de santé	Concertation et mobilisation des acteurs	Actions fondées sur les données probantes et les meilleures pratiques	Inclusion des clientèles spécifiques
--	--	---	--------------------------------------

VISION

Améliorer la santé et la qualité de vie des générations présentes et futures en réduisant le tabagisme².

CIBLE PRINCIPALE

D'ici 2025, faire passer à 10 % la proportion de fumeurs quotidiens et occasionnels.

OBJECTIF GÉNÉRAL

Réduire la mortalité, la morbidité, les coûts de santé et les inégalités sociales de santé associés au tabagisme.

2. Dans la vision, le terme *tabagisme* inclut la prévention de l'usage des produits du tabac et des produits de vapotage chez les jeunes ainsi que l'abandon du tabac pour l'ensemble de la population.

AXES D'INTERVENTION

Dénormalisation du tabagisme	Prévention de l'usage des produits du tabac et de vapotage chez les jeunes	Abandon du tabagisme	Protection contre l'exposition à la fumée secondaire et tertiaire des produits du tabac
------------------------------	--	----------------------	---

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

➤ Réduire l'attrait et l'accessibilité des produits du tabac. ➤ Promouvoir une norme sociale en faveur du non-usage des produits du tabac. ➤ Réduire l'attrait et l'accessibilité des produits de vapotage chez les jeunes et les non-fumeurs.	➤ Promouvoir et mettre en place des environnements qui favorisent le non-usage des produits du tabac et de vapotage chez les jeunes. ➤ Sensibiliser les jeunes et développer leurs compétences afin de prévenir l'usage des produits du tabac et de vapotage et s'assurer qu'ils demeurent non-fumeurs et non-vapoteurs.	➤ Améliorer la qualité et la couverture des services d'abandon du tabagisme selon les besoins des clientèles. ➤ Rendre optimales les pratiques des professionnels de la santé en matière d'abandon du tabagisme ➤ Accroître la promotion des services d'abandon du tabagisme et la motivation des fumeurs à cesser de fumer.	➤ Promouvoir et mettre en place des environnements sans fumée.
--	---	--	--

MESURES D'INTERVENTION

6 mesures	6 mesures	8 mesures	4 mesures
-----------	-----------	-----------	-----------

CIBLES SPÉCIFIQUES

➤ Augmentation des prix des produits du tabac. ➤ Diminution de la densité des points de vente des produits du tabac. ➤ Augmentation de la perception négative du tabagisme et des pratiques de l'industrie.	➤ Augmentation de l'âge d'initiation au tabagisme. ➤ Diminution de la prévalence de l'usage des produits du tabac et de vapotage chez les jeunes.	➤ Augmentation de la proportion d'anciens fumeurs. ➤ Augmentation des fumeurs ayant recours aux services d'abandon du tabagisme. ➤ Augmentation des fumeurs ayant l'intention de cesser de fumer.	➤ Diminution de l'exposition quotidienne ou presque à la fumée de tabac des autres à la maison, dans les lieux publics et dans les véhicules.
---	--	---	---

AUTRES MESURES

Les mesures définies pour les communautés des Premières Nations et Inuits sont inscrites dans le Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022.

SURVEILLANCE, DÉVELOPPEMENT ET INTÉGRATION DES CONNAISSANCES

Des activités de surveillance, de développement et d'intégration des connaissances sont mises en œuvre, et ce, pour chaque axe d'intervention.

➤ Réduction des inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé sont un enjeu fondamental et transversal de santé publique (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Selon l'OMS, le tabagisme contribue grandement à l'existence des inégalités sociales de santé (World Health Organization, 2014). En effet, les données montrent que les personnes socialement et économiquement désavantagées sont plus susceptibles de s'initier au tabagisme, fument plus longtemps, vivent plus d'échecs lorsqu'elles tentent de cesser de fumer, sont davantage exposées à la fumée de tabac, sont plus sujettes au cancer du poumon ou aux MCV causées par l'usage de la cigarette et meurent plus souvent de façon prématurée. De plus, malgré une baisse de la proportion de fumeurs au Québec dans les 10 dernières années, on constate que des inégalités persistent en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac selon la défavorisation et la scolarité. Des environnements moins favorables pourraient aussi avoir une incidence plus forte dans les milieux défavorisés, notamment en ce qui a trait à la densité des points de vente de tabac (Lasnier et autres, 2019).

Comme le Programme national de santé publique, la Stratégie tient compte des inégalités sociales de santé en matière de tabagisme en incluant des interventions et des actions ciblées pour certains groupes de la population plus vulnérables. De plus en plus d'études portent sur le niveau d'efficacité des stratégies en matière de lutte contre le tabagisme auprès des groupes vulnérables et pourront orienter et appuyer le choix des actions. Ce choix devra tenir compte des stratégies déjà élaborées en vue de réduire les inégalités sociales de santé, dont le soutien des milieux de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires, l'amélioration des conditions de vie, les actions pour et avec les groupes vulnérables ainsi que l'harmonisation des politiques publiques et des actions en faveur de la santé et du bien-être (Bergeron et Tremblay, 2018).

➤ Concertation et mobilisation des acteurs

S'il est possible de lutter contre le tabagisme à différents niveaux de la société, l'expérience montre que les résultats les plus visibles s'obtiennent par des actions nationales stratégiques coordonnées (Organisation mondiale de la santé, 2006). À ce propos, avec la Stratégie, le MSSS joue un rôle prépondérant en soutenant et en partageant une vision globale et intégrée de lutte contre le tabagisme. La Stratégie représente une nouvelle occasion pour les acteurs visés de se mobiliser et de réaffirmer leur volonté d'agir en concertation.

Bien qu'elle soit fortement associée au domaine de la santé publique, la problématique du tabagisme dépasse largement le champ d'expertise des professionnels de la santé. La lutte contre le tabagisme est davantage une question multisectorielle, et plusieurs ministères et directions du MSSS ont un rôle à jouer dans cette lutte et ont été invités à se prononcer sur les mesures d'intervention les concernant et à affirmer leur volonté de s'engager dans leur mise en œuvre. Le succès de la lutte contre le tabagisme repose aussi sur l'engagement d'une foule d'acteurs de divers milieux, secteurs et paliers d'intervention. Ce large soutien est une condition de réussite de la lutte contre le tabagisme et de la Stratégie.

Dès l'étape de l'élaboration de la Stratégie, des acteurs de divers horizons, notamment les directions de santé publique, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et de nombreux organismes engagés dans la lutte contre le tabagisme, ont été consultés pour le choix des mesures d'intervention afin que celles-ci collent aux besoins et à la réalité des nombreux intervenants de lutte contre le tabagisme. Les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que différents partenaires ont également été consultés sur les mesures proposées dans la Stratégie. L'expertise de ces acteurs et partenaires viendra enrichir les actions découlant de ces mesures. À ce sujet, l'annexe 2 précise les mesures pour lesquelles les organismes responsables et les collaborateurs ont témoigné leur adhésion et leur collaboration. Au cours de la démarche de consultation, les partenaires ont formulé des commentaires et des suggestions qui ont permis d'améliorer les mesures et les pistes de mise en œuvre.

Face aux nouveaux défis, force est de constater que l'appui de la population et des partenaires engagés dans la lutte contre le tabagisme s'avère plus que jamais essentiel. Le succès de la lutte contre le tabagisme nécessite la poursuite de cet effort collectif, dans le respect des champs d'intervention, des responsabilités et des rôles de chacun des acteurs concernés (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b). Le MSSS s'engage à exercer un leadership fort tout en appelant les partenaires à l'action concertée dans la mise en œuvre de la Stratégie.

➤ Actions fondées sur les données probantes et les meilleures pratiques

Les données démontrent que la mise en œuvre d'un programme national de lutte contre le tabagisme fondé sur les données probantes et les meilleures pratiques réduit le taux de tabagisme ainsi que les taux de morbidité et de mortalité qui y sont associés. Les meilleures pratiques permettent de coordonner les efforts afin d'établir des environnements sans fumée et des normes sociales, de promouvoir la cessation, d'offrir de l'aide et de prévenir le tabagisme (Centers for Disease Control and Prevention, 2014). De plus, l'OMS souligne l'importance d'intégrer les produits de vapotage dans l'élaboration des politiques gouvernementales et les mesures législatives et réglementaires afin que ces produits ne viennent pas contrecarrer les efforts de santé publique en réduction du tabagisme (World Health Organization, 2019). Les mesures d'intervention proposées dans la Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025 sont le fruit d'une analyse, réalisée par le comité de travail sur la Stratégie, des principales mesures trouvées dans la littérature et appuyées sur les données probantes. Les mesures incluses dans la Stratégie ont été retenues à la lumière des recommandations du comité, sur la base des meilleures pratiques issues de la recherche et adaptées à l'expérience et au contexte québécois.

➤ Inclusion des clientèles spécifiques

On observe des taux de tabagisme plus élevés dans plusieurs groupes de la population plus vulnérables à cette problématique en raison de leurs caractéristiques propres et de leurs réalités. Pensons entre autres aux adolescents, aux jeunes adultes, aux femmes enceintes, aux personnes aux prises avec un trouble de santé mentale, un trouble de toxicomanie ou des troubles concomitants ainsi qu'aux personnes défavorisées sur les plans matériel et social. L'adaptation des interventions constitue un défi qu'il faut aborder de façon transversale, car peu de services, programmes, campagnes et autres actions en matière de lutte contre le tabagisme sont adaptés aux clientèles spécifiques. La prise en compte des déterminants de la santé et du contexte des clientèles spécifiques ainsi que l'inclusion de ces clientèles dans le processus d'évaluation de leurs besoins et dans la planification des interventions qui les concernent devront faire partie intégrante de la mise en œuvre de la Stratégie.

AXES ET MESURES D'INTERVENTION

La Stratégie comprend des axes et des mesures d'intervention qui pourront guider, au cours des prochaines années, les actions gouvernementales nationales, les actions aux niveaux régional et territorial ainsi que les actions des organismes non gouvernementaux et autres partenaires de la lutte contre le tabagisme. Les pistes de mise en œuvre qui accompagnent les mesures constituent des exemples et non un plan d'action. Par ailleurs, chaque mesure est associée à un ou plusieurs responsables et collaborateurs de sa mise en œuvre. La liste des mesures et des responsables et collaborateurs est présentée à l'annexe 2.

