



ASSOCIATION
CANADIENNE DE
SANTÉ PUBLIQUE

La voix de la santé publique

TABAGISME ET VAPOTAGE AU CANADA

Maintenir le cap

ÉNONCÉ DE POSITION | MAI 2021



LA VOIX DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Porte-parole national indépendant et défenseur fidèle de la santé publique, **l'Association canadienne de santé publique** parle au nom des individus et des populations avec tous les ordres de gouvernement.

Nous préconisons l'équité en santé, la justice sociale et la prise de décisions éclairées par les données probantes. Nous misons sur le savoir, repérons et abordons les problèmes de santé publique, et relient diverses communautés de pratique. Nous faisons valoir la perspective et les données probantes de la santé publique auprès des chefs du gouvernement et des responsables des politiques. Nous sommes un catalyseur de changements qui améliorent la santé et le bien-être de tous.

Nous appuyons la passion, le savoir et les perspectives de nos membres dans toute leur diversité par la collaboration, par de vastes débats et par le partage

d'informations. Nous motivons les organisations et les gouvernements à appliquer un éventail de politiques et de programmes de santé publique qui améliorent les résultats sanitaires des populations dans le besoin.

NOTRE VISION

Des gens et des communautés en bonne santé prospérant dans des environnements rassembleurs, équitables et durables

NOTRE MISSION

Améliorer la santé de toutes les personnes et toutes les communautés du Canada, en particulier celles qui sont structurellement défavorisées, et contribuer à l'avènement d'un monde plus sain et plus équitable

Pour plus de renseignements, veuillez contacter :

Association canadienne de santé publique

1525, avenue Carling, bureau 404, Ottawa (Ontario) K1Z 8R9

Tél. : 613-725-3769 | info@cpha.ca

www.cpha.ca

Tabagisme et vapotage au Canada : maintenir le cap

En décembre 2011, dans un énoncé de position intitulé *Terminer la bataille : mettre fin au tabagisme au Canada*¹, l'ACSP appelait tous les ordres de gouvernement à prendre les mesures nécessaires pour éliminer la consommation de tabac au Canada. L'annexe 1 présente les recommandations de cet énoncé. Depuis, tous les ordres de gouvernement ont pris des mesures importantes pour réduire la prévalence du tabagisme. Dix ans plus tard, il est temps d'examiner les résultats de ces efforts, d'évaluer la situation actuelle et de formuler des recommandations qui pourraient entraîner d'autres diminutions de la consommation de tabac.

À l'époque de la création de l'énoncé de position de 2011, les produits de vapotage* étaient peu présents sur le marché canadien, et leurs effets possibles sur la santé étaient méconnus. En 2018, nous en savions plus, et l'ACSP a publié un énoncé de position intitulé *Une démarche de santé publique à l'égard des dispositifs de vapotage contenant de la nicotine*² assorti de recommandations (annexe 2) sur leur réglementation. Depuis la publication de cet énoncé, les cigarettes électroniques contenant de la nicotine ont été légalisées (2019) et réglementées, et un important corpus d'information s'est constitué sur l'usage des produits de vapotage. Ces informations doivent être étudiées, car des mesures ont été proposées pour édicter de nouvelles règles sur la vente des dispositifs de vapotage.

La difficulté est de reconnaître les différences et les ressemblances entre les produits du tabac et les produits de vapotage et de comprendre leurs effets respectifs sur la santé et l'équité en santé. Il est également nécessaire de reconnaître les succès remportés jusqu'à maintenant pour réduire la prévalence du tabagisme et les entraves à la réalisation de nouveaux progrès. La compréhension de ces entraves conduira vers des options qui répondent aux besoins actuels des personnes les plus vulnérables au tabagisme et à la dépendance à la nicotine.

RECONNAISSANCE

L'ACSP reconnaît que le tabac fait partie intégrante de la culture des Premières Nations dans de nombreuses régions du Canada. Il est utilisé dans les rituels, les cérémonies et les prières et est considéré comme une plante sacrée qui apporte d'immenses bienfaits sur le plan spirituel et sur celui de la guérison. Il ne faut pas confondre le tabac traditionnel et ses usages sacrés avec l'utilisation du tabac à des fins commerciales. C'est cette dernière qui fait l'objet du présent énoncé de position.

ÉVALUATION DE L'IMPACT SUR L'ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ

Conformément à la politique administrative de l'ACSP, [une évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé](#) du présent énoncé de position a été menée avant l'approbation finale du document par le conseil d'administration de l'Association selon [la méthode approuvée](#) en décembre 2019. L'évaluation a été effectuée par un groupe de trois bénévoles membres de l'ACSP qui n'ont pas participé à l'élaboration de l'énoncé. L'Association les remercie de la diligence avec laquelle ils ont mené l'évaluation.

* Le vapotage est l'action ou la pratique qui consiste à inhaler et à exhaler la vapeur d'une cigarette électronique ou d'un dispositif semblable. La vapeur est composée d'un liquide porteur avec ou sans nicotine et arômes.

RECOMMANDATIONS

L'ACSP invite le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les administrations municipales du Canada à prendre les mesures suivantes :

Consommation de tabac

- Améliorer la surveillance de routine pour mieux comprendre la prévalence du tabagisme au Canada et ses fondements structurels, sociaux, démographiques et économiques;
 - Élaborer et mettre en œuvre des outils de surveillance adaptés aux populations structurellement défavorisées*;
- Maintenir les lois, les règlements, les pratiques fiscales et les exigences d'étiquetage des produits du tabac qui existent déjà au palier fédéral;
- Maintenir les lois et règlements provinciaux et territoriaux et les règlements municipaux sur la consommation de tabac;
- Élaborer des approches fédérales, provinciales et territoriales factuelles intégrées et des considérations pangouvernementales pour réduire la consommation de tabac au Canada;
- Évaluer les programmes de promotion de la santé et d'arrêt du tabac actuels et en projet pour en déterminer l'efficacité à l'échelle de la population. Étendre ceux qui fonctionnent, tester et mettre en œuvre ceux qui pourraient fonctionner et supprimer ceux qui ne fonctionnent pas;
- Évaluer les approches réglementaires actuelles et en projet qui visent à réduire la prévalence de la consommation de tabac (étiquetage, conditionnement neutre, etc.) pour déterminer leurs probabilités de succès actuelles et futures comme outils de réduction de la consommation de tabac. Conserver celles qui fonctionnent et supprimer celles qui ne fonctionnent pas;
- Mener des analyses économiques de l'efficacité de la taxation comme outil d'arrêt du tabac et de ses conséquences sur le plan de l'équité;
- Élaborer des approches de promotion de la santé et d'arrêt du tabac ciblées et culturellement

* La défavorisation structurelle désigne la situation désavantageuse de personnes, de groupes ou de communautés en raison des modes de fonctionnement de la société (la répartition des ressources, les rapports entre les gens, les détenteurs du pouvoir, l'organisation des institutions).

adaptées[†] pour les personnes les plus susceptibles de consommer du tabac;

- Accroître le financement d'études pour comprendre les influences psychologiques, sociales, économiques et démographiques qui font augmenter la prévalence du tabagisme.

Produits de vapotage

- Améliorer la surveillance de routine pour mieux comprendre l'ampleur du vapotage et les influences structurelles, sociales, économiques et démographiques qui poussent les gens à utiliser des produits de vapotage;
 - Élaborer et mettre en œuvre des outils de surveillance adaptés aux populations structurellement défavorisées;
- Soutenir la recherche sur :
 - les effets sur la santé des produits de vapotage contenant de la nicotine et sans nicotine;
 - les effets de l'inhalation secondaire des sous-produits du vapotage;
 - les facteurs qui poussent les jeunes à vapoter;
 - la probabilité que le vapotage mène à la consommation de tabac;
 - les possibilités des produits de vapotage comme interventions d'arrêt du tabac et/ou comme outils de réduction des méfaits;
- Élaborer avec des jeunes des programmes de prévention et d'arrêt ciblant les jeunes;
- Évaluer l'efficacité des programmes existants de réduction des activités de vapotage dans la population et les ajuster, au besoin, pour en améliorer les résultats.

[†] L'adaptation culturelle est la capacité d'apprendre des personnes de sa propre culture et d'autres cultures et de les traiter avec respect. Individuellement, nous sommes tenus d'être culturellement compétents, c'est-à-dire d'être conscients de notre propre identité culturelle, d'avoir des opinions sur nos différences avec d'autres cultures et d'être capables de nous informer des différentes normes culturelles et communautaires dans une sphère de pratique et de nous en inspirer. La notion d'adaptation culturelle décrit le plus souvent des méthodes d'enseignement et des approches pédagogiques.

CONTEXTE

Tout comme les produits du tabac, les dispositifs de vapotage contenant de la nicotine peuvent causer une dépendance à la nicotine. Ces deux méthodes de consommation ont toutefois des conséquences sociales et sanitaires différentes. C'est pourquoi nous étudions séparément les répercussions sur la santé et la réglementation du tabac et des produits de vapotage. Notre analyse portera sur la perspective fédérale, sachant que les provinces, les territoires et les municipalités ont pris d'importantes mesures pour réduire la prévalence de la consommation de tabac et de l'usage des produits de vapotage au Canada.

de l'usage de la cigarette au cours de ce siècle s'est accompagnée d'une croissance bien documentée du taux de cancer du poumon³. Quelques études rétrospectives à petite échelle avaient établi un lien possible entre le tabagisme et le cancer du poumon à la fin des années 1940, mais ce n'est qu'au début des années 1950 que les données de deux grandes études prospectives de cohortes ont confirmé ce lien⁴. Un rapport ultérieur publié en 1962 par le Royal College of Physicians de Londres a précisé le lien entre le tabagisme et plusieurs maladies et décès prématurés⁵. Depuis, les effets de la consommation de tabac sur la santé sont attestés⁶, tout comme les effets de la fumée secondaire⁷.

LUTTE ANTITABAC

Informations générales

Des mesures de contrôle du tabac ont été introduites au Canada pour limiter les effets directs et indirects du tabagisme sur la santé et réduire ainsi la souffrance et les décès dans la population et les coûts des soins de santé. Le cancer du poumon (une maladie qui présente une relation causale avec le tabagisme) était rare avant le 20^e siècle, mais l'augmentation

La lutte antitabac au Canada se poursuit sans relâche depuis les années 1960. La Société canadienne du cancer⁸ en a fait la chronologie, et le tableau 1 en présente certains des points marquants.

Sur la scène internationale, la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été mise en œuvre en 2005. Elle décrit les mécanismes et les approches de base que l'OMS juge nécessaires pour renforcer la lutte antitabac. L'article 5.3, en particulier, stipule que l'élaboration des politiques de santé publique ne

Tableau 1 : Chronologie partielle des initiatives de lutte contre le tabagisme au Canada⁸⁻¹⁰

Année	Initiatives fédérales de lutte contre le tabagisme
1969	Recommandation du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales de la Chambre des communes d'interdire la publicité du tabac et d'ajouter des mises en garde sanitaires sur les emballages
1988	Adoption de la <i>Loi réglementant les produits du tabac</i> , qui interdit pour la première fois la publicité du tabac
1989	Introduction de mises en garde sanitaires couvrant 20 % de l'avant et de l'arrière des emballages
1991	Plus forte hausse des taxes fédérales sur le tabac au Canada jusqu'à cette date (6 \$ le carton)
1993	Adoption de la <i>Loi sur la vente du tabac aux jeunes</i> , qui porte de 16 à 18 ans l'âge légal pour acheter du tabac
2000	Introduction de mises en garde sanitaires illustrées couvrant 50 % de l'avant et de l'arrière des emballages
2001-2011	Lancement de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (première stratégie pluriannuelle)
2012-2018	Renouvellement de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme
2018	Adoption de la <i>Loi sur le tabac et les produits de vapotage</i>
2019	Introduction de la Stratégie canadienne sur le tabac, qui vise à réduire le tabagisme à moins de 5 % d'ici 2035
2019	Règlement sur l'apparence neutre et normalisée des produits du tabac promulgué en vue de son application en 2020

doit pas être influencée par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac. La CCLAT compte actuellement 180 pays signataires, dont le Canada¹¹.

Lois et règlements canadiens

Une matrice de lois et de règlements fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT) ont été promulgués pour réduire la prévalence de la consommation de tabac au Canada, et des règlements municipaux viennent renforcer les lois et règlements provinciaux et territoriaux (PT). La Société canadienne du cancer a créé un sommaire des lois et règlements FPT jusqu'en 2017¹². Les lois et règlements PT portent sur une gamme d'activités, dont les programmes de promotion de la santé et d'arrêt du tabac, les restrictions des endroits où il est permis de fumer, les contraintes imposées à la vente et à l'accès des produits du tabac, et la taxation PT. Les lois fédérales viennent étayer les programmes de promotion de la santé et d'arrêt du tabac tout en limitant le tabagisme dans les établissements sous réglementation fédérale, et la publicité, le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac, en interdisant l'utilisation d'arômes et en taxant les produits du tabac.

