

**INSPQ**

INSTITUT NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
DU QUÉBEC



# L'usage de la cigarette au Québec : portrait et évolution de 2000 à 2018 selon les cohortes de naissances

AVRIL 2023

RAPPORT DE RECHERCHE

## **AUTEURS**

Benoit Lasnier, conseiller scientifique  
Annie Montreuil, conseillère scientifique spécialisée  
Michèle Tremblay, médecin-conseil  
Direction du développement des individus et des communautés

Denis Hamel, statisticien  
Bureau d'information et d'études en santé des populations

## **SOUS LA COORDINATION DE**

Thomas Paccalet, chef d'unité scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés

## **RÉVISEURS**

Cynthia Callard, directrice générale  
Médecins pour un Canada sans fumée

Marie-Pierre Sylvestre, professeure agrégée en biostatistique et chercheuse  
École de santé publique de l'Université de Montréal,  
Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Les auteurs ainsi que les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

## **MISE EN PAGE ET RÉVISION**

Sophie Michel, agente administrative  
Direction du développement des individus et des communautés

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

Dépôt légal – 2<sup>e</sup> trimestre 2023  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-94232-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2023)

## REMERCIEMENTS

La production du document a été rendue possible grâce à la contribution financière du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles du Ministère.

La réalisation des différents cycles de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* a été rendue possible grâce à Statistique Canada et à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles de Statistique Canada ou de Santé Canada.

Les auteurs désirent remercier Statistique Canada pour son soutien dans la conduite de ce projet.

Les auteurs souhaitent également remercier Marianne Dubé pour son travail sur les figures incluses dans le document.

Les auteurs remercient tout spécialement Mario Bujold, ex-directeur général du Conseil québécois sur le tabac et la santé, et Dominique Claveau, directrice de la prévention au Conseil québécois sur le tabac et la santé, pour leur envoi d'informations en lien avec les interventions de lutte contre le tabagisme au Québec.

## AVANT-PROPOS

Ce document contribue à l'atteinte des objectifs de la Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025 par le biais d'activités de surveillance du tabagisme, de développement et d'intégration des connaissances. Ces activités transversales soutiennent à la fois les axes dénormalisation du tabagisme, prévention de l'usage chez les jeunes, abandon du tabagisme et protection contre l'exposition à la fumée du tabac.

Ces travaux sont financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de mandats octroyés à l'Institut national de santé publique du Québec par le biais d'une entente spécifique pour la lutte contre le tabagisme.

Ce document s'adresse aux professionnels du réseau de la santé publique ainsi qu'aux partenaires de la lutte contre le tabagisme s'interrogeant sur l'évolution de la prévalence du tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes au Québec depuis les années 2000.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>V</b>
<b>FAITS SAILLANTS .....</b>	<b>1</b>
<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>3</b>
<b>1 INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
<b>2 LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME AU QUÉBEC.....</b>	<b>8</b>
2.1 Des hausses de taxes comme incitatif à ne pas fumer.....	8
2.2 Un contexte législatif évolutif.....	9
2.3 Des campagnes médiatiques québécoises à grand déploiement.....	10
2.4 De nombreux services pour soutenir les fumeurs souhaitant renoncer au tabac.....	11
<b>3 OBJECTIFS .....</b>	<b>13</b>
<b>4 MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>14</b>
4.1 Sources de données.....	14
4.2 Variables .....	15
4.3 Analyses .....	15
<b>5 RÉSULTATS.....</b>	<b>18</b>
5.1 Analyse de l'effet d'âge – Usage de la cigarette chez les 12-35 ans en 2017-2018.....	18
5.2 Analyse de l'effet de période – Évolution de l'usage de la cigarette de 2000-2001 à 2017-2018.....	19
5.3 Analyse de l'effet de cohorte – Approche graphique.....	22
5.4 Analyse de l'effet de cohorte – Risque associé.....	25
<b>6 DISCUSSION.....</b>	<b>29</b>
6.1 Une hausse de l'usage de la cigarette chez les personnes nées à la fin des années 1980 .....	30
6.2 Une baisse de l'usage de la cigarette chez les personnes nées à la fin des années 1990 .....	32
<b>7 CONCLUSION.....</b>	<b>38</b>
<b>8 RÉFÉRENCES.....</b>	<b>39</b>
<b>ANNEXE 1 INFORMATION COMPLÉMENTAIRE.....</b>	<b>42</b>
<b>ANNEXE 2 FIGURES SUPPLÉMENTAIRES.....</b>	<b>52</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Proportion de fumeurs actuels selon le sexe et l'âge, population de 12 à 35 ans, Québec, 2017-2018.....	18
Tableau 2	Évolution de l'usage de la cigarette par groupe d'âge, population de 12 à 35 ans, Québec, 2000-2001 à 2017-2018.....	22
Tableau 3	Rapport de risque (RR) de l'usage de la cigarette chez différentes cohortes de naissances de deux ans selon le sexe, Québec, 2000-2001 à 2017-2018.....	27

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Proportion de fumeurs actuels selon le sexe et l'âge, population de 12 à 35 ans par groupe d'âge, Québec, 2017-2018.....	19
Figure 2	Évolution de la proportion de fumeurs actuels selon le sexe, population de 12 à 35 ans, Québec, 2000-2001 à 2017-2018.....	20
Figure 3	Évolution de la proportion de fumeurs actuels selon la période, population de 12 à 35 ans par groupe d'âge, Québec, 2000-2001 à 2017-2018.....	21
Figure 4	Proportion de fumeurs actuels selon l'âge et la période, population de 12 à 35 ans, Québec, 2000-2001 à 2017-2018.....	23
Figure 5	Proportion de fumeurs actuels selon l'âge et la cohorte de naissances, population de 16 à 33 ans, Québec, 2000-2001 à 2017-2018.....	24
Figure 6	Effet de cohorte moyen de l'usage de la cigarette selon la cohorte de naissances, hommes et femmes, Québec.....	26
Figure 7	Prévalence de l'usage de la cigarette selon l'âge, avec ou sans effet de cohorte, hommes et femmes, Québec.....	28
Figure 8	Proportion de fumeurs actuels selon l'âge et la cohorte de naissances, population de 12 à 35 ans, Québec, 2000-2001 à 2017-2018.....	52
Figure 9	Proportion de fumeurs actuels selon l'âge et la cohorte de naissances, hommes de 12 à 35 ans, Québec, 2000-2001 à 2017-2018.....	53
Figure 10	Proportion de fumeurs actuels selon l'âge et la cohorte de naissances, femmes de 12 à 35 ans, Québec, 2000-2001 à 2017-2018.....	54



## FAITS SAILLANTS

Du fait de ses nombreux effets délétères, l'usage du tabac constitue un problème de santé publique majeur au Québec. De nombreuses actions ont été menées au Québec dans les dernières décennies afin de prévenir l'initiation au tabagisme, diminuer l'exposition à la fumée de tabac et favoriser le renoncement au tabac. Parmi les types de mesures, on compte des campagnes médiatiques, des services de soutien au renoncement et des mesures législatives encadrant la vente et l'usage des produits du tabac. Au tout début des années 2000, la prévalence d'usage de la cigarette dans l'ensemble de la population du Québec âgée de 12 ans et plus était significativement plus élevée comparativement à une vingtaine d'années plus tard. Il n'est toutefois pas bien établi si cette réduction de prévalence est observée pour chaque cohorte de naissances, ou si elle est plutôt le fait de certaines cohortes.

L'étude présentée dans ce document analyse les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) recueillies auprès des Québécois âgés de 12 à 35 ans de 2000-2001 à 2017-2018. Ce groupe a été ciblé par plusieurs interventions de lutte contre le tabagisme depuis les années 2000 et est identifié comme une cible prioritaire dans la Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025. L'étude vise à faire le portrait de l'usage actuel (quotidien ou occasionnel) de la cigarette au cours des décennies 2000 et 2010 chez les adolescents et les jeunes adultes, en fonction de l'âge, de la période et de la cohorte de naissances. L'analyse des données a permis de dégager des effets d'âge, de période et de cohorte en matière d'usage de la cigarette chez les Québécois de 12 à 35 ans :

- Un **effet d'âge** très net est observé en ce qui concerne l'usage de la cigarette au Québec, soit une augmentation marquée à partir de l'adolescence et un sommet atteint près de la mi-vingtaine. Les analyses portant sur l'effet global de l'âge ont permis de constater des augmentations très importantes entre 12-13 ans et 18-19 ans suivies de hausses plus légères jusqu'à 22-23 ans, où un plateau est atteint et se maintient jusqu'à 26-27 ans avant de redescendre progressivement.
- Un **effet de période** est également constaté, soit une baisse progressive de l'usage de la cigarette entre 2000 et 2018 pour tous les groupes d'âge considérés. Notons toutefois que de plus fortes diminutions du tabagisme ont été enregistrées chez les 14 à 21 ans que chez les 22 à 35 ans.
- Deux **effets de cohorte** distincts sont identifiés chez les Québécois de 12 à 35 ans, soit un effet à la hausse pour les cohortes nées en 1986-1987 ou 1988-1989, soit les personnes dans la mi-trentaine en 2022, et un effet à la baisse pour les cohortes nées en 1996-1997, 1998-1999 ou 2000-2001, soit les personnes âgées de 21 à 26 ans en 2022.

Les données utilisées ne permettent pas d'imputer aux mesures de lutte contre le tabagisme d'effet causal ou associatif sur l'évolution de la prévalence du tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes québécois. Néanmoins, il est à considérer que les personnes nées dans les années 1990 ont vécu leur adolescence dans un environnement où de nombreuses mesures législatives visant à mettre en place des environnements favorables au non-usage du tabac, à réduire la visibilité des produits du tabac et à bannir la vente de produits du tabac aromatisés étaient en vigueur. Les résultats suggèrent par ailleurs que les interventions visant à favoriser le renoncement au tabac au Québec gagneraient à cibler plus spécifiquement les fumeurs nés à la fin des années 1980, donc dans la trentaine en 2022, et en particulier les femmes de cette tranche d'âge, qui apparaissent présenter un excès de prévalence d'usage de la cigarette par rapport aux femmes plus âgées.

## SOMMAIRE

L'usage du tabac constitue un problème de santé publique majeur. Les effets délétères du tabagisme sur la santé des populations sont scientifiquement démontrés depuis de nombreuses années : maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires, cancers, etc. Il cause annuellement le décès de près de 13 000 Québécois et Québécoises selon les plus récentes estimations.

La lutte contre le tabagisme date de plus de 30 ans au Québec. Diverses actions ont été mises en place en vue de prévenir l'initiation au tabagisme, diminuer l'exposition involontaire à la fumée de tabac et favoriser le renoncement au tabac. Des campagnes médiatiques annuelles ont sensibilisé la population aux effets néfastes du tabagisme et à l'importance de ne pas commencer à fumer ou de cesser de fumer. Des services ont vu le jour pour soutenir les fumeurs qui tentent de renoncer au tabac et quelques augmentations de taxes sur les produits du tabac sont survenues. Enfin, les révisions successives de la *Loi sur le tabac* (maintenant nommée *Loi concernant la lutte contre le tabagisme*) ont favorisé l'implantation de nombreuses mesures pour encadrer la vente et l'usage du tabac.

Au tout début des années 2000, la prévalence d'usage de la cigarette dans l'ensemble de la population du Québec âgée de 12 ans et plus était significativement plus élevée comparativement à une vingtaine d'années plus tard. Nous ne savons pas toutefois si cette réduction de prévalence est observée pour chaque cohorte de naissances ou si elle est plutôt le fait de certaines cohortes. Certaines mesures, comme des changements législatifs, pourraient avoir eu des impacts plus marqués auprès de certains groupes d'âge.

L'étude présentée dans ce document est basée sur les données des cycles 2000-2001 à 2017-2018 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Les données utilisées sont celles servant à estimer la proportion de fumeurs actuels de cigarette (quotidiens ou occasionnels) chez les Québécois âgés de 12 à 35 ans. Ce groupe a été retenu comme sujet d'étude parce qu'il a été ciblé par plusieurs interventions de lutte contre le tabagisme depuis les années 2000 et est identifié comme une cible prioritaire dans la Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025. La modélisation âge-période-cohorte est employée afin de distinguer l'effet de cohorte des effets d'âge et de période.

L'étude a pour objectif d'établir le portrait de l'usage de la cigarette chez les Québécois de 12 à 35 ans au cours des décennies 2000 et 2010. Plus spécifiquement, elle vise à :

- décrire l'évolution de l'usage de la cigarette chez les 12-35 ans entre 2000 et 2018;
- identifier l'âge auquel les Québécois et Québécoises sont les plus susceptibles de faire usage de la cigarette;
- vérifier si l'usage de la cigarette est un phénomène de cohorte, c'est-à-dire s'il fluctue de manière significative selon l'année de naissance, indépendamment de l'âge ou de la période.

Les résultats présentés dans ce document proviennent de l'analyse des fichiers maîtres des cycles 2000-2001, 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016 et 2017-2018 de l'ESCC de Statistique Canada. La population visée par l'enquête n'inclut pas les résidents des réserves indiennes et des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les habitants de certaines régions sociosanitaires éloignées, notamment le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James au Québec.

