



Une stratégie d'échec au tabac au pays :

Éliminer l'usage du tabac commercial

CONTENU

2	Quelques faits
4	Le contexte
4	La lutte contre le tabagisme
4	Le tabagisme au pays
6	Les nouveaux produits du tabac
8	Les stratégies et politiques d'échec au tabac
8	La protection des citoyens
11	Le marketing et la promotion
13	L'abandon du tabac
15	Le renforcement des ressources dans la lutte contre le tabagisme
16	Les options de politiques
22	Références

Quelques faits

La prévalence

- En 2017, 15,1 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus étaient des fumeurs (quotidiens ou occasionnels), soit 16,7 % des hommes et 13,5 % des femmes¹.
- Les taux de tabagisme étaient les plus élevés chez les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans (20,4 %) et diminuaient en général avec l'âge¹. Parmi tous les groupes d'âge, les taux de tabagisme étaient les plus faibles chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans (7,9 %), puis chez les adultes âgés de plus de 45 ans¹.
- Un sondage mené en 2016 et 2017 a révélé que l'usage du tabac chez les jeunes avait diminué, mais que 3,2 % des jeunes de la 7^e à la 12^e année au Canada (du 1^{er} secondaire à la 1^{re} année de cégep au Québec) se considéraient comme fumeurs². Parmi les élèves, 18,4 % ont affirmé avoir essayé la cigarette et 23,1 % ont déclaré avoir déjà essayé des produits du tabac (cigarette, tabac à chiquer, cigares, cigarillos, chicha)².
- Les résultats de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves de 2016-2017 ont révélé que 14,6 % des élèves de la 10^e à la 12^e année (du 4^e secondaire à la 1^{re} année de cégep) avaient utilisé des produits de vapotage dans les 30 derniers jours, contrairement à 9 % en 2014-2015, ce qui représente une augmentation de 64 %².
- Une étude canadienne plus récente indique que le tabagisme chez les adolescents a considérablement augmenté pour la première fois depuis des décennies. Parlant publiquement des données, le chercheur a aussi remarqué que « les taux de vapotage chez [ces derniers] a considérablement augmenté »³.
- Certaines données probantes démontrent que l'utilisation de la cigarette électronique augmente le risque que les jeunes et les jeunes adultes canadiens consomment des cigarettes traditionnelles⁴.
- Les taux de tabagisme chez les peuples autochtones sont plus élevés que dans la population générale, et ils sont en partie liés aux inégalités en matière de santé et aux inégalités sociales⁵. En 2012, 37 % des Autochtones vivant hors réserve ont affirmé être des fumeurs quotidiens ou occasionnels⁵. Les taux de tabagisme actuels sont de 37 % au sein des Premières Nations, de 35 % chez les Métis et de 58 % chez les Inuits⁵.
- En 2016, 53 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve ou une communauté nordique ont affirmé être des fumeurs. Parmi ceux-ci, 40 % ont indiqué fumer chaque jour⁶.
- Les taux de tabagisme chez les jeunes autochtones (de 15 à 19 ans) sont au moins 3 fois plus élevés que chez les jeunes non autochtones⁷.

Les facteurs sociaux

- Les facteurs psychologiques, physiques et sociaux sont précurseurs de l'utilisation du tabac⁸. Le marketing entourant le tabac continue d'être un facteur déterminant de cette utilisation⁸. Ce marketing se présente sous la forme d'arômes attrayants ainsi que d'emballages et de promotion de produits qui utilisent des couleurs, des marques et des finis accrocheurs⁸.
- Les entreprises de l'industrie du tabac ciblent les jeunes en profitant du désir de popularité, de l'intérêt et du goût du risque de ces derniers^{9,10}. Elles ciblent aussi les femmes à l'aide d'un marketing de genre, faisant appel aux idéaux de minceur et de prestige¹⁰⁻¹³.
- L'utilisation traditionnelle du tabac est une pratique culturelle et spirituelle dans certaines communautés autochtones.
- Les médecins cliniciens et les experts en santé publique affirment que les taux d'utilisation du tabac commercial dans les communautés autochtones sont élevés en raison des inégalités systémiques et des traumatismes générationnels^{7,14}. Le tabagisme contribuerait à aggraver davantage divers problèmes de santé auxquels sont confrontés ces peuples¹⁴.

Les produits

- La fumée de cigarette contient plus de 7 000 produits chimiques et autres composés¹⁵.
- Différents produits du tabac sont consommés (chicha, tabac à chiquer, tabac chauffé), mais la cigarette traditionnelle demeure le plus populaire, alors que la cigarette électronique l'est de plus en plus au Canada¹⁶.
- Le tabac sans fumée est un mélange de tabac, de nicotine, d'édulcorants, d'abrasifs, de sels et de produits chimiques. Il est vendu en deux formes principales, soit le tabac à chiquer et le tabac à priser¹⁷.
- La chicha, aussi appelée narguilé ou houka, est généralement utilisée pour fumer du tabac aromatisé. Elle peut être attrayante pour les jeunes et les nouveaux utilisateurs. C'est le produit de substitution au tabac le plus populaire chez les jeunes; son taux d'utilisation est supérieur à celui des cigarillos, des cigares et du tabac chauffé².
- En 2012 et 2013, 50 % des élèves du secondaire qui consommaient des produits du tabac optaient pour des formes aromatisées¹⁸. Plus récemment, en 2016 et 2017, un tiers des élèves de la 7^e à la 12^e année (du 1^{er} secondaire à la 1^{re} année de cégep) qui avaient utilisé un produit du tabac ont affirmé que leur initiation au tabac avait eu lieu avec un produit aromatisé².

Les effets sur la santé et sur la société

- Le tabagisme est un facteur de risque pour les maladies du

cœur, l'AVC, le cancer et les maladies respiratoires¹⁵.

- Des centaines d'ingrédients contenus dans le tabac sont toxiques et plus de 70 sont reconnus pour causer ou favoriser le cancer¹⁵. Le nombre de toxines emmagasinées dans le corps augmente à chaque bouffée de cigarette¹⁵.
- La nicotine est une drogue qui se trouve dans les produits du tabac et qui entraîne une très grande dépendance. Elle augmente la pression artérielle et fait travailler le cœur plus fort¹⁵.
- Le corps des adolescents est sensible à la nicotine et ces derniers sont possiblement plus vulnérables à la dépendance¹⁵. Aussi, la nicotine nuit au développement cérébral¹⁹.
- Les experts affirment qu'il n'y a pas de niveau d'exposition sécuritaire à la fumée de cigarette¹⁵. Toute exposition à celle-ci – même une cigarette occasionnelle ou une exposition à la fumée secondaire – est nocive¹⁵.
- Au total, 63,6 % des Canadiens ont affirmé avoir été exposés à de la fumée secondaire au cours du dernier mois¹⁶. De plus, 13,3 % ont indiqué qu'ils étaient exposés à de la fumée secondaire quotidiennement ou presque tous les jours¹⁶. L'exposition était plus fréquente chez les hommes, les adolescents, les jeunes adultes et les fumeurs¹⁶.
- Le tabagisme tue jusqu'à un fumeur sur deux^{10,20} et diminue considérablement l'espérance de vie²¹. Dans une étude menée auprès de femmes, au moins la moitié des fumeuses régulières sont décédées en raison du tabagisme²².
- Bien que les taux de tabagisme en général aient diminué au pays au cours des dernières décennies, l'utilisation du tabac demeure une menace pour la santé publique, tuant plus de 45 000 personnes par année et entraînant un fardeau économique de 16,2 milliards de dollars²³. Selon une étude canadienne récente, les taux de tabagisme chez les adolescents ont augmenté pour la première fois depuis de nombreuses années³.
- Les femmes qui fument durant la grossesse sont plus à risque de faire une fausse couche, d'avoir des complications pendant l'accouchement, et d'avoir un nourrisson de faible poids à la naissance¹⁵. Les bébés dont la mère fume sont plus susceptibles de souffrir d'une maladie (p. ex., asthme ou syndrome de la mort subite du nourrisson) et sont plus à risque de mourir à la naissance ou peu de temps après¹⁵.
- Comparativement aux non-fumeurs, les femmes qui fument présentent un risque relatif 25 % plus élevé de souffrir d'une maladie du cœur que les hommes qui fument²⁴.
- Le tabac sans fumée contient plus de 3 000 produits chimiques, dont 28 sont cancérigènes²⁵. Il ne constitue pas un produit de remplacement sécuritaire de la cigarette et il augmente le risque de subir une crise cardiaque ou un AVC

mortels, ou de souffrir de certains types de cancers²⁶⁻²⁹.

- Le menthol est un arôme trompeur utilisé pour dissimuler le goût amer du tabac. Les fumeurs de cigarettes au menthol auraient moins tendance à cesser de fumer³⁰. Lorsqu'ils tentent de cesser, ils sont plus susceptibles de faire une rechute³⁰.
- Cesser de fumer à n'importe quel âge et à n'importe quel moment est bénéfique et peut prolonger la vie¹⁵. Aussi, cela permet au corps de réparer les dommages causés par le tabagisme¹⁵.
- Dès qu'une personne cesse de fumer, son risque de souffrir d'une maladie du cœur ou de subir un AVC commence à diminuer³¹.

La lutte contre le tabagisme

- La lutte contre le tabagisme comprend la dénormalisation de l'industrie du tabac, la prévention, l'abandon et la protection pour réduire le fardeau des maladies liées au tabac^{10,32}.
- Comme de plus en plus de consommateurs de tabac cessent de fumer ou meurent prématurément, l'industrie du tabac cible les jeunes pour attirer de nouveaux utilisateurs^{10,33}. Les stratégies visant à restreindre l'initiation aux produits gagnent en popularité partout dans le monde^{32,34}.
- Hausser les taxes est la mesure la plus efficace pour réduire le tabagisme³⁵. Les stratégies de prix sont des mesures efficaces de lutte contre le tabagisme pouvant prévenir l'utilisation et augmenter les taux d'abandon³⁵.
- Les thérapies de remplacement de la nicotine (p. ex., timbre, gomme, inhalateur et pastille) sont l'une des manières les plus efficaces pour aider les gens à cesser de fumer et sont beaucoup moins nocives que la cigarette³⁶.
- Au cours de la dernière année, plus de la moitié des fumeurs ont essayé d'arrêter et un tiers a essayé plusieurs fois¹⁶. Pour certaines personnes, de nombreuses tentatives sont requises afin de cesser de fumer¹⁶. Selon des données obtenues par Santé Canada et par Statistique Canada, le pourcentage de personnes qui n'ont pas recommencé à fumer un an après avoir arrêté était de 12,3 % en 2017¹⁶.
- De grands progrès ont été réalisés pour éliminer le tabac des espaces publics intérieurs et extérieurs, mais il reste beaucoup de travail à faire pour que l'ensemble de la population soit protégée de la fumée secondaire¹⁶.
- La stratégie d'échec au tabac a été créée afin d'éliminer l'usage du tabac commercial au pays. L'objectif visant à diminuer la prévalence du tabagisme à moins de 5 % d'ici 2035 a été officiellement adopté par le gouvernement du Canada le 1^{er} mars 2017. Bien d'autres pays ont officiellement adopté des stratégies d'échec au tabac et plusieurs autres ont proposé des mesures stratégiques audacieuses et novatrices pour lutter contre le tabagisme³⁷. Au Canada, seul

l'Ontario a fixé ses propres objectifs provinciaux d'échec au tabac. Bien qu'elle ne soit pas allée aussi loin que le gouvernement fédéral, la province s'est engagée à atteindre un taux de tabagisme inférieur à 10 % d'ici 2023³⁸.

- Des mesures novatrices et vigoureuses sont nécessaires pour diminuer davantage les taux de tabagisme. Les mises en garde sur les cigarettes, le recouvrement des coûts de l'industrie, le mouvement social Tobacco Free Generation, la réforme de l'industrie du commerce du tabac et l'amélioration de l'accès aux outils augmentant les chances d'arrêt tabagique sont des mesures prometteuses³⁷. D'autres, plus strictes, sont aussi requises pour rendre la cigarette électronique moins attrayante aux yeux des jeunes et des non-fumeurs.

Le contexte

La lutte contre le tabagisme

Une approche exhaustive pour lutter contre le tabagisme comprend les éléments suivants^{10,39} :

1. Prévention – veiller à ce que les citoyens, particulièrement les jeunes et les jeunes adultes, ne commencent pas à consommer des produits de tabac.
2. Abandon – aider les consommateurs de tabac à cesser d'utiliser ces produits.
3. Protection – protéger tous les citoyens des effets nocifs de la fumée secondaire.
4. Dénormalisation – sensibiliser la population aux stratégies et aux tactiques de marketing de l'industrie du tabac et aux effets des produits de celle-ci sur la santé. Confronter l'industrie, et prendre des mesures pour réduire la disponibilité des produits, pour réduire la production et l'approvisionnement, pour introduire une importante hausse de taxes et pour exiger le contrôle des prix tout en la faisant payer pour le fardeau qu'elle crée.

Une approche exhaustive nécessite l'utilisation d'une variété de stratégies sur plusieurs plans, notamment l'éducation sur la santé et la sensibilisation du public, des lois, des règlements, une politique de prix et l'imposition de taxes¹⁰. Les stratégies de Cœur + AVC et d'autres organismes de lutte contre le tabagisme visant à sensibiliser la population et à dénoncer les tactiques de l'industrie du tabac à l'échelle nationale et mondiale constituent également des éléments clés de cette lutte.

Le tabagisme au pays

Le tabagisme demeure la principale cause de mort prématurée au Canada, fauchant 45 000 vies chaque année²³. Près de 1 décès sur 5 au pays est lié au tabagisme²³. Chaque jour, environ 125 Canadiens meurent à cause du tabac; ensemble, les accidents de voiture, les agressions, les accidents et les suicides causent un nombre inférieur de morts²³.

En 2012, le tabagisme représentait des coûts de plus de 16 milliards de dollars, soit 6,5 milliards en coûts directs de soins de santé (3,8 milliards en soins hospitaliers; 1,7 milliard en médicaments sur ordonnance; et 1 milliard en soins médicaux)²³. Le reste du fardeau économique est attribuable aux coûts indirects découlant, entre autres, de la perte de productivité²³.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes a révélé que les taux de tabagisme (fumeurs quotidiens ou occasionnels) étaient de 15,1 % en 2017¹. Les taux sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, une tendance qui est demeurée assez constante au cours de la dernière décennie¹. L'âge a également un lien avec le tabagisme; les taux étaient les plus élevés chez les jeunes adultes (de 20 à 24 ans)¹. Les hommes de ce groupe d'âge représentaient la plus grande proportion de fumeurs (20,4 %)¹. Les taux chez les jeunes adultes ont légèrement diminué au fil du temps, alors que d'autres groupes d'âge ont connu des baisses plus fortes¹. De façon générale, le taux de tabagisme diminue habituellement du début de l'âge adulte à plus tard au cours de la vie¹. La prévalence est la plus faible chez les jeunes (de 15 à 19 ans – 7,9 %), elle atteint un sommet (17,9 %) chez les personnes âgées de 25 à 44 ans, puis elle diminue chez les adultes de plus de 45 ans (14,1 %)¹.

Une étude canadienne plus récente indique que le tabagisme chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans a considérablement augmenté pour la première fois depuis des décennies, passant de 10,7 % à 15,5 %. C'est une augmentation de 45 % de 2017 à 2018³.

Les taux de tabagisme varient à l'échelle du pays. Parmi les provinces, le taux le plus faible est observé à l'Île-du-Prince-Édouard (11,8 %) et la prévalence est la plus élevée à Terre-Neuve-et-Labrador (20 %)¹. Les taux de tabagisme sont beaucoup plus hauts dans les territoires; le taux est le plus élevé au Nunavut, où près des deux tiers des habitants fument chaque jour¹.

La consommation globale a diminué : les Canadiens ont acheté plus de 27 milliards de cigarettes en 2017, comparativement à plus de 42 milliards en 2001¹⁶. Cette baisse est attribuable à une diminution du nombre de fumeurs et à une consommation réduite puisque les fumeurs quotidiens utilisent moins de cigarettes : la moyenne était de 13,7 cigarettes par jour en 2017, comparativement à 17 cigarettes par jour en 1999¹⁶. Les hommes qui fument quotidiennement consomment quotidiennement au moins trois cigarettes de plus que les femmes¹⁶.

Les communautés autochtones

Il est important que toute stratégie en matière de lutte contre le tabagisme reconnaisse le rôle sacré et cérémonial du tabac traditionnel dans certaines communautés autochtones ainsi que le fardeau en santé découlant de l'usage du tabac commercial

dans ces communautés. Le tabac représente l'une des quatre plantes sacrées dans de nombreuses cultures autochtones. Le tabac traditionnel utilisé à des fins cérémoniales est sacré⁴⁰. Le tabac commercial n'a pas la même utilité dans les cérémonies et la culture autochtones⁴⁰. Il est important de réduire l'impact du faible prix du tabac commercial ainsi que de la publicité, du placement, de la facilité d'accès et de l'utilisation de ce dernier dans les lieux publics des communautés autochtones.

La santé des peuples autochtones est une priorité pour Cœur + AVC. La Stratégie en santé des peuples autochtones, élaborée par la fondation avec des organismes autochtones, se concentre sur la conciliation en santé et vise la collaboration avec les communautés autochtones du pays pour réduire les inégalités en matière de maladies du cœur et d'AVC. La fondation s'engage à travailler avec ces peuples, soit les Premières Nations, les Métis et les Inuits, pour réduire le taux de morbidité et de mortalité associé à ces affections.