Chaque axe d'intervention (dénormalisation, prévention, abandon et protection) comprend des mesures existantes renforcées ou de nouvelles mesures innovantes, levier essentiel à l'atteinte de résultats significatifs.

Axe 1: dénormalisation du tabagisme

Le principe de dénormalisation, appliqué à la lutte contre le tabagisme, est défini comme une approche visant à changer la norme sociale qui encourage l'usage du tabac, prônée par l'industrie, en modifiant le climat social et le cadre juridique afin que le tabac devienne moins acceptable, moins désirable et moins accessible (Jacques, Hubert et Laguë, 2004). Étant donné la popularité grandissante du vapotage chez les jeunes et le consensus scientifique à l'égard des risques de cette pratique chez certaines clientèles, certaines mesures de l'axe de dénormalisation incluent également les produits de vapotage.

Les mesures figurant dans l'axe 1 visent les objectifs spécifiques suivants :

- Réduire l'attrait et l'accessibilité des produits du tabac ;
- Promouvoir une norme sociale en faveur du non-usage des produits du tabac ;
- Réduire l'attrait et l'accessibilité des produits de vapotage chez les jeunes et les non-fumeurs.

› Mesures

1.1.

Soutenir et développer une politique de prix des produits du tabac, notamment au moyen de l'augmentation de la taxe spécifique sur les produits du tabac et d'autres stratégies agissant sur le prix

L'augmentation des taxes et des prix des produits du tabac est une mesure recommandée par la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (Organisation mondiale de la santé, 2003). L'efficacité de cette mesure pour réduire la prévalence du tabagisme a été maintes fois démontrée par des études rigoureuses, et cette stratégie aurait des effets positifs sur plusieurs axes, tant en dénormalisation qu'en abandon et en prévention du tabagisme.

Il est prouvé qu'une augmentation de 10 % du prix des cigarettes réduit la consommation de 4 % (National Cancer Institute et World Health Organization, 2016). Pour des effets maximaux, il importerait d'augmenter aussi le prix des marques économiques et des autres produits du tabac.

Selon les connaissances sur les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique, l'augmentation du prix des cigarettes par la taxation est la mesure qui aurait le plus d'effets pour réduire les inégalités sociales de santé (Bergeron et Tremblay, 2018).

Des travaux portant sur le contenu, la faisabilité et les effets d'une politique de prix des produits du tabac et d'autres stratégies seront à explorer dans l'optique d'une éventuelle révision de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme. Les moyens mis en œuvre devront être cohérents avec les objectifs de santé publique.

1.2.

Réduire l'accessibilité géographique des produits du tabac

Une densité élevée de détaillants de tabac, notamment près des écoles et dans les quartiers défavorisés, est associée à des taux plus élevés de tabagisme, à la vente de produits du tabac aux jeunes et à des rechutes plus nombreuses pendant les tentatives d'abandon (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). Bien que les données soient limitées, il semble que les mesures qui restreignent la densité des points de vente et l'accessibilité des produits contribueraient à diminuer l'initiation au tabac et à favoriser la cessation tabagique (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017).

Cette mesure pourrait être mise en œuvre au moyen de plusieurs stratégies simultanées comme la réglementation de l'urbanisme et du zonage ainsi que la réduction du nombre de points de vente.

1.3.

Mettre en place un système de permis ou de licences tarifés de vente de produits du tabac et de vapotage

Un système de permis ou de licences tarifés de vente de produits du tabac et de vapotage pourrait constituer une autre restriction apportée à la vente au détail des produits du tabac. Un tel système permettrait d'avoir un registre à jour des points de vente, qui servirait à réglementer la densité et la localisation des points de vente et qui permettrait éventuellement de réduire le nombre de détaillants autorisés (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017).

Dans son rapport, la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise (2015) recommande d'exiger des commerçants qu'ils possèdent un permis de vente de produits du tabac. Par exemple, si les commerçants devaient posséder un permis au coût annuel de 250 dollars, un revenu de 2 millions de dollars serait généré annuellement. Au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, de même que dans plusieurs villes de l'Ontario et de l'Alberta, les détaillants doivent payer pour obtenir un permis de vente de produits du tabac.

Des travaux portant sur les modalités, la faisabilité et les effets d'un permis tarifé de vente de produits du tabac pour les commerçants, d'un permis tarifé pour les fabricants ainsi que d'une licence tarifée de commercialisation pour chaque marque pourraient être envisagés dans l'optique d'une éventuelle révision de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme.

1.4.

Poursuivre, avec les partenaires concernés, les actions concertées et coordonnées permettant de lutter contre la contrebande des produits du tabac

Les mesures de lutte contre la contrebande mises en œuvre au Québec ont contribué à réduire le commerce illégal de tabac et à augmenter les revenus provenant des taxes sur les produits du tabac. La part de marché des produits de contrebande de tabac est passée de près de 30 % en 2009 à 12 % en 2016 (Québec, 2018), et ce, malgré le fait que la taxe spécifique sur les produits du tabac a augmenté durant cette période. D'autres données appuient de faibles taux de contrebande au Québec (Guindon, Burkhalter et Brown, 2017). La mise en œuvre de cette mesure permettra de maintenir et poursuivre les gains.

1.5.

Renforcer l'application des volets de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme qui portent sur l'interdiction de vente en ligne et de promotion des produits du tabac et de vapotage sur les nouvelles plateformes de communication numériques, particulièrement dans les médias sociaux, notamment en favorisant un meilleur partage de l'information avec les partenaires

Selon l'OMS, l'industrie du tabac utilise de plus en plus les médias sociaux et les applications mobiles afin de promouvoir ses produits. Étant donné la croissance fulgurante des technologies de l'information et de la communication ainsi que du fait que les enfants et adolescents sont particulièrement exposés à ces technologies, il apparaît essentiel de contrôler la promotion réalisée sur celles-ci (World Health Organization, 2019), et ce, tant pour les produits du tabac que pour les produits de vapotage, car le marketing de ces deux catégories de produits présente des similarités (Montreuil, 2017). Cette mesure pourrait être mise en œuvre de différentes façons sur la base des meilleures pratiques, notamment au moyen d'outils de surveillance accrue en ligne et d'une stratégie d'inspection renforcée.

1.6.

Planifier et mettre en œuvre une stratégie de communication visant à dénormaliser le tabagisme

Des campagnes médiatiques visant la dénormalisation du tabagisme ont cours depuis de nombreuses années au Québec. Ces campagnes, s'inscrivant dans une approche globale, constituent un levier d'intensification des efforts de dénormalisation, qu'il faut s'assurer d'actualiser. À titre d'exemple, les effets du tabagisme sur l'environnement ont été abordés lors d'une récente campagne de dénormalisation du tabagisme visant les jeunes. Une piste à envisager afin que les stratégies médiatiques en matière de dénormalisation soient optimales est d'accroître, en durée et en fréquence, les campagnes qui favorisent le changement de la norme sociale en matière d'usage du tabac et d'usage des produits de vapotage chez les populations ciblées. Les campagnes pourraient tenir compte des objectifs suivants : faire connaître à la population visée les pratiques de l'industrie et l'informer des nouvelles mesures gouvernementales à l'égard de la commercialisation des produits.

» Défis et enjeux

Lors de la mise en œuvre des mesures visant la dénormalisation du tabagisme, les défis et enjeux ci-dessous devront faire l'objet d'une considération particulière.

Adaptation rapide et continue de l'industrie

Le rythme auquel l'industrie du tabac évolue et adapte ses stratégies représente un défi. En segmentant ses prix, l'industrie peut notamment offrir des cigarettes au rabais, dont le prix augmente peu ou pas et pourrait nuire aux effets de la taxation des produits. Les nouveaux produits créés en continu par l'industrie peuvent être attrayants, notamment pour les jeunes (ex. : les produits de vapotage, les produits de tabac chauffé). Ces pratiques de l'industrie justifient la mise en œuvre d'actions visant la dénormalisation.

Légalisation du cannabis

Les effets encore inconnus de la légalisation du cannabis sur la consommation de tabac représentent une préoccupation et devront faire l'objet de surveillance.

Évolution des moyens de communication

L'évolution rapide des médias sociaux et le fait que leur contenu est généré par les utilisateurs représentent à la fois des possibilités et des défis importants, qui exigent des approches différentes au moment d'élaborer des interventions visant à contrer le marketing des produits du tabac et de vapotage. Depuis l'arrivée des médias sociaux, il est plus facile pour l'industrie de promouvoir ses produits et de communiquer avec les consommateurs. L'absence de frontières sur Internet pourrait également rendre l'application de certaines mesures législatives moins efficace (Montreuil, 2017).

Risques de stigmatisation des fumeurs

Les messages qui visent à dénormaliser le fait de fumer comportent des risques de stigmatisation des fumeurs, qui, rappelons-le, sont aux prises avec un produit qui cause une forte dépendance (Bouthillier et Filiatrault, 2003). Dans cette optique, il importe que, lors de la mise sur pied des activités visant le changement de la norme sociale, une attention particulière soit portée aux messages livrés.

Axe 2 : prévention de l'usage des produits du tabac et de vapotage chez les jeunes

Les jeunes qui s'initient aux produits du tabac sont encore nombreux. On constate également depuis quelques années que les élèves du secondaire expérimentent davantage les produits de vapotage. Ce phénomène est alertant à plusieurs égards, car les jeunes risquent de développer rapidement une dépendance à la nicotine et de ressentir à long terme les effets potentiellement néfastes des substances nocives contenues dans les produits de vapotage (Lasnier et Montreuil, 2017). Les CE de quatrième génération méritent une attention particulière, car elles contiennent un liquide à teneur élevée en nicotine et connaissent un succès fulgurant auprès des jeunes. Ces CE sont offertes au Canada depuis l'automne 2018.

Les risques de l'usage des produits du tabac et de vapotage pour les jeunes commandent donc le déploiement d'efforts soutenus auprès de ceux-ci en matière de prévention de l'usage des produits du tabac et de vapotage.

Par ailleurs, bien que la consommation de tabac débute généralement à l'adolescence ou à la préadolescence, le passage à l'âge adulte est de plus en plus reconnu comme une période critique dans la vie d'un fumeur. À cette période, les fumeurs occasionnels sont susceptibles de devenir des fumeurs quotidiens, et certains non-fumeurs peuvent s'initier au tabagisme (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Pour cette raison, l'âge visé par les mesures de prévention du tabagisme a été étendu de 12 à 24 ans.