Les analyses portent sur des groupes d'âge de deux ans pour respecter la logique de collecte des données d'enquête utilisées (cycle de 2 ans) et afin d'obtenir des tailles échantillonnales suffisantes. Ainsi, les cohortes étudiées débutent avec celle de 1968-1969, soit les personnes âgées de 32-33 ans en 2000-2001, et terminent avec celle de 2000-2001, soit les personnes âgées de 16-17 ans en 2017-2018.

Selon les données de l'ESCC 2017-2018, un peu moins d'un Québécois sur cinq (19 %) âgé de 12 à 35 ans fumait la cigarette tous les jours ou à l'occasion. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (22 %) que chez les femmes (16 %), et varie considérablement entre les adolescents et les jeunes adultes. En effet, on note un très grand écart entre la prévalence d'usage de la cigarette chez les 12-17 ans (5 %) et les 18-24 ans (23 %), cet écart étant présent autant chez les hommes que chez les femmes.

L'analyse des données de 2000-2001 à 2017-2018 a permis de dégager des effets d'âge, de période et de cohorte en matière d'usage de la cigarette chez les adolescents et jeunes adultes québécois de 12 à 35 ans :

- Un **effet d'âge** très net est observé en ce qui concerne l'usage de la cigarette au Québec, soit une augmentation marquée à partir de l'adolescence et un sommet atteint près de la mi-vingtaine. En effet, les analyses portant sur l'effet global de l'âge ont permis de constater des augmentations très importantes entre 12-13 ans et 18-19 ans suivies de hausses plus légères jusqu'à 22-23 ans, où un plateau est atteint et se maintient jusqu'à 26-27 ans avant de redescendre progressivement.
- Un **effet de période** est également constaté, soit une baisse progressive de l'usage de la cigarette entre 2000 et 2018 pour tous les groupes d'âge considérés. Notons toutefois que de plus fortes diminutions du tabagisme ont été enregistrées chez les 14 à 21 ans que chez les 22 à 35 ans.
- Deux **effets de cohorte** distincts sont identifiés chez les Québécois de 12 à 35 ans. Un effet à la hausse est constaté pour les cohortes nées en 1986-1987 ou 1988-1989, soit les personnes dans la mi-trentaine en 2022. Un effet à la baisse est noté pour les cohortes nées en 1996-1997, 1998-1999 ou 2000-2001, soit les personnes âgées de 21 à 26 ans en 2022. Ceci signifie qu'indépendamment de l'âge ou de la période d'enquête, les individus de ces

cohortes se retrouvent respectivement en plus ou moins grande proportion à faire usage de la cigarette que ceux de la cohorte de référence âgée de 45-46 ans en 2022 (1976-1977). L'effet de cohorte à la hausse semble être davantage l'attribut des femmes (cohortes de 1982-1983 à 1988-1989), alors que l'effet de cohorte à la baisse se retrouve principalement chez les hommes (cohortes de 1996-1997 et 1998-1999).

Les deux premiers effets, âge et période, sont bien connus des acteurs de santé publique œuvrant dans le domaine de la lutte contre le tabagisme du fait qu'ils ont déjà été observés au Canada et aux États-Unis. Le troisième type d'effet, l'effet de cohorte, a déjà été observé au Canada par une étude ayant combiné les données des cycles 2003, 2005 et 2007-2008 de l'ESCC pour étudier l'initiation au tabagisme parmi la sous-population formée des 12 à 24 ans. Une autre étude canadienne, réalisée à partir des données ontariennes des cycles 2003 à 2013-2014 de l'ESCC, a également détecté des effets de cohortes en détaillant l'évolution de l'usage de la cigarette en Ontario entre 1965 et 2013.

L'effet de cohorte à la hausse noté chez les personnes nées en 1986-1987 ou en 1988-1989, qui en 2000-2001 étaient âgées de 12 à 15 ans, coïncide avec une période où les taxes sur le tabac se situaient à un très faible niveau au Québec, depuis la baisse instaurée en 1994. Il est bien connu que le prix des produits du tabac est un facteur déterminant dans le développement ou le maintien du tabagisme, et que des hausses du niveau de taxation des produits du tabac entraînent une baisse de la prévalence d'usage de ces produits. À l'inverse, une réduction du prix des cigarettes serait associée à une augmentation du tabagisme. Il est donc possible que le faible prix des cigarettes ait eu pour effet de favoriser l'initiation à l'usage du tabac chez les adolescents québécois de l'époque et, pour certains, le développement d'une dépendance à la nicotine et le maintien de la consommation de tabac à l'âge adulte. Cette période coïncide également avec un jugement de la Cour Suprême du Canada qui, en septembre 1995, a annulé certaines dispositions de la *Loi réglementant les produits du tabac* en matière d'interdiction de la publicité et de la promotion des produits du tabac.

En ce qui concerne l'effet de cohorte à la baisse observé chez les personnes nées en 1996-1997, 1998-1999 ou 2000-2001, il est à considérer que les personnes nées dans les années 1990 ont vécu leur adolescence dans un environnement où de nombreuses mesures législatives visant à mettre en place des environnements favorables au non-usage du tabac étaient en vigueur, bien qu'on ne puisse pas imputer d'effet causal ou associatif aux mesures de lutte contre le tabagisme sur l'évolution de la prévalence du tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes québécois. Ils ont aussi été exposés de manière précoce aux campagnes nationales et régionales de sensibilisation aux dangers du tabagisme et aux mises en garde graphiques imprimées sur les paquets de cigarettes. Il existe également la possibilité que la diminution marquée de la prévalence d'usage de la cigarette chez les cohortes plus jeunes, et particulièrement chez les hommes, soit liée à une transition de l'usage de la cigarette vers celui de la cigarette électronique. Ce nouveau produit a en effet suscité un intérêt considérable chez

les adolescents et les jeunes adultes au cours des années 2010 et continue d'être populaire à ce jour.

En somme, les résultats de l'étude suggèrent que les interventions visant à favoriser le renoncement au tabac au Québec pourraient accorder une attention particulière aux fumeurs nés à la fin des années 1980, donc dans la trentaine en 2022. Les femmes de cette tranche d'âge, en particulier, présentent un excès de prévalence d'usage de la cigarette par rapport aux femmes plus âgées. Plusieurs éléments seront par ailleurs à surveiller dans les analyses incluant des cohortes futures, dont l'arrivée sur le marché de la cigarette électronique, l'écart qui se creuse entre le Québec et les autres provinces quant au prix moins élevé des produits du tabac, ainsi que la pandémie de COVID-19 qui a poussé plusieurs fumeurs à fumer davantage de cigarettes.

## 1 INTRODUCTION

Les effets délétères du tabagisme sur la santé des populations sont scientifiquement démontrés depuis de nombreuses années : maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires, cancers, etc. L'usage du tabac constitue donc un problème de santé publique majeur et cause annuellement le décès de près de 13 000 Québécois et Québécoises selon les plus récentes estimations (Dobrescu, Bhandari, Sutherland et Dinh, 2017).

La lutte contre le tabagisme date de plus de 30 ans au Québec, et de nombreuses actions ont été mises en place en vue de prévenir l'initiation au tabagisme, diminuer l'exposition involontaire à la fumée de tabac et favoriser le renoncement au tabac. Des campagnes médiatiques annuelles ont sensibilisé la population aux effets néfastes du tabagisme et à l'importance de ne pas commencer à fumer ou de cesser de fumer. De nombreux services ont vu le jour pour soutenir les fumeurs qui tentent de renoncer au tabac, et quelques augmentations de taxes sur les produits du tabac sont survenues. Enfin, plusieurs révisions successives de la *Loi sur le tabac* (maintenant nommée *Loi concernant la lutte contre le tabagisme*) ont favorisé l'implantation de nombreuses mesures.

Au tout début des années 2000, la prévalence d'usage de la cigarette dans l'ensemble de la population du Québec âgée de 12 ans et plus était significativement plus élevée comparativement à une vingtaine d'années plus tard : 29 % en 2000-2001 contre 18 % en 2017-2018 (Statistique Canada, 2002, 2019). Nous ne savons pas toutefois si ces réductions de prévalence sont observées pour chaque cohorte de naissances ou si elles sont plutôt le fait de certaines cohortes. Certaines mesures, comme des changements législatifs, pourraient avoir eu des impacts plus marqués auprès de certains groupes d'âge.

Nous souhaitons répondre à cette question en étudiant les données d'enquête recueillies auprès des Québécois âgés de 12 à 35 ans en ce qui a trait à la proportion de fumeurs actuels de cigarettes. En effet, ce groupe a été ciblé par plusieurs interventions de lutte contre le tabagisme depuis les années 2000 et est identifié comme une cible prioritaire dans la Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025. En effectuant une modélisation âge-période-cohorte, il sera possible de dégager l'effet de cohorte des effets d'âge et de période. Les analyses permettront également de discuter de l'évolution du tabagisme au Québec à la lumière de l'effet potentiel des mesures législatives introduites entre 2000 et 2018.

## 2 LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME AU QUÉBEC

La lutte contre le tabagisme au Québec a commencé au milieu des années 1980 avec l'adoption, en 1986, de la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics*. Mentionnons qu'en 1985, près de quatre Québécois sur dix faisaient usage du tabac (Gilmore, 2002). Les années 1985-1993 ont vu des augmentations progressives des taxes sur le tabac. Puis, en 1994, pour faire face à une hausse importante de la contrebande des produits du tabac, les gouvernements du Québec et du Canada réduisaient les taxes sur le tabac, diminuant de moitié le prix de la cartouche de cigarettes au Québec. Par la même occasion, les gouvernements s'engageaient à investir financièrement dans diverses mesures de lutte contre le tabagisme.

C'est ainsi qu'en 1994, le premier Plan québécois de lutte contre le tabagisme voyait le jour et que la lutte contre le tabagisme était identifiée comme l'une des sept priorités nationales de santé publique pour la période 1997-2002 (Dufour, Lalonde et Defoy, 2020). Les plans de lutte contre le tabagisme qui se sont succédé au Québec depuis 1994 concordent avec ceux de nombreux pays de même qu'avec la Convention-cadre pour la lutte antitabac (Australian Government Preventative Health Taskforce, 2008; Centers for Disease Control and Prevention, 2007; Organisation mondiale de la santé, 2003; Santé Canada, 2005; United Kingdom Department of Health, 2010). Ces plans visent trois grands objectifs :

- Prévenir l'initiation au tabagisme chez les jeunes;
- Protéger les non-fumeurs de l'exposition à la fumée de tabac;
- Encourager et soutenir les fumeurs à renoncer au tabac.

Les plans comprennent plusieurs mesures complémentaires : augmentation des taxes sur les produits du tabac, interdiction de fumer dans des lieux publics et de travail, interdiction de publicité et de promotion des produits du tabac, information aux fumeurs, mises en garde sur les paquets de cigarettes et soutien aux fumeurs par l'entremise de l'accès à des thérapies de sevrage (Banque Mondiale, 2003).

La prochaine section présente les principales interventions de lutte contre le tabagisme ayant eu un impact sur la population québécoise de 2000 à 2018, soit au cours de la période couverte par les analyses de données. Des informations additionnelles sur les interventions de lutte contre le tabagisme se retrouvent en annexe 1.

### 2.1 Des hausses de taxes comme incitatif à ne pas fumer

Les hausses des prix sur les produits du tabac sont reconnues comme une des mesures les plus efficaces de lutte contre le tabagisme, contribuant notamment à réduire le fardeau du tabagisme particulièrement parmi les jeunes et les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique (US National Cancer Institute and World Health Organization, 2016). Suite à la

baisse majeure des taxes sur les produits du tabac en 1994, les gouvernements du Québec et du Canada ont consenti de légères hausses de taxes en 1995 et au cours des années suivantes (Dupuis, 1998). Le gouvernement québécois a continué à augmenter les taxes en avril et en novembre 2001, de même qu'en 2002, 2012 et 2014. Le gouvernement fédéral a également augmenté les taxes en 2001, 2002, 2006, 2008, 2014 et 2017 (Reid et Hammond, 2017). Malgré ces hausses, le prix des cigarettes au Québec demeurerait plus faible que dans les autres provinces en 2017, se situant à 88,67 \$ pour une cartouche de 200 cigarettes comparativement à 99,98 \$ en Ontario, la deuxième province avec le prix le plus faible (Reid et Hammond, 2017). En comparaison, la province du Manitoba affiche le prix le plus élevé, soit 135,40 \$.

## 2.2 Un contexte législatif évolutif

Les mesures législatives ont un impact important sur l'ensemble de la population. Ainsi, l'adoption à l'unanimité de la *Loi sur le tabac* en **1998** a permis au Québec de franchir des étapes importantes dont :

- l'interdiction de vente de tabac aux mineurs;
- l'interdiction de fumer dans certains lieux fermés, dont les établissements de santé, les établissements scolaires, les moyens de transport collectifs et plusieurs milieux de travail (les fumoirs ventilés et les aires où il est permis de fumer demeurent autorisés);
- l'interdiction de certains types de publicité, dont les commandites.