Il faut remédier aux facteurs de risque des maladies du cœur et de l'AVC chez les peuples autochtones en mettant l'accent sur l'équité et les déterminants sociaux. Cette démarche reconnaît que les différences entre les résultats en santé des Autochtones et du reste de la population au pays découlent des injustices historiques, sociales, économiques et politiques qui ont défini les conditions de vie des peuples autochtones. Les déterminants sociaux et économiques qui influent sur la santé et sur le bien-être, et les inégalités existantes doivent être considérés comme la cause principale des problèmes de santé de ces peuples. Cette approche en amont doit être utilisée en plus d'interventions qui réduisent des facteurs de risque comportementaux précis.

La colonisation, la dépossession et le génocide culturel ont laissé un héritage de traumatismes et de désespoir chez les peuples autochtones, entraînant des taux élevés de dépendance et de problèmes de santé mentale⁴¹. L'usage du tabac commercial fait partie de ces dépendances. Environ 37 % des membres des Premières Nations vivant hors réserve, 35 % des Métis et 58 % des Inuits (à l'exception de ceux vivant au Nunavut) sont des fumeurs comparativement à 15 % de la population non autochtone⁴². D'autres sondages indiquent que 48,7 % des Inuits affirment fumer chaque jour⁵. En 2012, 53 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve ou une communauté nordique ont affirmé être des fumeurs. Parmi ceux-ci, 40 % ont indiqué fumer chaque jour⁵.

Les inégalités sociales

La prévalence du tabagisme chez les personnes ayant un statut socioéconomique précaire est beaucoup plus forte que chez les personnes ayant un statut socioéconomique plus élevé¹. Comparativement au reste de la population, le taux de personnes autochtones ayant un tel statut est disproportionné⁴³.

Au pays, la proportion de fumeurs diminue lorsque le revenu familial augmente¹. En 2017, parmi les ménages du quintile de revenu inférieur, environ 1 personne sur 5 fumait (21,7 %) ¹. En comparaison, parmi les ménages du quintile de revenu le plus élevé, tout juste plus de 1 personne sur 10 fumait (11,9 %) ¹.

L'usage du tabac commercial renforce d'autres types d'inégalités⁴⁴. Les populations vulnérables portent une part disproportionnée du fardeau des décès, des maladies et des affections causés par le tabagisme^{44,45}. Ce fardeau contribue à accroître les inégalités en matière de santé et les iniquités financières au sein des communautés ayant un faible statut socioéconomique⁴⁴. De plus, les enfants issus des familles ayant ce statut sont plus susceptibles d'être exposés à la fumée secondaire et de devenir fumeurs^{36,46,47}. Les enfants de fumeurs actuels et anciens sont plus à risque de devenir fumeurs⁴⁸. Ce risque accru peut perpétuer le cycle du tabagisme au sein de la prochaine génération, alourdissant ainsi le fardeau du tabac⁴⁴.

Une démarche d'équité en santé doit être utilisée afin de tenir compte de la cause principale du tabagisme au sein de ces populations^{44,49}. Des initiatives et des programmes ciblés visant à atténuer le stress ou le traumatisme chez les personnes ayant un statut socioéconomique précaire doivent aussi éliminer les obstacles socioéconomiques qui rendent ces personnes plus susceptibles de consommer du tabac⁴⁹.

La santé mentale

La santé mentale est liée à la santé cardiovasculaire, comme la dépression et d'autres troubles mentaux graves sont associés à un risque accru de maladies cardiovasculaires⁵⁰. Il y a un nombre disproportionné de personnes souffrant de troubles de santé mentale parmi les groupes ayant un faible statut socioéconomique^{45,51}. Bien que la diminution des taux de tabagisme chez les personnes souffrant de maladies mentales soit inférieure à celle chez les personnes qui n'en souffrent pas, les personnes qui ont reçu des soins de santé mentale étaient plus susceptibles de cesser de fumer⁵¹. Il se peut que le tabagisme soit la principale cause de mortalité chez ces personnes⁵²⁻⁵⁴. Le taux d'abandon du tabac chez les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale est plus faible que chez les personnes qui ne souffrent pas d'un tel trouble⁵⁵. Une analyse canadienne a établi un lien entre le tabagisme et plusieurs problèmes de santé mentale (anxiété, troubles de l'humeur, dépression)⁵⁶. Les indicateurs de santé mentale étaient beaucoup plus faibles chez les fumeurs actuels (56 %) comparativement aux anciens fumeurs (69 %) ou les personnes qui n'ont jamais fumé (77 %) ⁵⁶. Ces statistiques et les faibles taux d'abandon du tabac à long terme chez les adultes souffrant de problèmes de santé mentale démontrent la nécessité de mieux soutenir ces personnes avec des ressources d'abandon du tabac et d'autres mesures de soutien⁵⁷. Enfin, l'abandon du tabac favorise une meilleure santé mentale⁵⁸.

La communauté LGBTQ+

La prévalence du tabagisme est plus élevée chez les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans ou queers (LGBTQ+) que la moyenne du pays⁵⁹. Selon les estimations, les taux de tabagisme dans les communautés LGBTQ+ se situent entre 24 % et 45 % parmi les différents groupes⁵⁹. Une variété de facteurs sociaux et psychologiques ont été associés au taux de tabagisme plus élevé, notamment le stress supplémentaire et les problèmes de santé mentale, ainsi que la stigmatisation, l'abus, la victimisation et la discrimination⁶⁰⁻⁶⁴. Les personnes LGBTQ+ se heurtent à des obstacles pour accéder aux services de santé⁶⁵. Les groupes du domaine de la santé craignent que ces difficultés à obtenir les soins médicaux appropriés puissent nuire à l'accès aux ressources d'abandon du tabac⁶⁶. Les publicités persuasives et ciblées du tabac retrouvées dans les lieux fréquentés par les personnes LGBTQ+ peuvent avoir augmenté l'exposition et la probabilité de l'initiation au tabagisme⁶⁰. Il existe d'importantes lacunes dans la recherche visant à évaluer des interventions de prévention et d'abandon du tabac auprès des jeunes adultes LGBTQ+, ce qui démontre la nécessité de mieux soutenir cette population⁶⁹.

Les ouvriers

Les personnes qui occupent des emplois ouvriers (construction, métiers du bâtiment, transport, conduite de machinerie, transformation, production) ont la prévalence la plus élevée comparativement aux personnes qui occupent des emplois en sciences sociales, en éducation, en santé ou au sein du gouvernement⁶⁶. En 2011, au Canada, environ le tiers des travailleurs de la construction, des travailleurs de l'exploitation minière, pétrolière et gazière et des travailleurs dans le secteur du transport et de l'entreposage fumaient⁶⁷. Les restrictions de l'usage du tabac ou les interdictions de fumer sont moins présentes dans le cadre de ces emplois que dans les milieux professionnels des employés de bureau puisqu'il est plus acceptable de fumer selon la culture du milieu de travail^{67,68}. Étant donné les taux de tabagisme élevés et le contexte professionnel et social, les ouvriers méritent des interventions adaptées afin de favoriser l'abandon du tabac⁶⁹.

Les nouveaux produits du tabac

Les stratégies de lutte contre le tabagisme doivent tenir compte du milieu en constante évolution à l'aide de méthodes proactives et réactives pour répondre aux questions et aux tendances émergentes. L'industrie innove pour diversifier ses gammes de produits, conserver ses parts du marché, attirer de nouveaux utilisateurs et donner l'impression aux utilisateurs actuels que le tabac est moins nocif^{70,71}. Les nouvelles technologies et les nouveaux produits comme la cigarette électronique et le tabac chauffé ainsi que les changements apportés aux filtres doivent être surveillés et des mesures doivent être prises⁷⁰. Plus particulièrement, l'augmentation des taux de

vapotage chez les jeunes et les répercussions potentielles, comme le tabagisme de nouveau normalisé et l'augmentation de l'usage du tabac combustible, doivent être surveillées attentivement et contrées⁴.

Les autres produits du tabac

Alors que les mesures de lutte contre le tabagisme ont permis de diminuer les taux de tabagisme, de nouveaux produits sont apparus sur le marché pour attirer les utilisateurs. Ces produits comprennent notamment les cigares, les cigarillos, le tabac à pipe, le tabac à chiquer ou à priser, et la chicha (aussi appelé houka ou narguilé). Bien que les cigarettes combustibles soient le produit du tabac le plus couramment utilisé, les efforts de lutte contre le tabagisme ne doivent pas se limiter à ce produit. Des statistiques récentes de 2017 ont révélé que 18 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus avaient utilisé au moins un produit du tabac dans les 30 derniers jours comparativement à 15,5 % en 2015⁷². Ces autres produits du tabac sont associés à divers problèmes de santé, et leur usage est problématique^{20,73}. Les cigares et les cigarillos étaient les produits les plus populaires après les cigarettes; 1,2 à 1,8 % des Canadiens en avaient consommé dans les 30 derniers jours⁷². L'usage d'autres produits du tabac est plus fréquent chez les hommes et chez les jeunes adultes⁷².

La chicha (houka ou narguilé) a gagné en popularité au cours des dernières années. Les données tirées de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves menée auprès de 50 103 Canadiens de la 7^e à la 12^e année (du 1^{er} secondaire à la 1^{re} année de cégep) ont révélé la popularité croissante de la chicha chez les jeunes, comparativement aux autres produits du tabac². En 2016 et 2017, 5,3 % des élèves de la 10^e à la 12^e année (du 4^e secondaire à la 1^{re} année de cégep) ont affirmé avoir utilisé la chicha dans les 30 derniers jours, ce qui en fait le produit de substitution au tabac le plus populaire chez les jeunes en comparaison avec les cigarillos, les cigares et le tabac sans fumée². L'usage de la chicha était aussi plus populaire chez les élèves plus âgés². Les taux d'usage étaient plus élevés chez les élèves de la 10^e à la 12^e année (du 4^e secondaire à la 1^{re} année de cégep [13,9 %]) que chez ceux de la 7^e à la 9^e année (du 1^{er} au 3^e secondaire [3,2 %])². Le plus inquiétant est que 37,6 % des jeunes de la 9^e à la 12^e année (du 3^e secondaire à la 1^{re} année de cégep) pensaient que la chicha était moins nocive que la cigarette traditionnelle, une croyance erronée et dangereuse⁷⁴. Cette statistique est troublante puisque l'usage de la chicha est associé à plusieurs des mêmes problèmes de santé, comme le cancer et les maladies pulmonaires et cardiovasculaires⁷³.

La cigarette électronique et le vapotage

La cigarette électronique, parfois appelée vapoteuse, est un dispositif qui est alimenté par pile, et qui utilise un processus d'inhalation et un procédé thermique pour rejeter sous forme

de vapeur le fluide qui se trouve à l'intérieur, imitant la cigarette traditionnelle. La solution liquide contient généralement du propylène glycol ou de la glycérine végétale, qui peuvent être mélangés à d'autres ingrédients ou arômes. La cigarette électronique est offerte avec ou sans nicotine. En 2018, Santé Canada a légalisé la vente de produits de vapotage contenant de la nicotine pour que cette cigarette soit accessible aux fumeurs en tant qu'outil d'abandon du tabac. En 2019, le gouvernement fédéral a proposé de modifier la *Loi sur le tabac et les produits de vapotage* pour enrayer la hausse des taux de vapotage chez les jeunes, notamment à l'aide de mesures concernant la publicité, les arômes, la concentration en nicotine et la conception des produits⁷⁵.

La cigarette électronique est attrayante pour les jeunes. Au Canada, environ 23 % des élèves de la 7^e à la 12^e année (du 1^{er} secondaire à la 1^{re} année de cégep) ont déclaré avoir déjà fait l'essai d'une cigarette électronique². L'usage de celle-ci chez les jeunes était de 10 % en 2016 et 2017, une augmentation de 61 % comparativement à un usage de 6,2 % en 2014 et 2015². Des études révèlent aussi que de plus en plus d'adolescents utilisent la cigarette électronique; 71,9 % en ont fait l'essai, car ils trouvent qu'elle donne un air décontracté ou sympathique⁷⁶.

Il est primordial que les jeunes soient protégés de l'exposition à la publicité. Une étude menée au Canada a conclu que l'utilisation de la cigarette électronique chez les jeunes (dans les 30 derniers jours) est liée à un futur tabagisme (probabilité accrue d'essai et d'usage quotidien du tabac)⁷⁷. Les données probantes évaluant l'effet de porte d'entrée sont contradictoires⁷⁸⁻⁸² et la poursuite de la recherche au pays est nécessaire puisque la cigarette électronique contenant de la nicotine a été légalisée et qu'elle est facilement accessible dans les points de vente au détail.

La position de Cœur + AVC au sujet de la cigarette électronique a évolué au fil du temps en fonction des avancées de la recherche et elle continuera d'évoluer. Bien que les données probantes sur le sujet continuent d'augmenter, il y a encore beaucoup à apprendre au sujet des effets néfastes sur la santé publique ainsi que de l'usage de la cigarette électronique comme moyen potentiel pour cesser de fumer. Même si la cigarette électronique est probablement moins nocive que la traditionnelle, elle n'est pas sans danger et l'augmentation du taux de vapotage chez les jeunes est alarmante. Des mesures immédiates et vigoureuses sont requises pour protéger les jeunes et les non-fumeurs.

Les experts s'accordent sur le fait que cesser de fumer à long terme, contrairement à diminuer le nombre de cigarettes fumées chaque jour, est la façon la plus efficace de réduire le risque de maladies et de mort prématurée²⁰. Cœur + AVC encourage les personnes à cesser complètement de fumer pour réduire le fardeau des maladies liées au tabagisme. Elle recommande

aux gens de se servir d'outils de cessation comme la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), les médicaments d'arrêt tabagique et le counseling. Les organismes du secteur de la santé, comme Cœur + AVC, reconnaissent que la cigarette électronique peut être une solution de rechange pour les personnes qui ont échoué en recourant à d'autres méthodes. Les personnes qui sont incapables de cesser de fumer auraient avantage à utiliser la cigarette électronique à long terme au lieu de fumer la cigarette traditionnelle. Cependant, selon la recherche, il serait moins nocif pour la santé de cesser de fumer complètement que d'utiliser à la fois une cigarette électronique et du tabac (aussi appelé double usage)⁸³.

Le double usage de la cigarette électronique, soit le vapotage combiné à l'utilisation de tabac combustible, est très fréquent au pays⁸⁴. Il peut favoriser la dépendance à la nicotine et l'usage continu du tabac au lieu de la cessation complète^{85,86}. L'usage de la cigarette électronique augmente le risque de crise cardiaque⁸³, et le double usage aggrave ce risque⁸³.

Cœur + AVC croit que la meilleure solution serait de cesser complètement de fumer en ayant recours à du soutien comportemental et/ou à des outils augmentant les chances d'arrêt tabagique. Les résultats des travaux de recherche sur l'utilisation de la cigarette électronique comme moyen utile pour arrêter de fumer sont partagés. Ce manque de consensus est attribuable en partie à l'évolution rapide de la technologie de ce dispositif et au manque de normalisation entre les produits de vapotage étudiés, ce qui rend complexe la comparaison des résultats d'études différentes. Même si certaines études démontrent que la cigarette électronique est utile pour les tentatives d'arrêt tabagique, d'autres révèlent que les fumeurs ne sont pas satisfaits du nouveau dispositif et qu'ils recommencent à fumer du tabac ou continuent d'utiliser la cigarette à la fois électronique et traditionnelle⁸⁷. Il a été démontré lors d'une étude récente qu'il est plus facile d'arrêter de fumer avec une cigarette électronique contenant de la nicotine qu'avec une qui n'en contient pas⁸⁸. Cependant, les données probantes ont été considérées comme étant de faible qualité, justifiant la nécessité d'autres études avec des échantillons plus grands et des produits modernes⁸⁸.

Cœur + AVC reconnaît que la cigarette électronique est moins nocive que le tabac combustible et soutient un meilleur accès à la cigarette électronique pour offrir aux fumeurs une solution supplémentaire de cessation tabagique.

La cigarette électronique ne doit pas être utilisée par les jeunes, les non-fumeurs, ou les anciens usagers qui ont complètement cessé de fumer. Il est impératif de surveiller les tendances et de comprendre l'usage de la cigarette électronique chez les jeunes et les non-fumeurs, ainsi que d'utiliser des stratégies pour renverser les tendances inquiétantes de l'usage croissant parmi ces groupes. La surveillance doit aussi inclure les personnes qui

ont recours au double usage (tabac combustible et cigarette électronique) ou qui utilisent la cigarette électronique au lieu de la traditionnelle. Cœur + AVC croit que toute stratégie de lutte contre le tabagisme doit déterminer la place qu'occupe la cigarette électronique dans une stratégie à long terme visant à éliminer l'usage du tabac commercial au pays.

Les produits de tabac chauffé

Les produits de tabac chauffé (qui chauffent le tabac sans le brûler, selon l'industrie) sont des dispositifs alimentés par pile qui génèrent une vapeur à base de nicotine en chauffant le tabac à une température inférieure à celle du tabac combustible traditionnel, parfois sous le point de combustion⁸⁹. Essentiellement, les experts supposent que ces produits du tabac se situent entre la cigarette combustible et la cigarette électronique : leur contenu en tabac ressemble à celui de la traditionnelle, alors que le dispositif qui permet de rejeter la nicotine sous forme de vapeur est semblable à celui de la cigarette électronique⁸⁹. Les produits de tabac chauffé sont fabriqués par des cigarettiers transnationaux et sont présentés comme des solutions de rechange moins nocives que la cigarette combustible étant donné qu'ils chauffent le tabac sans le brûler et génèrent moins de produits chimiques nocifs^{90,91}.

À ce jour, il existe un nombre limité d'études indépendantes ou de travaux de recherche examinés par des pairs sur ces produits et sur leurs effets sur la santé. Par conséquent, ils ne sont pas recommandés comme moyen pour réduire les risques associés au tabagisme. D'importantes lacunes dans les données subsistent concernant l'incidence que ces produits pourraient avoir sur la santé publique à l'échelle de la population. Les produits de tabac chauffé sont un produit du tabac et leur usage n'est pas encouragé par Santé Canada ni par Cœur + AVC.