Les mesures figurant dans l'axe 2 visent les objectifs spécifiques suivants :

- Promouvoir et mettre en place des environnements qui favorisent le non-usage des produits du tabac et de vapotage chez les jeunes ;
- Sensibiliser les jeunes et développer leurs compétences afin de prévenir l'usage des produits du tabac et de vapotage et s'assurer qu'ils demeurent non-fumeurs et non-vapoteurs.

› Mesures

2.1.

Favoriser la mise en œuvre des politiques de lutte contre le tabagisme dans les établissements d'enseignement collégial et universitaire, en incluant dans cette mesure un volet de sensibilisation et de promotion de l'abandon du tabagisme auprès des jeunes adultes

Les politiques de campus complètement sans fumée sont associées à une réduction de la prévalence du tabagisme chez les étudiants, à une réduction de l'intention de fumer et à une diminution de l'exposition sociale à la fumée de tabac. La mise en œuvre de politiques de lutte contre le tabagisme efficaces exige notamment un soutien de la direction et des employés, des ressources suffisantes et un soutien éducatif. De plus, les politiques de lutte contre le tabagisme seraient plus efficaces lorsqu'elles sont globales, c'est-à-dire lorsqu'elles interdisent la publicité, la promotion et la vente de tous les produits du tabac sur le campus, le financement de la recherche et des activités réalisées par l'industrie du tabac ainsi que la participation de celle-ci aux salons de l'emploi sur les campus ou aux activités de recrutement (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). De ce fait, en cohérence avec l'obligation des établissements d'enseignement collégial et universitaire d'avoir une politique sans fumée depuis 2015, un soutien pourrait être offert aux établissements afin de les encourager à adopter une politique de campus complètement sans fumée, incluant tout le terrain. Par ailleurs, comme le prévoient les orientations ministérielles pour les établissements d'enseignement collégial et universitaire (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a), l'usage des produits de vapotage et de tout autre dispositif de cette nature devrait aussi être visé par les politiques.

2.2.

Encourager l'adoption et soutenir la mise en œuvre des politiques de lutte contre le tabagisme dans les écoles secondaires, en incluant un volet de sensibilisation destiné aux jeunes, notamment des milieux défavorisés

Associées à des stratégies éducatives, les politiques de lutte contre le tabagisme contribuent à réduire le tabagisme. Ces politiques sont efficaces lorsqu'elles sont appliquées au personnel et aux élèves de l'école, lorsque des règles claires sont appliquées de façon stricte et uniforme et lorsqu'il y a renforcement de la norme de non-usage du tabac (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). Certaines interventions en milieu scolaire sont prometteuses, notamment les activités menées par les pairs (Gamache et Bergeron, 2019). Ainsi, pour soutenir la mise en œuvre des politiques de lutte contre le tabagisme dans les écoles secondaires, des projets nationaux, régionaux ou locaux pourraient être menés afin que le nombre d'écoles qui ont une politique sans fumée augmente. En cohérence avec les orientations des politiques sans fumée des établissements de santé et de services sociaux (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016b) ainsi que des établissements d'enseignement collégial et universitaire (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016a), et en raison de la nocivité des produits de vapotage pour les jeunes, ces produits et tout autre dispositif de cette nature devraient aussi être visés par les politiques.

2.3.

Réduire l'exposition des jeunes aux images de produits du tabac et de vapotage à l'écran (cinéma, télévision et jeux vidéo)

Associant souvent le tabagisme à des messages faussement positifs ou à des acteurs qui jouent un rôle de modèle, les scènes de tabagisme dans les films auraient une influence non négligeable sur les jeunes et contribueraient à leur initiation au tabac (Leonardi-Bee, Nderi et Britton, 2016). Le fait que ces scènes ne sont pas considérées comme une forme de publicité est d'autant plus alarmant. Au cours des trois premiers mois de 2017, 40 % des films américains populaires destinés aux jeunes comprenaient des scènes de tabagisme. Entre 2002 et 2014, de telles scènes apparaissaient dans 59 % des plus gros succès du box-office (Organisation mondiale de la santé, 2016, 1^{er} février). Par ailleurs, les scènes de tabagisme dans les jeux vidéo sont également préoccupantes, notamment en raison de leur réalisme (Montreuil, 2017). Il serait pertinent d'étudier l'exposition des jeunes aux images de produits du tabac et de vapotage à l'écran dans le contexte québécois et d'explorer la faisabilité d'adopter et de mettre en œuvre des mesures visant à réduire cette exposition.

2.4.

Planifier et mettre en œuvre une stratégie de communication adaptée aux jeunes et visant la prévention de la consommation des produits du tabac et de vapotage

Les données probantes montrent que les campagnes de communication sont efficaces pour prévenir le tabagisme chez les jeunes de moins de 18 ans (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). Les campagnes de communication réduiraient l'usage du tabac et l'intention de fumer. Toutefois, pour être efficaces, celles-ci doivent être soutenues dans le temps et être fréquentes (Montreuil, 2017). Ainsi, il est essentiel de poursuivre et d'intensifier la réalisation de campagnes de communication. Pour ce faire, quelques moyens sont à explorer : augmenter la fréquence de diffusion et la durée des campagnes ainsi que les moyens de diffusion adaptés au public cible (Internet, réseaux sociaux, etc.), faire davantage appel au public cible pour la réalisation des campagnes, s'appuyer sur les meilleures pratiques, augmenter les efforts de concertation et de partenariat de tous les acteurs concernés, augmenter la complémentarité des campagnes (messages, exposition, cible, cohérence des messages, etc.), concevoir des messages concernant les produits de vapotage et les nouveaux produits attrayants pour le public cible et diffuser des campagnes qui incluent des volets à portée régionale.

2.5.

Favoriser la réalisation des activités et des programmes de prévention de la consommation des produits du tabac et de vapotage dans les milieux scolaires, les milieux communautaires et les milieux de travail

Les activités et les programmes efficaces de prévention du tabagisme visent à développer les compétences des jeunes afin qu'ils ne subissent pas d'influence et qu'ils soient capables de refuser de consommer des produits du tabac et de vapotage, de résoudre des problèmes et de trouver des solutions de remplacement saines à la consommation de ces produits. Les activités et les programmes efficaces de prévention du tabagisme incluent aussi l'éducation par les pairs et la participation des parents (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). Il est essentiel que les éléments suivants soient également intégrés aux activités et aux programmes de prévention de l'usage du tabac et des produits de vapotage : la publicité, les relations publiques, le plaidoyer par les médias, le marketing populaire et l'éducation aux médias qui composent chacun des volets d'une stratégie de contremarketing efficace (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). Un moyen de mettre en application cette mesure pourrait être de cibler à la fois les milieux scolaires et les milieux communautaires tout en portant une attention particulière aux jeunes des milieux défavorisés et à ceux qui ont un parcours scolaire atypique.

2.6.

Soutenir et réaliser des projets de prévention de l'usage des produits du tabac et de vapotage inspirés des meilleures pratiques de marketing social et destinés à des sous-groupes de jeunes plus à risque de faire usage de ces produits

Le marketing social, reconnu comme une intervention de santé publique efficace, prend appui sur les techniques issues du marketing commercial en vue d'influencer les comportements (Baril et Paquette, 2016). Cette approche semble contribuer à réduire le tabagisme et à favoriser une tentative de renoncement ou de diminution de l'usage du tabac chez les jeunes adultes (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). De plus, ce type d'intervention permet de s'adresser à des populations spécifiques, par exemple en ciblant les groupes de jeunes les plus susceptibles d'être fumeurs ou les plus à risque de le devenir. L'intervention basée sur le marketing social est considérée comme une action permettant de mieux joindre les jeunes adultes québécois dans le rapport du directeur national de santé publique portant sur le tabagisme chez les jeunes adultes (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Une voie à explorer est la mise en œuvre de projets de marketing social destinés à des sous-groupes de jeunes avec un taux de tabagisme ou de vapotage particulièrement élevé.

› Défis et enjeux

Lors de la mise en œuvre des mesures de prévention, les défis et enjeux ci-dessous devront faire l'objet d'une considération particulière.

Diversification des produits sur le marché

On assiste tantôt à une diversification des produits, tantôt à une stratégie de diversion avec le marketing de produits, comme cela s'est produit antérieurement avec les cigarettes légères. Les déclinaisons des produits « 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'autres » (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017, p. 19). Par exemple, une ligne de produits qui contiennent du tabac chauffé plutôt que du tabac brûlé est maintenant offerte sur le marché. Selon les compagnies de tabac qui en font la promotion, ces produits seraient moins dommageables pour la santé. Les rares données indépendantes actuellement disponibles ne permettent pas de dire que ces produits sont moins nocifs que les produits du tabac (U.S. Food and Drug Administration, 2019). On voit également apparaître de nouveaux produits contenant de la nicotine sous forme de poches ou de pastilles. Il faudra suivre l'évolution de la popularité de ces produits.

Légalisation du cannabis

Tout comme le tabac, le cannabis est un produit qui peut être fumé, et les fumeurs de cannabis ajoutent parfois du tabac dans leurs joints. Les fumeurs de tabac et de cannabis seraient ainsi plus portés à consommer ces deux substances de façon concomitante. Les effets encore inconnus de la légalisation du cannabis sur la banalisation de l'acte de fumer représentent un enjeu, d'autant plus que les jeunes adultes représentent le groupe d'âge au sein duquel on trouve la plus grande proportion de consommateurs de cannabis (Conus, Street et Bordeleau, 2019) et de produits du tabac (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017).

Perceptions des jeunes concernant les risques

Les perceptions erronées des jeunes concernant les risques pour la santé de l'usage du tabac et des produits de vapotage représentent un défi en matière de prévention. En effet, 87 % des jeunes canadiens pensent que le fait de fumer la cigarette de temps en temps ne comporte aucun risque ou comporte un risque minime ou un risque modéré pour la santé. La même enquête montre que 79 % des jeunes canadiens pensent que le fait de fumer la CE avec nicotine de temps en temps ne comporte aucun risque ou comporte un risque minime ou un risque modéré pour la santé (Canada, 2019b).