Depuis 2017, le gouvernement fédéral a institué deux mesures pour renforcer la lutte contre le tabagisme au Canada : la promulgation de la *Loi sur le tabac et les produits de vapotage*, avec son règlement sur l'apparence neutre et normalisée des produits; et l'application de la Stratégie canadienne sur le tabac¹³, soutenue par l'affectation de fonds de 330 millions de dollars sur cinq ans. La stratégie vise à réduire le tabagisme à moins de 5 % d'ici 2035 grâce à des programmes pour¹⁴ :

- aider les Canadiens à renoncer au tabac;
- protéger les jeunes et les non-fumeurs de la dépendance à la nicotine;
- collaborer avec les groupes autochtones en vue d'élaborer des projets précis destinés aux Autochtones;

- accroître les connaissances scientifiques, renforcer la surveillance et consolider les partenariats.

Il est également précisé dans la stratégie que le tabagisme n'est pas réparti uniformément au sein de la population, ce qui donne lieu à des inégalités sociales et de santé, et que le gouvernement s'engage à cibler les groupes de Canadiens affichant les taux de tabagisme les plus élevés.

Selon une évaluation horizontale de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme 2001-2011¹⁵, la prévalence du tabagisme avait diminué considérablement au cours de la période de la stratégie, et elle était parmi les plus faibles dans les pays à revenu élevé. L'évaluation indiquait aussi que la cible « éloignée » de 12 % de prévalence du tabagisme chez les adultes n'avait pas été atteinte (le taux quotidien de prévalence du tabagisme en 2012 était de 13 %), mais que la cible de 9 % de prévalence du tabagisme chez les jeunes avait, elle, été atteinte. De plus, en 2007, toutes les provinces s'étaient dotées de lois qui renforçaient un domaine autrefois régi uniquement par la législation fédérale, et les dépenses PT pour des stratégies antitabac avaient plus que doublé. L'évaluation reconnaissait aussi les responsabilités distinctes du gouvernement fédéral dans ce domaine. Les autres aspects mentionnés étaient :

- La contribution mineure de la Stratégie à la baisse du tabagisme grâce aux règlements sur l'accès des jeunes et l'étiquetage;
- Le soutien fédéral aux interdictions PT visant la fumée secondaire;
- L'effet des influences externes (le niveau de scolarité, les taxes PT et la taxe d'accise), qui étaient les plus importants prédicteurs de la participation au tabagisme et de la consommation de tabac;

- L'effet des interdictions d'étalage dans les établissements de vente au détail et de l'âge légal pour acheter des cigarettes.

Une évaluation de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme pour la période de 2012 à 2016 a également été menée¹⁶. Entre autres résultats, l'évaluation a reconnu le besoin que le gouvernement fédéral continue à mener des activités de réduction de la prévalence de la consommation de tabac, ces responsabilités cadrant avec les priorités gouvernementales et les rôles et responsabilités du palier fédéral. Elle a aussi indiqué que la prévalence du tabagisme continuait à diminuer, mais que la baisse avait ralenti. Par ailleurs, comme aucun objectif en matière de prévalence n'avait été établi, il était difficile d'évaluer le niveau de réussite globale de la stratégie, mais de nombreuses activités semblaient produire des améliorations dans leurs domaines. Quatre grandes recommandations ont été formulées dans le rapport :

- Envisager de fixer des objectifs (réalistes) en matière de diminution des taux de prévalence du tabagisme, tant dans la population générale que dans les populations affichant des taux plus élevés;
- Définir et préciser les secteurs de la lutte contre le tabagisme où le leadership du gouvernement fédéral est nécessaire, particulièrement à la lumière des responsabilités actuelles des provinces, des territoires et des municipalités;
- Envisager des solutions pour réglementer les nouveaux enjeux liés à la lutte contre le tabagisme;
- Examiner la possibilité de rapports intégrés (avec les PT) sur le tabac de contrebande, afin de faciliter l'analyse pancanadienne.

Le tabagisme et ses coûts

Santé Canada et Statistique Canada mènent des enquêtes nationales (l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC] et l'Enquête

canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues [ECTAD]) sur la prévalence du tabagisme au Canada. Il convient de noter que les résultats de l'ESCC et de l'ECTAD varient, car elles emploient des méthodes différentes. L'ECTAD ne couvre que les 10 provinces, tandis que les informations de l'ESCC portent aussi sur les territoires. Leurs méthodes de collecte de données n'incluent pas non plus la collecte d'informations sur l'ethnicité/la racisation ou le statut socioéconomique, ce qui limite leurs possibilités d'application lorsqu'il est question d'équité en santé. Le Centre Propel pour l'avancement de la santé des populations (de l'Université de Waterloo, fermé en 2019) a utilisé ces données pour préparer un rapport intitulé *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends*. L'édition la plus récente (2019) contient des informations jusqu'en 2017. Des rapports sont également disponibles pour les sept années antérieures.

Des données sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, dont le tabagisme, ont été compilées par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances (Université de Victoria) et par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS); elles couvrent deux périodes : 2007 à 2014 (rapport de 2018) et 2015 à 2017 (rapport de 2019). La présente section est fondée sur les données de ces deux rapports avec, au besoin, des informations plus récentes (p. ex. les derniers résultats de l'ESCC et de l'ECTAD). Les informations sur le tabagisme chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves proviennent de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations. Comme toutes ces études emploient différentes méthodes cependant, il est impossible d'en comparer directement les résultats.

Situation actuelle

Les résultats de l'ESCC sont présentés au tableau 2. Les résultats de l'ECTAD montrent que 15,1 % de la population faisait usage de produits du tabac

Tableau 2 : Taux de tabagisme au Canada d'après les données de l'ESCC

Date	Pourcentage de fumeurs actuels	Pourcentage de fumeurs quotidiens
2013	19 %	14 %
2014	18 %	13,5 %
2015	18 %	13 %
2016	17 %	12 %
2017	16 %	12 %
2018	15,8 %	10,9 %
2019	14,8 %	10 %

en 2017, en baisse par rapport à 2007, où la proportion était de 31 %, et en deçà de la moyenne mondiale (21,9 %) et de la moyenne sur le continent américain (16,9 %)¹⁷. De ces personnes, 10,8 % fumaient quotidiennement, et 4,3 % ne fumaient pas sur une base quotidienne. En 2018, 15,8 % des Canadiens étaient des fumeurs actuels (10,9 % de fumeurs quotidiens et 4,9 % de fumeurs non quotidiens), tandis qu'en 2019, 14,8 % étaient des fumeurs actuels (10 % de fumeurs quotidiens et 4,8 % de fumeurs non quotidiens). En 2020, environ 11 % des Canadiens ont déclaré être des fumeurs réguliers¹⁸. Il y a donc eu un ralentissement apparent de la prévalence du tabagisme entre 2013 et 2017¹⁹.

Les cigarettes étaient le produit du tabac le plus consommé, mais 1,9 % des Canadiens disaient fumer le cigare et le cigarillo (petit cigare), et 1 % (15 ans et plus) disaient faire usage de tabac sans fumée. En 2017, la consommation moyenne quotidienne était de 13,7 cigarettes par jour chez les fumeurs quotidiens, inchangée depuis les estimations de 2015, mais cela représentait une baisse de 3 cigarettes par jour depuis 1999.

En 2012, les coûts économiques associés au tabagisme au Canada étaient de 6,5 milliards de dollars en coûts directs* et de 9,5 milliards de dollars en coûts

* Les coûts directs comprennent les coûts des soins hospitaliers, des consultations externes, des médicaments et des tests de diagnostic, ainsi que les coûts de transport. Les coûts indirects comprennent la perte de productivité, le coût des retraites anticipées et les coûts de la morbidité.

indirects²⁰. Le tabagisme était responsable d'environ 45 464 décès, soit 599 390 années potentielles de vie perdues en raison de la mortalité prématurée. Selon les données de 2017, le tabagisme était le plus grand facteur de risque de décès et d'invalidité au Canada, position qu'il occupait aussi en 2007, mais les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) ont diminué de 0,7 % sur cette période²¹. Le cancer du poumon était la deuxième cause de décès prématuré au Canada, et son incidence a augmenté de 5,3 % entre 2007 et 2017¹. De même, 51 % des hospitalisations attribuables à l'usage de substances résultaient du tabagisme et avaient généré des coûts de soins de santé d'environ 6,1 milliards de dollars en 2017²². Les coûts globaux associés au tabagisme s'élevaient à 12 milliards de dollars en 2014²³ et à 12,3 milliards en 2017⁷. Ces données ne sont toutefois pas directement comparables, car les études dont elles proviennent emploient des méthodes différentes. Par ailleurs, un examen plus approfondi des données est nécessaire pour comprendre qui fume et pourquoi.

Âge et sexe

En 1965, environ 50 % des résidents du Canada de plus de 15 ans étaient des fumeurs actuels (quotidiens et occasionnels). Depuis, la prévalence du tabagisme dans toutes les tranches d'âge diminue de façon soutenue. Durant toute cette période, les hommes ont présenté une plus forte prévalence de tabagisme actuel que les femmes (hommes : 16,7 %; femmes : 13,5 % en 2015). En 2018, à peu près 4,9 millions de personnes de 12 ans et plus vivant au Canada fumaient la cigarette quotidiennement ou à l'occasion, soit 18,6 % des hommes et 13 % des femmes²⁴. En 2015, les adultes de 20 à 24 ans présentaient la plus forte prévalence de tabagisme actuel (18,5 %)²⁵, tandis qu'en 2017, les adultes de 45 à 54 ans présentaient la plus forte prévalence (19,9 %, en hausse de 6,9 % depuis 2015 dans ce groupe d'âge)¹⁹, et la prévalence du tabagisme actuel chez les 20 à 24 ans était tombée à 16 %. Les résultats d'une enquête menée en 2018 ont été semblables à ceux de 2017¹⁹. Les

informations disponibles montrent aussi que les 50 à 64 ans affichaient une prévalence du tabagisme de 18,4 % en 2018 et en 2019, et les plus de 65 ans, une prévalence de 9,7 % en 2018 et de 9,1 % en 2019.

Les jeunes arrivent à se procurer des produits du tabac malgré la limite d'âge pour la vente de ces produits dans leur province ou territoire de résidence. Dans l'ensemble, la prévalence des fumeurs actuels chez les élèves de 11 à 14 ans en 2014-2015 était inférieure à 2 % et est demeurée inférieure à 2 % en 2016-2017 (et à 1 % chez les jeunes de la 7^e à la 9^e année). Chez les jeunes de 15 à 19 ans, la prévalence globale du tabagisme était de 7,9 % en 2017, avec certaines différences selon l'âge : elle n'était que de 4,1 % chez les jeunes de 15 et de 16 ans, mais atteignait 14,4 % chez les jeunes de 19 ans. Les élèves de la 7^e à la 12^e année étaient inclus dans l'étude, mais celle-ci pourrait ne pas représenter la prévalence du tabagisme chez tous les jeunes, car elle n'inclut pas ceux qui étaient absents ou qui avaient abandonné l'école. En 2018, seulement 3,2 % des jeunes de 12 à 17 ans fumaient, mais 15 % des jeunes de 18 et 19 ans¹⁹. Dans la tranche d'âge de 19 à 24 ans, le nombre de fumeurs actuels a diminué entre 2015 et 2018 (passant de 20,4 à 18,6 % chez les hommes et de 15 à 13 % chez les femmes). En 2020, 3 % des 15 à 19 ans ont dit fumer régulièrement¹⁸. De même, le nombre de jeunes de 20 à 24 ans n'ayant jamais fumé une cigarette en entier avait grimpé, passant de 57,9 % en 2015 à 62,6 % en 2018²⁶.

Un autre groupe préoccupant est celui des femmes qui fument quand elles sont enceintes, car le tabagisme durant la grossesse peut entraîner l'accouchement d'un mort-né, un accouchement prématuré, une insuffisance de poids à la naissance et la mort du nourrisson. Les données canadiennes sur les coûts des soins de santé pour ces enfants sont limitées, mais selon une étude menée au Royaume-Uni, ils ont augmenté et sont alimentés en grande mesure par les soins hospitaliers aux enfants de la naissance à cinq

ans. De même, il y a peu de données actuelles sur les taux de tabagisme des femmes enceintes au Canada, mais selon une étude pour la période de 1992 à 1995, environ 22 % des femmes enceintes fumaient, et entre 2005 et 2008, ce taux est descendu à 12 %. En outre, 50 % des femmes qui fumaient en début de grossesse avaient cessé de fumer au troisième trimestre, mais environ 50 % de celles ayant cessé de fumer avaient recommencé après la naissance de leur enfant.

Les études ci-dessus font appel à différentes méthodes, et donc leurs résultats ne sont pas directement comparables. Certaines tendances se dégagent cependant :

- La consommation de tabac a diminué sur la période de collecte des données, mais cette diminution semblent ralentir;
- Plus d'hommes que de femmes fument;
- La prévalence du tabagisme augmente chez les jeunes de 17 à 19 ans comparativement aux jeunes de 15 et 16 ans.