Les stratégies et politiques d'échec au tabac

Les stratégies d'échec au tabac visant à atteindre un taux de tabagisme inférieur à 5 % sont la priorité d'un nombre croissant de pays. Le Canada s'est engagé à atteindre ce taux inférieur à 5 % d'ici 2035⁹², mais aucun gouvernement provincial ne lui a emboîté le pas⁹³. La Suède, la Finlande, l'Écosse, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande ont officiellement adopté des objectifs d'échec au tabac et des plans exhaustifs, et de nombreux autres pays mènent actuellement des discussions semblables³⁷. Des études de modélisation ont démontré que les pays qui souhaitent atteindre une prévalence de 5 % d'ici 2035 doivent accélérer et améliorer les mesures de lutte contre le tabagisme^{94,95}. Des travaux de recherche ont révélé que les mesures actuelles de lutte contre le tabagisme ne seront pas suffisantes pour atteindre ces objectifs d'ici 2050, encore moins d'ici 2035²⁰. Les experts réclament plutôt des innovations audacieuses en matière de politique et demandent à ce que les communautés autochtones participent à l'élaboration de ces solutions³⁷. Pour ce qui est de l'usage du tabac commercial chez les Autochtones,

« Rien pour nous sans nous » est un principe important qui doit guider l'objectif d'échec au tabac³⁷. Puisque le tabagisme est plus fréquent chez certains groupes, qui ont tous des ressources, des priorités et des besoins différents, les praticiens de la lutte contre le tabagisme doivent collaborer avec des représentants de ces groupes³⁷.

La protection des citoyens

La réduction de l'accès pour les jeunes et les jeunes adultes

Le tabagisme chez les jeunes

En 2017, 3,2 % des jeunes de la 7^e à la 12^e année (du 1^{er} secondaire à la 1^{re} année de cégep) ont affirmé fumer selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves². Cette statistique, cependant, ne tient pas compte des personnes autochtones vivant dans une réserve. Des sondages menés auprès d'élèves ont révélé que les taux de tabagisme chez les jeunes sont demeurés stables de 2014 à 2017². Parmi les élèves de la 7^e à la 12^e année, 18,4 % ont affirmé avoir essayé la cigarette et 23,1 % ont déclaré avoir déjà essayé des produits du tabac². Les expériences que font les élèves avec ces produits sont demeurées plutôt stables – 8,6 % ont essayé la chicha, 5 % le tabac sans fumée, 9 % les cigares, et 4,7 % ont essayé de rouler leurs propres cigarettes –, mais l'usage des cigarillos (petits cigares) a récemment connu une augmentation de 11,5 %².

Les taux de tabagisme et la consommation augmentent chez les jeunes au fur et à mesure qu'ils vieillissent^{2,16}. En 2016 et 2017, la prévalence des personnes ayant déjà fumé est passée de 8,6 % chez les élèves de la 7^e à la 9^e année (du 1^{er} au 3^e secondaire) à 28,1 % chez les élèves de la 10^e à la 12^e année (du 4^e secondaire à la 1^{re} année de cégep)^{2,16}. Parmi les fumeurs quotidiens de la 7^e à la 9^e année, la consommation moyenne était de 7,5 cigarettes par jour, et de 8 cigarettes par jour chez ceux de la 10^e à la 12^e année². La majorité des élèves qui fument (80 %) ont affirmé se procurer leurs cigarettes auprès de sources sociales plutôt que dans un magasin de détail^{2,16}.

Au Canada, l'âge moyen de l'initiation au tabagisme chez les Autochtones est de 12 ans, soit 7 ans plus tôt que chez les jeunes non autochtones⁷. Des études démontrent que les personnes qui commencent à fumer à un plus jeune âge présentent un risque accru de développer une dépendance à la nicotine²⁰. Au pays, les taux de tabagisme chez les jeunes autochtones sont au moins 3 fois plus élevés que chez les jeunes non autochtones⁷. En 2012, les taux d'usage quotidien du tabac chez les jeunes étaient de 30,8 % chez les Métis, de 30,6 % parmi les Premières Nations et de 56,6 % chez les Inuits comparativement à 11 % au sein de la jeunesse non autochtone⁵⁻⁷. Bien que le taux de tabagisme ait diminué chez les jeunes, des données probantes récentes indiquent une

augmentation des taux de tabagisme généraux chez les jeunes, pour la première fois en trente ans³. Au cours de cette même période, aucune diminution semblable n'a été atteinte chez les jeunes autochtones⁷. Cette tendance est particulièrement marquée chez les filles, indiquant un écart grandissant en matière de santé entre les jeunes femmes autochtones et non autochtones⁷. Heureusement, les tentatives d'arrêt tabagique chez les jeunes autochtones augmentent⁷. Aussi, les taux de tabagisme chez certains d'entre eux ont diminué, quoique pas au même rythme que chez la population générale, créant ainsi un écart grandissant⁹⁶.

L'abandon du tabac est plus difficile pour les jeunes autochtones dont les parents ou les frères et sœurs fument⁹⁷. De plus, les problèmes de santé mentale comme la dépression augmentent le risque relatif aux dépendances et au tabagisme chez les jeunes⁹⁸. Chez les jeunes autochtones, la faible estime de soi, le niveau élevé de stress, l'ennui et les piètres résultats scolaires influencent l'initiation au tabagisme^{97,98}. Une étude menée auprès des jeunes des Premières Nations à Saskatoon a révélé que le mécontentement de la vie familiale et les pensées suicidaires étaient des facteurs de risque indépendants du tabagisme⁹⁹. Au Nunavut, où les taux de suicide sont 11 fois plus élevés que la moyenne du pays, ces constatations sont particulièrement pertinentes et soulignent la nécessité d'intégrer la lutte contre le tabagisme aux stratégies axées sur les déterminants de la santé⁷.

L'âge légal fixé à 21 ans

Cœur + AVC est heureuse de constater un mouvement international visant à augmenter l'âge nécessaire pour se procurer des produits du tabac à 21 ans. De nombreux territoires ont adopté cette mesure, dont plusieurs États (comme la Californie, l'Oregon, Hawaï, le New Jersey, le Maine et la Virginie) et plus de 400 municipalités aux États-Unis (comme New York, Boston, Chicago, Cleveland, Kansas City, San Antonio et St. Louis), ainsi que plusieurs autres états, archipels et pays (comme le Honduras, le Koweït, la Mongolie, les Palaos, les Samoa, Singapour, le Sri Lanka et l'Ouganda)^{100,101}. En 2016 et 2017, le gouvernement du Canada a mené une consultation en trois étapes appelée *Consultation sur l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada : ce que nous avons entendu*. Parmi les répondants de la consultation en ligne se trouvaient des organismes non gouvernementaux, des représentants de l'industrie, des universitaires, d'autres organismes publics et des membres de la population¹⁰². Lorsque questionnés sur le sujet, 73 % des répondants étaient favorables à l'idée de hausser l'âge minimum d'accès légal aux produits du tabac à 21 ans¹⁰². Cependant, aucune province ni aucun territoire n'a encore agi en ce sens¹⁰².

Des études ont révélé que les lois visant à hausser cet âge à 21 ans entraînaient une baisse accrue des taux de tabagisme

chez les jeunes¹⁰³. Selon une étude de modélisation, hausser l'âge minimum d'accès légal aux produits du tabac à 21 ans pourrait réduire considérablement l'utilisation future de ces derniers, l'accès des jeunes en étant réduit. Cette mesure pourrait également prévenir ou retarder l'initiation au tabagisme^{104,105}. De même, aux États-Unis, cela entraînerait une diminution de la prévalence au tabagisme de 25 % chez les jeunes âgés de 15 à 17 ans et de 15 % chez les 18 et 19 ans¹⁰⁴. Les jeunes adultes sont le groupe qui connaît la moins grande diminution de la prévalence et on pense que limiter davantage l'accès selon l'âge pourrait être bénéfique^{1,105}. Pour limiter les répercussions négatives chez les jeunes de 18 ans qui fument déjà et qui sont déjà dépendants aux produits du tabac, Cœur + AVC recommande de hausser l'âge minimum de manière progressive.

Les environnements sans fumée

Une bonne occasion de limiter les ventes de tabac réside dans une réforme de l'industrie pour rendre les produits du tabac moins accessibles en réduisant le nombre de points de vente. Certaines données probantes démontrent que l'omniprésence de l'offre est associée aux comportements liés au tabagisme, à l'initiation et aux tentatives d'arrêt tabagique infructueuses¹⁰⁶⁻¹¹⁰. Les détaillants de tabac ne devraient pas être autorisés à se trouver près des écoles et le tabac ne devrait pas être vendu dans des endroits sans surveillance (p. ex., distributeurs automatiques et services en ligne) puisque cela facilite l'accès aux produits chez les jeunes^{107,110,111}.

En 2017, l'âge moyen auquel les personnes ayant déjà fumé ont essayé leur première cigarette était de 16,5 ans¹⁶. Étant donné que les taux de tabagisme chez ces jeunes demeurent élevés et difficiles à réduire, il est nécessaire d'envisager des options de politique qui limiteraient l'usage dans les endroits où ils passent beaucoup de temps comme les campus universitaires et collégiaux. Les environnements sans fumée garantissent la pureté de l'air en réduisant l'exposition à la fumée secondaire et permettent de dénormaliser davantage le tabagisme auprès des jeunes. En 2018, 65 collèges et universités du pays ont fait preuve de leadership en créant des campus sans fumée, mais il reste encore beaucoup à faire à cet égard¹¹².

Une génération sans tabac commercial

La génération sans tabac commercial est une mesure novatrice qui empêcherait l'industrie d'attirer de nouveaux jeunes consommateurs et offrirait une forte protection aux jeunes. Cette mesure implique l'implantation de règlements pour éliminer les ventes futures de tabac à la génération actuelle de jeunes¹¹³. Par exemple, un gouvernement pourrait légiférer que les personnes nées après une année donnée ne peuvent pas légalement acheter de produits du tabac. Cette mesure est pratique et efficace puisque le mécanisme visant à interdire la vente aux mineurs

est déjà en place et fonctionne assez bien. Elle devrait être mise en œuvre de manière graduelle pour assurer qu'elle ne piège ni ne criminalise les personnes déjà dépendantes aux produits du tabac, notamment celles qui n'ont pas l'âge légal actuel d'acheter des produits du tabac. Par exemple, les jeunes de 12 ou de 13 ans qui fument peuvent être dépendants à la nicotine. Par conséquent, les nouvelles lois devraient concilier la protection de ces adolescents tout en permettant l'accès pour ceux déjà dépendants aux produits du tabac. Cœur + AVC recommande que les lois visant à créer une génération sans tabac s'appliquent uniquement au tabac commercial, et non pas à l'utilisation traditionnelle et culturelle du tabac.

Les programmes communautaires

Les programmes communautaires qui sont destinés aux jeunes, et qui répondent aux besoins et tiennent compte de la situation de différents groupes ciblés peuvent travailler en synergie avec les mesures mises en œuvre auprès de la population. Les approches participatives auprès des Autochtones – techniques visant à passer le pouvoir du chercheur aux participants à la recherche – qui combinent des stratégies de prévention et d'abandon du tabac avec un accent sur la compréhension des besoins de la communauté se révèlent les plus efficaces^{114,115}. Par exemple, un programme de prévention du tabagisme en Alberta a été culturellement adapté aux enfants autochtones en intégrant la roue médicinale (symbolisant les aspects spirituels, mentaux, émotionnels et physiques de la santé ou du bien-être)¹¹⁶. Le programme a permis de réduire considérablement l'intention de fumer des enfants et des adolescents autochtones comparativement aux approches standard¹¹⁶.

L'imposition de taxes et le contrôle des prix

L'imposition de taxes est la stratégie de lutte contre le tabagisme la plus efficace^{35,117}. Les taux de tabagisme diminuent lorsque les prix augmentent¹¹⁷. Les jeunes sont particulièrement sensibles à l'augmentation des prix des cigarettes, et de ce fait, le prix est un déterminant important de leurs habitudes en matière de tabagisme^{117,118}. Une stratégie de prix efficace doit comprendre des hausses de taxes fréquentes en fonction de l'inflation et doit éliminer les sources de tabac bon marché³⁵. Le contrôle des prix au moyen de règlements est aussi nécessaire pour empêcher que l'industrie échappe aux effets des hausses de taxes³⁵.

Les ventes illégales

La vente de tabac aux mineurs est un problème important dans le marché illégal et dans le secteur du commerce de détail légal. Les données de surveillance de 2017 ont révélé que 43,5 % des jeunes fumeurs qui n'avaient pas l'âge minimum d'acheter du tabac (15 à 18 ans) obtenaient habituellement leurs cigarettes d'un point de vente régulier¹⁶. Les jeunes sont plus susceptibles que les adultes d'acheter leurs produits illégalement d'un détaillant plutôt que de les obtenir d'une

source sociale comme un ami ou un membre de leur famille¹⁶. Ces tendances sont demeurées inchangées au cours des dernières années¹⁶. Des sanctions plus sévères¹¹⁹ et la menace de perdre leur licence de vente au détail de tabac peuvent agir comme moyen de dissuasion pour les personnes qui vendent du tabac aux mineurs. À l'heure actuelle, les amendes imposées aux détaillants canadiens peuvent être de seulement quelques centaines de dollars. Les organismes du secteur de la santé craignent que ces amendes ne soient pas suffisantes pour prévenir les ventes illégales.

La contrebande

La contrebande de tabac demeure une préoccupation même si elle représente une source mineure et décroissante de la consommation de tabac¹²⁰. Les taux de contrebande sont souvent exagérés par l'industrie du tabac comme tactique pour retarder l'adoption de politiques publiques¹²¹. Le problème de la contrebande est beaucoup plus important dans les provinces où le marché illégal est plus accessible¹²⁰. La contrebande peut être enrayerée à l'aide d'une augmentation des ressources et de la collaboration entre les représentants de la justice et les forces de l'ordre. Il est important que le gouvernement augmente les sanctions imposées aux personnes qui font de la contrebande de tabac ou de produits (amendes et emprisonnement) et s'assure que ces sanctions sont bien annoncées. D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour connaître l'usage que font les jeunes du tabac de contrebande.

Les lieux sans fumée

Il est important de reconnaître que même si de grands progrès ont été réalisés pour créer des lieux sans fumée, il reste beaucoup de travail à faire pour veiller à ce que tous les citoyens aient accès à de l'air pur. Une étude datant de 2017 a révélé que 63,6 % des répondants avaient été exposés à de la fumée secondaire au cours du dernier mois, alors que 13,3 % ont indiqué y avoir été exposés chaque jour ou presque tous les jours¹⁶. L'exposition à la fumée secondaire était plus fréquente chez les hommes, les jeunes, les jeunes adultes et les fumeurs¹⁶.

De nombreux lieux, comme les complexes de logements multiples, nécessitent des efforts supplémentaires afin de protéger la population de la fumée secondaire. Des rapports indiquent que seulement la moitié des complexes de logements multiples pour les personnes âgées subventionnés par le gouvernement et désignés comme sans fumée le sont réellement¹²². Cette situation est attribuable aux fumeurs qui vivaient dans ces résidences avant qu'elles soient déclarées sans fumée par le ministère des Services à la famille et à la personne¹²². Les futurs logements vacants seront habités seulement par des non-fumeurs pour résoudre ce problème¹²². Cependant, le nombre de logements sans fumée vacants est limité et certaines personnes ne réussissent pas à en trouver un pour leur famille¹²³.

Les lieux publics extérieurs

Bien que fumer ait été presque interdit à l'échelle du pays dans les espaces intérieurs (p. ex., les bars, les restaurants, les bâtiments gouvernementaux et les immeubles de bureaux), un manque de protection est encore observé dans les lieux publics extérieurs comme les terrasses, les parcs, les plages, les terrains de sport, les chantiers de construction et les campus universitaires et collégiaux. Halifax (N.-É.), Kentville (N.-É.) et Hampstead (Qc) sont parmi les premières municipalités canadiennes à interdire de fumer sur les routes et les trottoirs qui appartiennent à la ville^{124,125}.

D'autres formes de tabac comme l'herbe à chicha ont gagné en popularité, mais selon les provinces et territoires, elles échappent souvent aux règlements visant à éliminer le tabac des lieux publics. Plusieurs provinces et municipalités au Canada et plusieurs pays comme ceux du Moyen-Orient ont modifié les règlements interdisant le tabagisme pour inclure l'interdiction de la chicha dans les restaurants, les cafés et les bars¹²⁶.

Les lieux de travail

Tous les lieux de travail devraient être sans fumée, mais ce n'est souvent pas le cas au pays. Comme fumer est permis dans la plupart des lieux de travail extérieurs, de nombreux non-fumeurs qui travaillent à l'extérieur continuent d'être exposés à la fumée secondaire. Les employés des casinos et des autres établissements situés dans les communautés des Premières Nations ne sont pas toujours protégés par des règlements interdisant de fumer. Les taux d'abandon du tabac sont plus élevés chez les personnes qui ne peuvent pas fumer au travail que chez celles qui le peuvent¹²⁷. La probabilité de fumer augmente avec la possibilité de fumer au travail dans toutes les catégories professionnelles^{128,129}. Les personnes qui occupent des emplois ouvriers (construction, métiers du bâtiment, transport, conduite de machinerie, transformation, production) ont les taux de prévalence au tabac les plus élevés⁶⁷.

Les communautés autochtones

Les communautés autochtones font face à des défis supplémentaires en ce qui concerne les lieux sans fumée. Certaines de ces communautés ne sont pas protégées en vertu des lois anti-tabac provinciales ou régionales, et il est donc permis de fumer dans les bâtiments publics. Les Autochtones ont affirmé que l'usage du tabac se fait principalement à l'intérieur du domicile. Des initiatives devraient donc être prises afin de favoriser et de créer des environnements sans fumée à la maison¹³⁰. La création de foyers sans fumée dans les communautés autochtones est une mesure prometteuse qui entraînerait une exposition réduite à la fumée secondaire, des tentatives d'arrêt tabagique et une initiation réduite au tabagisme chez les jeunes¹³⁰.