Facteurs de vulnérabilité au tabagisme chez les jeunes

Les facteurs de vulnérabilité au tabagisme chez les jeunes sont considérables et relèvent tant de l'individu que des contextes familiaux, sociaux et environnementaux dans lesquels il évolue. L'exposition à certains facteurs de vulnérabilité serait plus grande chez les jeunes issus de milieux défavorisés. Comme facteurs de vulnérabilité au tabagisme, on rapporte notamment le fait d'avoir des parents ou des amis fumeurs, le fait de vivre des difficultés scolaires et le fait d'habiter un quartier où la densité des commerces qui vendent du tabac est plus élevée (Gamache et Bergeron, 2019). Ainsi, comme les inégalités en matière de tabagisme chez les jeunes se maintiennent généralement à l'âge adulte (World Health Organization, 2014) et se traduisent très souvent en inégalités en matière de morbidité et de mortalité prématurée, il est nécessaire que les interventions de prévention du tabagisme chez les jeunes tiennent compte des facteurs de vulnérabilité et du fait que ces facteurs sont plus élevés dans les milieux défavorisés (Gamache et Bergeron, 2019).

Axe 3 : abandon du tabagisme

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac souligne l'importance de mettre en place ou de renforcer des mesures qui motivent les personnes à tenter de cesser de fumer en rendant disponibles et accessibles des ressources et des moyens permettant l'abandon du tabagisme (Organisation mondiale de la santé, 2003). Plus récemment, l'OMS a une fois de plus affirmé l'importance de faire des interventions en abandon du tabagisme une priorité afin d'atteindre les cibles fixées et de diminuer la mortalité et la morbidité évitables associées au tabagisme (World Health Organization, 2019).

En raison des taux de prévalence élevés du tabagisme chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans, ce groupe d'âge constitue une cible prioritaire. Il en est de même de la population défavorisée ainsi que de certaines clientèles plus touchées par le tabagisme.

Les mesures figurant dans l'axe 3 visent les objectifs spécifiques suivants :

- Améliorer la qualité et la couverture des services d'abandon du tabagisme selon les besoins des clientèles ;
- Rendre optimales les pratiques des professionnels de la santé en matière d'abandon du tabagisme ;
- Accroître la promotion des services d'abandon du tabagisme et la motivation des fumeurs à cesser de fumer.

› Mesures

3.1.

Soutenir la mise en œuvre d'une approche de systématisation des interventions auprès des personnes faisant usage du tabac adaptée à la réalité des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), des établissements de santé non fusionnés et des services de première ligne

L'une des composantes essentielles d'un système d'aide à l'arrêt tabagique est l'offre d'un soutien et d'un traitement aux fumeurs dans tous les établissements de santé et par tous les professionnels de la santé (World Health Organization, 2019). Toute intervention comportementale intensive, définie comme une intervention à l'hôpital avec un suivi d'au moins un mois après la sortie de l'hôpital, avec ou sans thérapies de remplacement de la nicotine (TRN), est efficace et aide le fumeur à arrêter de fumer (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). Les interventions comportementales intensives menées dans le cadre des soins de première ligne, des services ambulatoires préopératoires, des soins dentaires et des services dans les pharmacies sont aussi efficaces (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). L'efficacité de ce type de stratégie de même que le contexte de mise en œuvre des politiques pour un environnement sans fumée dans les établissements de santé et de services sociaux appellent à mieux soutenir les usagers de ces établissements qui font usage du tabac, particulièrement ceux qui sont hospitalisés en raison du fait qu'ils ne peuvent fumer et qu'ils connaissent des symptômes de sevrage découlant de l'abstinence. Ainsi, la formation d'un groupe de travail coordonné par le MSSS pourrait être envisagée. Ce groupe de travail favoriserait la mise en œuvre de modèles d'intervention qui permettraient d'établir le statut tabagique des usagers, de soulager les symptômes de sevrage, d'offrir un soutien et un suivi aux usagers qui désirent cesser de fumer et de diriger ceux-ci vers des services d'aide spécialisée à l'abandon du tabagisme.

3.2.

Améliorer l'accessibilité des aides pharmacologiques, particulièrement pour les fumeurs très dépendants

Les aides pharmacologiques telles que les TRN, la varénicline et le bupropion sont associées à une augmentation des taux d'abandon du tabagisme. Les probabilités d'utiliser les aides pharmacologiques, d'être abstinent et de cesser de fumer seraient plus élevées lorsque ces traitements sont complètement remboursés et que du soutien comportemental est offert (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). Les traitements pharmacologiques doivent aussi être adaptés aux besoins des personnes plus vulnérables au tabagisme. En effet, un traitement sur une plus longue durée ou un traitement à dosage plus élevé peuvent s'avérer nécessaires pour certains fumeurs très dépendants (CAN-ADAPTT, 2011). Les stratégies suivantes sont à explorer en fonction des données probantes et du contexte clinique : modification de la couverture de traitement prolongé, de TRN non couvertes par le RPAM, de TRN à doses supérieures et de traitements multiples durant la même année de même qu'exploration et évaluation de l'efficacité et de l'adaptation des traitements pharmacologiques chez les populations spécifiques.

3.3.

Poursuivre et améliorer le déploiement des interventions d'abandon du tabagisme basées sur les lignes téléphoniques et les nouvelles technologies (ex. : service de messagerie texte, site Internet, réseaux sociaux)

Les services d'abandon du tabagisme basés sur les nouvelles technologies sont associés à une augmentation des taux d'abandon, surtout lorsqu'ils sont personnalisés ou interactifs (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). Les données démontrent l'efficacité des services de messagerie texte quant à la diminution du nombre de cigarettes fumées ainsi qu'à l'augmentation des taux d'abstinence autorapportés. Les jeunes adultes sont de grands utilisateurs de nouvelles technologies en plus d'être les utilisateurs les plus fréquents des réseaux sociaux et autres plateformes Web. Afin de les joindre, il est essentiel d'intégrer les nouvelles technologies aux interventions de renoncement menées auprès d'eux (O'Neill, 2018). Le taux d'arrêt tabagique serait plus élevé chez les populations défavorisées lorsqu'une attention particulière leur est portée lors de la création d'un site Internet (Bergeron et Tremblay, 2018). Le counseling téléphonique proactif, c'est-à-dire lorsque le conseiller téléphone au fumeur, est associé à une augmentation des taux de cessation ou d'abstinence et devrait être intensifié (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). L'analyse des différentes technologies facilitera l'identification et l'application des pistes d'amélioration.

3.4.

Proposer une offre de services d'abandon du tabagisme qui répond aux besoins des clientèles spécifiques et aux lieux qu'elles fréquentent

On observe des taux de tabagisme plus élevés dans certains groupes de la population. Il est prouvé qu'une plus grande proportion de personnes défavorisées sur le plan socioéconomique utilisent les services d'abandon du tabagisme et tentent de cesser de fumer lorsque des efforts substantiels sont consentis pour les joindre (Bergeron et Tremblay, 2018). Ainsi, il est recommandé d'offrir davantage de services d'abandon du tabagisme dans les quartiers défavorisés ainsi qu'à l'extérieur des milieux de soins, par exemple dans les centres d'éducation aux adultes, les milieux de travail et les organismes communautaires. La flexibilité et l'adaptabilité des services sont également des éléments à considérer de façon plus marquée dans l'offre de services de cessation déjà en place. Enfin, la promotion des services devrait inclure des moyens variés de joindre les populations défavorisées et les clientèles spécifiques ainsi que le recrutement des fumeurs de façon proactive (Bergeron et Tremblay, 2018). La participation des clientèles dans le processus d'évaluation de leurs besoins et dans la planification des interventions qui les concernent pourrait être envisagée.

3.5.

Favoriser, chez les intervenants spécialisés en abandon du tabagisme, l'acquisition des connaissances et des compétences concernant les nouveaux enjeux liés au tabagisme et les meilleures pratiques cliniques, particulièrement pour les clientèles spécifiques.

À partir des données récentes sur les meilleures pratiques, il convient de favoriser la formation continue pour les conseillers des CAT et d'autres professionnels de la santé intervenant en cessation tabagique. Il serait pertinent de porter une attention particulière à l'amélioration des interventions de prévention des rechutes, notamment en renforçant le suivi systématique auprès des ex-fumeurs ayant utilisé les services d'aide à l'abandon du tabagisme.

3.6.

Encourager les milieux d'enseignement à ajouter ou renforcer, dans la formation initiale des professionnels de la santé concernés, des contenus leur permettant d'acquérir des connaissances et des compétences en abandon du tabagisme

De leurs études jusqu'à la formation continue, les professionnels de la santé concernés devraient avoir accès à des contenus leur permettant d'acquérir des connaissances et des compétences en abandon du tabagisme (Fiore et autres, 2008). Les formations collégiale et universitaire des professionnels ayant à intervenir auprès des personnes faisant usage du tabac sont des occasions pour eux d'acquérir ces connaissances et ces compétences en abandon du tabagisme et de les intégrer tôt dans leur pratique. Bien que certaines formations en incluent déjà, il serait pertinent d'explorer avec les acteurs visés la faisabilité d'introduire dans la formation initiale des professionnels de la santé concernés des contenus liés à l'abandon du tabagisme. De plus, la création ou le renforcement de mécanismes de communication et de collaboration entre les différents acteurs sont à envisager afin de favoriser la complémentarité des différentes offres de formation en abandon du tabagisme.

3.7.

En concertation avec les ordres professionnels concernés, rendre optimales les pratiques cliniques des professionnels de la santé en abandon du tabagisme

Les professionnels de la santé qui œuvrent en cessation tabagique appartiennent à des horizons divers, et cette diversité constitue un défi par rapport aux meilleures pratiques et à la cohérence des messages transmis aux personnes souhaitant cesser de fumer. Cette diversité nécessite, dans le respect des particularités de chaque profession, une complémentarité et une harmonisation des pratiques cliniques en abandon du tabagisme. Le cadre de référence conjoint pour une pratique professionnelle en abandon du tabac du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, de l'Ordre des pharmaciens du Québec et de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (2020) fait état de l'importance de la communication entre les différents types de professionnels de la santé amenés à intervenir auprès d'une même personne faisant usage du tabac. Dans les dernières années, de nombreux projets de mobilisation des professionnels de la santé ont mené à la création de plusieurs outils d'aide à la pratique, de formations et de publications de divers ordres professionnels en collaboration avec d'autres partenaires tels que l'INSPQ et le MSSS. La poursuite des mécanismes de collaboration interprofessionnelle est essentielle.

3.8.