En **2005**, le gouvernement du Québec a renforcé les mesures de contrôle du tabac existantes et introduit de nouvelles mesures, dont :

- l'interdiction de fumer à l'intérieur des restaurants et des bars, ainsi que dans la plupart des lieux publics intérieurs;
- l'interdiction de fumer à l'extérieur sur les terrains des écoles primaires et secondaires, à neuf mètres des portes de certains établissements et l'interdiction des aires pour fumeurs dans les lieux publics;
- la diminution importante du nombre et des types de points de vente de tabac.

Un règlement adopté en **2008** ajoute de nouvelles interdictions :

- l'interdiction d'étalage et de promotion des produits du tabac dans les points de vente;
- l'interdiction de la vente à l'unité de produits du tabac comme les cigarillos ou petits cigares.

En **2015**, la *Loi concernant la lutte contre le tabagisme* ajoute aux mesures existantes :

- l'assimilation de la cigarette électronique et de tout autre dispositif de cette nature aux mesures qui s'appliquent aux produits du tabac (sauf quelques exceptions);
- l'interdiction de vente de produits du tabac aromatisés, incluant le menthol (les liquides aromatisés de vapotage ne sont pas interdits);
- l'interdiction de fumer ou d'utiliser un produit de vapotage sur les terrasses de restaurants et de bars, à neuf mètres des portes et fenêtres de tous les lieux publics et de tous les lieux de travail, dans les véhicules privés lorsque des personnes de moins de 16 ans sont à bord, et dans plusieurs lieux extérieurs fréquentés par les jeunes.

Au Canada, plusieurs lois et règlements ont aussi été adoptés :

- En **1988**, la *Loi réglementant les produits du tabac* imposait aux fabricants des restrictions concernant la publicité et les commandites, en plus d'en prévoir l'élimination graduelle, tandis que la *Loi sur la santé des non-fumeurs* restreignait l'usage du tabac en milieu de travail;
- En **1993**, la *Loi sur la vente du tabac aux jeunes* a porté à 18 ans l'âge minimal pour acheter des produits du tabac;
- En **1997**, la *Loi sur le tabac* ou *Loi réglementant la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac* qui visait à réglementer la composition des produits du tabac, leur étiquetage et leur promotion (publicité, commandite, attestations, exposition dans les points de vente et apposition d'éléments de marque sur des accessoires). Elle interdit également la fabrication et la vente de « paquets pour enfants » et limite le libre-service ou la distribution automatique de produits du tabac;
- En **2000**, le Canada a été le premier pays à exiger des mises en garde graphiques sur les paquets de cigarettes;
- En **2009**, le gouvernement fédéral a interdit la publicité et la promotion des produits du tabac dans les journaux et magazines;
- En **2012**, la surface minimale couverte par les mises en garde passait à 75 %, avec un renouvellement, sur une base régulière, des images percutantes.

### 2.3 Des campagnes médiatiques québécoises à grand déploiement

Les activités de sensibilisation et d'éducation de la population figurent parmi les mesures importantes d'un plan efficace de lutte contre le tabagisme. Les campagnes médiatiques font partie du paysage québécois depuis fort longtemps, la troisième semaine de janvier faisant l'objet depuis plusieurs décennies d'une campagne annuelle d'envergure promouvant le non-usage du tabac auprès de la population générale, soit la Semaine pour un Québec sans tabac.

L'édition 2022 de la campagne était la 45<sup>e</sup> diffusée par le Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS).

Plusieurs campagnes de prévention du tabagisme, financées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), visant les jeunes de 11-14 ans ont été diffusées entre 2008 et 2017 dans les médias traditionnels et sur les réseaux sociaux : T'as juste une vie (2008), Laisse-toi pas prendre (2009), Y'a rien de plus dégueu qu'une cigarette (2011 et 2012), Magane pas tes organes (2013 et 2015), La cigarette n'est pas attirante (2016), Fumer c'est dégueu (2017). Quant aux campagnes De Facto, qui s'adressent aux jeunes de 12-25 ans, elles s'inspirent des grandes campagnes internationales de lutte contre le tabac, comme *Truth* (États-Unis) ou *Quit* (Australie), qui dénormalisent l'industrie du tabac et ses produits. Implantée au départ dans la région de Québec en 2003, De Facto, la vérité sans filtre, s'élargit à la grandeur de la province à compter de 2007 (Montreuil, 2017).

La campagne annuelle Famille sans fumée vise à sensibiliser la population aux effets néfastes de l'exposition à la fumée du tabac et à inciter les parents à ne pas y exposer leurs enfants, par exemple en fumant à l'extérieur du domicile.

Mentionnons également le Défi J'arrête, j'y gagne! dont la première édition a été lancée en 2000 au Québec. Fortement médiatisé, ce défi annuel incite les fumeurs à cesser de fumer pendant six semaines consécutives pour avoir l'opportunité de gagner un prix.

## 2.4 De nombreux services pour soutenir les fumeurs souhaitant renoncer au tabac

En 2000, le gouvernement québécois inscrivait trois **aides pharmacologiques** à l'arrêt tabagique dans la liste des médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments, ce qui les rendaient plus accessibles financièrement pour les fumeurs souhaitant les utiliser. Ces médicaments sont remboursés à raison de 12 semaines consécutives, une fois par année.

En 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux élaborait un cadre de référence du **Plan québécois d'abandon du tabagisme** qui prévoyait la mise en place d'une gamme de services sans frais (Tremblay et Roy, 2013) :

- La **ligne téléphonique J'ARRÊTE** est un service bilingue et confidentiel d'information et de soutien à l'arrêt tabagique.
- Le **site Internet J'ARRÊTE** mis en ligne en janvier 2003 comprend une section visant les personnes qui ont pris la décision d'arrêter de fumer et une section pour les personnes en état d'ambivalence.

- Les **Centres d'abandon du tabagisme** (CAT) se sont graduellement mis en place en 2003 et en 2011-2012, on retrouvait 146 CAT dans l'ensemble des régions du Québec (Tremblay et Roy, 2013). L'intervention offerte peut être individuelle ou en groupe, en personne ou téléphonique.
- Le **Service de messagerie texte pour Arrêter le Tabac** (SMAT) offre de l'information, des astuces et de l'encouragement aux gens qui veulent cesser de fumer par l'intermédiaire de messages texte envoyés à leur téléphone cellulaire. Développé entre 2010 et 2012 comme projet-pilote, il est offert depuis mars 2013 à l'ensemble des fumeurs québécois. Le SMAT vise particulièrement les jeunes adultes de 18 à 34 ans.

### 3 OBJECTIFS

L'objectif principal de l'étude est l'établissement d'un portrait de l'usage actuel (quotidien et occasionnel) de la cigarette au Québec au cours des décennies 2000 et 2010. Plus spécifiquement, elle poursuit les objectifs :

- de décrire l'évolution de l'usage de la cigarette chez les 12-35 ans entre 2000 et 2018;
- d'identifier l'âge auquel les Québécois et les Québécoises sont les plus susceptibles de faire usage de la cigarette;
- de vérifier si l'usage de la cigarette est un phénomène de cohorte, c'est-à-dire s'il fluctue de manière significative selon l'année de naissance indépendamment de l'âge ou de la période.

## 4 MÉTHODOLOGIE

### 4.1 Sources de données

Les résultats présentés dans ce document proviennent de l'analyse des fichiers maîtres des cycles 2000-2001, 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016 et 2017-2018 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada. La population visée par l'ESCC n'inclut pas les résidents des réserves indiennes et des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les habitants de certaines régions sociosanitaires éloignées, notamment le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James au Québec. Dans le cadre de la présente publication, seules les données couvrant la population québécoise âgée de 12 à 35 ans et plus ont été retenues.

Bien qu'il y ait d'importantes limites méthodologiques quant à la comparaison des données des cycles 2015-2016 et 2017-2018 avec celles des cycles antérieurs de l'enquête, le choix a été fait d'inclure dans les analyses les données des cycles 2015-2016 et 2017-2018 afin de couvrir la plus large étendue temporelle possible et d'être en mesure d'étudier les cohortes plus jeunes ayant évolué dans un environnement comprenant un vaste éventail de mesures de lutte contre le tabagisme.

Ces limites méthodologiques proviennent du fait que des modifications majeures ont été apportées au plan d'échantillonnage et au mode de collecte de l'ESCC en 2015-2016 afin d'obtenir des bases de sondage de meilleure qualité ainsi que des stratégies d'échantillonnage et de collecte plus efficaces. Parmi ces modifications, notons la réduction de la proportion d'entrevues conduites en personne auprès des répondants de 36 % en 2013-2014 à 13 % et 12 % en 2015-2016 et 2017-2018 respectivement (Physicians for a Smoke-Free Canada, 2021). Des modifications ont aussi été apportées au questionnaire d'enquête, mais celles-ci n'ont pas affecté la variable d'intérêt employée dans les analyses, soit l'usage actuel de la cigarette.

Depuis le cycle 2015-2016, une stratégie de répartition de l'échantillon à plusieurs degrés est utilisée afin d'offrir une répartition relativement équitable de l'échantillon aux régions sociosanitaires et aux provinces (Statistique Canada, 2017). Pour les deux groupes d'âge considérés dans l'enquête, soit les 12 à 17 ans et les 18 ans et plus, l'échantillon est d'abord réparti entre les provinces (répartition du pouvoir de 0,75) selon la taille de leurs populations respectives. Par la suite, l'échantillon de chaque province est réparti entre ses régions sociosanitaires (répartition du pouvoir de 0,35) selon la taille de la population dans chaque région. Un autre changement méthodologique réside dans le fait que l'échantillon de l'ESCC est maintenant sélectionné dans deux bases de sondage distinctes (base aréolaire et base de la Prestation fiscale canadienne pour enfants [PFCE]). Dans la base aréolaire, un échantillon de

logements est sélectionné de manière à cibler la population âgée de 18 ans et plus. La base de la PFCE est utilisée pour échantillonner les personnes âgées de 12 à 17 ans.

En raison de ces changements, Statistique Canada recommande de ne pas combiner ou comparer de manière temporelle les données des cycles 2015-2016 et 2017-2018 à celles des cycles précédents, car il serait difficile de déterminer si un écart détecté reflète effectivement la réalité ou s'il doit être attribué aux différences méthodologiques entre les cycles d'enquête. Afin de tenir compte de cette recommandation et de vérifier si l'inclusion de ces données entraîne un biais notable dans l'interprétation des résultats d'analyse, une analyse de sensibilité a été réalisée (voir la section 4.3 Analyses).

## 4.2 Variables

La variable d'intérêt retenue dans le cadre des analyses est l'usage actuel de la cigarette. Elle a été ventilée en fonction de l'âge et du sexe.

### 4.2.1 Usage de la cigarette

La variable servant communément à établir le statut tabagique des répondants a été utilisée. Cette variable est produite à partir de la question : « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? ». Les répondants ayant indiqué faire un usage quotidien (fumeur quotidien) ou occasionnel (fumeur occasionnel) de la cigarette au moment de l'enquête ont été considérés comme des fumeurs actuels, alors que les répondants ayant indiqué ne jamais faire usage de la cigarette ont été considérés comme des non-fumeurs.

### 4.2.2 Caractéristiques sociodémographiques

Deux variables sociodémographiques ont été utilisées pour des croisements avec la variable d'intérêt portant sur l'usage de la cigarette, soit l'âge et le sexe. Par exemple, pour l'édition 2017-2018 de l'enquête, les questions se rapportant à ces variables étaient : « Quel est votre âge? (Les réponses variaient de 12 à 112 ans en 2017-2018) » et « Est-ce que [nom du répondant] est de sexe masculin ou féminin? (Masculin, féminin) ».

## 4.3 Analyses

L'étude s'intéresse à la population québécoise âgée de 12 à 35 ans afin de documenter l'évolution de l'usage de la cigarette dès l'initiation à ce comportement. Les analyses portent sur des groupes d'âge de deux ans pour respecter la logique de collecte des données d'enquête utilisées (cycle de 2 ans) et afin d'obtenir des tailles échantillonnelles suffisantes. Ainsi, les cohortes étudiées débutent avec celle de 1968-1969, soit les personnes âgées de 32-33 ans en 2000-2001, et terminent avec celle de 2000-2001, soit les personnes âgées de 16-17 ans en 2017-2018.

Des analyses descriptives, ventilées en fonction de l'âge et du sexe, ont tout d'abord été réalisées afin de présenter la prévalence de l'usage de la cigarette en 2017-2018 ainsi que son évolution entre 2000-2001 et 2017-2018. L'évolution de l'usage de la cigarette chez les Québécois de 12 à 35 ans est ensuite présentée comme prescrit par **l'approche multiphases** pour déterminer la présence ou non d'un effet de cohorte (Keyes et Li, 2010; Légaré et Hamel, 2013; Tessier, Hamel et April, 2014).