Bien qu'il existe peu d'études axées sur la lutte contre le tabagisme chez les Autochtones, certains programmes qui

aident les familles et les personnes autochtones à créer des foyers sans fumée ont permis d'obtenir de bons résultats^{130, 131}. Des experts indiquent qu'appuyer les familles dans la création de foyers sans fumée pourrait permettre de modifier les habitudes en matière de tabagisme à long terme¹³⁰.

Le marketing et la promotion

Bien que la majorité des formes de marketing et de promotion du tabac aient été interdites, certaines existent encore avec les accessoires de produits du tabac et les produits sans tabac portant des marques, comme les briquets et les allumettes. L'usage du tabac continue d'être présent dans le secteur des médias et du divertissement^{132,133}. Le tabac et le tabagisme sont aussi exposés dans les médias numériques et sociaux¹³⁴. Les personnalités publiques et celles en ligne sont souvent vues en train d'utiliser ces produits, créant une image prestigieuse et décontractée^{135,136}.

Le marketing propre au genre

L'industrie du tabac reconnaît que le produit et l'emballage sont des espaces de marketing précieux. Elle les utilise comme outils pour promouvoir le prestige, le côté attirant et amusant, la masculinité et l'attrait^{11,34}. Les cigarettes minces et ultraminces sont aussi une tactique de marketing utilisée pour donner une image prestigieuse qui joue avec les clichés entourant l'image corporelle des femmes^{11,32,137,138}. Des études démontrent que les personnes qui fument des cigarettes minces et ultraminces croient à tort que ces produits ne sont pas aussi nocifs que des cigarettes traditionnelles¹³⁷.

Un emballage neutre et normalisé

L'adoption rapide d'un emballage neutre et normalisé pour tous les produits du tabac à l'échelle du pays est essentielle. Cela comprend un seul format de paquet de cigarettes avec tiroir et coulisse, des mesures vigoureuses concernant la marque et les noms de la gamme de produits ainsi que des mises en garde améliorées et continuellement mises à jour sur les emballages. Un emballage neutre et normalisé a été approuvé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et a été adopté notamment en Australie, en Irlande, en France, au Royaume-Uni, en Hongrie, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Slovaquie¹³⁹.

Un emballage neutre et normalisé des produits du tabac entraîne plusieurs avantages, notamment la baisse accélérée du tabagisme¹³⁹⁻¹⁴⁵. La politique est également associée à la réduction des publicités trompeuses, à l'augmentation de la visibilité et de l'efficacité des mises en garde, à la réduction de l'attrait du tabac chez les jeunes et à la promotion de l'abandon du tabac^{144,145}. Après la mise en œuvre de la politique en Australie, l'association à des images positives a connu une baisse pour toutes les marques de tabac et la diminution du taux de tabagisme a été la plus importante chez les adolescents¹⁴³.

Cette politique a également favorisé l'intention d'arrêter de fumer, a soulevé des inquiétudes quant au tabagisme et a augmenté les tentatives d'arrêt tabagique¹⁴⁶. Toujours en Australie, un plus grand nombre de fumeurs n'aimaient pas les paquets et les trouvaient moins attrayants^{147,148}. De plus, ils étaient moins à affirmer que les marques se différenciaient par rapport au prestige après la mise en œuvre de la politique¹⁴⁹.

Le produit en soi doit être peu attrayant. Pour ce faire, il faut interdire les cigarettes fines, utiliser des couleurs dissuasives et inscrire des messages qui favorisent l'abandon tabagique ou des mises en garde comme « Le tabac tue » sur le produit. Des travaux de recherche récents ont démontré que l'utilisation de couleurs peu attrayantes et de mises en garde sur les cigarettes a réduit la probabilité d'usage et entraîné des perceptions moins favorables des produits¹⁵⁰. De tels messages sur chaque cigarette seraient très dissuasifs et augmenteraient le nombre de tentatives pour cesser de fumer¹⁵⁰.

Le tabagisme à l'écran

La recherche démontre que les enfants et les adolescents se laissent facilement impressionner et que le tabagisme à l'écran peut augmenter la probabilité qu'ils commencent à fumer. Une étude a révélé que 37 % des fumeurs pourraient avoir commencé à fumer après avoir été exposé à des scènes de tabagisme dans des films⁹. Au pays, les enfants sont exposés à de nombreuses scènes de tabagisme dans les films destinés aux jeunes (cotes de classement G, PG et 14A). Une étude menée en Ontario a découvert que de 2002 à 2018, 87 % des films comportant des scènes de tabagisme étaient pour les jeunes¹⁵¹. En outre, plus de la moitié des films les plus populaires durant cette période présentaient des images relatives au tabac¹⁵¹. Dans le cadre de l'évaluation des répercussions du tabagisme à l'écran, des études de modélisation ont révélé qu'au moins 185 000 enfants et adolescents de l'Ontario commenceront à fumer après avoir été exposés à des scènes de tabagisme à l'écran et qu'environ 59 000 de ces nouveaux fumeurs mourront prématurément d'une maladie liée au tabagisme¹⁵¹.

Certains pays ont choisi de rendre obligatoires les mises en garde ou les messages relatifs à la santé dans les films ou les émissions comportant des scènes de tabagisme¹⁵². Cependant, il est difficile de savoir si les mises en garde obligatoires sont efficaces pour réduire les risques associés à cette exposition à l'écran. Une meilleure solution proposée par la direction du Service de santé publique des États-Unis est de donner aux films comportant des scènes de tabagisme un classement pour adulte⁸. Cette mesure pourrait permettre de réduire de 18 % le taux de tabagisme chez les jeunes⁸. En Ontario, attribuer le classement 18A (spectateurs âgés de 18 ans et plus ou accompagnés d'un adulte) aux films comportant des scènes de tabagisme pourrait prévenir plus de 30 000 morts causées par

le tabagisme et permettre d'économiser plus de ½ milliard de dollars en coûts futurs de soins de santé¹⁵¹.

La promotion au détail

La majorité des fumeurs au Canada (85 %) achètent leurs cigarettes dans un commerce au détail¹⁶. Les établissements de vente au détail demeurent un secteur clé pour le marketing, et les détaillants continuent de participer à des activités promotionnelles même si la publicité visible au point de vente est interdite^{153,154}.

Des rapports canadiens récents ont révélé que l'industrie du tabac utilise une approche incitative aux détaillants pour atteindre les objectifs de ventes¹⁵³. Plus particulièrement, des primes sont versées lors de l'atteinte des objectifs, et des détaillants ont participé à des tirages pour gagner un voyage¹⁵³. Au Québec, ce type de promotion entre les fabricants et les détaillants était autorisé dans les lois de lutte contre le tabagisme, mais il a récemment été interdit en raison de diverses méthodes de marketing considérées comme un écart à la réglementation¹⁵³. Il a été découvert que les entreprises de l'industrie du tabac au Québec avaient développé des programmes pour promouvoir certaines marques, favorisaient les achats plus importants (deux paquets) et réduisaient les prix pour créer de la concurrence¹⁵³. De façon générale, il est nécessaire d'interdire les primes incitatives offertes aux détaillants pour les ventes de produits du tabac et/ou la promotion puisque les détaillants stimulent actuellement les ventes de certains produits.

Les arômes

Les arômes et les additifs sont une forme attrayante de marketing souvent utilisée pour attirer les jeunes. Le menthol est un additif qui dissimule le goût amer du tabac lors de l'initiation au tabagisme et par la suite¹⁵⁵. Le menthol a auparavant été exclu du règlement fédéral sur le tabac interdisant les arômes. Certaines provinces ont interdit les cigarettes au menthol dans les années qui ont suivi. Le menthol dans les cigarettes, la plupart des cigares et les feuilles d'enveloppe a été interdit à l'échelle nationale en octobre 2017, puis dans tous les produits du tabac en novembre 2018.

Malgré les progrès réalisés avec les cigarettes au menthol, des arômes sont encore offerts dans une variété de produits avec ou sans tabac. Dans une étude récente, on a demandé aux consommateurs de produits du tabac autres que la cigarette s'ils avaient consommé des produits aromatisés dans les 30 derniers jours¹⁸. En général, chez 60,4 % de ceux qui avaient consommé des produits du tabac autres que la cigarette dans les 30 derniers jours, il s'agissait de produits aromatisés¹⁸.

Par conséquent, l'interdiction de tous les arômes dans tous les produits du tabac, y compris l'herbe à chicha, à l'échelle du

pays représente une excellente occasion pour lutter contre le tabagisme. L'herbe à chicha est attrayante en raison de ses arômes et de son emballage, et elle est généralement perçue comme sans danger même si elle contient souvent du tabac ou d'autres ingrédients nocifs¹⁵⁶. D'ailleurs, le Québec a interdit l'herbe à chicha aromatisée.

L'abandon du tabac

Aider les consommateurs de tabac à réduire et à cesser leur consommation est un autre élément clé de la lutte contre le tabagisme. Il n'est jamais trop tard pour cesser de fumer. Cesser de fumer, peu importe l'âge, présente des avantages liés ou non à la santé, même pour les personnes qui souffrent d'une affection liée au tabagisme comme les maladies du cœur et l'AVC²⁰.

Le tabac entraîne une dépendance. Le traitement du tabagisme est semblable à celui d'une maladie chronique qui nécessite un soutien continu²⁰. La majorité des personnes essaient de cesser de fumer seules, mais sans soutien supplémentaire, elles peuvent faire face à des défis plus grands que celles qui reçoivent de l'aide. Les membres de la famille, les amis, les employeurs et les professionnels de la santé sont essentiels pour créer un environnement favorable à l'abandon du tabac. Une étude indique que les fumeurs pourraient bénéficier de matériel d'autogestion spécialement conçu ou de brèves séances de counseling individuelles ou en groupe (lignes téléphoniques d'abandon du tabac et professionnels de la santé)¹⁵⁷. Ces ressources permettent d'en apprendre davantage sur le tabagisme, de donner la confiance en soi nécessaire pour cesser de fumer et de susciter la motivation requise pour agir¹⁵⁷. Les professionnels de la santé sont les mieux placés pour recommander des traitements efficaces qui augmenteront les chances des fumeurs de cesser de fumer pour de bon.

Les stratégies d'abandon du tabac

Un programme d'abandon du tabac exhaustif et coordonné à l'échelle de la population est nécessaire dans le cadre d'une stratégie de lutte contre le tabagisme³⁷. Même si les stratégies de prévention sont essentielles pour atteindre des taux de prévalence au tabagisme inférieurs à 5 % d'ici 2035, elles ne sont pas suffisantes à elles seules¹⁵⁸. Pour atteindre cet objectif, le nombre absolu de fumeurs au pays devra passer d'environ 5,2 millions aujourd'hui à moins de 2 millions, soit une baisse annuelle d'approximativement 200 000 fumeurs¹⁵⁹. Les personnes dépendantes aux produits de l'industrie du tabac doivent recevoir de l'aide fondée sur des données probantes pour cesser de fumer au moment et de la manière de leur choix, et ce, sans obstacles¹⁰. De nouvelles approches sont nécessaires pour cibler les populations ayant les taux de tabagisme les plus élevés¹⁶⁰. Les gouvernements devraient augmenter considérablement les initiatives d'abandon du tabac et collaborer avec les établissements de soins de santé ainsi

que les professionnels de la santé désignés pour fournir des conseils et des services relatifs à l'arrêt tabagique dans le cadre d'un système solidifié et intégré d'abandon^{160,161}. Il est important de tirer parti des pratiques exemplaires en matière d'arrêt tabagique et de demeurer flexible pour soutenir les groupes qui nécessitent des approches adaptées. Les cadres cliniques comme le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac adopté par l'Institut de cardiologie ont réussi à augmenter les taux d'abandon et à améliorer les résultats en santé à long terme¹⁶².

L'accessibilité et l'abordabilité

Les outils de cessation éprouvés devraient être gratuits pour tous les citoyens, peu importe le nombre de tentatives d'arrêt tabagique. Il existe des exemples prometteurs de ce type de politiques partout dans le monde, qui couvrent et fournissent les produits de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) et qui offrent des subventions pour certains médicaments d'arrêt tabagique délivrés sur ordonnance^{161,163}. En Colombie-Britannique, le programme d'abandon du tabac soutient les personnes qui essaient d'arrêter la cigarette ou les produits du tabac, en couvrant entièrement le coût des produits de TRN ou en assumant une partie des coûts de certains médicaments d'arrêt tabagique délivrés sur ordonnance¹⁶⁴. En Ontario, grâce à la couverture offerte par le nouveau programme Assurance-santé Plus, les jeunes âgés de 18 à 24 ans (qui ont une carte Santé et qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance privée) ont droit à un an de counseling gratuit auprès de leur pharmacien ou de leur fournisseur de soins de santé et à deux types de médicaments d'arrêt tabagique (Champix ou Zyban)¹⁶⁵. De plus, les personnes qui quittent l'hôpital et qui retournent dans des communautés à risque élevé reçoivent gratuitement des TRN au moyen de cartes d'abandon¹⁶⁶. De telles politiques et de tels programmes peuvent réduire les obstacles à l'accès, minimisant ainsi les difficultés rencontrées par les fumeurs qui se joignent à un programme d'abandon du tabac et facilitant l'accès à du soutien. Si un régime national d'assurance-médicaments est créé, la TRN et les autres médicaments d'arrêt tabagique délivrés sur ordonnance doivent être inclus afin que l'ensemble de la population puisse en bénéficier.

Les messages d'abandon du tabac

Il y a actuellement huit messages incitant à cesser de fumer qui apparaissent en alternance à l'intérieur des paquets de cigarettes, soit sur la coulisse des paquets avec tiroir et coulisse, soit sur un encart. Comme les encarts dans les produits du tabac sont faciles à jeter¹⁶⁷, les messages en question et les mises en garde devraient être inscrits de manière permanente à l'intérieur des paquets et des produits du tabac, comme c'est le cas dans d'autres pays, plutôt que sur des encarts. Les messages sur les paquets de cigarettes devraient aussi fournir des renseignements sur la réduction des effets nocifs, en expliquant les risques réduits associés

à la cigarette électronique tout en favorisant les tentatives d'abandon à l'aide de pratiques exemplaires comme la TRN, le counseling et l'aide pharmacologique¹⁶⁸. Les mises en garde et ces messages peuvent aussi être inscrits sur les cigarettes pour favoriser les tentatives d'abandon et pour dissuader les consommateurs¹⁵⁰.

Les approches ciblées

Offrir du soutien pour l'abandon du tabac dans les organisations sociales et les organismes communautaires qui travaillent déjà avec les groupes désavantagés est une manière efficace de réduire les taux de tabagisme¹⁶⁹. Il est nécessaire de développer et de financer des programmes communautaires d'abandon du tabac qui sont accessibles, holistiques et habilitants, qui sont sans jugement, en plus d'être combinés à des programmes de soutien social^{169,170}. Cette approche a été jugée efficace auprès des populations vulnérables¹⁷⁰. Des études démontrent un taux d'acceptation élevé des récompenses financières et non financières comme stratégie d'abandon du tabac chez les groupes désavantagés¹⁷¹. Les mesures incitatives financières récompensant la participation permettent d'accroître le taux de recrutement (pouvant ainsi entraîner la réussite d'un plus grand nombre de fumeurs qui décident d'arrêter)¹⁷².

Il est également important de développer des approches ciblées pour les femmes, puisque des études ont démontré que celles-ci éprouvent plus de difficulté à cesser de fumer que les hommes et qu'elles sont plus susceptibles de faire une rechute^{24,173}. Les expériences des femmes quant au tabagisme et à l'abandon du tabac sont influencées par des facteurs complexes comme des facteurs biologiques, physiologiques et psychosociaux¹⁷³. Les femmes commencent à fumer pour des raisons différentes de celles des hommes; certaines utilisent la cigarette comme mécanisme d'adaptation pour gérer leurs émotions négatives et des sources de stress propres au genre, comme le travail non rémunéré et le contrôle du poids¹⁷⁴. Il est nécessaire de comprendre les efforts de désaccoutumance requis et de les adapter afin qu'ils conviennent aux besoins des femmes¹⁷⁴.

Les interventions d'abandon du tabac ciblant les jeunes adultes qui occupent des emplois ouvriers est la méthode la plus prometteuse pour joindre un grand nombre de jeunes adultes qui fument⁶⁹. Les taux de consommation de tabac commercial sont habituellement plus élevés chez les personnes qui vivent dans des communautés rurales, éloignées ou nordiques¹. De plus, les personnes qui vivent dans ces communautés ont souvent un accès limité aux services de santé. Par conséquent, le counseling sur l'abandon du tabac offert grâce à la télésanté et à la vidéoconférence s'est avéré efficace dans les régions rurales et éloignées de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest¹⁷⁵.

Les fumeurs des Premières Nations, même s'ils sont très motivés à cesser de fumer, sont moins susceptibles que le reste des fumeurs du pays d'utiliser la TRN⁷. Des groupes de médecins attribuent cela au fait que les fumeurs au sein des Premières Nations décident de ne pas faire appel aux services médicaux et qu'ils sont généralement réticents à utiliser la pharmacothérapie⁷. Il est donc recommandé que les Autochtones n'aient plus besoin d'une ordonnance d'un médecin pour obtenir des produits subventionnés^{7,98}. Faciliter l'accès aux outils augmentant les chances d'arrêt peut accroître leur utilisation¹⁷¹. Les lignes téléphoniques d'abandon du tabac ont été jugées plus efficaces pour les fumeurs autochtones que pour les fumeurs non autochtones⁷. Ces lignes téléphoniques sont rentables^{157,176} et devraient être offertes dans l'ensemble des provinces et des territoires, comme c'est le cas actuellement.