Planifier et mettre en œuvre une stratégie de communication visant à motiver les personnes qui fument à renoncer au tabac et à les orienter vers les ressources et les services offerts

Les campagnes de communication portant sur l'abandon du tabagisme sont d'une plus grande efficacité lorsqu'elles ont une portée, une intensité et une durée suffisantes et lorsqu'elles comportent des messages sur les effets néfastes du tabac sur la santé plutôt que des messages sur les manières de cesser de fumer, par exemple (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). De plus, les campagnes télévisées largement diffusées et soutenues dans le temps qui provoquent des émotions et portent sur les conséquences néfastes de l'usage du tabac permettraient de joindre tous les groupes sociaux, y compris les fumeurs issus de populations défavorisées (Bergeron et Tremblay, 2018). De ce fait, il faut poursuivre et intensifier l'offre de campagnes de communication déjà mise en place tout en amenant les partenaires des différents paliers et milieux à s'engager de façon soutenue dans les campagnes, en diversifiant les plateformes de diffusion pour mieux joindre les fumeurs ainsi qu'en prolongeant les périodes de diffusion.

➤ Défis et enjeux

Lors de la mise en œuvre des mesures en abandon du tabagisme, les défis et enjeux ci-dessous devront faire l'objet d'une considération particulière.

Mise en œuvre de politiques sans fumée dans les établissements de santé et de services sociaux ainsi que les établissements d'enseignement collégial et universitaire

Dans les orientations ministérielles concernant les politiques de lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et de services sociaux ainsi que les établissements d'enseignement collégial et universitaire, il est notamment recommandé de favoriser l'abandon du tabagisme ou la gestion des symptômes de sevrage et d'assurer la promotion des services d'abandon du tabagisme auprès de l'ensemble des personnes qui font usage du tabac : les membres du personnel, les patients et les visiteurs des établissements de santé et de services sociaux de même que les étudiants, les enseignants et les membres du personnel des établissements d'enseignement collégial et universitaire. Bien que les politiques sans fumée soient une occasion de favoriser la cessation tabagique, elles constituent un défi organisationnel.

Produits de vapotage comme aide à l'abandon du tabagisme

Selon certaines études, les produits de vapotage pourraient aider à réduire les symptômes de sevrage et faciliteraient ainsi le renoncement au tabac. Cependant, selon d'autres études, l'usage des produits de vapotage pourrait nuire à l'abandon du tabagisme. Le nombre restreint d'études rigoureuses disponibles ne permet pas d'affirmer que les produits de vapotage sont efficaces pour cesser de fumer. Pour qu'un produit soit officiellement reconnu comme une aide à l'arrêt tabagique, il doit être homologué comme tel par Santé Canada. À ce jour, aucun fabricant de produits de vapotage n'a obtenu l'approbation des autorités fédérales. En l'absence d'un consensus scientifique et de données suffisantes, il est essentiel de suivre l'état des connaissances sur le sujet, qui est appelé à évoluer.

Légalisation du cannabis

Des liens existent entre la consommation de cannabis et la consommation de tabac. Le cannabis est principalement fumé, et les fumeurs de cannabis ajoutent souvent du tabac dans leurs joints. Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015, 30 % des fumeurs quotidiens et 40 % des fumeurs occasionnels de produits du tabac consommaient du cannabis (comparativement à 10 % des non-fumeurs) (Camirand, Traoré et Baulne, 2016). De plus, selon l'Enquête québécoise sur le cannabis 2018, parmi les personnes ayant déclaré avoir consommé du cannabis dans les 12 derniers mois (14 %), 1 personne sur 2 en avait consommé avec du tabac ou une CE (Conus, Street et Bordeleau, 2019). Avec la légalisation du cannabis en octobre 2018, il est possible que les services d'abandon du tabagisme soient sollicités davantage pour intervenir sur la consommation des deux substances. Les intervenants en abandon du tabagisme devront recevoir de l'information, et les deux services (cessation du tabagisme et gestion des dépendances) devront être arrimés. Pour l'information à transmettre aux intervenants et pour l'arrimage, il importe notamment de tenir compte des éléments suivants : les deux substances présentent des caractéristiques différentes, les stratégies pour l'arrêt peuvent comporter des différences et les raisons qui poussent les consommateurs à cesser de fumer peuvent différer.

Axe 4 : protection contre l'exposition à la fumée secondaire et tertiaire des produits du tabac

Les termes *fumée secondaire*, *fumée de tabac dans l'environnement* et *fumée de tabac ambiante* sont parfois utilisés de manière interchangeable dans la littérature scientifique. Dans ce document, le terme *fumée de tabac dans l'environnement* désigne la fumée inhalée puis exhalée par les fumeurs (fumée primaire) et se distingue de celle qui est émise dans l'air par la combustion des produits du tabac et qui n'est pas filtrée par l'appareil respiratoire des fumeurs (fumée secondaire) (Lasnier et Cantinotti, 2011). Par ailleurs, plusieurs études indiquent que la fumée tertiaire, présente sur les surfaces contaminées par des résidus de fumée de tabac dans l'environnement, contient des substances cancérigènes (Sleiman et autres, 2010). Les enfants sont plus vulnérables aux effets de la fumée tertiaire, car ils sont plus susceptibles d'entrer en contact avec les surfaces contaminées (Becquemin et autres, 2010).

L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement pour les non-fumeurs est liée à de nombreux risques pour la santé : cancers, MCV, asthme et autres problèmes respiratoires, etc. Les mesures définies en matière de protection contre la fumée secondaire et tertiaire des produits du tabac visent à promouvoir et à mettre en place des environnements sans fumée, en tenant compte des catégories de la population étant particulièrement affectées, notamment les bébés et les jeunes enfants. Il est également prouvé que les groupes de la population défavorisés sont davantage exposés à la fumée de tabac secondaire. Une attention particulière doit leur être portée.

Les mesures figurant dans l'axe 4 visent l'objectif spécifique suivant : promouvoir et mettre en place des environnements sans fumée.

› Mesures

4.1.

Mieux protéger la population, particulièrement les enfants et les travailleurs, de l'exposition à la fumée secondaire et tertiaire, notamment par l'ajout de mesures législatives et réglementaires

Les données montrent que l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement peut comporter des risques même dans les espaces extérieurs dans certaines conditions (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). Dans l'ensemble, les interdictions de fumer dans les lieux publics extérieurs s'avèrent efficaces pour réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement lorsqu'elles sont appliquées rigoureusement (Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). L'ajout d'interdictions de fumer dans certains lieux pourrait être envisagé. Parmi ces lieux, notons les plages, les rassemblements populaires comme les festivals, les domiciles durant la prestation de soins par un travailleur de la santé ainsi que les établissements hôteliers. Pour protéger les enfants de la fumée tertiaire, il pourrait être pertinent d'élargir les interdictions actuellement prévues aux garderies en milieu familial. La mise en place d'une politique sans fumée en milieu de travail serait également associée à une réduction du taux de tabagisme et à une augmentation du taux d'abandon (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). Enfin, les voies possibles concernant les logements sont à explorer.

4.2.

Planifier et mettre en œuvre une stratégie de communication visant à sensibiliser la population aux effets néfastes de la fumée de tabac dans l'environnement et à l'informer de certaines mesures législatives et réglementaires visant la protection contre celle-ci

Les données montrent que les campagnes de communication destinées au grand public ainsi qu'à des groupes spécifiques, sont efficaces pour sensibiliser la population aux dangers de l'exposition à la fumée secondaire de tabac (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). Les campagnes de communication portant précisément sur ce sujet pourraient également favoriser la création d'environnements sans fumée dans les domiciles (Tremblay et Montreuil, 2019). Le concept de fumée tertiaire ainsi que les effets néfastes de cette fumée sont encore méconnus chez une grande partie de la population. Les campagnes de communication, en plus de véhiculer un message d'abandon du tabagisme, pourraient avoir comme objectif de sensibiliser la population aux effets néfastes de l'exposition à la fumée tertiaire, notamment dans les véhicules et les domiciles.

4.3.

Soutenir l'implantation des politiques de lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et de services sociaux

Les CISSS et les CIUSSS ainsi que d'autres établissements de santé et de services sociaux non fusionnés ont l'obligation d'avoir une politique sans fumée en vertu de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme. Au regard de la mise en œuvre des politiques sans fumée, la plupart des établissements se sont donné un plan précis dans le but d'offrir des environnements totalement sans fumée ainsi que des services d'abandon tabagique dans un horizon d'environ cinq ans. Les directions de santé publique ont été sollicitées afin de soutenir les CISSS et les CIUSSS de leur territoire dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques pour un environnement sans fumée. Des enjeux sont à prendre en considération pour la mise en œuvre des politiques, notamment la fermeture des fumoirs dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que l'application d'interdictions de fumer dans les ressources intermédiaires et les ressources de type familial. Les besoins en accompagnement des directions de santé publique seront évalués ponctuellement, et des ajustements seront apportés en fonction de l'évolution des besoins des établissements.

4.4.

Soutenir et réaliser des initiatives visant à protéger les résidents des immeubles à logements multiples privés et communautaires de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement

À elles seules, les interdictions de fumer dans les aires communes des immeubles à logements multiples ne sont pas suffisantes pour empêcher l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement en raison du fait que de la fumée de tabac peut provenir des autres aires et des espaces extérieurs où il est permis de fumer (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). Ainsi, des initiatives telles que des politiques sans fumée dans les logements multiples, des interventions menées pour conseiller les fumeurs de ne pas fumer à la maison, du counseling et du matériel autodidactique pourraient contribuer à réduire l'exposition à la fumée de tabac (Smoke-Free Ontario Scientific Advisory Committee, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2017). Afin de réduire l'exposition à la fumée de tabac des résidents non-fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique, une politique ayant comme objectif de rendre les immeubles résidentiels complètement sans fumée pourrait être mise en œuvre (Tremblay et Montreuil, 2019). L'ajout d'une clause au bail de location de logement est aussi une possibilité. De plus, une ressource pourrait conseiller les propriétaires ou les citoyens sur la mise en œuvre des politiques sans fumée dans les immeubles à logements multiples privés et communautaires, entre autres les offices municipaux d'habitation.

» Défis et enjeux

Lors de la mise en œuvre des mesures de protection, les défis et enjeux ci-dessous devront faire l'objet d'une considération particulière.