Différences provinciales

La prévalence du tabagisme diminue dans toutes les provinces depuis 1999, mais il existe des écarts significatifs d'une province à l'autre²⁷. Les plus fortes baisses ont été observées au Québec (de 30,3 % en 1999 à 15,7 % en 2017) et à l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) (de 25,6 % en 1999 à 11,8 % en 2017), tandis que la Colombie-Britannique a présenté la plus légère baisse de prévalence du tabagisme (de 20 % en 1999 à 15,6 % en 2017). En 2017, l'Î.-P.-É. affichait la plus faible prévalence (11,8 %), et Terre-Neuve-et-Labrador, la plus élevée (20,1 %). Quatre provinces avaient des taux de prévalence du tabagisme inférieurs à la moyenne canadienne (qui était d'environ 15 % en 2018) : l'Î.-P.-É., l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et le Manitoba. De même, le nombre moyen de cigarettes consommées par jour par fumeur variait selon la province : à Terre-Neuve-et-Labrador, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, en Colombie-Britannique et à l'Î.-P.-É., les taux de

consommation de cigarettes étaient supérieurs à la moyenne nationale.

La prévalence du tabagisme chez les jeunes Canadiens (15 à 19 ans) varie aussi selon la province. Quatre provinces étaient sous la moyenne canadienne de 7,9 % en 2017 : l'Alberta (7 %), la Colombie-Britannique (6,5 %), l'Ontario (6,4 %) et le Nouveau-Brunswick (5,8 %). La Saskatchewan présentait la plus forte prévalence de tabagisme chez les jeunes, soit 21,9 %, suivie de l'Î.-P.-É. (15,8 %) et du Manitoba (14,2 %)²¹.

Sauf indication contraire, les chiffres ci-dessus proviennent de l'ECTAD, qui n'inclut pas la prévalence du tabagisme dans les territoires canadiens. Les données de l'ESCC, par contre, indiquent que les taux de tabagisme chez les plus de 12 ans sont systématiquement plus élevés dans les territoires, avec 13 % au Yukon, 25 % dans les Territoires du Nord-Ouest et 57 % au Nunavut en 2017-2018²⁸. Des taux de prévalence analogues sont observés dans toutes les tranches d'âge au Nunavut pour les points de mesure dans le temps disponibles.

Dans l'ensemble, les données montrent que :

- Les résidents des territoires sont plus nombreux à fumer que ceux des provinces;
- Dans quatre provinces, la prévalence du tabagisme est inférieure à la moyenne canadienne.

Le tabagisme par sous-population

En plus des tendances susmentionnées, les informations disponibles indiquent que certaines sous-populations présentent une prévalence du tabagisme plus élevée²⁹. Ce sont :

- *Les personnes ayant un diagnostic de maladie mentale, mais la prévalence diffère selon le diagnostic*^{30,31}

Au Canada, les taux de consommation de tabac variaient de 40 à 90 % selon le diagnostic, avec une

plus forte prévalence chez les personnes vivant avec la schizophrénie, la manie et la dépression. De même, selon une étude menée aux États-Unis, les personnes vivant avec des troubles mentaux sont plus susceptibles de fumer, car elles ont plus tendance à avoir des conditions de vie stressantes, un faible revenu annuel du ménage et un accès limité aux programmes d'arrêt du tabagisme³².

- *Les personnes qui font usage de cannabis, d'alcool ou d'autres substances*²⁸

Au Canada, les taux de prévalence du tabagisme chez les personnes qui font usage de cannabis ou qui vivent avec un trouble de consommation d'alcool ou de substances sont plus élevés que chez les autres personnes.

- *Les membres de la communauté LGBTQ2S+*³³

Les taux de prévalence du tabagisme dans cette communauté en 2017 se situaient entre 25 et 55 % selon les estimations, tandis qu'en 2019, le taux était de 35 % chez les jeunes adultes LGBTQ2S+ (18 à 24 ans), contre 23 % chez les personnes hétérosexuelles de la même tranche d'âge au Canada. Les raisons de ces taux élevés étaient les suivantes :

- La stigmatisation, la discrimination et l'oppression;
- Les normes sociales dans la communauté LGBTQ2S+;
- Le marketing ciblé de l'industrie du tabac;
- Le manque d'accès aux services de santé et l'insuffisance de ces services dans la communauté LGBTQ2S+.

- *Les travailleurs du bâtiment, de l'exploitation minière, pétrolière et gazière, du transport et de l'entreposage*²²

Les informations récentes sur les travailleurs canadiens sont limitées, mais selon une étude de 1998, la prévalence et l'intensité du tabagisme étaient les plus faibles chez les cols blancs et les

plus élevées chez les cols bleus³⁴. Ces résultats ont été confirmés dans une étude plus récente²⁸. Selon une étude menée aux États-Unis, la prévalence du tabagisme allait de 11 % chez les travailleurs des services éducatifs à 34,3 % chez ceux du bâtiment et des industries extractives³⁵.

- *Les personnes incarcérées*³⁶

Les prisons fédérales du Canada sont devenues des environnements sans fumée en 2008, mais il est estimé que les taux de tabagisme chez les détenus avant leur incarcération vont de 50 à 93 %. Les raisons en sont que beaucoup de ces personnes vivent avec des troubles qui les portent à fumer, comme l'usage de substances, les troubles psychiatriques, la difficulté à contrôler leurs impulsions et le faible statut socioéconomique³⁷.

- *Les personnes de faible statut socioéconomiques (SSE)*³⁸

Selon les résultats de l'ESCC de 2017, la prévalence du tabagisme dans le premier quintile de revenu des ménages (le quintile inférieur) dépassait 20 %, mais elle était de moins de 15 % dans le cinquième quintile (le quintile supérieur)³⁹.

- *Les peuples autochtones*⁴⁰

Selon les résultats de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations, 53,5 % des adultes des Premières Nations fumaient la cigarette (40,3 % quotidiennement et 13,1 % à l'occasion), et les adultes fumaient en moyenne 11,6 cigarettes par jour⁴¹. Une étude du tabagisme chez les Premières Nations de l'Ontario a fourni des résultats semblables : 50 % des membres des Premières Nations vivant dans les réserves fumaient, contre 43 % des membres des Premières Nations vivant hors des réserves. De même, 67 % des jeunes adultes (20 à 29 ans) vivant dans les réserves fumaient, contre 47 % de ceux vivant hors des réserves⁴².

En 2012, 75 % des hommes inuits et 74 % des femmes inuites de 18 ans et plus vivant dans l'Inuit Nunangat déclaraient qu'ils fumaient. La plupart étaient des fumeurs quotidiens (64 % des hommes et 64 % des femmes), tandis que 11 % des hommes et 9 % des femmes fumaient à l'occasion⁴³. On sait aussi que 92 % des femmes inuites enceintes fument⁴⁴.

Les données récentes sur les Métis sont limitées, mais selon une publication ontarienne, la consommation de tabac a sensiblement baissé, passant de 32 % de la population en 2007 à 21 % en 2012⁴⁵.

Il y a peu d'informations sur la prévalence du tabagisme dans les populations immigrantes et réfugiées, mais selon une analyse, les taux de prévalence dans ces populations étaient plus faibles que chez les non-immigrants, bien qu'il n'y ait pas de données permettant d'évaluer la prévalence du tabagisme selon l'ethnicité au Canada²⁸.

Des données des États-Unis montrent aussi qu'environ 73 % des personnes en situation d'itinérance fument⁴⁶; les données récentes pour le Canada sont elles aussi limitées pour cette population.

La difficulté sous-jacente est que pour bien aider les sous-populations à réduire leur usage des produits du tabac, il faut connaître les raisons pour lesquelles ces personnes en font usage. Selon une étude, les gens commencent à fumer pour des raisons psychosociales (perception d'être adultes, antécédents favorisant le tabagisme, parents ou groupe de pairs qui fument) ou en raison d'une perception de leur succès limité dans la société⁴⁷. L'activité est favorisée par des facteurs pharmacologiques, puis renforce les comportements en société. D'autres précisions sont fournies ailleurs⁴⁸. La question est de savoir si les méthodes actuelles d'arrêt du tabac tiennent compte des raisons pour lesquelles les gens fument et si ces méthodes sont encore efficaces pour aider ceux qui veulent cesser de fumer.

Facteurs à considérer

Les approches actuellement employées pour réduire la probabilité et la prévalence du tabagisme vont des programmes de protection et de promotion de la santé aux restrictions des endroits où il est permis de fumer. Dans l'ensemble, cette panoplie de méthodes donne des résultats, mais on en sait peu sur la contribution de chaque élément. Une analyse approfondie de leur efficacité relative serait nécessaire pour mieux cibler les activités futures. De même, il existe des différences dans la prévalence du tabagisme selon l'âge, le sexe, la géographie, l'emploi, le statut d'autochtone et le statut socioéconomique. Il faut des programmes adaptés aux besoins de chaque groupe pour réduire la prévalence du tabagisme dans ces sous-populations.

Dans le cadre d'intervention que nous avons décrit, deux outils sont au centre des activités fédérales d'arrêt du tabac : l'étiquetage et le conditionnement des produits du tabac, ainsi que la taxation. Les deux semblent avoir été efficaces par le passé, mais nécessitent aujourd'hui un examen plus approfondi.

Étiquetage et conditionnement

Pour les besoins de la présente analyse, les étiquettes de mise en garde illustrées (avec des photos de maladies causées par le tabagisme) et le conditionnement neutre (forme et couleur semblables et police de caractères uniforme pour identifier le produit sur l'emballage) sont abordés ensemble.

Selon l'article 11 de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS, chaque partie à la Convention doit adopter et appliquer des mesures efficaces pour interdire le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac susceptibles de donner une impression erronée. En outre, les emballages de produits du tabac doivent porter des mises en garde sanitaires et des messages de grande dimension décrivant les effets néfastes du tabagisme et couvrant 50 % ou plus des faces principales, mais

pas moins de 30 %. L'article 13 traite du recours au conditionnement neutre, qui vise à : réduire l'attrait des produits du tabac; éliminer les effets du conditionnement du tabac utilisé à des fins de publicité et de promotion; et rendre les mises en garde sanitaires plus visibles et plus efficaces⁴⁹. Dans une note factuelle publiée en 2014, l'OMS indique que le conditionnement neutre réduit l'attrait du produit, en particulier pour les femmes et les jeunes. De plus, lorsqu'elles sont combinées avec des mises en garde sanitaires illustrées de grande dimension, les mesures de banalisation des emballages sensibilisent les consommateurs aux risques liés à la consommation de tabac, accroissent le sevrage tabagique et incitent les populations à ne pas commencer à fumer⁵⁰. Les études en question avaient en général été menées dans des populations où les taux de tabagisme sont plus élevés qu'au Canada et pourraient ne pas s'appliquer telles quelles à la situation canadienne. Une revue systématique plus récente montre que les preuves à l'appui du conditionnement neutre sont « peu solides⁵¹ ». Il faudra mener une analyse statistique pour déterminer le rôle du conditionnement neutre dans la diminution de la prévalence du tabagisme au Canada au cours des prochaines années.

Des étiquettes de mise en garde illustrées sont obligatoires sur les paquets de cigarettes vendus au Canada depuis 1989; à l'époque, elles devaient couvrir 20 % de l'emballage. On en a augmenté la taille à 50 % de l'emballage en 2000 et à 75 % en 2012. L'objectif est d'induire une réaction de peur pour motiver les gens à cesser de fumer⁵². Une comparaison des exigences de conditionnement canadiennes et américaines soutient cette notion, bien que l'effet des mises en garde visuelles diminue avec le temps. Les auteurs indiquent que les mises en garde illustrées devraient changer périodiquement⁵³. Une étude récente a aussi porté sur l'effet du statut socioéconomique sur la susceptibilité à la publicité du tabac. Une exposition à de nombreuses annonces publicitaires conçues pour évoquer une réaction négative a eu plus d'effet sur les participants

à faible revenu que sur ceux à revenu élevé, tandis que des annonces publicitaires évocatrices d'espoir ont eu plus d'effet sur les participants à revenu élevé que sur ceux à faible revenu⁵⁴.

Les études susmentionnées font état d'un effet à court terme, mais nous avons trouvé peu d'informations sur l'efficacité à long terme des mises en garde illustrées pour inciter les gens à cesser de fumer au Canada. Un substitut à une telle étude longitudinale pourrait consister à examiner l'évolution de la prévalence du tabagisme au fil du temps, en accordant une attention particulière à tout écart par rapport à la tendance de la prévalence pour les années où les exigences d'étiquetage illustré sont entrées en vigueur. Selon un diagramme récent de l'évolution dans le temps des taux de tabagisme au Canada¹⁸, l'introduction des étiquettes de mise en garde (1989) et leurs modifications ultérieures (2000 et 2012) ont entraîné une plus grande chute de la prévalence de la consommation de tabac l'année ayant suivi le changement, mais les années suivantes, les résultats sont revenus à la tendance prévue. Une analyse statistique serait nécessaire pour confirmer cette observation. En outre, la baisse de la consommation de tabac semble avoir ralenti entre 2013 (l'année qui suit la dernière augmentation de la taille des mises en garde) et 2017. Il n'y a malheureusement pas d'analyse exhaustive des données actuelles qui pourrait clarifier le rôle joué par les mises en garde sanitaires visuelles dans la baisse continue de la consommation de tabac au Canada.