Dans les communautés autochtones, une approche holistique qui tient compte des facteurs psychosociaux et socioéconomiques (p. ex., chômage, logement, violence familiale, dépendances, problèmes de santé mentale et traumatismes passés) augmente les chances de réussite lors de l'abandon du tabac^{7,97,177,178}. Un examen des programmes autochtones d'abandon du tabac a révélé que ceux favorisant la réussite étaient pertinents sur le plan culturel, flexibles, réactifs et holistiques; comprenaient l'orientation et la facilitation locales ainsi que la formation des formateurs; soulignaient les activités, les connaissances et les valeurs traditionnelles; tenaient compte des modes de vie contemporains; collaboraient avec les ressources et les systèmes existants; démontraient un haut niveau de respect et de confiance envers les personnes et les groupes impliqués; et créaient des partenariats⁷.

Une autre approche autochtone efficace en matière d'abandon du tabac est le mentorat offert par les aînés ou l'inclusion des pratiques de guérison ou de pratiques spirituelles ou culturelles⁹⁸. Les aînés dans les communautés autochtones représentent une ressource pertinente sur le plan culturel, mais souvent sous-utilisée, et les communautés ont fait preuve de leadership en faisant appel à leur sagesse pour influencer la population et réduire la consommation de tabac^{7,98}.

Il est possible d'accroître la collaboration entre les services de santé mentale et les services d'aiguillage vers les programmes d'abandon du tabac comme les lignes téléphoniques. Exiger que les établissements de santé mentale deviennent des environnements sans fumée aidera à éliminer les tentations chez les personnes qui se trouvent dans l'hôpital (patients et personnel) et qui essaient de ne pas fumer. Il faut davantage d'études menées au pays sur ce problème, ainsi que des travaux de recherche sur la manière d'adapter les programmes d'abandon du tabac aux fumeurs qui souffrent de plusieurs maladies (comorbidité)⁵⁶.

Les outils pharmaceutiques

Il existe actuellement deux types de références en matière de traitements pharmacologiques éprouvés pour aider à cesser de fumer : ceux qui contiennent de la nicotine, qui sont appelés les TRN, et ceux qui n'en contiennent pas (p. ex., comprimés contenant du chlorhydrate de bupropion ou du tartrate de varénicline)¹⁵⁷.

La thérapie de remplacement de la nicotine

Il existe cinq types de TRN qui sont actuellement offerts au pays, tous vendus sans ordonnance : la gomme à chiquer à la nicotine à 2 mg et à 4 mg, le timbre de nicotine à remplacer toutes les 16 ou 24 heures, l'inhalateur de nicotine avec des cartouches de 10 mg, les pastilles à la nicotine à 2 mg et à 4 mg et les vaporisateurs nasaux. Il se peut que les personnes qui essaient de cesser de fumer doivent utiliser des doses plus élevées et/ou utiliser les TRN pendant des mois ou des années plutôt que des semaines. Il est recommandé de consulter un professionnel de la santé avant d'utiliser une combinaison de TRN.

Les outils pharmaceutiques sans nicotine

Le chlorhydrate de bupropion (p. ex., Zyban^{MC}, Wellbutrin^{MC}) et le tartrate de varénicline (p. ex., Champix^{MC}) sont des traitements pharmacologiques qui ne contiennent pas de nicotine et qui contribuent à empêcher les états de manque de nicotine. Ces traitements sont offerts sur ordonnance uniquement.

Le renforcement des ressources dans la lutte contre le tabagisme

La collaboration avec des partenaires

En raison des compressions budgétaires subies par les organismes du secteur de la santé et d'autres défis rencontrés, de nombreux organismes de lutte contre le tabagisme ont été forcés de réduire leurs effectifs ou de fermer, limitant ainsi les activités de lutte contre le tabagisme au pays. Un financement soutenu est essentiel pour obtenir et maintenir des résultats à court terme, ainsi que pour assurer un plan à long terme puisque ces organismes surveillent souvent l'industrie du tabac et fournissent des idées de politiques, des programmes et des travaux de recherche novateurs.

Collaborer avec des communautés et des dirigeants autochtones est primordial pour réduire les taux élevés de consommation de tabac commercial. La collaboration avec les groupes autochtones donne naissance aux meilleures solutions. Les organismes autochtones ont demandé aux gouvernements un financement soutenu et à long terme pour élaborer des stratégies. De 2012 à 2017, la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme a investi 22 millions de dollars dans cette lutte contre le tabagisme dans les communautés autochtones de 7 provinces et de 1 territoire¹⁷⁹. Bien qu'il s'agisse d'un premier

pas pour reconnaître la nécessité des stratégies d'abandon du tabac et de lutte contre le tabagisme pour gérer les taux de tabagisme élevés dans les communautés des Premières Nations et les communautés inuites, c'est loin d'être suffisant. Un financement supplémentaire pour les programmes de prévention et d'abandon du tabac est nécessaire si le gouvernement souhaite constater des baisses importantes dans les taux de tabagisme et des améliorations véritables dans la santé communautaire.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est un traité international négocié sous les auspices de l'organisme. Il présente une vision et des mesures stratégiques précises pour réduire le fardeau mondial et national du tabagisme¹⁸⁰. Le tabagisme est une épidémie mondiale qui nécessite un plan coordonné à l'échelle mondiale. En plus de mettre en œuvre les recommandations de la Convention-cadre de l'OMS, le Canada peut jouer un rôle de premier plan en offrant des ressources financières et des effectifs au Secrétariat de la Convention-cadre afin d'appuyer le développement de mécanismes mondiaux pour surveiller l'industrie du tabac, mener des travaux de recherche et transmettre des connaissances.

La recherche

Cœur + AVC milite pour accroître la recherche sur la lutte contre le tabagisme et accepte les propositions de projets sur ce sujet dans le cadre de ses programmes de recherche. Des sources de financement précises pour la recherche sur la lutte tabagique sont offertes par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ou d'autres organismes similaires. Il est également important d'augmenter les possibilités de financement pour les étudiants et pour les chercheurs en début ou en milieu de carrière qui utilisent des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives. La recherche qualitative peut répondre aux questions d'ordre politique et permettre aux organismes de lutte contre le tabagisme de recueillir des données probantes sur la meilleure manière de joindre les populations désavantagées et d'autres sous-populations grâce aux efforts de lutte tabagique. De plus, les études sur cette lutte chez les Autochtones devraient être menées par des chercheurs autochtones ou en collaboration avec ceux-ci.

Le financement

Le coût total de la stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme devrait être assumé par l'industrie au moyen du recouvrement annuel et soutenu des coûts. À l'heure actuelle, le Canada ne finance pas cette stratégie à un taux comparable à celui des États-Unis et ne respecte pas les pratiques exemplaires recommandées par les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) quant à la lutte contre le tabagisme au sein de la population¹⁸¹. Les mesures réglementaires et les mesures de politique budgétaire régissant les entreprises de l'industrie du tabac au Canada

ne sont pas proportionnelles à la gravité des dommages et du fardeau causés par cette industrie. La cigarette tue au moins la moitié des fumeurs réguliers de longue date^{15,22} lorsqu'elle est utilisée exactement comme prévu, cause une diminution incommensurable de la qualité de vie, impose un fardeau sur le système de santé et entraîne une foule de dommages sociaux et environnementaux²³. Les leviers économiques utilisés dans la lutte contre le tabagisme devraient mettre l'accent sur le renversement de cette situation en transformant considérablement les manières dont les entreprises de l'industrie du tabac exercent leurs activités au pays.

Les experts recommandent la création d'une stratégie de prix exhaustive qui combine de fortes hausses des taxes d'accise et d'autres mécanismes pour garantir que les prix élevés réduisent l'initiation au tabagisme et favorisent l'abandon du tabac³⁵. Une mesure de politique budgétaire novatrice recommandée par Cœur + AVC est l'imposition de droits pour le recouvrement des coûts à toutes entreprises de l'industrie du tabac qui exercent leurs activités ou qui vendent leurs produits au pays. Ces droits, proportionnels à la part de marché d'une entreprise, pourraient être utilisés pour couvrir les dépenses de la mise en œuvre de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme. Les amendes imposées aux personnes qui font la contrebande de tabac pourraient également être investies dans la stratégie de lutte contre le tabagisme.

La transparence

L'industrie du tabac a un intérêt direct dans l'augmentation des ventes, ce qui va à l'encontre des objectifs et des politiques de santé publique. Selon l'OMS, l'industrie du tabac s'efforce de faire échouer ou d'affaiblir les politiques vigoureuses de lutte contre le tabagisme, un concept appelé intervention de l'industrie du tabac¹⁸². Plusieurs actions sont mises en œuvre dans cette intervention, notamment :

- manœuvrer pour entraver le processus politique et législatif;
- exagérer l'importance économique de l'industrie;
- manipuler l'opinion publique pour obtenir une image de respectabilité;
- inventer du soutien par l'entremise de groupes de façade;
- discréditer des données scientifiques éprouvées;
- intimider les gouvernements avec des poursuites réelles ou envisagées¹⁸².

La prévention de l'intervention de l'industrie du tabac (conformément à l'article 5.3 de la Convention-cadre pour la lutte antitabac) vise à garantir que l'intérêt de la santé publique n'est pas compromis¹⁸⁰. Pour mettre pleinement en œuvre cet article au Canada, tous les secteurs du gouvernement fédéral doivent mettre en place des mécanismes qui rendent l'industrie du tabac responsable et accroissent la transparence

de cette dernière¹⁵². La sensibilisation de la population à la nature nocive des produits et aux stratégies de l'industrie pour nuire aux politiques de santé publique favorisera une meilleure transparence. Il serait également bénéfique de procéder à une divulgation publique des renseignements de l'industrie qui ont été fournis au gouvernement.

L'article 5.3 exige que les organismes gouvernementaux n'aient pas d'intérêts financiers dans l'industrie du tabac étant donné qu'investir dans de telles entreprises créerait un conflit d'intérêts pour le gouvernement¹⁸⁰. Les gouvernements sont tiraillés entre leur objectif visant à réduire les taux de tabagisme, à protéger la santé publique et à optimiser le rendement de leurs investissements¹⁸⁰. Au pays, le Régime de pensions du Canada, le Régime de rentes du Québec et la British Columbia Investment Management Corporation ont investi dans l'industrie du tabac. Le gouvernement de l'Alberta s'est officiellement départi de ses actions dans l'industrie, et les pressions exercées pour éliminer les actions de celle-ci des portefeuilles gagnent en force¹⁸³. Des approches semblables sont adoptées par les gouvernements nationaux en Australie et aux Pays-Bas¹⁸³.

Bien qu'aucun pays ne soit un chef de file mondial et n'ait mis pleinement en œuvre les mesures pour se protéger contre l'intervention, de nombreux pays (Australie, Brésil, Équateur, Mongolie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Philippines et Royaume-Uni) ont instauré des lignes directrices pour les fonctionnaires et les représentants élus quant à la façon d'agir avec les représentants des entreprises de l'industrie du tabac et à l'acceptation des fonds offerts par ces derniers¹⁸⁴. Cela s'applique également aux groupes de façade de l'industrie du tabac (organisations qui affirment défendre une idée alors qu'elles servent d'autres parties qui ont des intérêts cachés) et à toute organisation à laquelle ils fournissent du financement et qui a un intérêt à entraver la lutte contre le tabagisme.

Les options de politiques

Même si la majorité des fumeurs ont affirmé fumer chaque jour et que le fardeau du tabagisme est plus important chez les fumeurs quotidiens et les gros consommateurs, il est également nécessaire de réduire la consommation de produits du tabac chez les fumeurs occasionnels¹⁶. Les stratégies de lutte contre le tabagisme doivent aussi permettre de remédier à la situation et doivent comporter des mesures qui pourraient permettre aux fumeurs occasionnels d'arrêter de fumer.

Cœur + AVC fait partie d'un groupe d'organismes de premier plan qui s'efforce d'aider le Canada à devenir un pays sans tabac. Pour y parvenir, la fondation élabore sa propre stratégie d'échec au tabac pour atteindre des taux de tabagisme inférieurs à 5 % au pays d'ici 2035, un objectif ambitieux, mais réaliste.

Cœur + AVC a défini une stratégie durable, flexible et soutenue qui concrétise une approche pangouvernementale. Avec ses partenaires, elle demande une réorientation fondamentale : l'accentuation de la pression sur le vecteur même des maladies, soit l'industrie du tabac. Elle s'efforce également d'offrir un meilleur soutien aux personnes les plus touchées par les tactiques et les produits de l'industrie, et une protection accrue aux personnes exposées à la fumée secondaire.

Pour atteindre son objectif d'échec au tabac, Cœur + AVC recommande l'adoption des options de politiques suivantes partout au pays.

La population

1. Ne pas fumer : veiller à ce que les personnes qui ne fument pas, particulièrement les jeunes, ne commencent pas à fumer, et à ce que les consommateurs actuels de cigarettes ou de produits du tabac cessent leur utilisation dès que possible. Consulter le www.coeuretavc.ca/tabagisme pour en savoir plus.
2. Connaître les conséquences néfastes du tabagisme et de la fumée secondaire, les avantages découlant de l'abandon du tabac et de l'élimination de la fumée, et les outils augmentant les chances d'arrêt tabagique qui sont offerts.
3. Créer, conserver et favoriser des lieux sans fumée pour protéger sa famille et ses amis des effets de la fumée secondaire. Faire de sa voiture et de son foyer des environnements sans fumée et éviter les lieux publics qui ne le sont pas.
4. En apprendre davantage sur les stratégies et tactiques de marketing de l'industrie du tabac qui ciblent les jeunes et les nouveaux fumeurs en donnant l'impression que le tabac et la cigarette électronique sont amusants, attrayants ou libérateurs, et les dénoncer.
5. Se faire entendre : collaborer avec des organismes comme Cœur + AVC pour inciter tous les niveaux de gouvernement à agir dans le cadre de la lutte contre le tabagisme. Consulter le www.coeuretavc.ca/impliquez-vous pour découvrir les manières de s'impliquer.
6. Promouvoir et encourager l'adoption de politiques de lutte contre le tabagisme qui permettent de créer des environnements plus sains dans les domiciles, les lieux de travail et les lieux de rassemblement.
7. Effectuer des investissements autrement qu'en achetant des actions de l'industrie du tabac, afin d'éviter de créer une plus grande demande pour de tels produits financiers.

Les gouvernements

Légende

F : fédéral P/T : provinciaux/territoriaux M : municipaux

1. Le gouvernement fédéral appuie l'objectif de taux de tabagisme inférieurs à 5 % d'ici 2035, mais un soutien pancanadien est essentiel. Les gouvernements des provinces, des territoires et des municipalités doivent appuyer l'objectif d'échec au tabac et améliorer l'efficacité de leurs interventions en établissant des cibles et des objectifs précis pour différents groupes de consommateurs de tabac. Des objectifs précis relatifs aux taux d'abandon du tabac, aux tentatives d'arrêt et à la consommation quotidienne sont nécessaires. Des objectifs concernant les groupes à risque élevé et les groupes difficiles à atteindre doivent être mis en place en collaboration avec ces communautés. (F, P/T, M)
2. Moderniser et intensifier la lutte contre le tabagisme en adoptant des stratégies novatrices et audacieuses, comme l'imposition de droits de licence à toutes entreprises de l'industrie du tabac qui exercent leurs activités ou qui vendent leurs produits au Canada. (F, P/T, M)
3. Adopter une stratégie d'échec au tabac à l'approche pangouvernementale. Il est nécessaire de traiter le tabagisme comme un enjeu qui exige l'engagement de nombreux ministères fédéraux, plutôt que comme un simple problème de santé. Une approche pangouvernementale comprend ce qui suit : (F, P/T, M)
 - L'accentuation de la pression sur le vecteur même des maladies : l'industrie du tabac;
 - Le désinvestissement dans l'industrie du tabac par tous les organismes gouvernementaux et paragouvernementaux.
 - L'engagement des ministères des Finances de tous les ordres gouvernementaux à utiliser des leviers économiques pour réduire le fardeau du tabagisme.
 - L'adoption de l'article 5.3 de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, qui interdit l'intervention de l'industrie du tabac dans le processus d'établissement des politiques publiques. Cela implique la mise en place de lignes directrices destinées aux fonctionnaires et aux représentants élus pour les guider dans leurs interactions avec les représentants de firmes et d'organismes qui reçoivent du financement de l'industrie du tabac.
 - La mise en place de mécanismes qui rendent l'industrie du tabac responsable et qui accroissent sa transparence.
 - L'engagement des ministères du Commerce et de l'Agriculture, entre autres, à prioriser la santé dans toutes leurs politiques lorsqu'il est question de mesures contre le tabagisme.