La première étape de l'approche multiphases consiste à **analyser différents graphiques** afin d'identifier les pics de prévalence d'usage de la cigarette selon l'âge et d'étudier les tendances et l'évolution temporelle de 2000-2001 à 2017-2018. La seconde étape vise à confirmer la présence d'un éventuel effet de cohorte (variation de la prévalence selon l'année de naissance indépendamment de l'âge ou de la période) observé selon l'approche graphique, en conduisant des **analyses de régression sur les résidus obtenus de la méthode du polissage sur la médiane** (*median polish*) qui élimine les effets d'âge et de période. Pour mieux étudier l'effet de cohorte, la transformation logarithmique sur les prévalences, qui permet d'étendre davantage les valeurs estimées, a été utilisée. Ces analyses permettent d'estimer le rapport de risque de fumer la cigarette de chacune des cohortes de naissances comparativement à une cohorte de référence. Cette méthodologie a déjà été utilisée dans le cadre d'une étude âge-période-cohorte portant sur le suicide au Québec (Légaré et Hamel, 2013), ainsi que d'une seconde traitant de la consommation excessive d'alcool chez les adolescents et jeunes adultes québécois (Tessier et collab., 2014).

Afin de vérifier la présence d'un biais marqué lié à l'inclusion des données des cycles 2015-2016 et 2017-2018, une analyse de sensibilité a été réalisée à partir des données des cycles 2000-2001 à 2013-2014. Sur le plan statistique, l'obtention de résultats similaires à ceux produits avec l'ensemble des données peut être considérée comme une démonstration du faible niveau de biais attribuable à l'inclusion aux analyses des cycles d'enquêtes 2015-2016 et 2017-2018.

Les analyses descriptives ont été effectuées à l'aide du progiciel SAS (version 9.4) par l'intermédiaire du service de téléaccès de Statistique Canada, et les analyses de régression utilisant la méthode du polissage sur la médiane ont été réalisées par l'entremise du progiciel R (version 3.30). Le service de téléaccès a été utilisé afin d'obtenir l'accès aux poids d'autoamorçage (*bootstrap weights*) permettant d'obtenir une plus grande précision dans le calcul de la variance des estimations. Ces poids sont produits pour chaque cycle d'enquête, mais ne sont rendus disponibles qu'avec les données du fichier maître ou du fichier partage des cycles d'enquête antérieurs à 2015-2016, et non avec les données du fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD).

Toutes les données d'enquêtes à la base des estimations de proportions, ainsi que des rapports de risques obtenus par les modèles de régression, ont été pondérées conformément aux recommandations de Statistique Canada en recourant à la variable de pondération fournie à cette fin dans les fichiers de données. Cette procédure permet d'inférer les résultats à l'ensemble de la population québécoise, à l'exception des personnes figurant dans les critères d'exclusion de l'enquête. Les intervalles de confiance rattachés aux estimations de proportions ont été produits en utilisant la transformation logit. Cette transformation permet de valider l'utilisation de l'approximation normale dans la construction des intervalles de confiance et d'améliorer leur taux de couverture en présence de petites proportions (Korn et Graubard, 1999).

Les estimations sont diffusées sans avertissement lorsque leur coefficient de variation n'excède pas 16,5 % (15 % pour les cycles 2015-2016 et 2017-2018). Elles sont rendues disponibles avec un avertissement (\*) lorsque leur coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 % (15 % et 35 % pour les cycles 2015-2016 et 2017-2018) et ne sont pas diffusées (\*\*) lorsque leur coefficient de variation dépasse 33,3 % (35 % pour les cycles 2015-2016 et 2017-2018).

## 5 RÉSULTATS

### 5.1 Analyse de l'effet d'âge – Usage de la cigarette chez les 12-35 ans en 2017-2018

Selon les données de l'ESCC 2017-2018, un peu moins d'un Québécois sur cinq (19 %) âgé de 12 à 35 ans fumait la cigarette tous les jours ou à l'occasion (tableau 1). Cette proportion est plus élevée chez les hommes (22 %) que chez les femmes (16 %), et varie considérablement entre les adolescents et les jeunes adultes. En effet, on note un écart de 18 points de pourcentage entre la prévalence d'usage de la cigarette chez les 12-17 ans (5 %) et les 18-24 ans (23 %). Cet écart s'observe autant chez les hommes que chez les femmes, bien qu'il soit moindre chez celles-ci.

Tableau 1 Proportion de fumeurs actuels selon le sexe et l'âge, population de 12 à 35 ans, Québec, 2017-2018

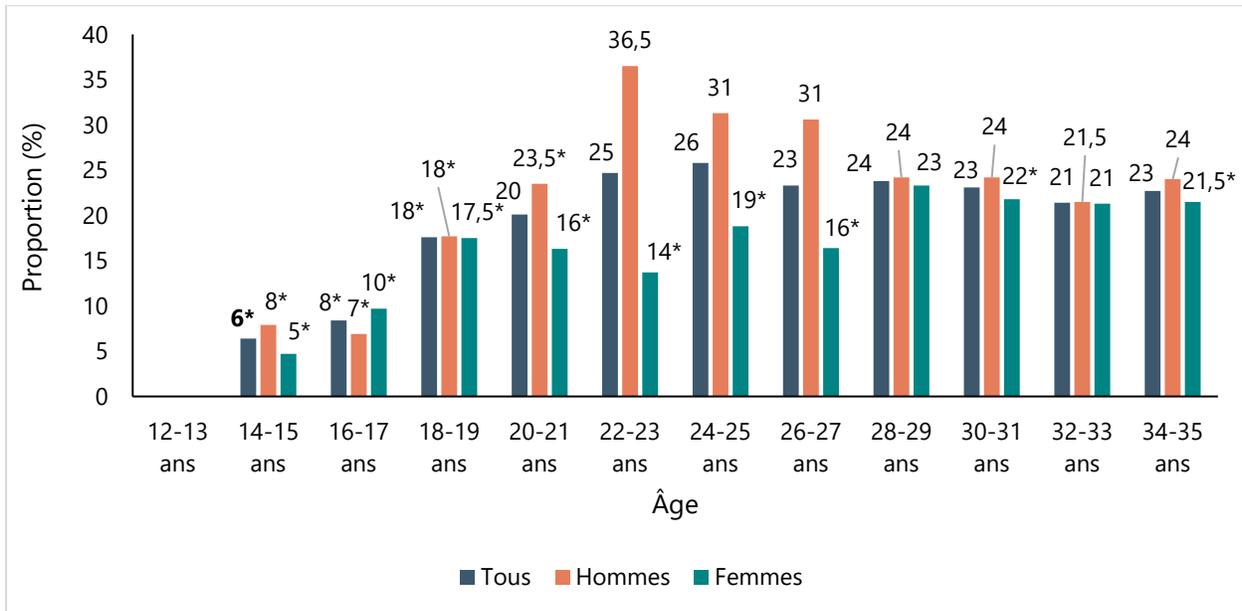
	Tous (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
<b>Total</b>	19,0	21,6	16,4
<b>Groupes d'âge</b>			
<b>12-17 ans</b>	4,9	4,8*	5,1*
<b>18-24 ans</b>	22,8	29,3	15,7
<b>25-35 ans</b>	22,5	24,0	20,9

\* Coefficient de variation élevé, interpréter avec prudence.

Une ventilation des données de 2017-2018 en fonction des groupes d'âge de deux ans permet de constater une différence importante dans la prévalence d'usage du tabac entre les personnes âgées de 18-19 ans, qui ont l'âge légal pour se procurer des cigarettes, et celles de 16-17 ans (18 % c. 8 %) (figure 1). Les données montrent également que c'est chez les personnes dans la mi-vingtaine que la prévalence du tabagisme est la plus élevée.

Une forte prévalence d'usage de la cigarette est observée à 22-23 ans chez les hommes (36,5 %), alors que chez les femmes on note des prévalences dépassant 20 % à partir de 28-29 ans (23 %). L'écart le plus important entre les hommes et les femmes est observé à 22-23 ans, où la proportion d'hommes faisant usage de la cigarette est plus du double de celle observée chez les femmes (36,5 % c. 14 %). Des écarts considérables sont également notés chez les 24-25 ans (31 % c. 19 %) et les 26-27 ans (31 % c. 16 %).

Figure 1 Proportion de fumeurs actuels selon le sexe et l'âge, population de 12 à 35 ans par groupe d'âge, Québec, 2017-2018



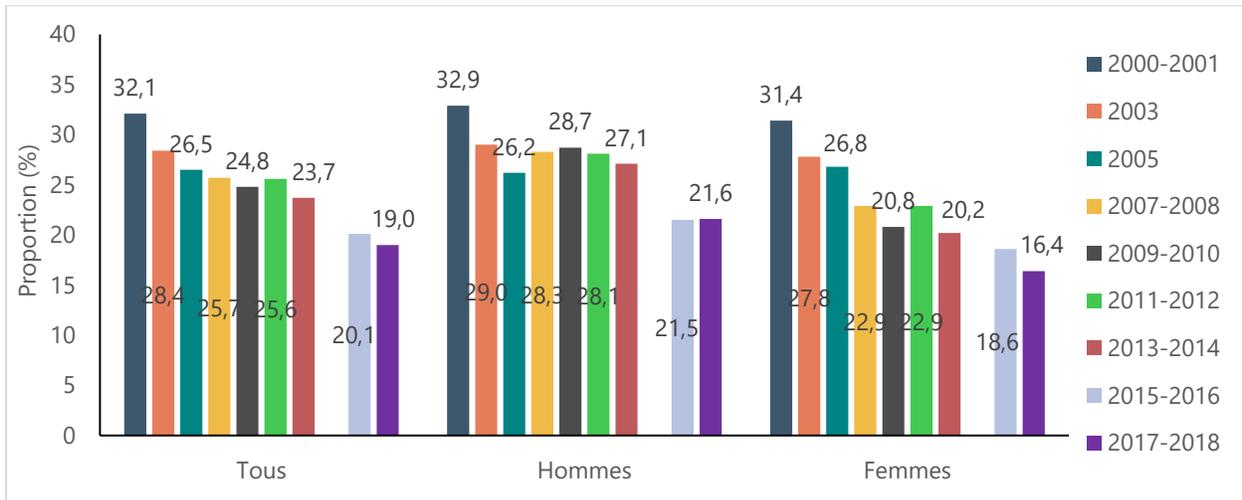
\* Coefficient de variation élevé, interpréter avec prudence.

Note : Les estimations produites pour les 12-13 ans ne sont pas présentées en raison d'un coefficient de variation trop élevé (CV > 35 %).

## 5.2 Analyse de l'effet de période – Évolution de l'usage de la cigarette de 2000-2001 à 2017-2018

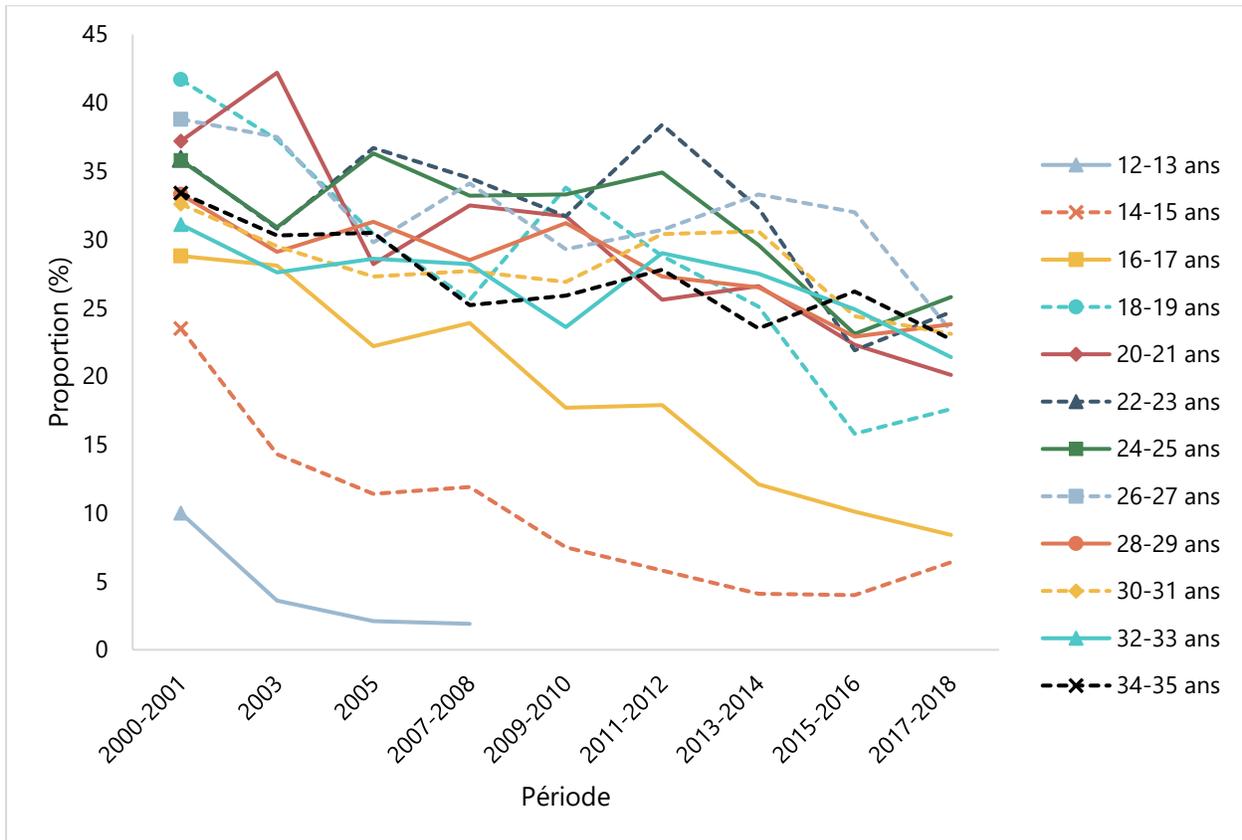
L'examen des données des différents cycles de l'ESCC entre 2000-2001 et 2017-2018 révèle que l'usage de la cigarette a connu une baisse graduelle. Alors que 32 % des Québécois âgés de 12 à 35 ans se déclaraient fumeurs actuels en 2000-2001, cette proportion n'était plus que de 24 % en 2013-2014 (figure 2). Notons que cette diminution semble s'être poursuivie en 2015-2016 (20 %) et 2017-2018 (19 %), quoique les limites méthodologiques précédemment mentionnées nous incitent à la prudence quant à l'interprétation de cette tendance. La réduction de la prévalence du tabagisme est observée tant chez les hommes que chez les femmes, quoique de manière un peu plus prononcée chez ces dernières.