Taxation

De l'avis de nombreux chercheurs et porte-parole, les prix du tabac sont élastiques* de nature, et les hausses de prix des produits du tabac font diminuer la prévalence du tabagisme; à l'Article 6 de la CCLAT de l'OMS, il est donc recommandé que les parties à la Convention établissent des structures de prix qui

* L'élasticité-prix de la demande, ou élasticité, est la mesure dans laquelle le désir réel pour une chose varie quand le prix de la chose varie.

réduisent le demande de tabac. Une étude (2006) a démontré que des baisses du prix des cigarettes ont fait augmenter les taux de prévalence du tabagisme chez de jeunes adultes (20 à 24 ans) vivant au Canada⁵⁵. Selon une étude internationale ultérieure (2011), des hausses de taxes ont réduit les taux de tabagisme chez les jeunes, les jeunes adultes et les personnes de faible statut socioéconomique, mais les preuves étaient insuffisantes pour démontrer l'efficacité de ces hausses chez les grands fumeurs/ les fumeurs de longue durée, les gens faisant l'objet d'un double diagnostic (tabagisme et trouble de santé mentale et/ou trouble de consommation de substance autre que la nicotine) et les personnes autochtones. La même analyse a aussi indiqué qu'en moyenne, une hausse de 10 % du prix du paquet de cigarettes devrait réduire la demande de 4 % dans la population adulte générale des pays à revenu élevé⁵⁶. Une étude de 2012 menée aux États-Unis a toutefois montré que pour les adultes, l'association entre les taxes sur les cigarettes et soit la participation au tabagisme, soit l'intensité du tabagisme, est négative, faible et habituellement non significative⁵⁷. Selon une revue de la littérature sur la prévalence du tabagisme et les hausses de taxes entre 2002 et 2012, les hausses de taxes ont fait diminuer le tabagisme¹⁸.

Au Canada, la prévalence du tabagisme est en baisse constante depuis les années 1960. Cette baisse est vraisemblablement l'effet des programmes de promotion de la santé et d'arrêt du tabac, des règles sur l'étiquetage et la publicité et des politiques fiscales. Les données sur la prévalence, toutefois, ne font pas la différence entre l'influence de la taxation et celle des programmes de promotion de la santé et d'arrêt du tabac. En outre, un examen de l'influence de la taxe totale par carton de cigarettes par rapport à la prévalence du tabagisme en Ontario et en Colombie-Britannique¹⁸ a montré que pour la période de 2009 à 2012, les taux de taxation ont été constants, mais que la prévalence du tabagisme a continué à diminuer. De même, pour la période de 2013 à 2018, la prévalence

du tabagisme est restée à peu près constante, à 15 %, mais les données de l'ESCC font état d'une lente diminution de la prévalence, qui est passée de 19 % à environ 15 %. Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour a aussi été constant, à environ 14 par jour au Canada, entre 2013 et 2017. De 2014 à 2019, les fabricants ont augmenté leur prix après impôts de 17,40 \$ par carton de 200 cigarettes, tandis que les hausses de la taxe fédérale se sont chiffrées à 7,30 \$ par carton, et les hausses des taxes provinciales ont varié selon la province. Ces informations indiquent que la demande de cigarettes pourrait être devenue de plus en plus inélastique, peu importe l'augmentation du prix, et que par conséquent, il faudrait envisager d'autres options pour réduire la consommation de tabac. On pourrait aussi faire valoir que de continuer d'augmenter les taxes aura un effet inéquitable dans les populations de faible SSE (où la prévalence de la consommation de tabac est plus élevée) et pourrait creuser les inégalités en santé au Canada.

Ces résultats ne sont pas concluants, mais ils donnent à penser qu'il existe un lien de plus en plus inélastique ou un prix de seuil (au-delà duquel la prévalence du tabagisme n'est pas affectée) entre la taxation et l'arrêt du tabac au Canada. Il faudrait cependant poursuivre la recherche, tant au palier national que PT, pour comprendre le lien actuel entre les politiques fiscales, les activités de promotion et de protection de la santé, les mesures de contrôle de la publicité et de l'étiquetage et l'arrêt du tabac au Canada. Les mesures ou activités qui ont le plus d'effets positifs devraient être soutenues, mais celles dont l'efficacité est limitée devraient être réduites ou éliminées.

VAPOTAGE

En mars 2018, l'ACSP a diffusé un énoncé de position sur les dispositifs de vapotage contenant de la nicotine dans lequel elle appelait les gouvernements à :

- approuver et appliquer le projet de loi S-5, aujourd'hui la *Loi sur le tabac et les produits de vapotage*;
- soutenir la recherche sur les dispositifs de vapotage;
- limiter la vente et la publicité des dispositifs de vapotage contenant de la nicotine;
- établir des structures de prix;
- soutenir des activités de promotion de la santé.

Beaucoup de choses ont changé depuis la publication de cet énoncé de position, dont la légalisation des dispositifs de vapotage contenant de la nicotine et l'imposition de contrôles sur les arômes, le conditionnement et l'étiquetage de ces produits. Il est toutefois temps d'évaluer ces mesures.

Informations générales

Les dispositifs de vapotage, également appelés cigarettes électroniques ou dispositifs électroniques d'administration de nicotine, chauffent un liquide composé d'une solution porteuse et d'une combinaison d'arômes et/ou de nicotine. La vapeur qui en résulte est inhalée. Il y a deux catégories de dispositifs de vapotage : ceux qui contiennent de la nicotine et ceux qui n'en contiennent pas. En 2019, le marché international de ces dispositifs était estimé à 19,3 milliards USD, contre 6,9 milliards USD en 2014⁵⁸, et il devrait poursuivre sa croissance si l'on se fie aux tendances de consommation actuelles. Des tendances similaires sont prévues au Canada. La plupart des fabricants de produits du tabac investissent dans l'industrie des dispositifs de vapotage.

Les dispositifs de vapotage ont fait leur entrée sur le marché asiatique en 2004 et sur le marché nord-américain en 2007⁵⁹ en tant que produits non

réglementés. En 2009, Santé Canada a publié un avis contre les produits contenant de la nicotine, faute de preuves suffisantes pour en tolérer la vente. L'avis était toutefois rarement respecté. En mai 2018, le gouvernement fédéral a adopté le projet de loi S-5, *Loi sur le tabac et les produits de vapotage* (LTPV), en partie pour offrir un cadre légal réglementant la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits de vapotage contenant de la nicotine vendus au Canada. La loi vise à protéger les jeunes contre la dépendance à la nicotine, et même contre le tabagisme, tout en permettant aux adultes de se procurer des produits de vapotage, jugés moins nocifs que le tabac⁵³.

Usage actuel

Au Canada en 2019, environ 15 % des citoyens de 15 à 19 ans ont déclaré avoir vapoté au cours des 30 jours précédents, et 36 % ont déclaré avoir essayé le vapotage à un moment au cours de leur vie. Chez les jeunes adultes (20 à 24 ans), 15 % ont déclaré avoir vapoté au cours des 30 jours précédents, et près de 50 % ont déclaré avoir essayé de vapoter à un moment quelconque⁶⁰. Par contre, moins de 3 % des adultes (plus de 25 ans) ont déclaré avoir vapoté au cours des 30 jours précédents, et 12 % seulement avaient déjà essayé le vapotage. En général, les hommes étaient plus nombreux à vapoter que les femmes. Des résultats semblables ont été obtenus dans l'enquête de 2020, mais ils indiquent en outre qu'environ 15 % des adultes ayant déclaré avoir vapoté (environ 15 % de la population) vapotaient tous les jours, soit environ 2,25 % de la population¹⁸. Une désagrégation plus poussée de ces données est toutefois impossible, car l'enquête ne collecte pas d'informations sur la race, l'ethnicité ou le statut socioéconomique à l'échelle nationale.

Par ailleurs, 87 % des jeunes (15 à 19 ans) ayant vapoté au cours des 30 jours précédents avaient choisi un produit contenant de la nicotine, tout comme 86 % des jeunes adultes (20 à 24 ans)⁵⁵. Chez les jeunes ayant déclaré avoir vapoté, près du tiers des 15 à 19 ans vapotaient tous les jours. Chez les adultes ayant

utilisé un dispositif de vapotage au cours des 30 jours précédents, 42 % ont déclaré avoir utilisé un arôme de fruit la dernière fois qu'ils avaient fait usage d'une cigarette électronique⁶¹. La plupart des jeunes de 15 à 19 ans (69 %)⁶² et des jeunes adultes de 20 à 24 ans (62 %) qui vapotaient ont aussi déclaré avoir utilisé un arôme de fruit⁵⁶. De même, une étude américaine a révélé que 98 % des élèves qui vapotaient avaient déclaré avoir fait leur première expérience avec un produit aromatisé⁶³.

Selon une autre enquête auprès d'élèves canadiens, les taux de vapotage augmentent chez les jeunes⁵⁷. Le nombre d'élèves canadiens de la 7^e à la 12^e année ayant utilisé une cigarette électronique au cours des 30 jours précédents a doublé, passant de 10 % en 2017 à 20 % en 2019, et 34 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont déclaré avoir déjà essayé un produit de vapotage. Chez les élèves ayant déclaré avoir utilisé un produit de vapotage au cours des 30 jours précédents, 90 % ont déclaré avoir fait usage d'un produit contenant de la nicotine. Cette hausse fait craindre que le vapotage puisse être une porte d'entrée vers le tabagisme, car selon une revue systématique de la littérature spécialisée, l'usage de la cigarette électronique peut mener à la consommation de tabac⁶⁴. Une étude ultérieure a indiqué qu'il pouvait y avoir une relation causale entre l'essai de dispositifs de vapotage et la hausse du tabagisme chez certains jeunes, mais que l'effet global à l'échelle de la population semblait négligeable, vu la diminution globale de l'initiation au tabagisme⁶⁵. De même, une étude menée en Nouvelle-Zélande indique que le vapotage pourrait déplacer le tabagisme chez les jeunes, mais qu'il faudrait pousser la recherche pour évaluer l'effet de l'accroissement de la disponibilité et de la commercialisation [des dispositifs de vapotage] sur les tendances à long terme du vapotage quotidien et de l'usage de la cigarette⁶⁶.

Nouvelles données de recherche

L'énoncé de position de l'ACSP en 2018 passait en revue les informations disponibles sur le vapotage

jusqu'en 2017, mais indiquait que la recherche se développait rapidement. Depuis, une revue Cochrane de 2017⁶⁷ a énoncé que les cigarettes électroniques contenant de la nicotine étaient plus efficaces à long terme pour aider les fumeurs à cesser de fumer que les cigarettes électroniques contenant un placebo, mais qu'il n'y avait pas assez de données probantes pour les comparer à d'autres thérapies de remplacement de la nicotine. La revue concluait en disant qu'il fallait pousser la recherche.

En août 2019, les National Academies of Science, Engineering, and Medicine (NASEM) des États-Unis ont publié un rapport consensuel sur les effets sur la santé des dispositifs électroniques d'administration de nicotine⁶⁸. Le rapport examinait plus de 800 études scientifiques évaluées par les pairs et en résumait les preuves concernant :

- les composants des cigarettes électroniques et les expositions associées,
- les effets des cigarettes électroniques sur la santé,
- les répercussions des cigarettes électroniques pour la santé publique.

L'annexe 3 présente un résumé des résultats de ce rapport consensuel. Les principales constatations étaient que les cigarettes électroniques ne pouvaient pas être catégorisées comme étant bénéfiques ou nocives pour la santé, et que leurs répercussions pour la santé publique dépendaient du contexte dans lequel le produit était utilisé*. Le rapport concluait que :

- les aérosols des cigarettes électroniques contiennent un nombre et des niveaux de

* Depuis l'achèvement de l'étude des NASEM, deux autres études à grande échelle ont examiné les effets des cigarettes électroniques sur les troubles respiratoires chez les adultes. La première, fondée sur une analyse de données d'enquête à Hawaï, fait état d'une association indépendante entre l'usage de la cigarette électronique et les troubles respiratoires chroniques (T.A. Wills et al., *Drug Alcohol Depend*, vol. 194 [2019], p. 363-370), tandis que la seconde, une étude prospective de cohortes utilisant les données de l'étude Population Assessment of Tobacco and Health (PATH), conclut que l'usage de la cigarette électronique était associé à un risque accru de contracter une maladie respiratoire (W. Xie et al., *JAMA Network Open*, vol. 3, no 11 [2020], p. e2020816). Aucune des deux études ne compare le risque accru posé par l'usage de la cigarette électronique au risque posé par la cigarette de tabac.

substances toxiques moins élevés que la fumée des cigarettes de tabac combustibles;

- les quantités de nicotine dans les cigarettes électroniques sont très variables et dépendent du dispositif et de l'utilisateur, mais quand les cigarettes électroniques sont utilisées de façon semblable aux cigarettes de tabac, l'exposition à la nicotine est semblable;
- bien que les cigarettes électroniques semblent poser un risque pour la santé, les conséquences à long terme sur la morbidité et la mortalité ne sont pas claires en raison de l'absence d'études à long terme;
- il y a consensus pour reconnaître que l'usage des cigarettes électroniques au lieu des cigarettes de tabac combustibles est moins nocif pour les personnes ayant une maladie respiratoire préexistante;
- les cigarettes électroniques pourraient être efficaces pour accroître l'arrêt de l'usage des cigarettes de tabac combustibles chez les adultes;
- les jeunes qui font usage de cigarettes électroniques pourraient être plus susceptibles de passer aux cigarettes de tabac combustibles;
- il n'y a aucune preuve disponible sur les effets de l'usage de la cigarette électronique sur les résultats maternels et les issues des grossesses.