-
- L'engagement des ministères de la Justice à appliquer des sanctions strictes en ce qui a trait à la contrebande de tabac.
4. Faciliter et améliorer la coopération et la coordination des gouvernements fédéraux et des collectivités régionales, y compris les communautés autochtones. Les provinces, les territoires et les municipalités doivent être appuyés et encouragés à collaborer. Leurs objectifs et leurs plans de lutte contre le tabagisme doivent s'harmoniser avec ceux de la nouvelle stratégie fédérale, lorsque possible. (F, P/T, M)
 5. Réduire l'accessibilité du tabac aux jeunes :
 - Augmenter l'âge nécessaire pour se procurer des produits du tabac à 21 ans. (F, P/T)
 - Adopter des lois visant à créer une génération sans tabac. Par exemple, ces lois interdiraient l'achat et l'usage de produits du tabac aux personnes nées après une année donnée. Cela s'appliquerait uniquement au tabac commercial, et non pas à l'utilisation traditionnelle et culturelle du tabac. (F, P/T)
 - Restreindre, à moyen terme, la vente de tabac à un nombre réduit de points de vente contrôlés par le gouvernement et éloignés des écoles. (P/T, M)
 - Interdire toute utilisation de tabac sur les terrains des écoles primaires et secondaires. (P/T)
 - Mettre en place des politiques antitabac sur les campus universitaires et collégiaux pour garantir la pureté de l'air et pour dénormaliser davantage le tabagisme auprès des jeunes adultes. (P/T, M)
 - Instaurer en milieu scolaire des mesures exhaustives et soutenues d'éducation préventive sur le tabac. (P/T)
 - Imposer des droits de licence annuels aux détaillants qui vendent du tabac. Cela implique aussi de fournir un nombre limité et décroissant de permis de détaillant de tabac chaque année et d'augmenter le coût des droits de licence pour diminuer l'attrait de la vente de tabac et pour recouvrer, entre autres, les coûts d'application des lois et règlements en la matière. (P/T, M)
 6. Créer un environnement qui facilite l'abandon du tabac et qui fournit une protection contre la fumée secondaire :
 - Adopter des mesures efficaces pour protéger les résidents d'immeubles résidentiels contre la fumée secondaire. (P/T, M)
 - Encourager les endroits sans fumée de tabac commercial dans les communautés autochtones et collaborer avec celles-ci. (F, P/T, M)
 - Mettre en place des règlements relatifs au tabagisme en milieu de travail, qui incluent les gens travaillant dans la construction et ceux principalement à l'extérieur. (P/T, M)
 - Améliorer la protection contre la fumée secondaire sur les territoires où s'appliquent les lois gouvernementales. Cela peut se faire, par exemple, en exigeant que certains espaces extérieurs soient sans fumée ainsi qu'en s'assurant que l'herbe à chicha est incluse dans les lois relatives au tabac et que les endroits sans fumée sont aussi exempts de fumée du cannabis. (F, P/T, M)
 - Interdire de fumer dans les lieux publics extérieurs, comme les terrasses, les terrains de jeu, les entrées, les plages, les parcs, les installations sportives, les installations récréatives, les arrêts d'autobus, les gradins, et les campus universitaires et collégiaux. (F, P/T, M)
 - Interdire de fumer ou de tenir une cigarette allumée dans un véhicule automobile alors qu'une personne de moins de 19 ans est présente. (P/T)
 - Exiger que les établissements de soins de santé et de santé mentale deviennent des environnements sans tabac commercial. Les personnes hospitalisées et non hospitalisées, les bénévoles, le personnel, les médecins et les visiteurs ne devraient pas pouvoir fumer sur la propriété, et les hôpitaux ne devraient pas vendre de produits du tabac. (P/T)
7. Déterminer la place qu'occupe la cigarette électronique dans une stratégie durable visant à éliminer l'usage du tabac commercial au pays. Protéger la population de la cigarette électronique :
 - Adopter des restrictions rigoureuses quant à la publicité, y compris dans la *Loi sur le tabac et les produits de vapotage*. (F)
 - Interdire l'étalage dans les commerces (sauf pour les boutiques de vapotage spécialisées, où l'âge requis pour entrer est de 18 ans et plus). (F, P/T)
 - Proscrire l'utilisation de la cigarette électronique là où le tabagisme est interdit. (F, P/T, M)
 - Interdire la vente aux mineurs et augmenter l'âge nécessaire pour se procurer des produits du tabac et de vapotage à 21 ans. (F, P/T)
 - Proscrire la vente de cigarettes électroniques là où la vente de tabac est interdite. (F, P/T, M)
 - Restreindre la vente de cigarettes électroniques dans des boutiques spécialisées où l'âge pour entrer est de 18 ans et plus. (F, P/T)
 - Bannir la cigarette électronique aromatisée étant donné son attrait prouvé chez les jeunes. (F)
 - Imposer une limite à la concentration de nicotine (plus élevée pour les produits de vapotage qui contribuent à l'abandon du tabagisme). (F)
-

-
- Exiger une normalisation de la conception des produits de vapotage, notamment en ce qui concerne la couleur, la forme et d'autres éléments qui contribuent à rendre ces produits attrayants pour les jeunes. (F)
8. Mettre au point un cadre politique souple qui pourra répondre aux préoccupations futures à mesure qu'elles surgissent : (F, P/T)
- Mener et encadrer des travaux de recherche et adopter des politiques en réponse à l'évolution du marché.
 - Exiger des entreprises des rapports détaillés relatifs, entre autres, aux volumes de ventes, aux prix, aux dépenses de marketing, aux additifs et aux ingrédients des produits, et aux activités de recherche.
 - Exiger que toute l'information rapportée soit rendue publique.
 - Reconnaître les lacunes dans les règlements existants et futurs sur le tabac (arômes, emballages neutres et normalisés, produits de tabac chauffé, cigarette électronique) et en faire le suivi.
9. Assurer l'adoption rapide d'un irréprochable emballage neutre et normalisé pour tous les produits du tabac, notamment par l'ajout de mises en garde obligatoires sur la santé utilisées en rotation sur les cigarettes elles-mêmes. (F)
10. Interdire totalement le marketing et la promotion entourant le tabac : (F, P/T)
- Interdire les accessoires et les produits sans tabac portant des marques de tabac.
 - Instaurer des publicités antitabac percutantes qui devront obligatoirement accompagner tous produits de divertissement comportant des scènes de tabagisme, comme les films, les émissions de télévision, les vidéoclips et les jeux vidéo.
 - Contrôler l'exposition au tabagisme à l'écran et en évaluer les conséquences tant pour le divertissement traditionnel, comme la télévision et le cinéma, que pour les nouvelles formes de divertissement, comme les médias numériques et sociaux.
 - Envisager des politiques pour contrôler les campagnes promotionnelles conçues ailleurs, mais que l'on peut voir au Canada, et collaborer avec des partenaires à l'international pour remédier à ce problème.
 - Interdire aux fabricants et aux distributeurs de tabac de soutenir financièrement des détaillants, que ce soutien soit de nature promotionnelle ou autre.
11. Réduire la publicité entourant le tabac et ciblant les jeunes : (F, P/T)
- S'assurer que les films comportant des scènes de tabagisme se voient attribuer le classement 18A (spectateurs âgés de 18 ans et plus ou accompagnés d'un adulte). Cela exclut les scènes montrant des personnages historiques ou présentant clairement les conséquences négatives du tabagisme.
 - Rendre les films jeunesse qui comportent des scènes liées au tabagisme non admissibles aux subventions provinciales.
 - Instaurer des publicités antitabac percutantes qui devront obligatoirement accompagner tous produits de divertissement comportant des scènes de tabagisme, comme les films, les émissions de télévision, les vidéoclips et les jeux vidéo.
12. Renforcer les règlements existants ou adopter de nouvelles lois pour interdire à l'échelle nationale tous les arômes dans tous les produits du tabac (y compris le papier à cigarettes) et dans l'herbe à chicha. (F, P/T)
13. Imposer une hausse considérable des taxes sur tous les produits du tabac, et indexer ces taxes en fonction de l'inflation. Les prix élevés doivent servir à mettre en place des mesures de dissuasion quant à l'initiation au tabagisme ainsi qu'à favoriser l'abandon du tabac, tout en finançant la stratégie de lutte contre le tabagisme et en rendant l'industrie du tabac moins rentable. D'autres mesures relatives aux taxes devraient être prises, notamment : l'interdiction de la vente de tabac hors taxes, la mise en place d'une limite d'importation hors taxes de 25 cigarettes ou l'équivalent pour d'autres produits, et l'imposition d'une taxe sur l'herbe à chicha au même taux que celle sur le tabac à rouler. (F, P/T)
14. Encadrer et financer la mise en place de mesures pour enrayer la contrebande de tabac. (F, P/T) Devenir Partie au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, un traité international sur la contrebande.
15. Intenter des poursuites de recouvrement des coûts d'assurance maladie contre l'industrie du tabac et porter ces affaires devant les tribunaux. La santé publique doit y être la priorité. (F, P/T)
16. Sensibiliser le public aux conséquences néfastes du tabagisme et aux tactiques de l'industrie du tabac : (F, P/T)
- Instaurer des campagnes médiatiques de sensibilisation adaptées et respectueuses sur le plan culturel. Elles seraient destinées aux personnes les plus susceptibles de consommer du tabac (p. ex., les jeunes, les Autochtones, les groupes racialisés, les personnes à faible revenu, les personnes souffrant de troubles de santé mentale et les ouvriers).
-

- Mettre en place des campagnes de sensibilisation et d'éducation du public pour informer la population des stratégies et des tactiques de l'industrie du tabac.
17. Soutenir et renforcer des mesures d'abandon tabagique : (F, P/T)
- Améliorer l'accès aux services d'arrêt tabagique qui encouragent des pratiques exemplaires d'abandon.
 - Instaurer des programmes subventionnés d'aide à l'abandon du tabac (p. ex., TRN ou produits pharmaceutiques).
 - Assurer l'accès universel à ces services et à ces traitements, qui devraient être couverts sans restrictions par un régime public de soins de santé.
 - Offrir des services destinés aux populations à risque élevé (les Autochtones, les ouvriers, les personnes souffrant de troubles de santé mentale et celles à faible revenu) et aux personnes qui ont de la difficulté à abandonner le tabac.
 - Imposer l'inscription permanente de mises en garde à l'intérieur des paquets de produits du tabac, par exemple sur la coulisse des paquets normalisés avec tiroir et coulisse.
 - Exiger l'impression de mises en garde et de messages incitant à cesser de fumer directement sur les cigarettes.
 - Étudier le lien entre la santé mentale et le tabagisme en collaboration avec des services et des organismes axés sur la santé mentale, comme le Centre de toxicomanie et de santé mentale, ainsi qu'avec des intervenants du milieu.
18. Collaborer avec les chefs, les organismes et les communautés autochtones pour élaborer et appuyer des stratégies visant à réduire la consommation de tabac commercial : (F, P/T)
- Établir des objectifs de réduction des taux de prévalence d'usage du tabac commercial.
 - Éliminer la vente de tabac à prix réduit à l'intérieur et à l'extérieur des réserves afin de le rendre moins abordable, surtout pour les jeunes.
 - Élaborer et mettre en place des stratégies pour faire augmenter le coût de fabrication et de distribution des produits du tabac dans le but de nuire aux ventes.
 - Exiger que les immeubles résidentiels, les lieux publics et les environnements de travail, y compris les espaces extérieurs, soient sans fumée.
 - Interdire la publicité des produits du tabac.
 - Améliorer l'accès aux services d'aide à l'abandon du tabac qui améliorent les chances de succès. Il peut s'agir de services de counseling, de programmes ou de soutien financier pour une TRN ou des produits pharmaceutiques.
- Collaborer avec les communautés autochtones pour interdire la production, la fabrication et la distribution illégales de tabac.
19. Reconnaître que la lutte contre le tabagisme est un enjeu mondial et appuyer son avancement à l'échelle internationale : (F)
- Continuer de travailler en étroite collaboration avec le Secrétariat de la Convention-cadre pour la lutte antitabac et l'Alliance pour la Convention-cadre afin d'assumer un rôle de leader dans la mise en œuvre et l'avancement de la lutte contre le tabagisme à l'échelle mondiale.
 - Offrir des ressources financières au Secrétariat de la Convention-cadre et à l'Alliance pour la Convention-cadre afin d'appuyer le développement de mécanismes mondiaux pour surveiller l'industrie du tabac, mener des travaux de recherche et transmettre des connaissances.
20. Renforcer les ressources en matière de lutte contre le tabagisme : (F, P/T)
- Continuer de soutenir la recherche menée par divers établissements universitaires qui sont des centres d'excellence en matière de recherche sur la lutte contre le tabagisme.
 - Offrir des sources de financement précises pour la recherche sur la lutte contre le tabagisme, par l'entremise des IRSC ou d'autres organismes.
 - Augmenter les possibilités de financement pour les étudiants et pour les chercheurs en début ou en milieu de carrière.
- ## Les employeurs, les entreprises et les établissements
1. Fournir une protection contre la fumée secondaire :
- Mettre en place des politiques relatives au tabagisme dans le milieu de travail, qui incluent les personnes qui travaillent en construction et principalement à l'extérieur.
 - Interdire de fumer dans les lieux publics extérieurs, particulièrement dans un périmètre établi autour d'un lieu de travail.
 - Ne pas permettre l'utilisation de la cigarette électronique dans les endroits où il est interdit de fumer.
 - Exiger que les établissements de soins de santé et de santé mentale deviennent des environnements sans fumée. Les personnes hospitalisées et non hospitalisées, les bénévoles, le personnel, les médecins et les visiteurs ne devraient pas pouvoir fumer sur la propriété, et les hôpitaux ne devraient pas vendre de produits du tabac.
2. Offrir un soutien pour l'abandon du tabac dans les programmes d'avantages sociaux, que ce soit du counseling, une aide pharmacologique ou une TRN.

-
3. S'assurer que les plans d'investissement et les régimes de retraite sont exempts de fonds liés à l'industrie du tabac.

Les organismes de financement de la recherche

1. Augmenter le financement pour les études cliniques, comportementales ou relatives aux politiques publiques afin de mieux cerner les méthodes efficaces permettant d'aider les individus, particulièrement ceux vulnérables, à cesser de fumer.
2. Accroître le financement accordé à la recherche afin de comprendre les facteurs sociaux et culturels qui poussent certaines personnes à commencer et à continuer de fumer, notamment les jeunes, les membres des communautés autochtones et les individus aux prises avec une maladie mentale.
3. S'assurer que la recherche sur le tabagisme est à la fois qualitative et quantitative, afin de déterminer les facteurs qui contribuent à l'initiation au tabagisme et qui freinent l'arrêt.
4. Subventionner des femmes et des Autochtones qui œuvrent en recherche sur le tabagisme.
5. Examiner la prévalence du tabagisme dans certains types d'emplois.
6. Exiger que les travaux de recherche, les politiques et les programmes pour la lutte contre le tabagisme mettent de l'avant le concept d'équité des genres.
7. Suivre une politique qui interdit le financement provenant de l'industrie du tabac ou d'entreprises y étant associées.

Les dirigeants et les professionnels du système de santé

1. Adopter le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac dans les établissements de soins de santé primaires et les hôpitaux :
 - Former les professionnels de la santé sur les méthodes efficaces pour aider les fumeurs à abandonner le tabac.
 - Connaître les pratiques et les principes relatifs à l'abandon du tabac, notamment l'évaluation des fumeurs, le counseling, la pharmacothérapie, le soutien continu et les stratégies de prévention des rechutes.
 - Fournir des stratégies de traitement personnalisées aux patients fumeurs.
 - Mettre en place des traitements pour les patients fumeurs, les superviser et en faire le suivi.
 - Mettre en œuvre des politiques antitabac dans les établissements.
2. Adhérer aux lignes directrices de la stratégie d'abandon du tabac de la Société canadienne de cardiologie pour les spécialistes des maladies cardiovasculaires¹⁷.

Références

1. Statistique Canada [En ligne]. Canada; 2018. Tabagisme, 2017 [cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2018001/article/54974-fra.htm>.
2. Santé Canada [En ligne]. Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves [modifié le 12 juin 2018; cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves.html>.
3. Hammond D, Reid J, Rynard V, et al. Prevalence of vaping and smoking among adolescents in Canada, England, and the United States: Repeat national cross sectional surveys. *BMJ*. 2019;365:9. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l2219>
4. Santé Canada [En ligne]. Canada. Avis d'intention – Des mesures à l'étude visant à atténuer l'impact de la publicité des produits de vapotage sur les jeunes et les non-utilisateurs de produits de tabac [modifié le 26 février 2019; cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/programmes/consultation-mesures-etude-visant-attenuer-impact-publicite-produits-vapotage-jeunes-non-utilisateurs-produits-tabac/avis-document.html>.
5. Statistique Canada [En ligne]. Canada. Enquête auprès des peuples autochtones [cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/89-653-X>.
6. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *Rapport national de la Phase 3 de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations : Volume 1*. Ottawa. Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations; 2018:200.
7. Jetty R, Canadian Paediatric Society, First Nations, Inuit and Métis Health Committee, Ottawa, Ontario, Banerji A, et al. Tobacco use and misuse among Indigenous children and youth in Canada. *Paediatrics & Child Health*. 2017;22(7):395-399. doi:10.1093/pch/pxx124.
8. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. *Preventing Tobacco Use among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*. Atlanta; 2012.
9. Pollay RW. Targeting youth and concerned smokers: evidence from Canadian tobacco industry documents. *Tobacco Control*. 2000;9(2):136-147. doi:10.1136/tc.9.2.136.
10. Organisation mondiale de la Santé. *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008*. Genève : MPOWER; 2008.
11. Amos A. From social taboo to "torch of freedom": the marketing of cigarettes to women. *Tobacco Control*. 2000;9(1):3-8. doi:10.1136/tc.9.1.3.
12. Anderson SJ. Emotions for sale: Cigarette advertising and women's psychosocial needs. *Tobacco Control*. 2005;14(2):127-135. doi:10.1136/tc.2004.009076.
13. Doxey J, Hammond D. Deadly in pink: The impact of cigarette packaging among young women. *Tobacco Control*. 2011;20(5):353-360. doi:10.1136/tc.2010.038315.
14. Orisatoki R. The public health implications of the use and misuse of tobacco among the Aboriginals in Canada. *Global Journal of Health Science*. 2012;5(1). doi:10.5539/gjhs.v5n1p28.
15. U.S. Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease. 2010:727. doi:10.1037/e590462011-001.
16. Reid J, Hammond D, Rynard VL, Madill C, Burkhalter R. *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends 2017 Edition*. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact; 2017:112.
17. Santé Canada [En ligne]. Canada. Tabagisme, vapotage et tabac [modifié le 18 janvier 2019; cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/tabagisme-et-tabac.html>.
18. Manske S, Rynard VL, Minaker LM. *Flavoured Tobacco Use among Canadian Youth: Evidence from Canada's 2012/2013 Youth Smoking Survey*. Propel Centre for Population Health Impact; 2014:19.
19. Dwyer JB, McQuown SC, Leslie FM. The dynamic effects of nicotine on the developing brain. *Pharmacology & Therapeutics*. 2009;122(2):125-139. doi:10.1016/j.pharmthera.2009.02.003.
20. United States Surgeon General. The health consequences of smoking 50 years of progress: A report of the Surgeon General. 2014. doi:10.1037/e510072014-001.
21. Santé Canada [En ligne]. Canada. Le tabagisme et la mortalité [modifié le 21 septembre 2011; cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/tabagisme/legislation/etiquetage-produits-tabac/tabagisme-mortalite.html>.
22. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *The Lancet*. 2013;381(9861):133-141. doi:10.1016/S0140-6736(12)61720-6.
23. Dobrescu A. The costs of tobacco use in Canada, 2012. 2012:16.
24. Huxley RR, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *The Lancet*. 2011;378(9799):1297-1305. doi:10.1016/S0140-6736(11)60781-2.
25. Hoffmann D, Djordjevic MV. Chemical composition and carcinogenicity of smokeless tobacco. *Advances in Dental Research*. 1997;11(3):322-329. doi:10.1177/08959374970110030301.
26. Colilla SA. An epidemiologic review of smokeless tobacco health effects and harm reduction potential. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*. 2010;56(2):197-211. doi:10.1016/j.yrtph.2009.09.017.
27. Hergens M-P, Alfredsson L, Bolinder G, Lambe M, Pershagen G, Ye W. Long-term use of Swedish moist snuff and the risk of myocardial infarction amongst men. *Journal of Internal Medicine*. 2007;262(3):351-359. doi:10.1111/j.1365-2796.2007.01816.x.
28. Piano MR, Benowitz NL, FitzGerald GA, et al. Impact of smokeless tobacco products on cardiovascular disease: Implications for policy, prevention, and treatment: A policy statement from the American heart association. *Circulation*. 2010;122(15):1520-1544. doi:10.1161/CIR.0b013e3181f432c3.
29. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: A case-control study. 2006;368:12.
30. Pletcher MJ, Hulley BJ, Houston T, Kiefe CI, Benowitz N, Sidney S. Menthol cigarettes, smoking cessation, atherosclerosis, and pulmonary function: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(17):1915. doi:10.1001/archinte.166.17.1915.
31. Taylor DH, Hasselblad V, Henley SJ, Thun MJ, Sloan FA. Benefits of smoking cessation for longevity. *American Journal of Public Health*. 2002;92(6):990-996. doi:10.2105/AJPH.92.6.990.
32. Organisation mondiale de la Santé. *Responsabiliser les femmes – lutter contre le marketing pratiqué par l'industrie du tabac dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhagen : OMS, Bureau régional pour l'Europe; 2010.
33. The National Center for Tobacco Free Kids. Philip Morris and targeting kids. Octobre 1999.
34. American Cancer Society. The Tobacco Atlas [En ligne]. 2019 [cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://tobaccoatlas.org/>.
35. Organisation mondiale de la Santé. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2015: Raising Taxes on Tobacco*. Genève : OMS; 2015.
36. Institute for Quality and Efficiency in Health Care. *Smoking: Nicotine Replacement Therapy*; 2017:4.