**Figure 2** Évolution de la proportion de fumeurs actuels selon le sexe, population de 12 à 35 ans, Québec, 2000-2001 à 2017-2018



La figure 3 illustre l'évolution de la proportion de fumeurs au sein de chaque groupe d'âge entre 2000-2001 et 2017-2018. On peut y constater que la réduction de la prévalence de l'usage de la cigarette entre 2000-2001 et 2013-2014 s'observe dans tous les groupes d'âge, quoique les adolescents présentent clairement des prévalences plus faibles que les adultes.

Figure 3 Évolution de la proportion de fumeurs actuels selon la période, population de 12 à 35 ans par groupe d'âge, Québec, 2000-2001 à 2017-2018



Note : Les estimations produites pour les 12-13 ans pour les périodes 2009-2010 à 2017-2018 ne sont pas présentées en raison d'un coefficient de variation trop élevé (CV > 33,3 % ou CV > 35 % selon le cycle).

La plus forte diminution du tabagisme entre 2000-2001 et 2017-2018 a eu lieu chez les personnes âgées de 18-19 ans à ces deux périodes de collecte de données (-24,1 points de pourcentage), suivis des 16-17 ans (-20,4 points de pourcentage). Les 14-15 ans ainsi que les 20-21 ans ont également connu une forte baisse de l'usage de la cigarette au cours de cette période (-17,1 points de pourcentage) (tableau 2). Des diminutions de plus faible envergure sont notées chez les individus âgés de 22 à 35 ans.

**Tableau 2** Évolution de l'usage de la cigarette par groupe d'âge, population de 12 à 35 ans, Québec, 2000-2001 à 2017-2018

Âge	Évolution (points de pourcentage)
12-13 ans	-
14-15 ans	-17,1
16-17 ans	-20,4
18-19 ans	-24,1
20-21 ans	-17,1
22-23 ans	-11,2
24-25 ans	-10,0
26-27 ans	-15,5
28-29 ans	-9,5
30-31 ans	-9,5
32-33 ans	-9,7
34-35 ans	-10,7

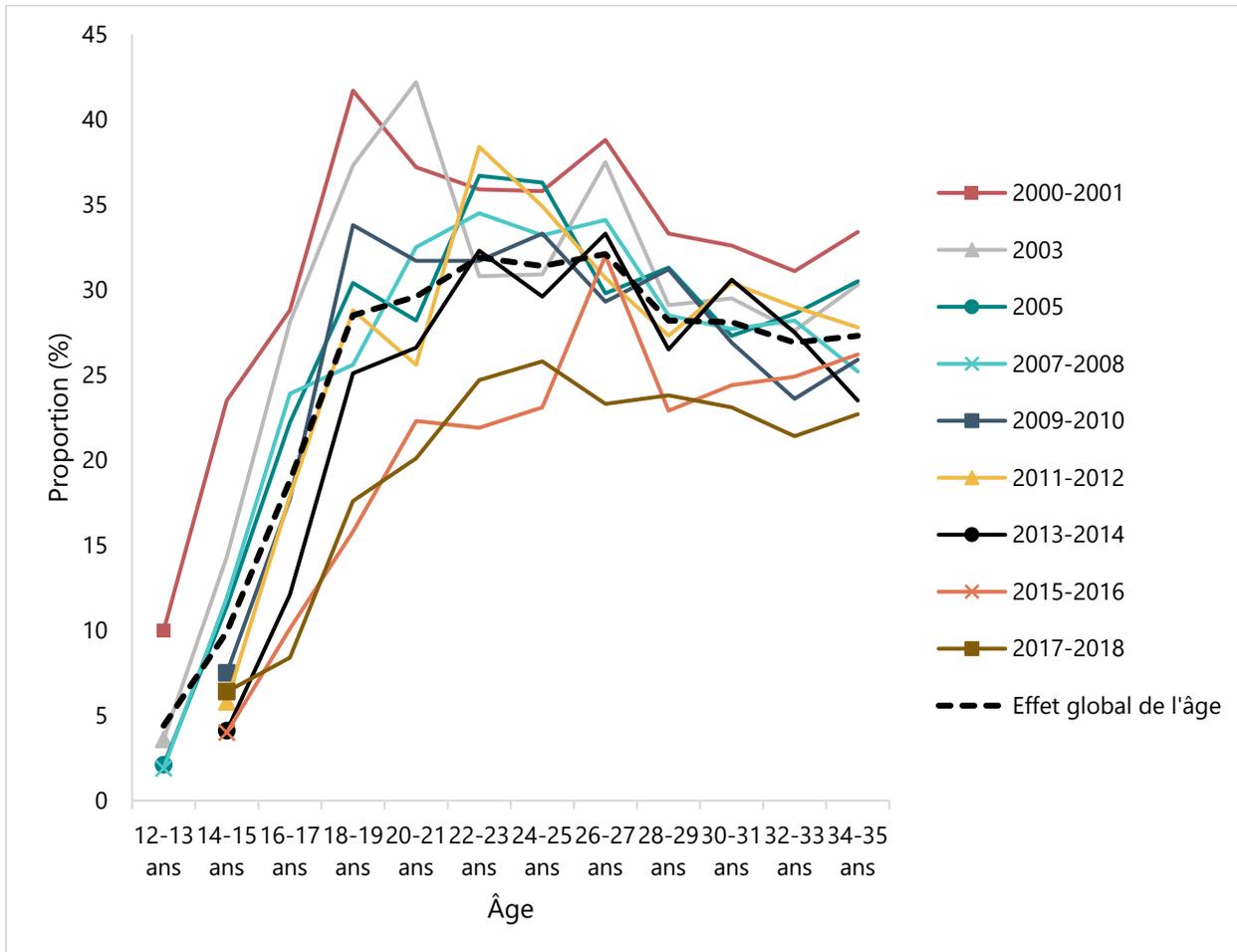
### 5.3 Analyse de l'effet de cohorte – Approche graphique

Tel que mentionné précédemment, la première étape de l'approche multiphasées consiste à examiner la distribution de la prévalence d'usage de la cigarette selon l'âge et la cohorte de naissances afin d'identifier les pics de consommation et de détecter la présence d'éventuels effets de cohorte. En lien avec cet objectif, la figure 4 illustre l'évolution de la proportion de fumeurs d'un groupe d'âge à l'autre de 2000-2001 à 2017-2018. La distribution de la prévalence de l'usage de la cigarette en fonction de l'effet global de l'âge (courbe en pointillé) permet de constater des augmentations très importantes entre 12-13 ans et 18-19 ans suivies de plus légères jusqu'à 22-23 ans, où un plateau est atteint jusqu'à 26-27 ans. L'usage de la cigarette tend ensuite à diminuer progressivement.

La figure 4 montre également l'âge où le tabagisme actuel atteint la plus forte prévalence. Ainsi, selon les pics observés, l'âge où l'on retrouve la plus grande proportion de fumeurs de cigarettes se situe entre 18 et 23 ans pour la période allant de 2000-2001 à 2011-2012. Les cycles suivants de l'ESCC, soient ceux de 2013-2014 à 2017-2018, indiquent que le pic de consommation de cigarettes se situerait plus entre 24 et 27 ans. La figure permet aussi d'observer que l'augmentation de la proportion de fumeurs au cours de l'adolescence est moins prononcée en 2015-2016 et 2017-2018 qu'au début des années 2000.

Comme illustré dans le tableau 2, ce sont les adolescents et les jeunes adultes âgés de 18 à 21 ans qui ont connu la plus forte diminution de l'usage de la cigarette, ce qui est représenté à la figure 4 par des courbes éloignées les unes des autres entre 2000-2001 et 2017-2018. Chez les groupes plus âgés, les courbes plus rapprochées entre 2000-2001 et 2017-2018 indiquent que le tabagisme actuel a diminué de manière moins prononcée.

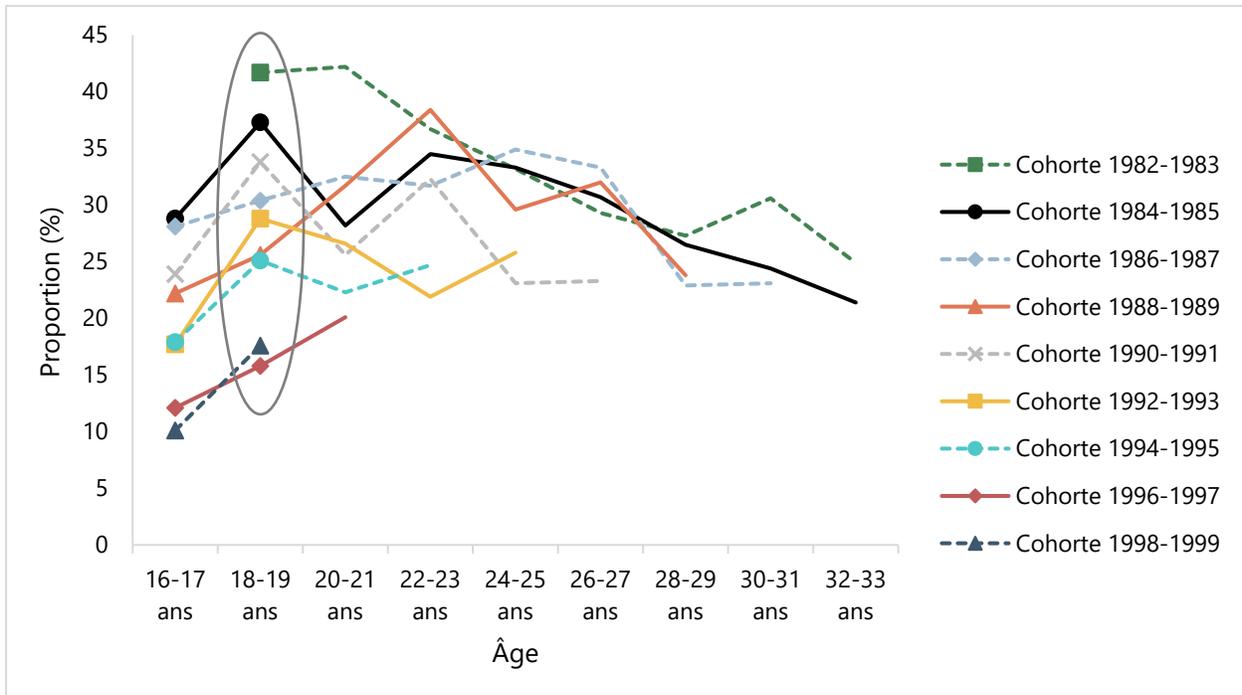
**Figure 4** Proportion de fumeurs actuels selon l'âge et la période, population de 12 à 35 ans, Québec, 2000-2001 à 2017-2018



La figure 5 illustre pour sa part l'évolution du tabagisme selon la cohorte de naissances afin de déterminer visuellement si des effets de cohorte semblent présents. Les données recueillies de 2000-2001 à 2017-2018 suggèrent la présence d'un effet de cohorte, puisque les prévalences de fumeurs actuels sont de moins en moins élevées chez les cohortes plus jeunes par rapport aux cohortes plus âgées.

Par exemple, la proportion de fumeurs actuels enregistrée pour la cohorte de 1982-1983 à 18-19 ans atteint 42 % et diminue de manière quasi continue jusqu'à atteindre 16 % et 18 % pour les cohortes 1996-1997 et 1998-1999. Ce type de tendance s'observe pour la vaste majorité des groupes d'âge considérés, bien que de manière un peu moins nette à partir de 22-23 ans.

**Figure 5** Proportion de fumeurs actuels selon l'âge et la cohorte de naissances, population de 16 à 33 ans, Québec, 2000-2001 à 2017-2018



Note : Par souci de clarté, le nombre de données présentées (cohortes et groupes d'âge) a été limité. La figure complète peut être consultée en annexe 2 (figure 8).

Une ventilation en fonction du sexe permet de constater des tendances différentes chez les hommes et les femmes (figures 9 et 10 en annexe 2). Si l'on prend en exemple le cas des 20-21 ans, on observe chez les femmes une diminution importante de l'usage actuel de la cigarette entre les cohortes de 1980-1981 et 1982-1983 (36 % et 45 % respectivement) et les suivantes, où la prévalence passe rapidement sous la barre des 30 % pour s'établir à 16 % pour la cohorte 1996-1997.