Dans l'ensemble, le rapport concluait que les cigarettes électroniques posent individuellement moins de risques que les cigarettes de tabac combustibles et qu'elles pourraient être une stratégie efficace de réduction des méfaits. Il faudrait cependant mener des études à plus long terme pour évaluer les résultats cliniques à court et à long terme associés à l'usage des dispositifs de vapotage contenant de la nicotine.

Toxicité de la nicotine

La toxicité potentielle du vapotage de produits contenant de la nicotine est sous-jacente à la présente analyse. La nicotine n'est pas un cancérigène connu,

mais l'exposition à la nicotine fait augmenter les risques cardiovasculaires chez les personnes ayant une maladie préexistante⁶⁰. Quand elle est fumée ou vapotée, la nicotine :

- fait augmenter la fréquence cardiaque et la pression artérielle,
- provoque une constriction des vaisseaux sanguins, ce qui cause une baisse de la température des mains et des pieds,
- modifie les ondes cérébrales,
- détend les muscles.

Des descriptions plus poussées des effets potentiels de la nicotine sur la santé sont présentées ailleurs^{63,68}, tout comme des descriptions de l'influence de la nicotine sur la croissance des jeunes et sur le développement du cerveau⁶⁹.

Autre point préoccupant, la nicotine crée une dépendance, et l'arrêt de son usage provoque des symptômes de sevrage. Le chemin de la dépendance qui passe par la consommation de tabac est décrit ailleurs⁷⁰. La nicotine liquide est également toxique lorsqu'elle est ingérée oralement et a des effets graves sur la santé qui peuvent aller jusqu'à la mort⁶⁰. Les règlements de Santé Canada incluent des révisions à la Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation qui exigent que l'emballage et les pièces des dispositifs de vapotage soient à l'épreuve des enfants pour prévenir l'ingestion accidentelle ou intentionnelle du liquide de vapotage par les enfants.

En 2019, il y a eu des cas de lésions pulmonaires liées au vapotage (ou « maladie pulmonaire sévère associée au vapotage [MPAV] »)⁷¹. Les cas de MPAV aux États-Unis étaient liés au liquide de vapotage contenant du tétrahydrocannabinol (THC) et de l'acétate de vitamine E. L'acétate de vitamine E est ajouté au liquide de vapotage contenant du THC comme agent épaississant et n'est pas approuvé à cet usage au Canada⁷². Au Canada, les cas soupçonnés de MPAV sont autodéclarés et sont encore sous enquête⁷³.

Situation réglementaire actuelle

Plusieurs pays prennent des mesures pour réglementer les dispositifs de vapotage contenant de la nicotine :

- Les États-Unis ont élaboré un règlement avec des dispositions concernant les ingrédients, les étiquettes de mise en garde et les restrictions d'âge applicables aux ventes. En janvier 2020, la Food and Drug Administration (FDA) a également parachevé une politique d'application de ce règlement aux arômes non autorisés qui pourraient être attrayants pour les enfants, comme les fruits et la menthe⁷⁴;
- Le Royaume-Uni, qui édicte des règlements en vertu des lois générales sur la sécurité des produits, permet la demande d'une « licence pour produit médicinal » pour un dispositif de vapotage servant à arrêter de fumer⁷⁵. En outre, un examen des données probantes sur le vapotage a été mené récemment par [Public Health England](#)⁷⁶;
- La Directive sur les produits du tabac de 2016 de l'Union européenne exige des États membres qu'ils interdisent la publicité, qu'ils ajoutent des avertissements et que les produits respectent des normes de pureté⁷⁷;
- L'Australie interdit la vente de toutes les cigarettes électroniques⁷⁸.

En plus de la *Loi sur le tabac et les produits de vapotage* et de son règlement, plusieurs provinces imposent des restrictions à l'usage des dispositifs de vapotage, entre autres l'âge auquel ces produits peuvent être achetés, les lieux de vente, les ventes de produits aromatisés et la teneur maximale en nicotine. Beaucoup de municipalités, de commissions ou de conseils scolaires et de conseils de santé locaux ont aussi adopté des règlements administratifs et des politiques pour limiter le vapotage dans leur sphère de compétence. Il reste à savoir, cependant, si ces lois et règlements réussiront à réduire la probabilité que les jeunes et les jeunes adultes fassent usage de dispositifs de vapotage contenant de la nicotine. Il faudrait pousser la recherche pour comprendre cette relation.

REGARD VERS L'AVENIR

Les produits du tabac et les dispositifs de vapotage contenant de la nicotine servent à fournir de la nicotine, une substance toxicomanogène; les deux produits ont toutefois des effets différents sur la santé. L'usage de produits du tabac combustibles entraîne l'inhalation d'un mélange de composés, dont beaucoup sont cancérigènes et causent de la morbidité, de la souffrance et des décès par divers cancers et maladies cardiaques et pulmonaires. De nombreux programmes ont réussi à réduire la prévalence de la consommation de tabac à environ 15 % de la population canadienne de 15 ans et plus. Dans l'ensemble, cet éventail de programmes est efficace; il est cependant difficile de départager l'efficacité de chaque élément. Il serait donc nécessaire d'évaluer l'efficacité individuelle de chaque programme, de soutenir ceux qui fonctionnent ou semblent fonctionner, et d'éliminer ceux qui ne fonctionnent pas.

Il est nécessaire aussi de déterminer si les mises en garde illustrées et le conditionnement neutre demeurent efficaces pour réduire la consommation de tabac et le vapotage. Ces deux stratégies semblent réussir à réduire la consommation de tabac à court et à moyen terme, mais les données de 2013 à 2018 indiquent qu'elles ont atteint leur point de rendements décroissants. De même, l'augmentation des taxes pourrait n'avoir qu'un effet minime sur la réduction de la prévalence du tabagisme, et d'autres hausses des prix pourraient même contribuer aux iniquités qui touchent les populations de faible SSE. Il faudrait toutefois effectuer des analyses plus

poussées pour évaluer l'élasticité-prix continue des produits du tabac par rapport aux hausses de taxes, ainsi que l'efficacité des mises en garde illustrées et du conditionnement neutre.

Des efforts sont nécessaires pour redynamiser les actions visant à continuer de réduire la prévalence du tabagisme si le Canada veut atteindre son objectif de réduire le tabagisme à moins de 5 % d'ici 2035. Il faudrait nous concentrer sur des initiatives ciblées qui répondent aux besoins des sous-populations les plus susceptibles de fumer. Ce sont entre autres les peuples autochtones, les résidents du Nord et les personnes ayant des maladies mentales. À la base de ces initiatives, il est nécessaire de mieux comprendre pourquoi les gens fument, puis de déterminer comment aborder ces facteurs.

L'usage des dispositifs de vapotage est un facteur relativement nouveau, et il semble que les jeunes et les jeunes adultes soient les plus concernés. Dans les deux groupes, les problèmes ont trait à l'effet potentiel de la dépendance à la nicotine sur leur développement et à la possibilité que le vapotage représente une porte d'entrée vers la consommation de tabac. Pour aborder ces préoccupations, des approches générales de réglementation du tabac ont été appliquées sans que l'on comprenne les effets sur la santé des dispositifs de vapotage, ni les possibilités d'application ou l'efficacité de ces approches réglementaires. À la base de ces préoccupations, il y a la question de savoir pourquoi les gens choisissent d'utiliser un dispositif de vapotage, et le besoin d'élaborer des stratégies qui tiennent compte de ces raisons.

ANNEXE 1

Recommandations tirés de « Terminer la bataille : mettre fin au tabagisme au Canada »

L'ACSP invite le gouvernement fédéral à :

- appliquer le plus strictement possible les dispositions de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) et les lignes directrices connexes, notamment en respectant ses obligations dans la lutte internationale contre le tabagisme
- appliquer et financer entièrement, sur une base annuelle et systématique, une Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) pluriannuelle (sur 10 ans) dotée de ressources adéquates, incluant un objectif final et des étapes critiques, qui entre en vigueur d'ici le 1er avril 2012 et qui comprennent :
 - des campagnes nationales de marketing social/dans les médias sociaux pour continuer à dénormaliser le tabagisme, surtout chez les jeunes
 - l'interdiction de toutes les formes restantes de publicité et de promotion du tabac, que ce soit au cinéma, sur Internet ou ailleurs
 - une loi qui étend à 90 % de la surface des paquets de cigarettes les illustrations explicites de mise en garde
 - une loi imposant la banalisation de l'emballage des produits du tabac
 - l'ajout du menthol à la liste des arômes interdits dans les produits du tabac
 - l'élargissement de l'interdiction actuelle de l'aromatization de certains produits du tabac à tous les produits de tabac sans fumée
 - un moratoire sur tous les nouveaux produits du tabac et tous les nouveaux emballages pour les produits du tabac existants
- revitaliser la Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits (SLTPNI) et amorcer un dialogue de nation à nation avec les Premières nations et les autres communautés autochtones en vue d'élaborer des stratégies antitabac pilotées par les communautés, qui réduiront les disparités sociales contribuant aux mauvais résultats de santé
- travailler en partenariat avec les acteurs canadiens et leurs partenaires étrangers, et appuyer leurs efforts a) pour élaborer et appliquer des stratégies antitabac efficaces et contrer la riposte de l'industrie du tabac dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et b) pour mettre en place un financement soutenu et prévisible, ainsi que des mécanismes de financement pluriannuels, à l'appui des initiatives internationales de lutte antitabac

L'ACSP invite les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à :

- faire de la lutte antitabac (avec des cibles et des indicateurs assortis de délais précis) un élément des futurs accords pluriannuels sur la santé et les soins de santé, comme le prochain Transfert fédéral-provincial-territorial en matière de santé qui doit commencer en 2014
- envisager de nouveaux mécanismes financiers axés sur l'établissement des prix et la fiscalité pour contrer la vente de cigarettes à prix réduit

- instaurer immédiatement une ligne téléphonique nationale d'aide au renoncement au tabac et des mesures de soutien pour maximiser l'accessibilité des services et des ressources d'arrêt du tabagisme dans la population canadienne
- appuyer les initiatives de lutte antitabac proposées et menées à l'échelon communautaire selon des approches populationnelles
- joindre les populations défavorisées particulièrement vulnérables et répondre à leurs besoins en ce qui a trait à l'arrêt du tabac et à la prévention de l'utilisation des produits du tabac
- répartir les recettes budgétaires provenant des taxes sur les produits du tabac ou d'autres sources dans l'industrie du tabac (p. ex., les sanctions résultant de procédures judiciaires ou réglementaires) pour soutenir la recherche et les activités d'acquisition/d'échange de connaissances qui produisent des preuves servant à concevoir des stratégies et des mesures efficaces de lutte contre le tabagisme

L'ACSP invite les gouvernements provinciaux et territoriaux à :

- élargir les catégories de points de vente où il est interdit de vendre des produits du tabac
- plafonner le nombre de permis de détaillants de tabac au niveau actuel, afin de réduire considérablement le nombre de points de vente dans chaque province et territoire d'ici cinq ans
- créer et maintenir une base de données fidèles sur les détaillants de produits du tabac, exiger l'homologation de tous les grossistes et détaillants de ces produits sous l'administration du ministère de la Santé et instaurer le plus tôt possible un régime de sanctions graduelles (imposition d'amendes importantes, suspension du permis de détaillant de tabac, puis révocation permanente du permis)
- habiliter les municipalités à appliquer un système de redevances pour l'octroi de permis de détaillants de tabac afin de réduire le nombre et la densité des points de vente au détail des produits du tabac
- appliquer et faire respecter la limite d'âge dans les points de vente au détail et les établissements qui vendent des produits du tabac, comme c'est le cas avec le système en vigueur pour les employés qui servent des boissons alcoolisées

L'ACSP invite les municipalités à adopter des règlements interdisant le tabac sans fumée, y compris les houkas, dans les lieux publics, dont les bars et les restaurants.