37. Malone RE. The race to a tobacco endgame. *Tobacco Control*. 2016;25(6):607-608. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053466.
38. Ontario sans fumée. *L'étape suivante - 2018*; 2018:23.
39. Bettcher D, Mackay J, Bialous SA, et al. *Guide pour la mise en place de l'action antitabac*. OMS; 2004:32.
40. First Nations Health Authority [En ligne]. Respecting tobacco [cité le 7 mars 2019]. Disponible : <http://www.fnha.ca/wellness/wellness-and-the-first-nations-health-authority/wellness-streams/respecting-tobacco>.
41. Chansonneuve D. *Addictive Behaviors among Aboriginal People in Canada* [cité le 6 mars 2019]. Ottawa : Aboriginal Healing Foundation; 2007:125. Disponible : <http://deslibris.ca/ID/207201>.
42. Statistique Canada. Select health indicators of First Nations people living off reserve, Métis and Inuit [modifié le 27 novembre 2015; cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11763-eng.htm>.
43. Agence de la santé publique du Canada. *État de santé des Canadiens 2016*; 2016.
44. Loring B. *Manque d'équité face au tabac. Recommandations pour lutter contre le manque d'équité face aux dommages provoqués par le tabac*. Copenhagen : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Europe; 2014.
45. Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : Rapport technique*; 2015:295.
46. Ciaccio CE, DiDonna A, Kennedy K, Barnes CS, Portnoy JM, Rosenwasser LJ. Secondhand tobacco smoke exposure in low-income children and its association with asthma. *Allergy and Asthma Proceedings*. 2014;35(6):462-466. doi:10.2500/aap.2014.35.3788.
47. Longman JM, Passey ME. Children, smoking households and exposure to second-hand smoke in the home in rural Australia: analysis of a national cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2013;3(7):e003128. doi:10.1136/bmjopen-2013-003128.
48. Vuolo M, Staff J. Parent and child cigarette use: A longitudinal, multigenerational study. *PEDIATRICS*. 2013;132(3):e568-e577. doi:10.1542/peds.2013-0067.
49. Garrett BE, Dube SR, Babb S, McAfee T. Addressing the social determinants of health to reduce tobacco-related disparities. *Nicotine & Tobacco Research*. 2015;17(8):892-897. doi:10.1093/ntr/ntu266.
50. Hert MD, Detraux J, Vancampfort D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Translational research*. 2018;20(1):10.
51. Cook BL, Wayne GF, Kafali EN, Liu Z, Shu C, Flores M. Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. *JAMA*. 2014;311(2):172. doi:10.1001/jama.2013.284985.
52. George TP, Ziedonis DM. Addressing tobacco dependence in psychiatric practice: Promises and pitfalls. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009;54(6):353-355. doi:10.1177/070674370905400602.
53. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP, et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophrenia Research*. 2005;80(1):45-53. doi:10.1016/j.schres.2005.08.010.
54. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *American Heart Journal*. 2005;150(6):1115-1121. doi:10.1016/j.ahj.2005.02.007.
55. Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, George TP. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009;54(6):368-378. doi:10.1177/070674370905400604.
56. Krist M, Mecredy G, Chaiton M. The prevalence of tobacco use comorbidities in Canada. *Can J Public Health*. 2013;104(3):e210-e215.
57. Twyman L, Bonevski B, Paul C, Bryant J. Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: A systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ Open*. 2014;4(12):e006414. doi:10.1136/bmjopen-2014-006414.
58. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014;348(feb13 1):g1151-g1151. doi:10.1136/bmj.g1151.
59. Baskerville NB, Dash D, Shuh A, et al. Tobacco use cessation interventions for lesbian, gay, bisexual, transgender and queer youth and young adults: A scoping review. *Preventive Medicine Reports*. 2017;6:53-62. doi:10.1016/j.pmedr.2017.02.004.
60. Bloosnich J, Lee JGL, Horn K. A systematic review of the aetiology of tobacco disparities for sexual minorities. *Tobacco Control*. 2013;22(2):66-73. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050181.
61. Gamarel KE, Mereish EH, Manning D, Iwamoto M, Operario D, Nemoto T. Minority stress, smoking patterns, and cessation attempts: Findings from a community-sample of transgender women in the San Francisco bay area. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;18(3):306-313. doi:10.1093/ntr/ntv066.
62. Newcomb ME, Heinz AJ, Birkett M, Mustanski B. A longitudinal examination of risk and protective factors for cigarette smoking among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Adolescent Health*. 2014;54(5):558-564. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.10.208.
63. Remafedi G. Lesbian, gay, bisexual, and transgender youths: Who smokes, and why? *Nicotine & Tobacco Research*. 2007;9(1):65-71. doi:10.1080/14622200601083491.
64. Youatt EJ, Johns MM, Pingel ES, Soler JH, Bauermeister JA. Exploring young adult sexual minority women's perspectives on LGBTQ smoking. *Journal of LGBT Youth*. 2015;12(3):323-342. doi:10.1080/19361653.2015.1022242.
65. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*. 2016;16(1). doi:10.1186/s12914-015-0072-9.
66. Société canadienne du cancer. Facts about tobacco for lesbian, gay and bisexual people. Mai 2009.
67. Stonebridge C, Bounajm F. *Smoking Cessation and the Workplace: Briefing 1 - Profile of Tobacco Smokers in Canada*; 2013:16.
68. Statistique Canada [En ligne]. Interdictions de fumer : leur incidence sur la prévalence de l'usage de la cigarette [modifié le 29 mai 2014; cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2006008/article/smoking-tabac/4060723-eng.htm>.
69. Stich C, Garcia J. *Analysis of the Young Adult Ontario Workforce* [En ligne]; 2011:27. Disponible : <https://www.ptcc-cfc.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileid=103716>.
70. Bialous SA, Glantz SA. Heated tobacco products: Another tobacco industry global strategy to slow progress in tobacco control. *Tobacco Control*. 2018;27(Suppl 1):s111-s117. doi:10.1136/tobaccocontrol-2018-054340.
71. Doucas F. *Tobacco Industry Innovation: Cool New Ways... to an Early Grave*. Physicians for a Smoke-Free Canada; 2009. Disponible : http://www.smoke-free.ca/pdf_1/Moratorium-Septemer2009.pdf.
72. Santé Canada [En ligne]. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017 [modifié le 30 octobre 2018; cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017.html>.
73. Primack BA, Carroll MV, Weiss PM, et al. Systematic review and meta-analysis of inhaled toxicants from waterpipe and cigarette smoking. *Public Health Reports*. 2016;131(1):76-85. doi:10.1177/003335491613100114.

74. Minaker LM, Shuh A, Burkhalter RJ, Manske SR. Hookah use prevalence, predictors, and perceptions among Canadian youth: findings from the 2012/2013 Youth Smoking Survey. *Cancer Causes & Control*. 2015;26(6):831-838. doi:10.1007/s10552-015-0556-x.
75. Santé Canada [En ligne]. Santé Canada propose des règles plus strictes en matière de publicité pour contrer le vapotage chez les jeunes [modifié le 5 février 2019; cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2019/02/santecanada-propose-des-regles-plus-strictes-en-matiere-de-publicite-pour-contrer-le-vapotage-chez-les-jeunes.html>.
76. Khoury M, Manlihot C, Fan C-PS, et al. Reported electronic cigarette use among adolescents in the Niagara region of Ontario. *Canadian Medical Association Journal*. 2016;188(11):794-800. doi:10.1503/cmaj.151169.
77. Hammond D, Reid JL, Cole AG, Leatherdale ST. Electronic cigarette use and smoking initiation among youth: A longitudinal cohort study. *Canadian Medical Association Journal*. 2017;189(43):E1328-E1336. doi:10.1503/cmaj.161002.
78. Bauld L, MacKintosh A, Eastwood B, et al. Young people's use of e-cigarettes across the United Kingdom: Findings from five surveys 2015–2017. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017;14(9):973. doi:10.3390/ijerph14090973.
79. Chapman S, Bareham D, Maziak W. The gateway effect of e-cigarettes: Reflections on main criticisms. *Nicotine & Tobacco Research*. April 2018. doi:10.1093/ntr/nty067.
80. Goldenson NI, Leventhal AM, Stone MD, McConnell RS, Barrington-Trimis JL. Associations of electronic cigarette nicotine concentration with subsequent cigarette smoking and vaping levels in adolescents. *JAMA Pediatrics*. 2017;171(12):1192. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.3209.
81. Schneider S, Diehl K. Vaping as a catalyst for smoking? An initial model on the initiation of electronic cigarette use and the transition to tobacco smoking among adolescents. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;18(5):647-653. doi:10.1093/ntr/ntv193.
82. Villanti AC, Pearson JL, Glasser AM, et al. Frequency of youth e-cigarette and tobacco use patterns in the U.S.: Measurement precision is critical to inform public health. *Nicotine & Tobacco Research*. December 2016:ntw388. doi:10.1093/ntr/ntw388.
83. Alzahrani T, Pena I, Temesgen N, Glantz SA. Association Between Electronic Cigarette Use and Myocardial Infarction. *American Journal of Preventive Medicine*. 2018;55(4):455-461. doi:10.1016/j.amepre.2018.05.004.
84. Reid JL, Rynard VL, Czoli CD, Hammond D. Who is using e-cigarettes in Canada? Nationally representative data on the prevalence of e-cigarette use among Canadians. *Preventive Medicine*. 2015;81:180-183. doi:10.1016/j.ypmed.2015.08.019.
85. Maglia M, Caponnetto P, Di Piazza J, La Torre D, Polosa R. Dual use of electronic cigarettes and classic cigarettes: A systematic review. *Addiction Research & Theory*. 2018;26(4):330-338. doi:10.1080/16066359.2017.1388372.
86. Wills TA, Knight R, Williams RJ, Pagano I, Sargent JD. Risk factors for exclusive e-cigarette use and dual e-cigarette use and tobacco use in adolescents. *PEDIATRICS*. 2015;135(1):e43-e51. doi:10.1542/peds.2014-0760.
87. Pechacek TF, Nayak P, Gregory KR, Weaver SR, Eriksen MP. The potential that electronic nicotine delivery systems can be a disruptive technology: Results from a national survey. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;18(10):1989-1997. doi:10.1093/ntr/ntw102.
88. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. September 2016. doi:10.1002/14651858.CD010216.pub3.
89. Lopez AA, Hiler M, Maloney S, Eissenberg T, Breland AB. Expanding clinical laboratory tobacco product evaluation methods to loose-leaf tobacco vaporizers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2016;169:33-40. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.10.005.
90. Farsalinos KE, Yannovits N, Sarri T, Voudris V, Poulas K. Nicotine delivery to the aerosol of a heat-not-burn tobacco product: Comparison with a tobacco cigarette and e-cigarettes. *Nicotine & Tobacco Research*. 2018;20(8):1004-1009. doi:10.1093/ntr/ntx138.
91. Tabuchi T, Gallus S, Shinozaki T, Nakaya T, Kunugita N, Colwell B. Heat-not-burn tobacco product use in Japan: Its prevalence, predictors and perceived symptoms from exposure to secondhand heat-not-burn tobacco aerosol. *Tobacco Control*. 2018;27(e1):e25-e33. doi:10.1136/tobaccocontrol-2017-053947.
92. Santé Canada [En ligne]. Stratégie canadienne sur le tabac [modifié le 31 mai 2018; cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-tabac-canada.html>.
93. Adams O, Collishaw N, Cunningham R, et al. *Getting to Less than 5% by 2035: The 2019 Tobacco Endgame Report.*; 2019:22.
94. Cobiac LJ, Ikeda T, Nghiem N, Blakely T, Wilson N. Modelling the implications of regular increases in tobacco taxation in the tobacco endgame. *Tobacco Control*. 2015;24(e2):e154-e160. doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-051543.
95. Ikeda T, Cobiac L, Wilson N, Carter K, Blakely T. What will it take to get to under 5% smoking prevalence by 2025? Modelling in a country with a smokefree goal. *Tobacco Control*. 2015;24(2):139-145. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051196.
96. Elton-Marshall T, Leatherdale S, Burkhalter R, Brown K. Changes in tobacco use, susceptibility to future smoking, and quit attempts among Canadian youth over time: A comparison of off-reserve aboriginal and non-aboriginal youth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013;10(2):729-741. doi:10.3390/ijerph10020729. Wardman D, McKennitt D, O'Donoghue P. *Disease Interrupted: Tobacco Reduction and Cessation*. Presses de l'Université Laval; 2014:35.
97. Consultancy for Alternative Education. *What Works in Reducing Tobacco Use in Indigenous Communities? A Summary of Promising Practices for Inuit.*; 2010:9.
98. Lemstra M, Rogers M, Thompson A, Moraros J, Tempier R. Prevalence and risk indicators of smoking among on-reserve First Nations youth. *Paediatrics & Child Health*. 2011;16(10):e71-e77. doi:10.1093/pch/16.10.e71.
99. Campaign for Tobacco-Free Kids [En ligne]. Tools to win the fight. Campaign for Tobacco-Free Kids [modifié le 21 avril 2017; cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.tobaccofreekids.org/>.
100. The Associated Press. Virginia gov signs ban on people under 21 buying tobacco [modifié le 21 février 2019; cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.570news.com/2019/02/21/virginia-gov-signs-ban-on-people-under-21-buying-tobacco/>.
101. Santé Canada [En ligne]. Consultation sur l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada : ce que nous avons entendu [modifié le 19 décembre 2017; cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/consultation-sur-lavenir-lutte-contre-tabagisme-ce-que-nous-avons-entendu.html>.
102. Kessel Schneider S, Buka SL, Dash K, Winickoff JP, O'Donnell L. Community reductions in youth smoking after raising the minimum tobacco sales age to 21. *Tobacco Control*. 2016;25(3):355-359. doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-052207.
103. Ahmad S, Billimek J. Limiting youth access to tobacco: Comparing the long-term health impacts of increasing cigarette excise taxes and raising the legal smoking age to 21 in the United States. *Health Policy*. 2007;80(3):378-391. doi:10.1016/j.healthpol.2006.04.001.
104. Bonnie RJ, Stratton K, Kwan LY, eds. *Public Health Implications of Raising the Minimum Age of Legal Access to Tobacco Products*. Washington, D.C.: National Academies Press; 2015. doi:10.17226/18997.
105. Cantrell J, Pearson JL, Anesetti-Rothermel A, Xiao H, Kirchner TR, Vallone D. Tobacco retail outlet density and young adult tobacco initiation. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;18(2):130-137. doi:10.1093/ntr/ntv036.