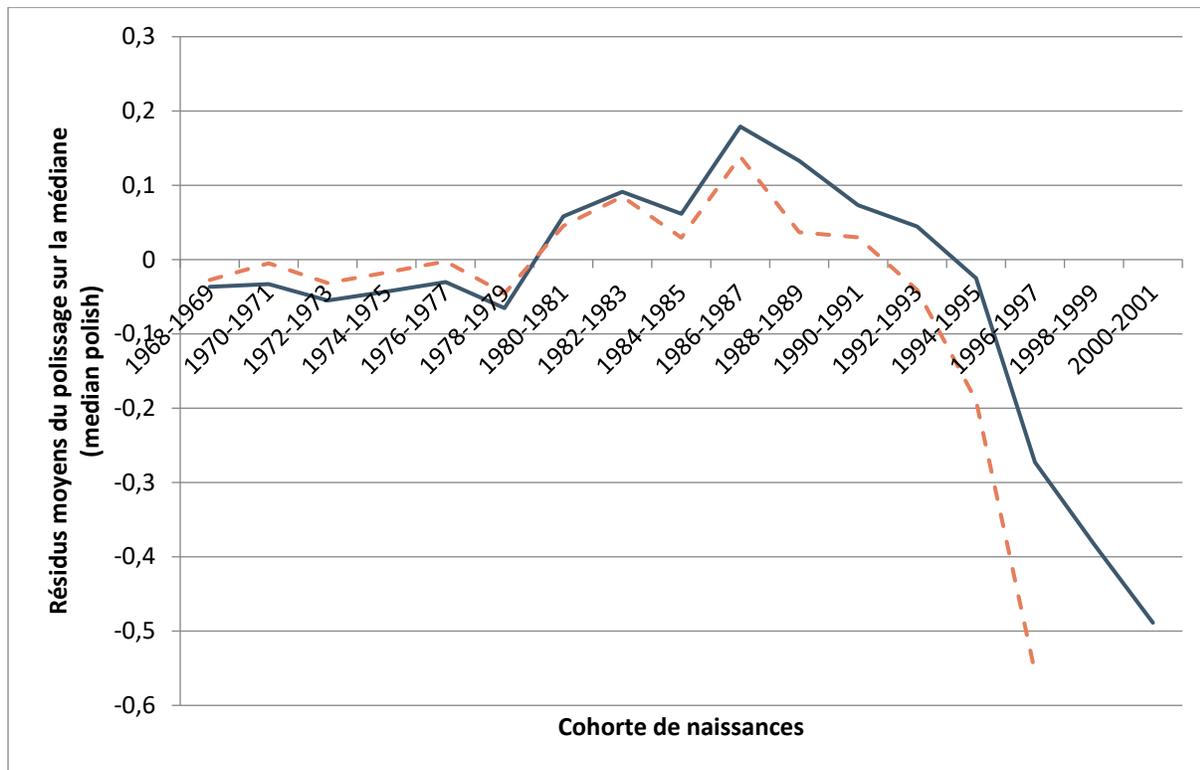
La tendance se veut moins nette chez les hommes, au sens où les prévalences observées chez les cohortes 1980-1981 et 1982-1983 (38 % et 40 % respectivement) sont presque atteintes ou même égalées par des cohortes subséquentes, soit celles de 1986-1987 (34 %), 1988-1989 (40 %) et 1992-1993 (32 %) dans le cas des 20-21 ans. Des observations similaires peuvent être émises pour la plupart des autres groupes d'âge adulte, ce qui suggère la présence d'effets de cohorte.

## 5.4 Analyse de l'effet de cohorte – Risque associé

Comme suggéré par l'approche graphique, des effets de cohorte indépendants de l'âge ou de la période semblent présents dans l'évolution de la prévalence de l'usage actuel de la cigarette entre 2000-2001 et 2017-2018. Afin de confirmer et de quantifier ces effets de cohorte, des analyses de régression sur les résidus obtenus par l'utilisation de la méthode du polissage sur la médiane qui permet d'éliminer les effets d'âge et de période ont été effectuées. Ces analyses permettent d'estimer le rapport de risque de l'usage actuel de la cigarette pour chaque cohorte de naissances comparativement à une cohorte de référence (1976-1977). Cette cohorte a été choisie comme référence du fait qu'elle ne se distinguait pas des cohortes antérieures (1968-1969 à 1974-1975) sur le plan statistique.

La courbe bleue de la figure 6 illustre l'effet de cohorte moyen de l'usage de la cigarette en fonction des cohortes de naissances considérées (1968-1969 à 2000-2001). Au regard des résultats obtenus pour la période 2000-2001 à 2017-2018, deux effets de cohorte distincts peuvent être identifiés, soit un à la hausse en milieu de courbe et un à la baisse en fin de courbe. La courbe en pointillé indique le résultat de l'analyse de sensibilité effectuée afin de vérifier si l'ajout des données de 2015-2016 et 2017-2018 introduit une modification notable aux observations produites. Comme on peut le constater, la tendance obtenue pour la période 2000-2001 à 2013-2014 est sensiblement la même que celle dégagée à partir de l'ensemble des données. Il est vrai qu'on observe un léger décalage entre les deux courbes, ce qui s'explique par le fait que les cohortes plus jeunes contribuent moins aux résultats suite au retrait des points de données 2015-2016 et 2017-2018.

Figure 6 Effet de cohorte moyen de l'usage de la cigarette selon la cohorte de naissances, hommes et femmes, Québec



Dans l'ensemble de la population âgée de 12 à 35 ans, le risque de faire un usage actuel de la cigarette est plus élevé chez les personnes nées en 1986-1987 ou en 1988-1989 (variations du risque par rapport à la cohorte de référence de 23 % et 18 % respectivement) (tableau 3). Ainsi, indépendamment de l'âge ou de la période d'enquête, les individus de ces deux cohortes seraient proportionnellement plus nombreux à faire usage de la cigarette que ceux de la cohorte de référence. Un deuxième effet de cohorte est noté chez les personnes nées entre 1996 et 2001, celles-ci présentant un risque d'usage de la cigarette plus faible que la cohorte de référence (variations du risque situées entre 22 % et 30 %).

Les mêmes analyses, réalisées cette fois en fonction du sexe, permettent de dégager un portrait de situation différent chez les hommes et les femmes (tableau 3). Un effet de cohorte relatif à un risque moindre d'usage de la cigarette est observé chez les hommes nés en 1996-1997 ou 1998-1999 (variation du risque par rapport à la cohorte de référence de -28 % et -32 % respectivement). Chez les femmes, l'effet de cohorte identifié se situe plutôt chez celles nées entre 1982 et 1989, au sens où elles présentent un risque accru d'usage de la cigarette par rapport aux femmes de la cohorte de référence (variations du risque situées entre 19 % et 26 %).

**Tableau 3 Rapport de risque (RR) de l'usage de la cigarette chez différentes cohortes de naissances de deux ans selon le sexe, Québec, 2000-2001 à 2017-2018**

Cohorte	Tous			Hommes			Femmes		
	RR	IC 95 %	Valeur <i>p</i>	RR	IC 95 %	Valeur <i>p</i>	RR	IC 95 %	Valeur <i>p</i>
1968-1969	1,01	0,82 – 1,24	0,956	0,95	0,77 – 1,17	0,616	1,10	0,90 – 1,34	0,333
1970-1971	1,00	0,81 – 1,23	0,979	0,96	0,78 – 1,19	0,712	1,03	0,84 – 1,25	0,788
1972-1973	0,98	0,81 – 1,18	0,796	0,93	0,77 – 1,13	0,463	1,02	0,85 – 1,22	0,838
1974-1975	0,99	0,83 – 1,18	0,887	0,98	0,81 – 1,17	0,806	0,99	0,84 – 1,18	0,944
1976-1977*	1	-	-	1	-	-	1	-	-
1978-1979	0,97	0,82 – 1,14	0,671	0,86	0,73 – 1,02	0,074	1,10	0,94 – 1,28	0,236
1980-1981	1,09	0,93 – 1,28	0,273	1,06	0,90 – 1,24	0,511	1,09	0,94 – 1,27	0,242
1982-1983	1,13	0,97 – 1,32	0,124	1,03	0,88 – 1,21	0,671	<b>1,26</b>	1,09 – 1,46	0,002
1984-1985	1,10	0,94 – 1,28	0,243	1,00	0,85 – 1,17	0,994	<b>1,24</b>	1,07 – 1,44	0,005
1986-1987	<b>1,23</b>	1,06 – 1,44	0,009	1,10	0,93 – 1,29	0,268	<b>1,19</b>	1,02 – 1,39	0,023
1988-1989	<b>1,18</b>	1,00 – 1,38	0,045	1,07	0,91 – 1,27	0,399	<b>1,20</b>	1,03 – 1,40	0,021
1990-1991	1,11	0,94 – 1,31	0,213	1,09	0,91 – 1,29	0,352	1,08	0,92 – 1,27	0,324
1992-1993	1,08	0,91 – 1,28	0,386	0,96	0,80 – 1,16	0,679	1,09	0,92 – 1,29	0,321
1994-1995	1,01	0,84 – 1,20	0,954	1,03	0,85 – 1,25	0,748	1,00	0,84 – 1,20	0,984
1996-1997	<b>0,78</b>	0,65 – 0,95	0,013	<b>0,72</b>	0,58 – 0,89	0,003	0,94	0,77 – 1,15	0,539
1998-1999	<b>0,70</b>	0,57 – 0,87	0,001	<b>0,68</b>	0,55 – 0,84	0,001	0,90	0,74 – 1,09	0,279
2000-2001	<b>0,74</b>	0,60 – 0,92	0,006						

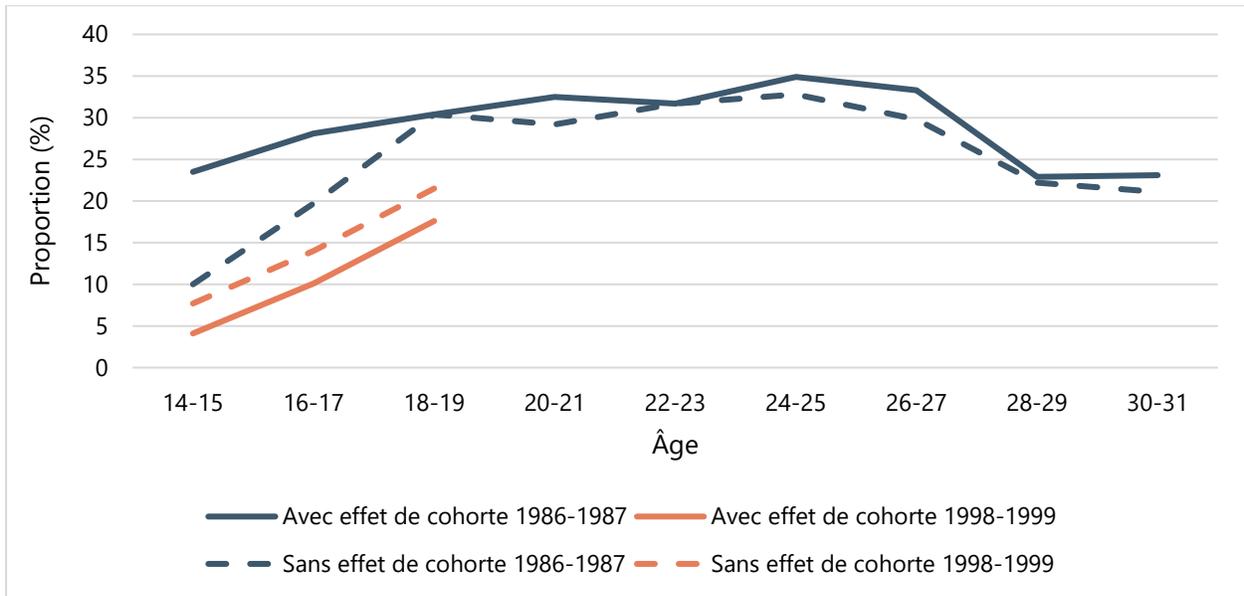
\* La cohorte 1976-1977 représente la cohorte de référence.

Note 1 : Les RR présentés en caractère gras sont statistiquement significatifs ( $p < 0,05$ ).

Note 2 : Les rapports de risque produits pour les hommes et les femmes de la cohorte 2000-2001 ne peuvent être diffusés en raison de coefficients de variation trop élevés.

On peut constater l'impact des effets de cohortes en illustrant l'écart qui existe entre la prévalence d'usage de la cigarette obtenue en incluant ou en excluant ces effets. En prenant en exemple la cohorte de 1986-1987, on constate que la prévalence est considérablement moins élevée lorsque l'on exclut l'effet de cohorte, et ce, plus particulièrement à l'adolescence (figure 7). Ceci signale un excès de prévalence d'usage de la cigarette chez les personnes nées en 1986-1987 par rapport à ce qui serait attendu s'il n'existait pas d'effet de cohorte. Une situation inverse est notée pour la cohorte 1998-1999. En effet, on obtient une prévalence d'usage de la cigarette moins élevée en conservant l'effet de cohorte, ce qui signifie que les personnes nées en 1998-1999 fument en moins forte proportion que ce à quoi on pourrait s'attendre sans la présence d'un effet de cohorte.