L'ACSP encourage tous les ordres de gouvernement à :

- interdire la vente au détail de produits du tabac à moins de 500 mètres d'une garderie enregistrée ou d'une école primaire ou secondaire et encourager les universités et les collèges à interdire la vente de produits du tabac sur leurs campus
- adopter des lois qui protègent entièrement contre la fumée secondaire dans les endroits où les jeunes s'assemblent, surtout en milieu scolaire, y compris dans les établissements postsecondaires

L'ACSP invite la communauté de la santé publique à :

- promouvoir l'adoption et l'utilisation de lignes directrices nationales de renoncement au tabagisme dans la pratique clinique et les stratégies à l'échelle de la population (les lignes directrices de CAN-ADAPTT)
- évaluer la possibilité d'intégrer systématiquement de brèves interventions de renoncement au tabac dans les programmes et services en tête à tête existants
- collaborer avec les communautés de lutte antitabac et les communautés économiques afin d'explorer des stratégies novatrices et efficaces de lutte antitabac axées sur l'offre

L'ACSP invite les collèges, les universités, les associations professionnelles, l'administration fédérale et les administrations provinciales, régionales et locales à travailler ensemble à renforcer les capacités des travailleurs de la santé en s'assurant que les principes de la lutte antitabac sont intégrés dans le tronc commun et dans les cours et activités de formation continue et en améliorant les occasions de formation à la lutte antitabac dans les programmes d'études à l'intention des professionnels de la santé publique et des professions de la santé alliées. De plus, l'Agence de la santé publique du Canada devrait intégrer des exemples sur le tabac dans les modules en ligne pertinents de l'Amélioration des compétences en santé publique.

L'ACSP devrait :

- rechercher les occasions de coopérer et de collaborer avec les milieux canadiens de la santé mentale dans les dossiers liés à la lutte antitabac et aux effets du tabagisme sur les gens qui ont des problèmes de santé mentale
- avec la collaboration des associations provinciales et territoriales pour la santé publique, le cas échéant, rechercher les occasions de coopérer et de collaborer avec les organismes et les communautés autochtones dans les dossiers et les stratégies liés au tabac
- établir et animer une communauté de pratique sur la lutte antitabac au sein du Centre du savoir en santé publique^{mc} pour favoriser l'échange horizontal des connaissances entre les chercheurs et les organismes de santé publique locaux/régionaux dans les provinces et les territoires, en vue de promouvoir et d'améliorer l'utilisation des preuves pour renforcer la lutte antitabac
- aborder la lutte antitabac durant ses conférences annuelles

ANNEXE 2

Recommandations tirées d' « Une démarche de santé publique à l'égard des dispositifs de vapotage contenant de la nicotine »¹

Appel à l'action de l'ACSP		Situation actuelle (mars 2020)
GOVERNEMENT FÉDÉRAL		
Approuver et appliquer les dispositions du projet de loi S-5 et élaborer le règlement nécessaire pour autoriser la vente des dispositifs de vapotage contenant de la nicotine au Canada qui respectent les dispositions de salubrité et d'innocuité :	Établir l'âge légal pour acheter des dispositifs de vapotage contenant de la nicotine en fonction de l'âge légal pour acheter des produits du tabac	<p>Le gouvernement du Canada a élevé le projet de loi S-5 au rang de loi le 23 mai 2018. La loi modifie la <i>Loi sur le tabac</i> et la <i>Loi sur la santé des non-fumeurs</i> existantes pour en faire la <i>Loi sur le tabac et les produits de vapotage</i> (LTPV) et établit une loi-cadre au Canada qui règlemente à la fois les produits du tabac et les produits de vapotage.</p> <p>LTPV</p> <ul style="list-style-type: none"> Il est interdit de vendre ou de donner des produits de vapotage aux personnes de moins de 18 ans <p>Échelle provinciale</p> <ul style="list-style-type: none"> L'Î.-P.-É. a adopté un projet de loi entré en vigueur le 27 mars 2020 fixant à 21 ans l'âge légal pour acheter du tabac et des cigarettes électroniques La C.-B. règlemente les produits de vapotage de la même façon que le tabac et fixe à 19 ans l'âge légal pour acheter ces produits
	Appliquer des restrictions, selon leur toxicité, aux arômes et au liquide porteur utilisés dans les dispositifs de vapotage	<p>LTPV</p> <ul style="list-style-type: none"> La vente de produits aromatisés n'est pas abordée dans la LTPV, ni dans le règlement proposé en 2019 Certaines formes de promotion des produits de vapotage sont interdites, comme la promotion de commandite, les attestations et témoignages, et la promotion de descriptions d'arômes attrayants pour les jeunes
	Limiter l'utilisation d'arômes qui pourraient être attrayants pour les enfants et les jeunes	<p>LTPV</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas abordé <p>Échelle provinciale</p> <ul style="list-style-type: none"> En janvier 2019, plusieurs provinces avaient proposé et adopté des lois sur les cigarettes électroniques. L'Î.-P.-É., la Colombie-Britannique, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse avaient proposé ou adopté des projets de loi limitant la vente d'arômes dans les cigarettes électroniques (et dans certains cas, à ne permettre la vente de cigarettes électroniques aromatisées que dans les endroits réservés aux adultes; certaines provinces ont proposé des interdictions totales des arômes ou des restrictions aux arômes disponibles, avec des dérogations)*. De plus, l'Alberta, le Québec et le Nunavut ont annoncé des plans qui aborderont les cigarettes électroniques dans un avenir prochain.
	Élaborer et mettre en œuvre des règles et des lignes directrices qui répondent aux préoccupations en matière de sécurité associées à la fabrication de ces produits	<p>LTPV</p> <ul style="list-style-type: none"> Il est interdit au fabricant de fabriquer ou de vendre un produit de vapotage qui n'est pas conforme aux normes établies par règlement Il est interdit au fabricant d'utiliser un ingrédient visé à la colonne 1 de l'annexe 2 dans la fabrication d'un produit de vapotage visé à la colonne 2 Le fabricant transmet au ministre, dans les délais, en la forme et selon les modalités réglementaires, les renseignements exigés par les règlements en ce qui touche les produits de vapotage, en vente ou non, leurs émissions et la recherche et le développement liés à ces produits et à ces émissions.
	Soumettre ces produits aux dispositions de la Loi sur les aliments et drogues si le fabricant souhaite faire des allégations concernant leur utilisation comme dispositifs de désaccoutumance au tabac	<p>LTPV</p> <ul style="list-style-type: none"> La <i>Loi sur les aliments et drogues</i> (LAD) s'applique aux produits de vapotage pour lesquels il y a une allégation relative à la santé (p. ex., aide à cesser de fumer). Ceci inclut les produits contenant de la nicotine ou tout autre médicament tel que défini par la LAD. Ces produits doivent recevoir l'autorisation de Santé Canada avant de pouvoir être : <ul style="list-style-type: none"> promus vendus au Canada importés à des fins commerciales

Appel à l'action de l'ACSP		Situation actuelle (mars 2020)
Soutenir la recherche sur les dispositifs de vapotage :	Étudier leur effet sur la santé, surtout en ce qui concerne les émissions de particules fines et de substances cancérigènes, notamment le 1,3-butadiène	Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada <ul style="list-style-type: none"> • Surveillent la maladie pulmonaire associée au vapotage, également appelée « maladie pulmonaire grave associée au vapotage »
	Faire de la recherche comparative sur la toxicité des dispositifs de vapotage contenant de la nicotine comparativement à la toxicité des produits du tabac	Santé Canada <ul style="list-style-type: none"> • Le site Web cite le rapport consensuel des National Academies of Science, Engineering, and Medicine sur les conséquences des cigarettes électroniques pour la santé publique (2018) et énonce ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> – Remplacer complètement vos cigarettes par un produit de vapotage réduira votre exposition aux produits chimiques nocifs – Le vapotage est moins nocif que le tabagisme. La majeure partie des substances chimiques toxiques et cancérigènes contenues dans le tabac et dans la fumée de tabac sont produites lorsque le tabac est brûlé
	Étudier l'usage de dispositifs de vapotage contenant de la nicotine en tant que dispositifs de désaccoutumance	Santé Canada <ul style="list-style-type: none"> • Le site Web cite l'examen des données probantes sur les cigarettes électroniques mené par Public Health England : il y a un lien entre l'usage de la cigarette électronique et l'amélioration des taux de réussite de l'abandon du tabac
	Examiner les influences sociétales qui poussent les jeunes et les adolescents à commencer à utiliser les produits contenant de la nicotine, et élaborer des programmes pour contrer ces influences	Santé Canada <ul style="list-style-type: none"> • Une consultation exploratoire sur « Réduire l'accessibilité et l'attrait des produits de vapotage pour les jeunes » a donné lieu à 24 000 soumissions de parents, d'éducateurs, de membres du grand public, de provinces et de territoires, d'autorités sanitaires, de professionnels de la santé et de leurs associations, d'ONG, de coalitions de lutte antitabac, d'associations de consommateurs, du milieu universitaire, de l'industrie et de détaillants et d'associations qui les représentent et à près de 23 000 cartes postales et 1 450 courriels de personnes qui ont déclaré avoir utilisé des produits de vapotage pour arrêter de fumer <ul style="list-style-type: none"> – Plusieurs thèmes sont ressortis de la consultation, notamment que beaucoup de gens considèrent le vapotage comme une bonne technique de réduction des méfaits chez les adultes, mais admettent que le vapotage chez les jeunes est préoccupant, surtout les produits de vapotage aromatisés • Le vapotage est inclus dans l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), qui comporte des questions sur l'utilisation des cigarettes électroniques par les jeunes (avec des chiffres), les sources de cigarettes électroniques et les raisons de leur utilisation, et la perception du risque des cigarettes et des cigarettes électroniques • Santé Canada a commandé en 2019 une « Recherche qualitative et quantitative sur les perceptions à l'égard de la nicotine : rapport final » qui évalue les influences sociétales sur le vapotage; le rapport indique que les médias sociaux, en particulier SnapChat, sont perçus comme faisant la promotion de produits de vapotage auprès des jeunes, et que les jeunes considèrent les arômes comme une raison attrayante de commencer ou de continuer à vapoter

Appel à l'action de l'ACSP		Situation actuelle (mars 2020)
Limiter la vente et la publicité des dispositifs de vapotage contenant de la nicotine :	En interdisant leur usage, y compris leur essai en magasin, dans les lieux publics clos, les lieux de travail clos et autres espaces extérieurs spécifiés	LTPV <ul style="list-style-type: none"> L'usage des produits de vapotage est interdit là où les produits du tabac sont interdits
	En interdisant la vente de dispositifs de vapotage dans tous les endroits où la vente de produits du tabac est aussi interdite	LTPV <ul style="list-style-type: none"> La vente de produits de vapotage est interdite là où les produits du tabac sont interdits Il est interdit au fabricant et au détaillant de vendre un produit de vapotage à moins que ne figure sur le produit et sur l'emballage, en la forme et selon les modalités réglementaires, l'information exigée par les règlements sur le produit et ses émissions ainsi que sur les dangers pour la santé et les effets sur celle-ci liés à l'usage du produit et à ses émissions. Échelle provinciale <ul style="list-style-type: none"> Î.-P.-É. : depuis le 27 mars 2020, les cigarettes électroniques ne peuvent être vendues que dans des boutiques spécialisées et non dans les dépanneurs
	En établissant des règlements relativement à l'étalage et à la promotion des dispositifs de vapotage dans les établissements où ils sont vendus	LTPV <ul style="list-style-type: none"> La vente de produits de vapotage dont l'apparence ou le fonctionnement pourrait être attrayant pour les jeunes est interdite LTPV <ul style="list-style-type: none"> Il est interdit de faire la promotion d'un produit de vapotage ou d'un élément de marque d'un tel produit en recourant à de la publicité à moins que celle-ci ne communique, en la forme et selon les modalités réglementaires, l'information exigée par les règlements sur le produit et ses émissions ainsi que sur les dangers pour la santé et les effets sur celle-ci liés à l'usage du produit et à ses émissions.
GOVERNEMENTS PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX		
Établir une structure de prix qui dissuade l'achat de produits contenant de la nicotine, comme pour les produits du tabac.		Échelle provinciale <ul style="list-style-type: none"> C.-B. : le 1^{er} janvier 2020, la taxe de vente sur les cigarettes électroniques est passée de 7 % à 20 %