106. Henriksen L, Feighery EC, Wang Y, Fortmann SP. Association of retail tobacco marketing with adolescent smoking. *American Journal of Public Health*. 2004;94(12):2081-2083. doi:10.2105/AJPH.94.12.2081.
107. Kirchner TR, Cantrell J, Anesetti-Rothermel A, Ganz O, Vallone DM, Abrams DB. Geospatial exposure to point-of-sale tobacco. *American Journal of Preventive Medicine*. 2013;45(4):379-385. doi:10.1016/j.amepre.2013.05.016.
108. Loomis BR, Kim AE, Busey AH, Farrelly MC, Willett JG, Juster HR. The density of tobacco retailers and its association with attitudes toward smoking, exposure to point-of-sale tobacco advertising, cigarette purchasing, and smoking among New York youth. *Preventive Medicine*. 2012;55(5):468-474. doi:10.1016/j.jpmed.2012.08.014.
109. Shortt NK, Tisch C, Pearce J, Richardson EA, Mitchell R. The density of tobacco retailers in home and school environments and relationship with adolescent smoking behaviours in Scotland. *Tobacco Control*. November 2014;tobaccocontrol-2013-051473. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051473.
110. Richardson L, Hemsing N, Greaves L, et al. Preventing smoking in young people: A systematic review of the impact of access interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2009;6(4):1485-1514. doi:10.3390/ijerph6041485.
111. Société canadienne du cancer [En ligne]. *Universités et collèges ayant des campus 100 % sans fumée au Canada*; 2018:7. Disponible : <https://www.cancer.ca/-/media/cancer.ca/CW/for%20media/Media%20releases/2018/Universits-et-collges--campus-100-p.c.-sans-fume--rapport-SCC--2018-09-14.pdf?la=fr-CA>.
112. Berrick AJ. The tobacco-free generation proposal. *Tobacco Control*. 2013;22(suppl 1):i22-i26. doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050865.
113. Horn K, McGloin T, Dino G, et al. Quit and reduction rates for a pilot study of the American Indian Not On Tobacco (n-o-t) program. 2005;2(4):11.
114. Starkes JM, Baydala LT. Health research involving First Nations, Inuit and Métis children and their communities. 2014;19(2):4.
115. McKennitt. Does a culturally sensitive smoking prevention program reduce smoking intentions among aboriginal children? A pilot study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*. 2012;19(2):55-63. doi:10.5820/aian.1902.2012.55.
116. Chaloupka FJ, Straif K, Leon ME. Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *Tobacco Control*. 2011;20(3):235-238. doi:10.1136/tc.2010.039982.
117. Bader P, Boisclair D, Ferrence R. Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011;8(11):4118-4139. doi:10.3390/ijerph8114118.
118. McDaniel PA, Smith EA, Malone RE. The tobacco endgame: A qualitative review and synthesis. *Tobacco Control*. 2016;25(5):594-604. doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052356.
119. Guindon GE, Burkhalter R, Brown KS. Levels and trends in cigarette contraband in Canada. *Tobacco Control*. 2017;26(5):518-525. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-052962.
120. Blackwell T [En ligne]. Leaked Big Tobacco document suggests it used convenience-store, anti-contraband groups as lobbyists [cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://nationalpost.com/news/canada/leaked-big-tobacco-document-suggests-it-used-convenience-store-anti-contraband-groups-as-lobbyists>.
121. Day J [En ligne]. Plenty of second-hand smoke still in so called non-smoking seniors' apartments in P.E.I. [cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.theguardian.pe.ca/news/local/plenty-of-second-hand-smoke-still-in-so-called-non-smoking-seniors-apartments-in-pei-221202/>.
122. CA4Health, ChangeLab Solutions [En ligne]. *Working with Landlords and Property Managers on Smoke-Free Housing*; 2014:60. Disponible : https://www.changelabsolutions.org/sites/default/files/SFMUH_Guidebook_FINAL_20140417.pdf.
123. Bradley S [En ligne]. New smoking bylaws in HRM come into effect Oct. 15. CBC [cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/halifax-regional-municipality-smoking-bylaws-1.4842838>.
124. CBC [En ligne]. Hampstead bans smoking on sidewalks, streets. CBC [cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/hampstead-anti-smoking-ban-tobacco-1.4582053>.
125. The Ontario Tobacco Research Unit [En ligne]. Hookah in Toronto. Mai 2015. Disponible : <https://www.otru.org/documents/hookah-in-toronto/>.
126. Santé Canada [En ligne]. Renoncement au tabac en milieu de travail : Un guide pour aider vos employés à cesser de fumer [modifié le 6 août 2008; cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/renoncement-tabac-milieu-travail-guide-pour-aider-vos-employes-cesser-fumer.html>.
127. Bauer JE, Hyland A, Li Q, Steger C, Cummings KM. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *American Journal of Public Health*. 2005;95(6):1024-1029. doi:10.2105/AJPH.2004.048678.
128. Ham DC, Przybeck T, Strickland JR, Luke DA, Bierut LJ, Evanoff BA. Occupation and workplace policies predict smoking behaviors: Analysis of national data from the current population survey. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2011;53(11):1337-1345. doi:10.1097/JOM.0b013e3182337778.
129. Stevenson L, Campbell S, Bohanna I, Gould G, Robertson J, Clough A. Establishing smoke-free homes in the Indigenous populations of Australia, New Zealand, Canada and the United States: A systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017;14(11):1382. doi:10.3390/ijerph14111382.
130. Chamberlain C, Perlen S, Brennan S, et al. Evidence for a comprehensive approach to Aboriginal tobacco control to maintain the decline in smoking: An overview of reviews among Indigenous peoples. *Systematic Reviews*. 2017;6(1). doi:10.1186/s13643-017-0520-9.
131. Polansky J, Modisette D, Garcia C. *Smoking in Top-Grossing US Movies: 2017*. Center for Tobacco Control Research and Education; 2018:19.
132. Truth initiative. *While You Were Streaming: Tobacco Use Sees a Renormalization in on-Demand Digital Content, Diluting Progress in Broadcast and Theatres*; 2018:11.
133. Freeman B. New media and tobacco control. *Tobacco Control*. 2012;21(2):139-144. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050193.
134. Elkin L, Thomson G, Wilson N. Connecting world youth with tobacco brands: YouTube and the internet policy vacuum on Web 2.0. *Tobacco Control*. 2010;19(5):361-366. doi:10.1136/tc.2010.035949.
135. Richardson A, Ganz O, Vallone D. The cigar ambassador: How Snoop Dogg uses Instagram to promote tobacco use. *Tobacco Control*. 2014;23(1):79-80. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051037.
136. Mutti S, Hammond D, Borland R, Cummings MK, O'Connor RJ, Fong GT. Beyond light and mild: cigarette brand descriptors and perceptions of risk in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey: Cigarette brands and perceptions of risk. *Addiction*. 2011;106(6):1166-1175. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03402.x.
137. Toll BA. The Virginia Slims identity crisis: An inside look at tobacco industry marketing to women. *Tobacco Control*. 2005;14(3):172-180. doi:10.1136/tc.2004.008953.
138. Organisation mondiale de la Santé. Le conditionnement neutre des produits du tabac : éléments factuels, élaboration et mise en œuvre de la politique. 2016.
139. Durkin S, Brennan E, Coomber K, Zacher M, Scollo M, Wakefield M. Short-term changes in quitting-related cognitions and behaviours after the implementation of plain packaging with larger health warnings: Findings from a national cohort study with Australian adult smokers. *Tobacco Control*. 2015;24(Suppl 2):ii26-ii32. doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-052058.

140. Lilic N, Stretton M, Prakash M. How effective is the plain packaging of tobacco policy on rates of intention to quit smoking and changing attitudes to smoking?: Plain packaging of tobacco policy. *ANZ Journal of Surgery*. 2018;88(9):825-830. doi:10.1111/ans.14679.
141. Wakefield MA, Germain D, Durkin SJ. How does increasingly plainer cigarette packaging influence adult smokers' perceptions about brand image? An experimental study. *Tobacco Control*. 2008;17(6):416-421. doi:10.1136/tc.2008.026732.
142. Wakefield M, Coomber K, Zacher M, Durkin S, Brennan E, Scollo M. Australian adult smokers' responses to plain packaging with larger graphic health warnings 1 year after implementation: results from a national cross-sectional tracking survey. *Tobacco Control*. 2015;24(Suppl 2):ii17-ii25. doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-052050.
143. White V, Williams T, Faulkner A, Wakefield M. Do larger graphic health warnings on standardised cigarette packs increase adolescents' cognitive processing of consumer health information and beliefs about smoking-related harms? *Tobacco Control*. 2015;24(Suppl 2):ii50-ii57. doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-052085.
144. White V, Williams T, Wakefield M. Has the introduction of plain packaging with larger graphic health warnings changed adolescents' perceptions of cigarette packs and brands? *Tobacco Control*. 2015;24(Suppl 2):ii42-ii49. doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-052084.
145. Young JM, Stacey I, Dobbins TA, Dunlop S, Dossa AL, Currow DC. Association between tobacco plain packaging and Quitline calls: a population-based, interrupted time-series analysis. *The Medical Journal of Australia*. 2014;200(1):29-32. doi:10.5694/mja13.11070.
146. Dunlop SM, Dobbins T, Young JM, Perez D, Currow DC. Impact of Australia's introduction of tobacco plain packs on adult smokers' pack-related perceptions and responses: results from a continuous tracking survey. *BMJ Open*. 2014;4(12):e005836. doi:10.1136/bmjopen-2014-005836.
147. Guillaumier A, Bonevski B, Paul C, Durkin S, D'Este C. Socioeconomically disadvantaged smokers' ratings of plain and branded cigarette packaging: An experimental study. *BMJ Open*. 2014;4(2):e004078. doi:10.1136/bmjopen-2013-004078.
148. Maddox R, Durkin S, Lovett R. Plain packaging implementation: perceptions of risk and prestige of cigarette brands among Aboriginal and Torres Strait Islander people. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2016;40(3):221-225. doi:10.1111/1753-6405.12489.
149. Moodie C, Gendall P, Hoek J, MacKintosh AM, Best C, Murray S. The response of young adult smokers and nonsmokers in the United Kingdom to dissuasive cigarettes: An online survey. *Nicotine & Tobacco Research*. 2019;21(2):227-233. doi:10.1093/ntr/ntx261.
150. Narkar R, O'Connor S, Schwartz R. *Youth Exposure to Tobacco in Movies in Ontario, Canada: 2004-2014*. Ontario Tobacco Research Unit; 2019:48.
151. Ravichandran B. Smoke screen: Indian film and television's anti-tobacco obsession. *BMJ*. 2013;347:1-2. doi:10.1136/bmj.f5258.
152. Doucas F. *Industry Retail Programs: The Tobacco Industry's Price Segmentation Tool*. Coalition québécoise pour le contrôle du tabac; 2017.
153. Non-Smoker's Rights Association [En ligne]. *Canada's Implementation of Article 5.3 of the Framework Convention on Tobacco Control*. Non-Smoker's Rights Association; 2016:41. Disponible : <https://nsra-adnf.ca/wp-content/uploads/2017/03/shadow-report.pdf>.
154. Lee YO, Glantz SA. Menthol: putting the pieces together. *Tobacco Control*. 2011;20(Supplement 2):ii1-ii7. doi:10.1136/tc.2011.043604.
155. Hammal F, Chappell A, Wild TC, et al. 'Herbal' but potentially hazardous: an analysis of the constituents and smoke emissions of tobacco-free waterpipe products and the air quality in the cafés where they are served. *Tobacco Control*. 2015;24(3):290-297. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051169.
156. Fiore M, Jaen C, Baker T, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008;35(2):158-176. doi:10.1016/j.amepre.2008.04.009.
157. van der Deen FS, Wilson N, Cleghorn CL, et al. Impact of five tobacco endgame strategies on future smoking prevalence, population health and health system costs: Two modelling studies to inform the tobacco endgame. *Tobacco Control*. 2018;27(3):278-286. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053585.
158. Physicians for a Smoke-Free Canada. Response to questions identified in Health Canada document "SEIZING THE OPPORTUNITY: THE FUTURE OF TOBACCO CONTROL IN CANADA." Avril 2017.
159. Murray RL, Bauld L, Hackshaw LE, McNeill A. Improving access to smoking cessation services for disadvantaged groups: A systematic review. *Journal of Public Health*. 2009;31(2):258-277. doi:10.1093/pubmed/fdp008.
160. White CM, Rynard VL, Reid JL, Ahmed R, Burkhalter R, Hammond D. Stop-smoking medication use, subsidization policies, and cessation in Canada. *American Journal of Preventive Medicine*. 2015;49(2):188-198. doi:10.1016/j.amepre.2015.03.001.
161. Reid RD, Mullen K-A, Slovinec D'Angelo ME, et al. Smoking cessation for hospitalized smokers: An evaluation of the "Ottawa Model." *Nicotine & Tobacco Research*. 2010;12(1):11-18. doi:10.1093/ntr/ntp165.
162. Verbiest MEA, Chavannes NH, Crone MR, et al. An increase in primary care prescriptions of stop-smoking medication as a result of health insurance coverage in the Netherlands: population based study: Prescriptions of stop-smoking medication. *Addiction*. 2013;108(12):2183-2192. doi:10.1111/add.12289.
163. Ministère de la Santé [En ligne]. BC smoking cessation program - province of British Columbia [cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/health-drug-coverage/pharmacare-for-bc-residents/what-we-cover/drug-coverage/bc-smoking-cessation-program>.
164. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée [En ligne]. L'Assurance-santé Plus : Médicaments pour les endants et les jeunes [cité le 29 avril 2019]. Disponible : <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/drugs/ohipplus/default.aspx>.
165. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée [En ligne]. De nouveaux soutiens pour aider les gens à cesser de fumer en Ontario [cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://news.ontario.ca/mohltc/fr/2017/01/de-nouveaux-soutiens-pour-aider-les-gens-a-cesser-de-fumer-en-ontario.html>.
166. Haines-Saah RJ, Bell K. Challenging key assumptions embedded in Health Canada's cigarette packaging legislation: Findings from in situ interviews with smokers in Vancouver. *Canadian Journal of Public Health*. 2016;107(6):e562-e567. doi:10.17269/CJPH.107.5681.
167. Thrasher J, Islam F, Davis R, et al. Testing Cessation Messages for Cigarette Package Inserts: Findings from a Best/Worst Discrete Choice Experiment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(2):282. doi:10.3390/ijerph15020282.
168. Drach L, Morris D, Cushing C, Romoli C, Harris R. Promoting smoke-free environments and tobacco cessation in residential treatment facilities for mental health and substance addictions, Oregon, 2010. *Preventing Chronic Disease*. December 2011. doi:10.5888/pcd9.110080.
169. O'Brien J [En ligne]. *Tackling Tobacco: Reframing Smoking and the Role of Community Service Organisations in Reducing Smoking-Related Harm*. The Cancer Council NSW; 2007:9. Disponible : https://www.cancerCouncil.com.au/wp-content/uploads/2011/11/Tackling_Tobacco_Autumn1997.pdf.
170. Bonevski B, Bryant J, Paul C. Encouraging smoking cessation among disadvantaged groups: A qualitative study of the financial aspects of cessation: Smoking cessation among disadvantaged groups. *Drug and Alcohol Review*. 2011;30(4):411-418. doi:10.1111/j.1465-3362.2010.00248.x.
171. Aveyard P, Bauld L. Incentives for promoting smoking cessation: What we still do not know. In: The Cochrane Collaboration, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011. doi:10.1002/14651858.ED000027.
172. Urquhart PC, Jasiura F, Poole N, Nathoo T, Greaves L. *Liberation! Helping Women Quit Smoking: A Brief Tobacco Intervention Guide*. Vancouver : Centre of Excellence for Women's Health; 2012:42.

-
173. Organisation mondiale de la Santé. *Gender and Tobacco Control: A Policy Brief*. Genève; Canada : Department of Gender, Women and Health (GWH) : Tobacco Free Initiative(TFI); IDRC/CRDI; 2007:20.
 174. Carlson LE, Lounsberry JJ, Maciejewski O, Wright K, Collacutt V, Taenzer P. Telehealth-delivered group smoking cessation for rural and urban participants: Feasibility and cessation rates. *Addictive Behaviors*. 2012;37(1):108-114. doi:10.1016/j.addbeh.2011.09.011.
 175. Lichtenstein E, Zhu S-H, Tedeschi GJ. Smoking cessation quitlines: An underrecognized intervention success story. *American Psychologist*. 2010;65(4):252-261. doi:10.1037/a0018598.
 176. Mitchell S. *Tobacco Cessation Strategies for First Nations, Inuit and Métis: An Environmental Scan and Annotated Bibliography*; 2007:69.
 177. Ritchie AJ, Reading JL. Tobacco smoking status among Aboriginal youth. *International Journal of Circumpolar Health*. 2004;63(sup2):405-409. doi:10.3402/ijch.v63i0.17945.
 178. Santé Canada [En ligne]. Volet des Premières Nations et des Inuits de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme [modifié le 3 mars 2016; cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/volet-premieres-nations-et-inuits-strategie-federale-lutte-contre-tabagisme.html>.
 179. Organisation mondiale de la Santé [En ligne]. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [cité le 7 mars 2019]. OMS. Disponible : <https://www.who.int/fctc/cop/about/fr/>.
 180. Centers for Disease Control and Prevention. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs-2014*. Atlanta; 2014:144.
 181. Organisation mondiale de la Santé. *Tobacco Industry Interference with Tobacco Control*; 2009:46.
 182. Haigh G [En ligne]. The doctor who beat big tobacco. *The Guardian* [cité le 7 mars 2019]. Disponible : <https://www.theguardian.com/news/2016/aug/01/the-doctor-who-beat-big-tobacco>.
 183. Hawkins B, Holden C. European Union implementation of Article 5.3 of the Framework Convention on Tobacco Control. *Globalization and Health*. 2018;14(1). doi:10.1186/s12992-018-0386-1.

La vie. Ne passez pas à côté.^{MC}

Cet énoncé est à jour en date de juillet 2019.



^{MC} La vie. Ne passez pas à côté., l'icône du cœur et de la / seule et l'icône du cœur et de la / suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.