Figure 7 Prévalence de l'usage de la cigarette selon l'âge, avec ou sans effet de cohorte, hommes et femmes, Québec



## 6 DISCUSSION

Selon les données de l'ESCC 2017-2018, un peu moins d'un Québécois sur cinq (19 %) âgé de 12 à 35 ans fumait la cigarette tous les jours ou à l'occasion. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (22 %) que chez les femmes (16 %) et varie considérablement entre les adolescents et les jeunes adultes. En effet, on note un très grand écart entre la prévalence d'usage de la cigarette chez les 12-17 ans (5 %) et les 18-24 ans (23 %), cet écart étant présent autant chez les hommes que chez les femmes.

L'analyse des données recueillies par l'ESCC de 2000-2001 à 2017-2018 a permis de dégager les effets d'âge, de période et de cohorte en matière d'usage de la cigarette chez les adolescents et jeunes adultes québécois, une sous-population peu étudiée selon cette perspective bien qu'elle soit identifiée comme une cible d'intervention prioritaire.

Un **effet d'âge** très net est observé en ce qui concerne l'usage de la cigarette au Québec, soit une augmentation marquée à partir de l'adolescence et un sommet atteint près de la mi-vingtaine. En effet, les analyses portant sur l'effet global de l'âge ont permis de constater des augmentations très importantes entre 12-13 ans et 18-19 ans suivies de hausses plus légères jusqu'à 22-23 ans, où un plateau est atteint et se maintient jusqu'à 26-27 ans avant de redescendre progressivement.

Un **effet de période** est également constaté, soit une baisse progressive de l'usage de la cigarette entre 2000 et 2018 pour tous les groupes d'âge considérés. Notons toutefois que de plus fortes diminutions du tabagisme ont été enregistrées chez les 14 à 21 ans que chez les 22 à 35 ans.

Ces deux effets, âge et période, sont bien connus des acteurs de santé publique œuvrant dans le domaine de la lutte contre le tabagisme du fait qu'ils ont déjà été observés au Canada et aux États-Unis (Cornelius, Loretan, Wang, Jamal et Homa, 2022; Reid, Hammond, Tariq, Burkhalter, Rynard, et collab., 2019; US Department of Health and Human Services, 2014). Un troisième type d'effet, l'effet de cohorte, a déjà été observé au Canada par une étude ayant combiné les données des cycles 2003, 2005 et 2007-2008 de l'ESCC pour étudier l'initiation au tabagisme parmi la sous-population formée des 12 à 24 ans (Birkett, 2014). Une autre étude canadienne, réalisée à partir des données ontariennes des cycles 2003 à 2013-2014, a également détecté des effets de cohortes en détaillant l'évolution de l'usage de la cigarette en Ontario entre 1965 et 2013 (Manuel, Wilton, Bennett, Rohit Dass, Laporte, et collab., 2020).

La valeur ajoutée du présent rapport est qu'il illustre la présence d'**effets de cohorte**, indépendants de l'âge ou de la période, dans l'évolution de la prévalence de l'usage de la cigarette au Québec entre 2000-2001 et 2017-2018. Deux effets de cohorte distincts sont identifiés chez les Québécois de 12 à 35 ans. Un effet à la hausse est constaté pour les cohortes

nées en 1986-1987 ou 1988-1989, soit les personnes dans la mi-trentaine en 2022. Un effet à la baisse est noté pour les cohortes nées en 1996-1997, 1998-1999 ou 2000-2001, soit les personnes âgées de 21 à 26 ans en 2022. Ceci signifie qu'indépendamment de l'âge ou de la période d'enquête, les individus de ces cohortes se retrouvent respectivement en plus ou moins grande proportion à faire usage de la cigarette que ceux de la cohorte de référence âgée de 45-46 ans en 2022 (1976-1977). L'effet de cohorte à la hausse semble être davantage l'attribut des femmes (cohortes de 1982-1983 à 1988-1989), alors que l'effet de cohorte à la baisse se retrouve principalement chez les hommes (cohortes de 1996-1997 et 1998-1999). Un certain nombre d'hypothèses peuvent être émises afin d'expliquer la présence de ces effets de cohorte.

## 6.1 Une hausse de l'usage de la cigarette chez les personnes nées à la fin des années 1980

L'effet de cohorte à la hausse est observé chez les personnes nées en 1986-1987 ou en 1988-1989, qui en 2000-2001 étaient âgées de 12 à 15 ans. À ce moment-là, les taxes sur le tabac se situaient à un très faible niveau au Québec, depuis la baisse instaurée en 1994. Il est bien connu que le prix des produits du tabac est un facteur déterminant dans le développement ou le maintien du tabagisme, et que des hausses du niveau de taxation des produits du tabac entraînent une baisse de la prévalence d'usage de ces produits (Chaloupka, Yurekli et Fong, 2012; Parks, Patrick, Levy, Thrasher, Elliott, et collab., 2022; Zhang, Cohen, Ferrence et Rehm, 2006). Selon une étude longitudinale effectuée aux États-Unis auprès de 15 échantillons annuels successifs d'élèves de 12<sup>e</sup> année (2000-2014), une augmentation d'un dollar du prix du paquet de cigarettes correspondait à une diminution de 72 % de la probabilité d'initiation au tabagisme (Rapport de cotes ajusté [RCA] = 0,28) et à une diminution de 70 % de la probabilité de progresser vers le tabagisme quotidien (RCA = 0,30) (Parks et collab., 2022).

À l'inverse, une réduction du prix des cigarettes serait associée à une augmentation du tabagisme. Une étude canadienne utilisant les données longitudinales des deux premiers cycles (1994-1995 et 1996-1997) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) a déterminé qu'approximativement 10 % des jeunes adultes non fumeurs de 20 à 24 ans s'étaient initiés au tabagisme en 1996-1997 (Zhang et collab., 2006), suite à la baisse des taxes sur le tabac en 1994. Le prix réduit des cigarettes était significativement associé à l'initiation au tabagisme, chaque dollar de réduction du prix d'une cartouche de cigarettes entraînant une augmentation de 15 % de la probabilité d'initiation au tabagisme (RCA = 1,15). Ainsi, le faible prix des cigarettes pourrait avoir eu pour effet de favoriser l'initiation à l'usage du tabac chez les adolescents québécois de l'époque et, pour certains, le développement d'une dépendance à la nicotine et le maintien de la consommation de tabac à l'âge adulte.

Cette période coïncide également avec un jugement de la Cour Suprême du Canada qui, en septembre 1995, « a annulé certaines dispositions de la *Loi réglementant les produits du tabac* qui établissaient une interdiction générale de toute publicité et promotion des produits du

tabac, sous réserve d'exceptions particulières, et exigeaient que des mises en garde non attribuées figurent sur l'emballage de ces produits » (Cour Suprême du Canada, 1995). Cette situation a perduré jusqu'en avril 1997, moment où a été sanctionnée la *Loi sur le tabac* (projet de loi C-71) qui venait « réglementer l'étiquetage des produits du tabac, leur promotion et leur composition ainsi que l'accès à ces produits par les jeunes. La publicité du tabac, les commandites, les témoignages de personnalités, les étalages aux points de vente et les noms de marques sur les accessoires étaient au nombre des formes précises de promotion touchées par cette loi » (Dunsmuir, 1998).

Un point demeure toutefois à éclaircir, soit les raisons pour lesquelles on observe un risque accru d'usage de la cigarette chez les femmes des cohortes de 1982-1983 à 1988-1989, mais non chez les hommes des mêmes cohortes. À ce sujet, notons qu'un rapport de surveillance avait précédemment identifié une réduction de l'écart hommes-femmes en matière d'usage de la cigarette au Québec au début des années 2000 chez les 15 ans et plus (Bernier et Hamel, 2006). Alors que la prévalence du tabagisme chez les hommes passait de 39 % à 28 % entre 1994-1995 et 2003, on observait une réduction de seulement six points de pourcentage chez les femmes (de 32 % à 26 %). En 2003, les femmes des cohortes 1982-1983 à 1988-1989 étaient âgées de 11 à 21 ans, ce qui équivaut à une période de la vie où est susceptible de se produire l'initiation au tabagisme ou la consolidation de l'usage du tabac. De plus, une étude canadienne utilisant les données combinées de trois cycles de l'ESCC a détecté un fort accroissement du tabagisme chez les jeunes dans les années ayant suivi la réduction des taxes sur le tabac en 1994, cette augmentation étant plus marquée chez les femmes bien que présente pour les deux sexes (Birkett, 2014). Il semblerait ainsi qu'une plus forte proportion de jeunes femmes que de jeunes hommes se soient initiés au tabagisme à cette période. Des éléments propres au contexte socioculturel de l'époque entrent possiblement en jeu quant à rendre compte de ce phénomène, ce que les données analysées ne permettent pas de vérifier.

Il est également possible que des changements survenus au cours des années 1990 dans les pratiques de marketing des produits du tabac aient eu un rôle à jouer sur le tabagisme des femmes dans les années subséquentes. Par exemple, un rapport du *Surgeon General* paru en 2001 indique en effet que les femmes américaines ont été intensément visées par le marketing des produits du tabac au courant des années 1990, et que les cigarettiers avaient à cet effet développé des produits, des publicités et des promotions ciblant particulièrement les clientèles féminines (US Department of Health and Human Services, 2001). Les thèmes exploités par l'industrie du tabac étaient la désirabilité sociale et l'indépendance, le tout véhiculé par des publicités mettant en vedette des mannequins au physique élancé et athlétique. Entre 1995 et 1998, les dépenses en promotion et en publicité des produits du tabac aux États-Unis ont augmenté de 37 %, soit de 4,9 milliards à 6,7 milliards de dollars.

Une étude européenne ayant examiné l'évolution de l'usage de la cigarette entre 1985 et 2000 indique pour sa part que la prévalence et le nombre de cigarettes fumées ont augmenté simultanément chez les femmes de plusieurs pays (Allemagne, Danemark, Espagne, Finlande, Italie, Suède) au cours de cette période (Giskes, Kunst, Benach, Borrell, Costa, et collab., 2005). Les chercheurs ont aussi noté que les femmes moins éduquées étaient plus affectées par cette hausse du tabagisme. Il serait ainsi intéressant que de futurs travaux québécois tiennent compte du niveau d'éducation afin de vérifier si les tendances identifiées en Europe sont également observées au Québec au cours des années 2000, ce qui contribuerait à nuancer l'effet de cohorte observé chez les femmes nées entre 1982 et 1989.

## **6.2 Une baisse de l'usage de la cigarette chez les personnes nées à la fin des années 1990**

### **6.2.1 Des environnements favorables au non-usage du tabac**

Les personnes nées entre 1996-1997 et 2000-2001, chez lesquelles un effet de cohorte à la baisse a été observé, ont été exposées très jeunes à de nombreuses mesures législatives visant à mettre en place des environnements favorables au non-usage du tabac.

De 1998 à 2015, l'usage du tabac a été graduellement interdit dans tous les lieux de travail et les lieux publics intérieurs au Québec, de même que dans plusieurs lieux extérieurs fréquentés par les jeunes. À partir de 2006, il est devenu complètement interdit de fumer dans les restaurants et les bars.

Toujours en 2006, alors que ces jeunes étaient âgés de cinq à dix ans et qu'ils fréquentaient l'école primaire, il devenait interdit de fumer sur les terrains des écoles primaires et secondaires. Tant le corps enseignant et administratif que les parents étaient visés par cette loi. Les élèves ne pouvaient donc plus voir des personnes d'influence fumer près d'eux quand ils fréquentaient l'école, soit durant une bonne partie de la journée.

En 2015, l'usage du tabac devenait interdit dans une voiture en présence d'une personne âgée de moins de 16 ans. Les parents de ces jeunes devaient donc s'abstenir de fumer dans leur voiture en présence de leurs enfants.

Ainsi, les jeunes de ces trois cohortes ont été moins exposés à la fumée de tabac et au geste de fumer, tant dans des lieux publics extérieurs que dans des lieux intérieurs. De plus, ces mesures ont possiblement encouragé leurs parents et des personnes d'influence auprès d'eux à faire une tentative de renoncement au tabac et à avoir recours à différents services et outils pour les soutenir, lesquels ont été grandement promus dans les divers médias : aides pharmacologiques, site Internet, ligne téléphonique, professionnels de la santé, etc.

## **Une réduction de la promotion et de l'accès aux produits du tabac**

En 2008, on ne pouvait plus voir d'étalages de produits du tabac dans les commerces, qui étaient prédominants à l'époque. De plus, il devenait impossible d'acheter des cigareilles ou petits cigares dans un emballage contenant moins de 10 unités ou des produits du tabac à un coût moindre que 10 dollars (à partir de 2009), ce qui rendait le tabac beaucoup moins accessible aux jeunes fumeurs qui en général ont accès à des ressources financières limitées. À titre d'exemple, le prix d'un paquet de 20 cigarettes de marque Budget, une marque au rabais, pouvait être aussi bas que 4,95 \$ en 2008 (Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, 2017).