Appel à l'action de l'ACSP		Situation actuelle (mars 2020)
TOUS LES GOUVERNEMENTS		
Soutenir les activités de promotion de la santé, notamment :	Accroître la sensibilisation et l'information du public sur la désaccoutumance au tabac en général et sur l'utilisation des dispositifs de vapotage en particulier, et financer l'accès à des produits et services d'arrêt du tabac fondés sur des données probantes	<p>Santé Canada</p> <ul style="list-style-type: none"> A créé une campagne publique sur les risques du vapotage avec un site Web donnant accès à des vidéos, des ressources pour les parents, du matériel de prévention pour les jeunes et des renseignements généraux; la dernière mise à jour du site remonte à novembre 2019 <p>Échelle provinciale</p> <p>La plupart des provinces publient des renseignements de base sur le vapotage sur leur site Web gouvernemental.</p> <ul style="list-style-type: none"> C.-B. : une campagne publique accessible sur le site du gouvernement inclut des informations pour les jeunes et les adultes, des outils pour les écoles, un survol des lois et règlements, des informations sur le vapotage et l'arrêt du tabac, etc. Alberta : albertaquits.ca contient une page sur la cigarette électronique avec une foire aux questions (nous n'avons pas trouvé d'informations sur le vapotage sur les sites Web du gouvernement ou des services de santé de l'Alberta) Saskatchewan : une campagne publique accessible sur le site du gouvernement contient des informations pour les écoles, les parents et tuteurs, et des liens vers le site Web de Santé Canada Manitoba : des informations très élémentaires sur la fumée secondaire du vapotage et des informations sur les cigarettes électroniques avec un lien vers le site quitnow.ca sont publiées sur le site du gouvernement, qui présente aussi une vidéo en anglais, « To Vape or Not to Vape », créée par l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario et des liens vers une fiche d'information des CDC Ontario : Santé publique Ontario a une campagne publique sur son site Web Québec : les liens du site Web sont périmés, mais il pourrait y avoir une campagne de sensibilisation Nouveau-Brunswick : une campagne publique accessible sur ce site Web comprend des informations de base, un lien vers une vidéo de Santé Canada sur le vapotage, et un autre lien vers la législation pertinente Î.-P.-É. : les seules informations trouvées sur le site Web concernent les lois Nouvelle-Écosse : une campagne publique accessible sur le site du gouvernement comprend des informations sur les lois, une rubrique « Parler de vapotage avec votre ado », une autre sur les risques du vapotage pour la santé et des liens vers d'autres ressources Terre-Neuve : des informations accessibles sur le site de la Newfoundland and Labrador Alliance for the Control of Tobacco (financé en partie par le gouvernement de T.N.L.) comprennent des lettres aux enseignants, une foire aux questions, des affiches pour les écoles, des présentations pour les élèves et des liens vers des vidéos et d'autres ressources Nunavut : https://nuquits.gov.nu.ca/fr Territoires du Nord-Ouest : une infographie accessible sur le site du gouvernement ne recommande pas le vapotage comme outil d'aide à la désaccoutumance Yukon : aucune information n'est disponible
	Restreindre la publicité des produits contenant de la nicotine, comme pour les restrictions sur la publicité des produits du tabac	<p>LTPV</p> <ul style="list-style-type: none"> La loi interdit la promotion des produits de vapotage, des éléments de marque des produits de vapotage et de tout moyen publicitaire qui présente des éléments de marque de produits de vapotage s'il existe des motifs raisonnables de croire que la publicité en question pourrait être attrayante pour les jeunes La loi interdit les autres formes de publicité (allégations santé, témoignages, publicité de style de vie, commandites, etc.) comme pour les produits du tabac

ANNEXE 3

Synthèse des données scientifiques*

Voici les conclusions du rapport consensuel des *National Academies of Science, Engineering, and Medicine* intitulé *Public Health Consequences of E-cigarettes*⁶³ :

Preuves concluantes	• l'exposition à la nicotine des cigarettes électroniques varie beaucoup et dépend des caractéristiques du produit et de la façon dont le dispositif est utilisé.
	• en plus de la nicotine, la plupart des cigarettes électroniques contiennent et émettent de nombreuses substances potentiellement toxiques.
	• à part la nicotine, le nombre, la qualité et les caractéristiques des substances potentiellement toxiques émises par les cigarettes électroniques varient beaucoup et dépendent des caractéristiques du produit et de la façon dont le dispositif est utilisé.
	• les cigarettes électroniques peuvent exploser et causer des brûlures et des blessures par projectiles.
	• l'exposition intentionnelle ou accidentelle aux liquides à vapoter peut avoir des effets défavorables sur la santé, entre autres des crises épileptiques, des lésions cérébrales anoxiques, des vomissements et de l'acidose lactique.
	• le fait de boire ou d'injecter intentionnellement ou accidentellement des liquides à vapoter peut être mortel.
	• la substitution complète des cigarettes de tabac combustibles par des cigarettes électroniques réduit l'exposition de l'utilisateur à de nombreuses substances toxiques et cancérigènes présentes dans les cigarettes de tabac combustibles.
Preuves substantielles	• l'apport en nicotine des cigarettes électroniques chez les utilisateurs de cigarettes électroniques adultes expérimentés peut être comparable à celui des cigarettes de tabac combustibles.
	• sauf pour la nicotine, dans des conditions d'utilisation typiques, l'exposition aux substances potentiellement toxiques des cigarettes électroniques est sensiblement inférieure à celle des cigarettes de tabac combustibles.
	• les aérosols des cigarettes électroniques contiennent des métaux. Ceux-ci peuvent provenir de la bobine métallique qui chauffe le liquide à vapoter, d'autres éléments des cigarettes électroniques ou des liquides à vapoter.
	• les aérosols des cigarettes électroniques peuvent induire une dysfonction aiguë des cellules endothéliales, bien que les conséquences et les issues à long terme associées à l'exposition à long terme aux aérosols des cigarettes électroniques demeurent incertaines.
	• les composants des aérosols des cigarettes électroniques peuvent favoriser la formation de dérivés réactifs de l'oxygène ou de stress oxydatif. Bien que cela confirme la plausibilité biologique de lésions tissulaires et de maladies dues à l'exposition à long terme aux aérosols des cigarettes électroniques, la production de dérivés réactifs de l'oxygène et l'induction de stress oxydatif par les cigarettes électroniques sont généralement inférieures à celles de la fumée des cigarettes de tabac combustibles.
	• l'usage de la cigarette électronique entraîne des symptômes de dépendance à la cigarette électronique.
	• la fréquence cardiaque augmente peu après un apport en nicotine provenant d'une cigarette électronique.
	• certains produits chimiques présents dans les aérosols des cigarettes électroniques (comme le formaldéhyde ou l'acroléine) peuvent causer des dommages à l'ADN et des mutagénèses. Cela confirme la plausibilité biologique que l'exposition à long terme aux aérosols des cigarettes électroniques puisse faire augmenter le risque de cancer et d'effets indésirables sur les fonctions reproductrices. Que les niveaux d'exposition soient ou non suffisants pour contribuer à la carcinogenèse humaine reste à déterminer.
	• chez les jeunes et les jeunes adultes, l'usage de la cigarette électronique accroît le risque d'essayer les cigarettes de tabac combustibles.
	• la substitution complète de l'usage régulier de cigarettes de tabac combustibles par des cigarettes électroniques réduit les résultats sanitaires indésirables à court terme dans plusieurs organes.

* Une description des termes utilisés pour définir la qualité des preuves est fournie dans le document source et à la fin de la présente annexe.

Preuves modérées	<ul style="list-style-type: none"> • le risque de dépendance et sa gravité sont plus faibles pour les cigarettes électroniques que pour les cigarettes de tabac combustibles. • la variabilité des caractéristiques des cigarettes électroniques (concentration en nicotine, arôme, type de dispositif et marque) est un important déterminant du risque de dépendance aux cigarettes électroniques et de sa gravité. • la pression diastolique augmente peu après un apport en nicotine provenant d'une cigarette électronique. • il y a un accroissement de la toux et de la respiration sifflante chez les adolescents qui font usage de cigarettes électroniques, et une association entre l'usage de la cigarette électronique et une augmentation des exacerbations de l'asthme. • chez les jeunes et les jeunes adultes qui font usage de cigarettes électroniques et qui ont déjà essayé les cigarettes de tabac combustibles, il existe des preuves modérées que l'usage de la cigarette électronique fait augmenter la fréquence et l'intensité de l'usage ultérieur des cigarettes de tabac combustibles. • les cigarettes électroniques contenant de la nicotine sont plus efficaces que les cigarettes électroniques sans nicotine pour cesser de fumer. • les résultats globaux d'essais observationnels sont mitigés, mais il existe des preuves modérées provenant d'études observationnelles que l'usage plus fréquent des cigarettes électroniques est associé à une plus forte probabilité d'arrêt [du tabac] • l'exposition secondaire à la nicotine et aux matières particulaires des cigarettes électroniques est inférieure à celle des cigarettes de tabac combustibles.
Preuves limitées	<ul style="list-style-type: none"> • l'usage de la cigarette électronique ferait augmenter les niveaux de nicotine et d'autres composants des cigarettes électroniques sur une variété de surfaces intérieures par rapport aux niveaux naturels. • le nombre de métaux dans les aérosols des cigarettes électroniques pourrait être plus élevé que le nombre de métaux dans les cigarettes de tabac combustibles, sauf pour le cadmium, qui est beaucoup moins présent dans les cigarettes électroniques que dans les cigarettes de tabac combustibles. • l'usage de la cigarette électronique serait associé à une augmentation à court terme de la pression systolique, à des changements des biomarqueurs du stress oxydatif, à l'augmentation des dysfonctions endothéliales et de la rigidité artérielle et à l'altération du contrôle autonome. • des études animales in vivo utilisant des biomarqueurs intermédiaires du cancer appuient l'hypothèse selon laquelle l'usage à long terme de la cigarette électronique fait augmenter le risque de cancer; des bioessais acceptables sur des animaux exposés à long terme aux aérosols des cigarettes électroniques n'ont toutefois fourni aucune preuve venant étayer le risque de cancer. • les aérosols des cigarettes électroniques pourraient être mutagènes ou causer des dommages à l'ADN selon des modèles humains et animaux et des cellules humaines en culture. • la fonction respiratoire et les symptômes respiratoires s'amélioreraient chez les fumeurs adultes asthmatiques qui se convertissent entièrement ou en partie (double usage) aux cigarettes électroniques. • les exacerbations de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) seraient réduites chez les fumeurs adultes atteints de MPOC qui se convertissent entièrement ou en partie (double usage) aux cigarettes électroniques. • l'exposition aux cigarettes électroniques aurait des effets indésirables sur l'appareil respiratoire selon des études animales et in vitro. • la conversion aux cigarettes électroniques pourrait améliorer la maladie parodontale chez les fumeurs. • les aérosols des cigarettes électroniques contenant ou non de la nicotine pourraient avoir des effets nuisibles sur la viabilité cellulaire et endommager les cellules des tissus buccaux des non-fumeurs. • chez les jeunes et les jeunes adultes qui font usage de cigarettes électroniques et qui ont déjà essayé les cigarettes de tabac combustibles, l'usage de la cigarette électronique ferait augmenter, à court terme, la durée de l'usage ultérieur des cigarettes de tabac combustibles.

Preuves insuffisantes	<ul style="list-style-type: none"> des effets possibles de l'usage maternel de la cigarette électronique sur le développement du fœtus. selon des essais comparatifs randomisés, de l'efficacité des cigarettes électroniques comme outils de désaccoutumance au tabac comparativement à l'absence de traitement ou aux traitements d'arrêt du tabac approuvés par la Food and Drug Administration.
Aucune preuve	<ul style="list-style-type: none"> que l'usage de la cigarette électronique soit associé ou non à des résultats cliniques cardiovasculaires (maladie coronarienne, AVC et maladie artérielle périphérique) ou à l'athérosclérose subclinique (épaisseur de l'intima-média carotidienne et sclérose des coronaires). que l'usage de la cigarette électronique soit associé (ou pas) aux critères intermédiaires du cancer chez les humains. C'est le cas lorsque l'usage des cigarettes électroniques est comparé à l'usage des cigarettes de tabac combustibles et lorsque l'usage des cigarettes électroniques est comparé au non-usage des produits du tabac. que les cigarettes électroniques causent (ou pas) des maladies respiratoires chez les humains. que les cigarettes électroniques affectent (ou pas) les issues des grossesses. que l'usage à long terme des cigarettes électroniques chez les fumeurs (double usage) change la morbidité ou la mortalité comparativement aux personnes qui fument uniquement des cigarettes de tabac combustibles.

Cadre des niveaux de preuve des conclusions⁶³

- Preuves concluantes* : Nombreuses constatations à l'appui venant d'études contrôlées de bonne qualité (dont des essais comparatifs randomisés et non randomisés), et aucune constatation contradictoire crédible. Il est possible de tirer une conclusion solide, et les limites des données, dont le hasard, les biais et les facteurs confusionnels, peuvent être raisonnablement exclues.
- Preuves substantielles* : Plusieurs constatations à l'appui venant d'études observationnelles ou d'essais contrôlés de bonne qualité, et peu ou pas de constatations contradictoires crédibles. Il est possible de tirer une conclusion solide, mais les limites mineures, dont le hasard, les biais et les facteurs confusionnels, ne peuvent pas être raisonnablement exclues.
- Preuves modérées* : Plusieurs constatations à l'appui venant d'études de qualité moyenne, et peu ou pas de constatations contradictoires crédibles. Il est possible de tirer une conclusion générale, mais les limites, dont le hasard, les biais et les facteurs confusionnels, ne peuvent pas être raisonnablement exclues.
- Preuves limitées* : Constatations à l'appui venant d'études de qualité moyenne ou de constatations mitigées, dont la plupart tendent vers l'une des conclusions. Il est possible de tirer une conclusion, mais le hasard, les biais et les facteurs confusionnels créent une certaine incertitude.
- Preuves insuffisantes* : Constatations mitigées ou venant d'une seule étude de mauvaise qualité. Aucune conclusion ne peut être tirée, car le hasard, les biais et les facteurs confusionnels créent beaucoup d'incertitude.
- Aucune preuve* : Aucune étude disponible; le critère de santé n'a pas été étudié du tout. Aucune conclusion ne peut être tirée.