Légalisation du cannabis

Il est interdit de fumer ou de vapoter du cannabis partout où il est déjà interdit de faire usage des produits du tabac ou des produits de vapotage. À ces lieux s'ajoutent les terrains des établissements de santé et de services sociaux, les terrains des établissements d'enseignement collégial et universitaire, les pistes cyclables et les aires d'attente des transports en commun. L'interdiction actuelle de consommer du cannabis dans la majorité des endroits publics amène les propriétaires d'immeubles à logements et les organisations visées à vouloir interdire complètement de fumer du tabac et du cannabis dans ces immeubles, y compris à l'intérieur des logements. S'il devient complètement interdit de fumer du tabac et du cannabis dans les immeubles à logements, du soutien devra être offert aux résidents qui tentent de cesser de fumer ou qui présentent des symptômes de sevrage pendant les périodes d'abstinence.

Application et respect des interdictions de fumer dans les lieux prévus par la Loi concernant la lutte contre le tabagisme

Des données permettent de constater que les interdictions de fumer dans les lieux fermés semblent généralement respectées. On constate également que davantage d'infractions semblent avoir été données aux personnes ne respectant pas l'interdiction de fumer à moins de 9 m des lieux prévus par la Loi. Les salons de chicha illégaux demeurent problématiques, car plusieurs propriétaires continuent d'exploiter leur commerce malgré plusieurs amendes.

MESURES PARTICULIÈRES POUR LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET INUITS

Les communautés des Premières Nations et Inuits présentent également des taux élevés de tabagisme et une prévalence accrue des maladies associées au tabagisme. Plusieurs activités de lutte contre le tabagisme ont cours dans les communautés autochtones du Québec, que ce soit l'offre de formations et de guides, la promotion de domiciles sans fumée ou l'organisation d'activités de prévention. Les intervenants qui sont engagés dans la lutte contre le tabagisme dans ces communautés ont à cœur d'accroître la mobilisation et de poursuivre et accentuer la mise en œuvre de leurs actions.

Toutes les mesures de cette stratégie seront mises en œuvre pour le bien de l'ensemble de la population du Québec, y compris les membres des communautés des Premières Nations et Inuits. Néanmoins, afin de tenir compte des réalités et des milieux de ces communautés, des mesures particulières ont été élaborées³.

Pour élaborer ces mesures, un groupe de consultation réunissant des représentants de diverses communautés autochtones, d'organismes œuvrant au sein de ces communautés ainsi que des représentants du MSSS a été formé. Lors des rencontres de ce groupe, plusieurs constats, enjeux et pistes de mise en œuvre ont été dégagés. L'un de ces constats est la nécessité d'intégrer l'approche de codéveloppement dans la mise en œuvre des mesures pour les Premières Nations et Inuits. Les mesures élaborées dans le cadre des travaux du groupe de consultation sont inscrites dans le [Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022](#), qui est sous la responsabilité du Secrétariat aux affaires autochtones (Secrétariat aux affaires autochtones, 2017).

SURVEILLANCE, DÉVELOPPEMENT ET INTÉGRATION DES CONNAISSANCES

Afin d'atteindre les objectifs fixés, les actions de lutte contre le tabagisme doivent prendre appui sur des données et des connaissances fiables et mises à jour. Ainsi, des activités de surveillance du tabagisme de développement et d'intégration des connaissances seront réalisées par le MSSS et des partenaires tout au long de la mise en œuvre de la Stratégie. L'apparition de nouvelles tendances, par exemple la popularité des produits de vapotage, exige une surveillance étroite des comportements associés au tabagisme et à l'usage des produits de vapotage dans la population québécoise et chez certains groupes vulnérables. Il importe de suivre les réalités émergentes et les plus récentes données probantes pour comprendre les nouveaux enjeux et connaître les meilleures pratiques. Au besoin, certaines interventions ciblées pourront faire l'objet d'une évaluation. Les connaissances acquises dans le cadre des activités de surveillance du tabagisme, de développement et d'intégration des connaissances serviront à la prise de décision quant à la planification et à la mise en œuvre de cette stratégie. Elles permettront également d'adapter et d'ajuster les actions par souci de pertinence et d'efficacité.

COORDINATION ET SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE POUR UN QUÉBEC SANS TABAC 2020-2025

Le MSSS assurera la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la Stratégie. Pour ce faire, le MSSS se donnera des mécanismes de collaboration et des outils (ex. : tableau de bord) pour suivre la progression des mesures de la Stratégie à l'aide d'indicateurs. Des cibles spécifiques ont déjà été définies par axe d'intervention. Ces cibles sont présentées dans le tableau de la section *Fondements de la Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025*.

3. Les mesures élaborées concernent la consommation de tabac commercial et n'incluent pas l'usage traditionnel ou cérémonial du tabac.

CONCLUSION

À ce jour, le tabagisme demeure la principale cause de mortalité évitable. Le tabac et les autres produits nocifs similaires causent des dommages indéniables. Ils diminuent la qualité et l'espérance de vie de ceux qui en font usage et de ceux qui sont exposés à la fumée. Certains groupes plus vulnérables de la population sont plus affectés par le tabagisme et doivent être au cœur de nos réflexions. Il en va de même pour les produits de vapotage dont l'usage devra continuer d'être suivi de près, tout en mettant en place des interventions en réponse à leur popularité auprès des jeunes. La diversification des produits et l'évolution constante des stratégies commerciales sont des enjeux auxquels nous devons faire face avec souplesse et avec les moyens nécessaires.

Nous devons continuer de nous attaquer à ce problème de santé publique de façon prioritaire. Il est essentiel que nous maintenions le cap vers l'atteinte de notre cible de 10 % de fumeurs quotidiens et occasionnels. Les mesures détaillées dans ce document guideront nos efforts en ce sens.

Soyons fiers des efforts conjoints et soutenus que les acteurs de la lutte contre le tabagisme déploient déjà afin de soutenir les personnes aux prises avec le tabagisme et d'éviter qu'une nouvelle génération de jeunes devienne dépendante de la nicotine. Cette mobilisation est appelée à s'accroître dans les années à venir et sera assurément gage d'avancées pour la santé des générations présentes et futures.

ANNEXE 1 : LISTE DES COLLABORATEURS

Direction et coordination

Martine Pageau, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

Marie-Christine Veilleux, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

André Marchand, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

Catherine Dufour, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

Suzanne Noreau, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

Rédaction

Suzanne Noreau, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

Soutien aux travaux

Mario Bujold, Conseil québécois sur le tabac et la santé

Annie Montreuil, INSPQ

Anne-Marie Lalonde, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

Membres du comité de travail

Catherine Dufour, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

André Marchand, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

Martine Pageau, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

Suzanne Noreau, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

Mario Bujold, Conseil québécois sur le tabac et la santé

Dominique Claveau, Société canadienne du cancer

Marie Jacques, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Laurent Marcoux, CISSS de Lanaudière

Véronique Lanoue, CISSS de la Côte-Nord

Annie Montreuil, INSPQ

Membres du groupe de consultation pour les communautés des Premières Nations et Inuits

Martine Pageau, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

André Marchand, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

Catherine Dufour, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS
Suzanne Noreau, Direction de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS
Martin Rhéaume, Direction des affaires autochtones, MSSS
Johanne Rhainds, Direction des affaires autochtones, MSSS
Odile Bergeron, INSPQ
Joannie Cloutier-Tremblay, Secrétariat aux affaires autochtones, ministère du Conseil exécutif (MCE)
Céline Létourneau, Secrétariat aux affaires autochtones, MCE
Laurent Saint-Jacques, Secrétariat aux affaires autochtones, MCE
Stéphane Anctil, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
Simon Riendeau, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
Paul Linton, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
Rob Collins, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
Ron Shisheesh, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
Pierre Isabelle, Conseil de la Nation Atikamekw
Kathleen Adams, Conseil de la Nation Atikamekw
Annik Gill, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
Geneviève Ashini, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
Audrey Bergeron Bilodeau, Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
Francine Vincent, Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador
Mathieu-Olivier Côté, Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador
Jonathan Leclerc, Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador
Julia Couture-Glassco, Femmes autochtones du Québec
Paul El Haddad, Services aux Autochtones Canada

Consultations ciblées

De nombreuses organisations gouvernementales et non gouvernementales ont été consultées dans le cadre de l'élaboration de cette stratégie. Nous souhaitons remercier chacune des personnes qui ont fourni des commentaires, lesquels ont permis d'améliorer le présent document.

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

ANNEXE 2 : LISTE DES AXES, DES OBJECTIFS ET DES MESURES DE LA STRATÉGIE

Pour chaque mesure, des responsables et des collaborateurs se partagent les rôles.

Les **responsables** agissent à titre d'instigateurs ou de maîtres d'œuvre de l'action. Ainsi, les responsables prennent l'initiative des actions à réaliser ou mandatent des tiers pour ce faire. Ils ont aussi pour rôle de susciter la contribution de collaborateurs et de partenaires ainsi que de s'assurer de leur mobilisation dans la mise en œuvre de l'action.

Les **collaborateurs** apportent leur soutien aux responsables. Ils contribuent à la mise en œuvre de l'action, notamment en participant à sa réalisation, en étant responsables d'actions particulières ou en étant engagés dans la mise en œuvre de l'action selon leur mission et leurs capacités respectives, et ce, à différents paliers d'intervention. Dans le tableau suivant, la liste des collaborateurs présentés pour chaque action n'est pas exhaustive. D'autres collaborateurs pourraient s'ajouter tout au long de la mise en œuvre de la Stratégie, selon les besoins qui pourraient se faire sentir et les partenariats qui seront créés ou renforcés.

AXES, OBJECTIFS ET MESURES DE LA STRATÉGIE

AXE 1: DÉNORMALISATION DU TABAGISME

Objectifs spécifiques :

- Réduire l'attrait et l'accessibilité des produits du tabac
- Promouvoir une norme sociale en faveur du non-usage des produits du tabac
- Réduire l'attrait et l'accessibilité des produits de vapotage chez les jeunes et les non-fumeurs

Mesures	Responsables	Collaborateurs
1.1. Soutenir et développer une politique de prix des produits du tabac, notamment au moyen de l'augmentation de la taxe spécifique sur les produits du tabac et d'autres stratégies agissant sur le prix.	MSSS et ministère des Finances du Québec (MFQ)	Autres acteurs concernés
1.2. Réduire l'accessibilité géographique des produits du tabac.	MSSS	
1.3. Mettre en place un système de permis ou de licences tarifés de vente de produits du tabac et de vapotage.	MSSS	
1.4. Poursuivre, avec les partenaires concernés, les actions concertées et coordonnées permettant de lutter contre la contrebande des produits du tabac.	Ministère de la Sécurité publique	MSSS et MFQ

1.5. Renforcer l'application des volets de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme qui portent sur l'interdiction de vente en ligne et de promotion des produits du tabac et de vapotage sur les nouvelles plateformes de communication numériques, particulièrement dans les médias sociaux, notamment en favorisant un meilleur partage de l'information avec les partenaires.	MSSS	
1.6. Planifier et mettre en œuvre une stratégie de communication visant à dénormaliser le tabagisme.	MSSS	Organismes non gouvernementaux (ONG), INSPQ, CISSS-CIUSSS et autres partenaires concernés

AXE 2 : PRÉVENTION DE L'USAGE DES PRODUITS DU TABAC ET DE VAPOTAGE CHEZ LES JEUNES

Objectifs spécifiques :

- Promouvoir et mettre en place des environnements qui favorisent le non-usage des produits du tabac et de vapotage chez les jeunes
- Sensibiliser les jeunes et développer leurs compétences afin de prévenir l'usage des produits du tabac et de vapotage et s'assurer qu'ils demeurent non-fumeurs et non-vapoteurs

Mesures	Responsables	Collaborateurs
2.1. Favoriser la mise en œuvre des politiques de lutte contre le tabagisme dans les établissements d'enseignement collégial et universitaire, en incluant dans cette mesure un volet de sensibilisation et de promotion de l'abandon du tabagisme auprès des jeunes adultes.	MSSS et CISSS-CIUSSS	ONG, ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) et autres partenaires concernés
2.2. Encourager l'adoption et soutenir la mise en œuvre des politiques de lutte contre le tabagisme dans les écoles secondaires, en incluant un volet de sensibilisation destiné aux jeunes, notamment des milieux défavorisés.	MSSS et ONG	CISSS-CIUSSS, MEES et autres partenaires concernés
2.3. Réduire l'exposition des jeunes aux images de produits du tabac et de vapotage à l'écran (cinéma, télévision et jeux vidéo).	MSSS	Ministère de la Culture et des Communications, ministère de l'Économie et de l'Innovation et ONG
2.4. Planifier et mettre en œuvre une stratégie de communication adaptée aux jeunes et visant la prévention de la consommation des produits du tabac et de vapotage.	MSSS	Secrétariat à la jeunesse (SAJ), ONG, INSPQ, CISSS-CIUSSS et autres partenaires concernés
2.5. Favoriser la réalisation des activités et des programmes de prévention de la consommation des produits du tabac et de vapotage dans les milieux scolaires, les milieux communautaires et les milieux de travail.	MSSS, CISSS-CIUSSS et ONG	MEES, SAJ et autres acteurs concernés
2.6. Soutenir et réaliser des projets de prévention de l'usage des produits du tabac et de vapotage inspirés des meilleures pratiques de marketing social et destinés à des sous-groupes de jeunes plus à risque de faire usage de ces produits.	MSSS et ONG	

AXE 3 : ABANDON DU TABAGISME

Objectifs spécifiques :

- Améliorer la qualité et la couverture des services d'abandon du tabagisme selon les besoins des clientèles
- Rendre optimales les pratiques des professionnels de la santé en matière d'abandon du tabagisme
- Accroître la promotion des services d'abandon du tabagisme et la motivation des fumeurs à cesser de fumer

Mesures	Responsables	Collaborateurs
3.1. Soutenir la mise en œuvre d'une approche de systématisation des interventions auprès des personnes faisant usage du tabac adaptée à la réalité des CISSS, des CIUSSS, des établissements de santé non fusionnés et des services de première ligne.	MSSS et CISSS-CIUSSS	INSPQ et ONG
3.2. Améliorer l'accessibilité des aides pharmacologiques, particulièrement pour les fumeurs très dépendants.	MSSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, INSPQ, Régie de l'assurance maladie du Québec, CISSS-CIUSSS, ordres professionnels et autres partenaires concernés
3.3. Poursuivre et améliorer le déploiement des interventions d'abandon du tabagisme basées sur les lignes téléphoniques et les nouvelles technologies (ex. : service de messagerie texte, site Internet, réseaux sociaux).	MSSS	ONG, CISSS-CIUSSS et INSPQ
3.4. Proposer une offre de services d'abandon du tabagisme qui répond aux besoins des clientèles spécifiques et aux lieux qu'elles fréquentent.	MSSS et CISSS-CIUSSS	ONG et autres acteurs concernés
3.5. Favoriser, chez les intervenants spécialisés en abandon du tabagisme, l'acquisition des connaissances et des compétences concernant les nouveaux enjeux liés au tabagisme et les meilleures pratiques cliniques, particulièrement pour les clientèles spécifiques.	MSSS et INSPQ	CISSS-CIUSSS, ONG et autres partenaires concernés
3.6. Encourager les milieux d'enseignement à ajouter ou renforcer, dans la formation initiale des professionnels de la santé concernés, des contenus leur permettant d'acquérir des connaissances et des compétences en abandon du tabagisme.	MSSS	Ordres professionnels et autres partenaires concernés
3.7. En concertation avec les ordres professionnels concernés, rendre optimales les pratiques cliniques des professionnels de la santé en abandon du tabagisme.	MSSS	Ordres professionnels, INSPQ et CISSS-CIUSSS
3.8. Planifier et mettre en œuvre une stratégie de communication visant à motiver les personnes qui fument à renoncer au tabac et à les orienter vers les ressources et les services offerts.	MSSS	ONG, INSPQ, CISSS-CIUSSS et autres partenaires concernés

AXE 4 : PROTECTION CONTRE L'EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE ET TERTIAIRE DES PRODUITS DU TABAC

Objectifs spécifiques :

- Promouvoir et mettre en place des environnements sans fumée

Mesures	Responsables	Collaborateurs
4.1. Mieux protéger la population, particulièrement les enfants et les travailleurs, de l'exposition à la fumée secondaire et tertiaire, notamment par l'ajout de mesures législatives et réglementaires.	MSSS	
4.2. Planifier et mettre en œuvre une stratégie de communication visant à sensibiliser la population aux effets néfastes de la fumée de tabac dans l'environnement et à l'informer de certaines mesures législatives et réglementaires visant la protection contre celle-ci.	MSSS	ONG, INSPQ, CISSS-CIUSSS et autres partenaires concernés
4.3. Soutenir l'implantation des politiques de lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et de services sociaux.	MSSS	Autres acteurs concernés
4.4. Soutenir et réaliser des initiatives visant à protéger les résidents des immeubles à logements multiples privés et communautaires de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.	MSSS et CISSS-CIUSSS	CISSS-CIUSSS et autres partenaires concernés

BIBLIOGRAPHIE

BARIL, G., et M.-C. PAQUETTE (2016).

L'efficacité du marketing social en promotion des saines habitudes de vie, [En ligne], [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 68 p.

[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2141/efficacite_marketing_habitudes_vie.pdf].

BECQUEMIN, M. H., et autres (2010).

"Third-hand smoking : indoor measurements of concentration and sizes of cigarette smoke particles after resuspension", *Tobacco Control*, vol. 19, no 4, août, p. 347-348. Également disponible en ligne :

[<https://tobaccocontrol.bmj.com/content/19/4/347>].

BEN AMAR, B., et N. LÉGARÉ (2006).

Le tabac à l'aube du 21^e siècle : mise à jour des connaissances, Montréal, Centre québécois de lutte contre les dépendances, 181 p.

BERGERON, P., et M. TREMBLAY (2018).

Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique, [En ligne], [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 139 p.

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2420_interventions_mesures_renoncement_tabac_populations_defavorisees.pdf].

BOUTHILLIER, L., et F. FILIATRAULT (2003).

Exploration du phénomène de stigmatisation au regard des activités de surveillance de l'état de santé de la population : document d'information, [En ligne], [s. l.], [s. n.], 12 p.

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1235_stigmatisation_activite_surveillance.pdf].

CAMIRAND, H., I. TRAORÉ et J. BAULNE (2016).

L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition, [En ligne], Montréal, Institut de la statistique du Québec, 207 p.

[www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois-2014-2015.pdf].

CAN-ADAPTT (2011).

Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline, [En ligne], Toronto, Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health, 64 p.

[<https://www.nicotinedependenceclinic.com/en/canadaptt/Pages/CAN-ADAPTT-Guidelines.aspx>].

CANADA (2019a).

Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017, [En ligne], modifié le 4 janvier.

[<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017.html>] (Consulté le 5 février 2020).

CANADA (2019b).

L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves : tableaux détaillés de 2018-2019, [En ligne], modifié le 31 décembre.

[<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-tableaux-detailles.html>] (Consulté le 5 février 2020).

CANADA (2018).

L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves : tableaux détaillés de 2016-2017, [En ligne], modifié le 12 décembre.

[<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2016-2017-tableaux-supplementaires.html#t6>] (Consulté le 5 février 2020).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2014).

Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs, [En ligne], Atlanta, U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 141 p.

[https://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2014/comprehensive.pdf].

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (2020).

Pratique professionnelle en abandon du tabac.

[https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2020/02/Pratique_Prof_Abandon_Tabac_VF.pdf]

COMMISSION D'EXAMEN SUR LA FISCALITÉ QUÉBÉCOISE (2015).

Se tourner vers l'avenir du Québec. Volume 2 : une réforme touchant tous les modes d'imposition, [s. l.], [s. n.], 209 p. Également disponible en ligne :

[www.groupe.finances.gouv.qc.ca/examenfiscalite/uploads/media/Volume2_RapportCEFQ.pdf].

CONUS, F., M.-C. STREET et M. BORDELEAU (2019).

Enquête québécoise sur le cannabis 2018. La consommation de cannabis et les perceptions des Québécois : un portrait prélégalisation, [En ligne], Montréal, Institut de la statistique du Québec, 110 p.

[www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enquete-quebecoise-cannabis-2018-portrait.pdf].

DOBRESCU, A., et autres (2017).

The Costs of Tobacco Use in Canada, 2012, [En ligne], Ottawa, The Conference Board of Canada, 13 p.

[<https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/costs-tobacco-use-canada-2012/Costs-of-Tobacco-Use-in-Canada-2012-eng.pdf>].

FIORE, M. C., et autres (2008).

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, [En ligne], Rockville, U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>].

GAMACHE, L., et P. BERGERON (2019).

Les interventions et mesures de prévention pour réduire les inégalités en matière de tabagisme chez les jeunes, [En ligne], [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 106 p.

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2594_interventions_mesures_prevention_reduire_inegalites_tabagisme_jeune.pdf].

GILMORE, J. (2002).