RÉFÉRENCES

- Association canadienne de santé publique. [Terminer la bataille – Mettre fin au tabagisme au Canada](#). Ottawa, l'Association, 2011.
- Association canadienne de santé publique. [Une démarche de santé publique à l'égard des dispositifs de vapotage contenant de la nicotine](#). Ottawa, l'Association, 2018.
- Proctor, R.N. « [The history of the discovery of the cigarette-lung cancer link: evidentiary traditions, corporate denial, global toll](#) », *Tobacco Control BMJ*, vol. 21, no 2 (2012), p. 87-91. DOI : 10.1136/tobaccocontrol-2011-050338.
- Royal College of Physicians of London. [Smoking and Health: Summary of a Report by the Royal College of Physicians of London on Smoking in Relation to Cancer of the Lung and other Diseases](#), 1962.
- Mendes, E. « [The study that helped spur the U.S. stop-smoking movement](#) », American Cancer Society, 2014.
- American Cancer Society. « [Health risks of smoking tobacco](#) », 2018.
- Centers for Disease Control. « [Health effects of secondhand smoke](#) », 2020.
- Société canadienne du cancer. « [Historique de la lutte antitabac](#) », s.d.
- Santé Canada. [Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme 2001-2011 - Évaluation horizontale](#), 2012.
- Santé Canada. [Stratégie canadienne sur le tabac](#), 2019.
- Organisation mondiale de la santé. [Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac](#). Genève, 2020.
- Société canadienne du cancer. [Overview Summary of Federal/ Provincial/Territorial Tobacco Control Legislation in Canada](#), 2017, 123 p.
- Santé Canada. [Stratégie canadienne sur le tabac](#), 2020.
- Santé Canada, 2020. Op. cit.
- Santé Canada. [Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme 2001-2011 : Évaluation horizontale – Rapport final](#), juin 2012.
- Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada. Bureau de la vérification et de l'évaluation. [Évaluation de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme 2012-2013 à 2015-2016](#), janvier 2017.
- Organisation mondiale de la santé. « [Tobacco smoking world health statistical data visualizations dashboard for sustainable development goal 3.a Tobacco Control](#) », 2018.
- Statistique Canada. « [Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine, 2020](#) », *Le Quotidien*, 17 mars 2021.
- Reid, J.L., D. Hammond, U. Tariq, R. Burkhalter, V.L. Rynard et O. Douglas. [Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2019 Edition](#). Waterloo, Centre Propel pour l'avancement de la santé des populations, Université de Waterloo, 2019.
- Dobrescu, A., A. Bhandari, G. Sutherland et T. Dinh. [Les coûts du tabagisme au Canada](#), 2012, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 2017.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. « [Canada](#) », 2019.
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. [Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada \(2015-2017\)](#). Ottawa, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020.
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. [Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada \(2007-2014\)](#). Ottawa, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018.
- Statistique Canada. « [Tabagisme, 2018](#) », Feuilles d'information de la santé, 2019.
- Reid, J.L., D. Hammond, V.L. Rynard, C.L. Madill et R. Burkhalter. [Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2017 Edition](#). Waterloo, Centre Propel pour l'avancement de la santé des populations, Université de Waterloo, 2017.
- Statistique Canada. « [Tabagisme, 2018](#) », Feuilles d'information de la santé, 2019.
- Reid, J.L., D. Hammond, V.L. Rynard, C.L. Madill et R. Burkhalter. [Tobacco Use in Canada: Smoking in the provinces](#). Waterloo, Université de Waterloo, 2017.
- Ontario Tobacco Research Unit Tobacco Informatics Monitoring System (TIMS). « [Daily Smokers, Ontario](#) ».
- Chaiton, M., et C. Callard. « [Mind the gap: disparities in cigarette smoking in Canada](#) », *Tobacco Use Insights*, vol. 12 (2019), p. 1-8.
- Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment (CAN-ADAPTT). [Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline](#). Toronto, CAN-ADAPTT, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2011.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. « [Le tabac](#) », Toronto, CAMH, 2010.
- Centers for Disease Control and Prevention. « [Tobacco use and quitting among individuals with behavioral health conditions](#) », CDC, 2020.
- Southwestern Public Health. « [LGBTQ and tobacco use](#) », 2017.
- Gaudette, L.A., A. Richardson et S. Huang. « [Quels sont les travailleurs qui fument?](#) », *Rapports sur la santé*, vol. 10, no 3 (1998), p. 35-45.
- Syamlal, G., B.A. King et J.M. Mazurek. « [Current cigarette smoking prevalence among working adults](#) », *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMRW)*, vol. 66, no 42 (2017), p. 1130-1135.
- Kouyoumdjian, F., A. Schuler, F.I. Matheson et S.W. Hwang. « [Health status of prisoners in Canada: narrative review](#) », *Le Médecin de famille canadien*, vol. 62, no 3 (2016), p. 215-222.
- Johnson, C., J.-P. Chaput, M. Diasparra, C. Richard et L. Dubois. « [How did the tobacco ban increase inmates' body weight during incarceration in Canadian federal penitentiaries? A cohort study](#) », *BMJ Open*, vol. 9 (2019), p. e024552. DOI : 10.1136/bmjopen-2018-024552.
- Institut canadien d'information sur la santé. « [Votre système de santé : Tabagisme](#) », s.d.
- Statistique Canada. « [Tabagisme, 2017](#) », Feuilles d'information de la santé, 2018.
- Santé Canada. [La stratégie canadienne sur le tabac](#) [PDF], Pub. : 180104, 2018.
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. [National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume 1](#). Ottawa, le Centre, 2018.
- Action Cancer Ontario. « [High prevalence of smoking in First Nations in Ontario](#) », 2016.
- Bougie, E., et D.E. Kohen. « [Corrélat de l'usage du tabac chez les hommes et les femmes inuits vivant dans l'Inuit Nunangat](#) », *Rapports sur la santé*, vol. 29, no 3 (2018), p. 3-10.
- Muckle, G., D. Laflamme, J. Gagnon, O. Boucher, J.L. Jacobson et S.W. Jacobson. « [Alcohol, smoking and drug use among Inuit women of childbearing age during pregnancy and the risk to children](#) », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 35, no 6 (2011), p. 1081-1091.
- Action Cancer Ontario. « [Tobacco exposure among Ontario Métis remains high, despite decline over-time](#) », *Ontario Cancer Facts*, 2015.
- Baggett, T.P., et N.A. Rigotti. « [Cigarette smoking and advice to quit in a national sample of homeless adults](#) », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 39, no 2 (2010), p. 164-172. doi. org/10.1016/j.amepre.2010.03.024.
- Jarvis, M.J. « [Why people smoke](#) », *BMJ (Clinical Research ed.)*, vol. 328, no 7434 (2004), p. 277-279.
- Bureau de santé de la région de Peel. « [Why people smoke](#) », 2017.

49. Organisation mondiale de la santé. « [Frequently asked questions: Plain packaging and tobacco products](#) », 2016.
50. Organisation mondiale de la santé. [Evidence Brief - Plain Packaging of Tobacco Products: Measures to Decrease Smoking Initiation and Increase Cessation](#), Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 2014.
51. Lilic, N., M. Stretton et M. Prakash. « [How effective is the plain packaging of tobacco policy on rates of intention to quit smoking and changing attitudes to smoking?](#) », *ANZ J Surg*, vol. 88 (2018), p. 825-830.
52. Schneider, S., M. Gadinger et A. Fischer. « [Does the effect go up in smoke? A randomized control trial of the pictorial warnings on cigarette packages](#) », *Patient Education and Counselling*, vol. 86, no 1 (2012), p. 77-83.
53. Hitchman, S.C., et al. « [Changing in effectiveness of cigarette health warning over time in Canada and the United States, 2002-2011](#) », *Nicotine Tob Res*, vol. 16, no 5 (2014), p. 536-543.
54. Durkin, S., M. Bayly, E. Brennan et al. « [Fear, sadness and hope: which emotions maximize impact of anti-tobacco mass media advertisements among lower and higher SES groups?](#) », *J Health Communication*, vol. 23, no 5 (2018), p. 445-461.
55. Zhang, B., J. Chohen, R. Ferrence et al. « [The impact of tobacco tax cuts on smoking initiation among Canadian young adults](#) », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 30, no 6 (2006), p. 474-479.
56. Bader, B., D. Boisclair et R. Ferrence. « [Effect of tobacco taxation and pricing on smoking behaviour in high risk populations. A knowledge synthesis](#) », *Int J Envir Res Public Health*, vol. 8, no 11 (2011), p. 4118-4139.
57. Callison, K., et R. Kaestner. [Do Higher Tobacco Taxes Reduce Adult Smoking? New Evidence of the Effect of recent Cigarette Tax Increases on Adult Smoking](#), NBER Working Paper No. 18326, National Bureau of Economic Research, 2012.
58. Santé Canada. « [La Loi sur le tabac et les produits de vapotage](#) », 2018.
59. Orjensen, I. « [E-cigarettes are to be regulated as medicines from 2016](#) », *British Medical Journal*, vol. 346 (2013).
60. Statistique Canada. [Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine 2019](#), 2020.
61. Statistique Canada. « [Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues \(ECTAD\) : sommaire des résultats pour 2017](#) », 2019.
62. Santé Canada. « [Résumé des résultats de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2018-2019](#) », 2019.
63. Harrell, M., S. Weaver, A. Loukas et al. « [Flavored e-cigarette use: characterizing youth, young adult, and adult users](#) », *Prev Med Reports*, vol. 11, no 5 (2016), p. 33-40.
64. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. [Public Health Consequences of E-Cigarettes](#), The National Academies Press, 2018.
65. Levy, D.T., K.E. Warner, K.M. Cummings, D. Hammond, C. Kuo, G.T. Fong, J.F. Thrasher, M.L. Goniewicz et R. Borland. « [Examining the relationship of vaping to smoking initiation among US youth and young adults: a reality check](#) », *Tob Control*, vol. 28 (2019), p. 629-635.
66. Walker, N., V. Parag, S.F. Wong, B. Youdan, B. Broughton, C. Bullen et R. Beaglehole. « [Use of e-cigarettes and smoked tobacco in youth aged 14-15 years in New Zealand: findings from repeated cross-sectional studies \(2014-19\)](#) », *Lancet Public Health*, vol. 5 (2020), p. e204-212.
67. Hartmann-Boyce, J., H. McRobbie, C. Bullen, R. Begh, L. Stead et P. Hajek. « [Electronic cigarettes for smoking cessation](#) », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no 9 (2016).
68. Mishra, A., P. Chaturvedi, S. Datta, S. Sinukumar, P. Joshi et A. Garg. « [Harmful effects of nicotine](#) », *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, vol. 36, no 1 (2015), p. 24-31.
69. Goriounova, N.A., et H.D. Mansvelde. « [Short- and long-term consequences of nicotine exposure during adolescence for prefrontal cortex neuronal network function](#) », *Cold Spring Harb Perspect Med*, vol. 2, no 12 (déc. 2012).
70. Benowitz, N.L. « [Nicotine addiction](#) », *N Eng J Med*, vol. 362, no 24 (2010), p. 2259-2303.
71. National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. « [Outbreak of lung injury associated with the use of e-cigarette, or vaping, products](#) », Centers for Disease Control, 2020.
72. Santé Canada. « [Document d'information : Réglementation des produits de vapotage au Canada](#) », 2019.
73. Canada. « [Maladie pulmonaire associée au vapotage](#) ».
74. Food and Drug Administration. [Enforcement Priorities for Electronic Nicotine Delivery Systems \(ENDS\) and Other Deemed Products on the Market Without Premarket Authorization](#), US Department of Health and Human Sciences, 2020.
75. Royaume-Uni. « [E-cigarettes and vaping: policy, regulation and guidance](#) », 2019.
76. McNeill, A., L.S. Brose, R. Calder, L. Bauld et D. Robson. [Vaping in England: An Evidence Update February 2019](#), rapport exécuté à la demande de Public Health England, Londres, Public Health England, 2019.
77. Commission européenne. Santé publique. « [Electronic cigarettes](#) », 2016.
78. Commonwealth of Australia. Department of Health. « [Smoking and tobacco laws in Australia](#) », 2019.



ASSOCIATION
CANADIENNE DE
SANTÉ PUBLIQUE

La voix de la santé publique

Porte-parole national indépendant et
défenseur fidèle de la santé publique,
l'Association canadienne de santé publique
parle au nom des individus et des populations
avec tous les ordres de gouvernement.

Pour plus de renseignements, veuillez contacter :

Association canadienne de santé publique

1525, avenue Carling, bureau 404, Ottawa (Ontario) K1Z 8R9

Tél. : 613-725-3769 | info@cpha.ca

www.cpha.ca