Rapport sur l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 2001, Ottawa, Statistique Canada, 62 p. Également disponible en ligne :

[https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82f0077x/82f0077x2001001-fra.pdf?st=IW3cP_43].

GILMORE, A. B., B. TAVAKOLY, G. TAYLOR et H. REED (2013).

Understanding tobacco industry pricing strategy and whether it undermines tobacco tax policy: the example of the UK cigarette market, Addiction, 118, 1317-1326. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.12159]

GUÉRIN, D., et autres (2006).

La fumée de tabac secondaire : effets sur la santé et politiques de contrôle de l'usage du tabac dans les lieux publics [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 236 p. Également disponible en ligne :

[<https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/487-FumeeTabacSecondaire.pdf>].

GUINDON, G. E., R. BURKHALTER et K. S. BROWN (2017).

"Levels and trends in cigarette contraband in Canada", Tobacco Control, vol. 26, no 5, septembre, p. 518-525. Également disponible en ligne :

[<https://tobaccocontrol.bmj.com/content/26/5/518>].

**INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC (2019).**

Infocentre de santé publique – onglet PNS,
[En ligne], modifié le 18 mars.

[<https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/portails-de-diffusion-de-statistiques/infocentre-de-sante-publique-onglet-pns>].

**INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC (2018).**

*Les inégalités sociales de santé au
Québec : le tabagisme chez les adultes,*
[En ligne], mis à jour le 6 décembre.

[<https://www.inspq.qc.ca/santescope/suivre-les-inegalites-sociales-de-sante-au-quebec/tabagisme-adultes>] (Consulté le 5 février 2020).

JACQUES, M., F. HUBERT et J. LAGUË (2004).

*Intégration de la dénormalisation dans la lutte
antitabac au Québec : perspectives de santé
publique,* [En ligne], [Québec], Institut national de
santé publique du Québec, 84 p.

[<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/315-avisdenormalisationlutteantitabac.pdf>].

LASNIER, B., et autres (2019).

*Portrait et évolution récente des inégalités
sociales de santé en matière d'usage de la
cigarette et d'exposition à la fumée de tabac dans
l'environnement au Québec,* [En ligne], [Québec],
Institut national de santé publique du Québec, 62 p.

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2529_portrait_inegalites_sociales_usage_cigarette_exposition.pdf].

LASNIER B., et S. O'NEILL (2019).

*Disparités entre les Québécois de 18-34 ans et
ceux de 35 ans et plus en matière d'usage de
la cigarette et d'exposition à la fumée de tabac
dans l'environnement,* [En ligne], [Québec], Institut
national de santé publique du Québec, 33 p.

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2566_disparites_usage_cigarette_exposition_fumee_environnement.pdf].

LASNIER, B., et A. MONTREUIL (2017).

*L'usage de la cigarette électronique chez les
élèves du Québec et du reste du Canada :*
2014-2015, [En ligne], [Québec], Institut
national de santé publique du Québec, 17 p.

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2305_usage_cigarette_electronique_eleves_quebec_canada.pdf].

LASNIER, B., et M. CANTINOTTI (2011).

*L'exposition à la fumée de tabac dans
l'environnement chez les élèves québécois :*
2008-2009, [En ligne], [Québec], Institut national
de santé publique du Québec, 14 p.

[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1304_ExpoFumeeEnvironElevesQc_2008-2009.pdf].

LEONARDI-BEE, J., M. NDERI et J. BRITTON (2016).

“Smoking in movies and smoking initiation in
adolescents : systematic review and meta-analysis”,
Addiction, vol. 111, no 10, octobre, p. 1750-1763.
Également disponible en ligne :

[<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13418>].

MANITOBA (s. d.).

La taxe sur le tabac, [En ligne].

[<https://www.gov.mb.ca/finance/taxation/taxes/tobacco.fr.html>] (Consulté le 5 février 2020).

MONTREUIL, A. (2017).

*Synthèse de connaissances sur l'efficacité des
interventions de contremarketing pour prévenir
l'initiation au tabagisme chez les jeunes : mise à
jour 2017,* [En ligne], [Québec], Institut national de
santé publique du Québec, 61 p.

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2306_efficacite_interventions_contremarketing_tabagisme_jeunes.pdf].

NATIONAL CANCER INSTITUTE et WORLD HEALTH ORGANIZATION (2016).

Monograph 21: The Economics of Tobacco and Tobacco Control, [En ligne], [s. l.], U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, pag. mult.

[https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/docs/m21_complete.pdf].

NUGENT, R., et G. TREMBLAY (2017).

Wholesale cigarette prices in Canada: Industry revenue vs. excise tax, 2003-2016, Ottawa, Santé Canada. [Affiche présentée au National Forum, du 28 février au 21 mars 2017, Ottawa, Canada]. Également disponible en ligne :

www.smoke-free.ca/eng_home/2017/HC%20poster_price-Eng.pdf.

O'NEILL, S. (2018).

Les interventions de renoncement au tabac chez les jeunes adultes, [En ligne], [s. l.], Institut national de santé publique du Québec, 62 p.

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2449_interventions_renoncement_tabac_jeunes_adultes.pdf].

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2016, 1^{er} février).

Les films comportant des scènes de consommation de tabac devraient faire l'objet d'une classification. Repéré au

[<https://www.who.int/fr/news-room/detail/01-02-2016-films-showing-smoking-scenes-should-be-rated-to-protect-children-from-tobacco-addiction>].

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006).

Guide pour la mise en place de l'action antitabac, Genève, Organisation mondiale de la santé, 307 p. Également disponible en ligne :

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43724/9242546585_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y].

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003).

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, Genève, Organisation mondiale de la santé, 37 p. Également disponible en ligne :

[<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42812/9242591017.pdf?sequence=1>].

QUELLETTE, P., et autres (2005).

Étude d'impact des modifications proposées à la Loi sur le tabac, [En ligne], [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 136 p.

[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05_rapport_tabac.pdf].

QUÉBEC (2020).

« Produit du tabac », [En ligne], *Thésaurus de l'activité gouvernementale*.

[www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=10115].

QUÉBEC (2018).

Budget 2018-2019: renseignements additionnels 2018-2019, [Québec], [s. n.], pag. mult. Également disponible en ligne :

[www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2018-2019/fr/documents/RenseignementsAdd_1819.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2019).

Mise en garde contre les produits de vapotage avec ou sans nicotine, [En ligne], mis à jour le 25 novembre.

[<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/tabagisme-et-vapotage/vapotage/mise-en-garde-contre-les-produits-de-vapotage-avec-ou-sans-nicotine/>] (Consulté le 5 février 2020).

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017).

Le tabagisme chez les jeunes adultes: agir ensemble pour diminuer la prévalence. Rapport du directeur national de santé publique 2017, [En ligne], [Québec], Le Ministère, 39 p.

[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-228-01W.pdf>].

**QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX (2016a).**

Orientations ministérielles : Politique de lutte contre le tabagisme dans les établissements d'enseignement collégial et universitaire, [En ligne], [Québec], Le Ministère, 17 p.

[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-006-14W.pdf>].

**QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX (2016b).**

Orientations ministérielles : Politique de lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et de services sociaux, [En ligne], [Québec], Le Ministère, 14 p.

[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-006-11W.pdf>].

**QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX (2016c).**

Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population, [Québec], Le Ministère, 98 p. Également disponible en ligne :

[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>].

**QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX (2015).**

Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec, [Québec], Le Ministère, 85 p. Également disponible en ligne :

[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>].

**QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX (2010a).**

Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015, [Québec], Le Ministère, 54 p. Également disponible en ligne :

[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-006-06F.pdf>].

**QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX (2010b).**

Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010, [Québec], Le Ministère, 43 p. Également disponible en ligne :

[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-006-07.pdf>].

**QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX (2006).**

Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010, [Québec], Le Ministère, 53 p. Également disponible en ligne :

[<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-006-17.pdf>].

**SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES AUTOCHTONES
(2017).**

Faire plus, faire mieux : Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuits 2017-2022, Québec, Le Secrétariat, 71 p. Également disponible en ligne :

[<https://www.autochtones.gouv.qc.ca/publications/documentation/publications/PAS/plan-action-social.pdf>].

SLEIMAN, M., et autres (2010).

"Formation of carcinogens indoors by surface-mediated reactions of nicotine with nitrous acid, leading to potential thirdhand smoke hazards", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 107, no 15, 13 avril, p. 6576-6581. Également disponible en ligne :

[<https://www.pnas.org/content/107/15>].

**SMOKE-FREE ONTARIO SCIENTIFIC ADVISORY
COMMITTEE. ONTARIO AGENCY FOR HEALTH
PROTECTION AND PROMOTION (2017).**

Evidence to Guide Action: Comprehensive tobacco control in Ontario (2016), [En ligne], Toronto, Ontario Agency for Health Protection and Promotion, non pag.

[<https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/comprehensive-tobacco-control-2016.pdf?la=en>].

STATISTIQUE CANADA (2020).

Tableau 13-10-0096-01: caractéristiques de la santé, estimations annuelles, [En ligne], modifié le 5 février.

[<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009601>] (Consulté le 5 février 2020).

TRAORÉ, I., et autres (2018).

Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. Tome 3: la santé physique et les habitudes de vie des jeunes, Québec, Institut de la statistique du Québec, 305 p. Également disponible en ligne :

<https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alimentation/sante-jeunes-secondaire-2016-2017-t3.pdf>.

TRAORÉ, I., et autres (2014).

Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013: évolution des comportements au cours des 15 dernières années, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p.

[www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-drogue-jeu/tabac-alcool-drogue-jeu-2013.pdf].

TREMBLAY, M., et A. MONTREUIL (2019).

Interventions et mesures pour réduire l'exposition des populations défavorisées sur le plan socioéconomique à la fumée de tabac dans leur domicile, [En ligne], [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 78 p.

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2533_interventions_exposition_populations_fumee_tabac_domicile.pdf].

U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (2019).

FDA permits sale of IQOS Tobacco Heating System through premarket tobacco product application pathway, FDA news release.

[<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-permits-sale-iqos-tobacco-heating-system-through-premarket-tobacco-product-application-pathway>]

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2019).

WHO report on the global tobacco epidemic: offer help to quit tobacco use, Genève, World Health Organization, 209 p. Également disponible en ligne :

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2014).

Tobacco and inequities: Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm, [s. l.], World Health Organization, 31 p. Également disponible en ligne :

www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/247640/tobacco-090514.pdf?ua=1.