## **Des images percutantes et une disparition des arômes**

Les individus des cohortes moins âgées ont presque toujours vu sur les paquets de cigarettes des images percutantes illustrant les méfaits du tabagisme sur la santé, une mesure entrée en vigueur en 2001. Un peu avant d'avoir l'âge légal pour acheter du tabac, soit en 2016, la cohorte née en 2000-2001 a assisté à la disparition des produits du tabac aromatisés sur le marché québécois, produits très attrayants pour les jeunes en raison des saveurs masquant le goût âpre des cigarettes.

## **L'importance de mesures complémentaires de lutte contre le tabagisme**

Sans pouvoir attribuer à une mesure en particulier l'effet de cohorte à la baisse observé dans cette étude, l'implantation d'un ensemble de mesures complémentaires pour prévenir l'initiation au tabagisme et réduire la prévalence de l'usage du tabac dans la population fait consensus au niveau international. En effet, la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac (Organisation mondiale de la santé, 2003) reconnaît l'efficacité d'une diversité de mesures visant à réduire la demande de tabac (mesures fiscales et financières; mesures législatives, exécutives ou administratives; activités de communication et de sensibilisation du public; mesures visant à promouvoir et à traiter la dépendance au tabac), à protéger la population contre l'exposition à la fumée du tabac, ainsi qu'à réduire l'offre de tabac (lutte au commerce illicite, interdiction de la vente aux mineurs et par les mineurs, fourniture d'un appui à des activités de remplacement économiquement viables). La mise en place de plusieurs de ces mesures de manière simultanée ou assez rapprochée dans le temps apparaît générer un effet synergique favorisant la réduction de l'initiation au tabagisme chez les jeunes et de l'usage de produits du tabac dans la population générale.

Comment expliquer que cet effet de cohorte ne soit observé que chez les hommes et non chez les femmes des cohortes de 1996-1997 et 1998-1999? Un examen des données de prévalence selon l'âge nous révèle que l'usage de la cigarette a connu un fort déclin chez les hommes de 18-19 ans entre la cohorte de 1994-1995 (27 %) et celles de 1996-1997 (12 %) et 1998-1999

(18 %), alors que la baisse observée chez les femmes du même âge est de moindre ampleur (de 23 % à 20 % et 18 % respectivement). Les variations de prévalence étant moins marquées pour les autres groupes d'âge concernés (de 12-13 ans à 20-21 ans), il est possible que des éléments de contexte particuliers ayant trait au fait d'avoir atteint l'âge adulte entre 2014 et 2018 chez les garçons aient joué un rôle quant à l'apparition d'un effet de cohorte à la baisse chez ceux-ci.

Il faut également considérer la possibilité que la diminution marquée de la prévalence d'usage de la cigarette chez les cohortes plus jeunes, et particulièrement chez les hommes, soit liée à une transition du mode de consommation de la nicotine, c'est-à-dire de la cigarette traditionnelle vers la cigarette électronique. Ces adolescents avaient entre 11 et 16 ans au moment où la cigarette électronique a fait son apparition sur le marché québécois en 2011-2012. Or, ce nouveau produit a suscité un engouement sans précédent chez ceux-ci. La prévalence d'usage des produits de vapotage a en effet augmenté de manière considérable chez les adolescents québécois au cours des dernières années, et ce, particulièrement chez les garçons. Un écart statistiquement significatif de quatre points de pourcentage a en effet été observé entre les garçons et les filles non fumeurs en 2016-2017 (9 % c. 5 %) et en 2018-2019 (15 % c. 11 %) (Lasnier et Montreuil, 2022). De plus, des données d'enquête recueillies entre novembre 2019 et mars 2020 indiquent que la prévalence d'usage de la cigarette électronique se situe à 18 % chez les étudiants québécois de niveau collégial (21 % chez les hommes et 16 % chez les femmes), comparativement à 10 % pour la prévalence d'usage de la cigarette traditionnelle (10 % chez les hommes et 10 % chez les femmes) (Santé Canada, 2020).

Ces constats fournissent un certain soutien à l'hypothèse voulant que l'effet de cohorte à la baisse chez les hommes soit en partie un produit du passage de l'usage de la cigarette à celui de la cigarette électronique. Il sera ainsi important de suivre l'évolution de l'usage de cette forme de nicotine au cours des prochaines années, alors que l'encadrement de ce produit tend à s'inscrire dans la même lignée que celui des produits du tabac.

### **Un effet de cohorte similaire observé pour la consommation excessive d'alcool?**

Les analyses réalisées dans le cadre de cette étude permettent de constater dans un premier temps qu'une hausse importante de la prévalence d'usage de la cigarette a lieu à 18-19 ans, lors de l'atteinte de l'âge légal pour se procurer des produits du tabac, et que les prévalences les plus élevées se retrouvent chez les jeunes adultes de 22 à 25 ans. Les auteurs d'une étude québécoise ayant examiné la consommation excessive d'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes ont fait des constats assez similaires (Tessier et collab., 2014). Notons toutefois que leurs analyses ont été réalisées à partir des données de l'ESCC 2000-2001 à 2011-2012 et n'incluent pas les cycles 2013-2014 à 2017-2018.

On observe également un recoupement entre les deux effets de cohorte observés dans chacune des deux études. Alors qu'un effet de cohorte à la hausse a été détecté par rapport au risque d'usage de la cigarette chez les personnes nées entre 1986 et 1989, un effet similaire a été enregistré pour la consommation excessive d'alcool chez les personnes nées entre 1982 et 1989 (Tessier et collab., 2014). De même, l'effet de cohorte influençant à la baisse le risque de fumer la cigarette, noté chez les personnes nées entre 1996 et 2001, semble se répliquer pour la consommation excessive d'alcool chez la cohorte née en 1994-1995. Comme les cohortes subséquentes ne sont pas couvertes par l'étude de Tessier et collab. (2014), il n'est toutefois pas possible de vérifier si cet effet de cohorte s'est maintenu chez les personnes nées à partir de 1996.

### **Limites de l'étude**

La présente étude comporte un certain nombre de limites. D'abord, le choix a été fait d'inclure les données des cycles 2015-2016 et 2017-2018 dans les analyses bien qu'il y ait d'importantes limites méthodologiques quant à leur comparaison avec celles des cycles antérieurs de l'enquête. En effet, Statistique Canada recommande de ne pas combiner ou comparer de manière temporelle les données des cycles 2015-2016 et 2017-2018 à celles des cycles précédents, car il serait difficile de déterminer si un écart détecté reflète effectivement la réalité ou s'il doit être attribué aux différences méthodologiques entre les cycles d'enquête. Afin de vérifier la présence d'un biais marqué lié à l'inclusion des données des cycles 2015-2016 et 2017-2018, une analyse de sensibilité a été réalisée en les excluant. Comme les résultats obtenus suite à cette analyse sont similaires sur le plan statistique à ceux produits avec l'ensemble des données, il est considéré que l'inclusion des cycles d'enquêtes 2015-2016 et 2017-2018 n'a entraîné qu'un faible niveau de biais dans les analyses principales.

Notons également qu'une forte baisse de la prévalence d'usage de la cigarette (quatre points de pourcentage) a été enregistrée entre les deux premiers cycles de l'ESCC, soit 2000-2001 et 2003, comparativement aux baisses plus modestes observées dans les cycles suivants. Cet écart pourrait être en partie imputable à la variation du mode de collecte des données : alors que 50 % des entrevues ont été menées en face à face (et 50 % par téléphone) en 2000-2001, seulement 30 % des entrevues ont été conduites en personne (et 70 % par téléphone) en 2003 (Bernier et Hamel, 2006). Sachant que les individus tendent généralement en plus grande proportion à se déclarer fumeurs lors d'une entrevue en face à face qu'au téléphone (Physicians for a Smoke-Free Canada, 2021), il est possible que l'écart important entre les deux prévalences d'usage de la cigarette soit en partie imputable au mode de collecte employé.

Une autre limite porte sur l'indicateur de tabagisme employé dans l'étude, soit l'usage actuel de la cigarette. De par sa définition, cet indicateur ne tient pas compte de l'usage de produits du tabac autres que la cigarette, ce qui signifie que les conclusions tirées des analyses ne s'appliquent pas à ces produits. La décision a été prise de ne pas considérer ces produits du fait

que les différents cycles de l'ESCC ne contiennent pas tous les mêmes questions d'enquête à ce sujet. Bien que l'usage du cigare, de la pipe, du tabac à priser et du tabac à chiquer ait été mesuré dès le premier cycle de l'ESCC en 2000-2001 et jusqu'en 2017-2018, à l'exception du cycle 2005, les premières questions d'enquête de l'ESCC portant sur l'usage du cigarillo/petit cigare ou de la shisha (pipe à eau) n'ont été posées qu'à partir du cycle 2015-2016.

Bien que les produits du tabac autres que la cigarette aient seulement été consommés par une petite minorité d'individus au cours de la période considérée dans l'étude, il doit tout de même être mentionné que le cigarillo ou petit cigare était utilisé par une importante proportion d'adolescents au milieu des années 2000. Selon l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ) de 2006-2007, environ 19 % des élèves québécois du secondaire avaient fait usage du cigarillo ou du cigare dans le dernier mois, cette proportion ayant diminué par la suite à 10 % en 2010-2011 (Lasnier, 2014) suite à l'interdiction de la vente de cigarettes et de cigarillos contenant des arômes autres que ceux de menthe ou menthol. Notons que la forte prévalence d'usage du cigarillo observée en 2006-2007 est survenue à un moment où les cohortes les plus jeunes de notre étude (1996-1997 à 2000-2001), pour lesquelles un effet de cohorte à la baisse en matière d'usage de la cigarette a été observé, n'étaient pas réalistement en âge de s'initier au tabagisme. Ceci suggère que l'usage du cigarillo ou petit cigare n'a pas contribué de manière notable à l'observation d'un effet de cohorte chez les Québécois nés entre 1996 et 2001.

Afin de conserver des tailles échantillonnelles suffisantes pour la conduite des analyses, aucune distinction n'a été faite entre l'usage quotidien et occasionnel de la cigarette. Sachant qu'il est vraisemblable que les fumeurs adolescents ou jeunes adultes se retrouvent en plus forte proportion que les fumeurs plus âgés à faire un usage occasionnel de la cigarette, il convient ainsi de nuancer les résultats obtenus quant à l'impact des effets identifiés sur le fardeau sanitaire lié au tabagisme.

Considérons également que l'emploi de groupes d'âge de deux ans entraîne une plus forte variabilité des estimations que si des groupes d'âge de cinq ou dix ans avaient été employés, en raison de tailles échantillonnelles plus faibles. Le choix a malgré tout été fait d'employer des groupes d'âge de deux ans pour respecter la structure biennale des cycles de l'ESCC et ainsi être en mesure d'utiliser l'ensemble des cycles de l'enquête dans les analyses.

Précisons par ailleurs que l'émission d'inférences sur l'effet des mesures législatives et des actions de lutte contre le tabagisme mises en place au Québec comporte d'importantes limites. Une des limites tient au fait que plusieurs mesures ont été mises en place dans une période très rapprochée, ce qui complexifie considérablement la distinction de l'effet d'une mesure donnée par rapport à une autre instaurée la même année par exemple. De plus, il existe possiblement divers facteurs non pris en compte dans l'étude qui sont susceptibles d'avoir une influence sur l'évolution de la prévalence du tabagisme au Québec. Ainsi, les inférences pouvant être émises par rapport à l'effet d'une mesure sur la prévalence de l'usage de la cigarette au sein des

différentes cohortes de naissances doivent être considérées comme de simples hypothèses explicatives, du fait qu'il n'est pas possible de les confirmer ou de les infirmer par l'entremise des données d'enquête utilisées.

Il faut finalement mentionner qu'un suivi temporel de seulement 19 années restreint la portée et l'application d'un modèle âge-période-cohorte, ce type d'analyse statistique bénéficiant en général de l'inclusion d'ensembles de données s'échelonnant sur plusieurs décennies. Le choix a été fait de considérer uniquement les données de l'ESCC disponibles au moment de la réalisation des travaux, afin de ne pas introduire de biais supplémentaire lié à la méthodologie d'échantillonnage et de collecte de données employée par d'autres enquêtes.

## 7 CONCLUSION

Les résultats d'analyse présentés dans le rapport permettent de distinguer trois différents types d'effet ayant influencé la prévalence du tabagisme entre 2000 et 2018, dont un effet d'âge voulant que le tabagisme augmente à partir de l'adolescence pour atteindre un sommet près de la mi-vingtaine et redescendre progressivement par la suite. Un deuxième effet, de période, se traduit par le fait que l'usage de la cigarette a diminué de 2000 à 2018 chez les 12-35 ans. Finalement, des effets de cohorte de sens inverse ont été observés, soit une hausse du tabagisme chez les personnes nées à la fin des années 1980 et une baisse chez celles nées à la fin des années 1990.

Depuis le début des années 2000, la mise en place de mesures complémentaires de lutte contre le tabagisme s'est intensifiée, ce que plusieurs considèrent comme un succès de santé publique. Bien qu'on ne puisse pas imputer à ces mesures d'effet causal ou associatif sur l'évolution de la prévalence du tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes québécois, il est à considérer que les personnes nées dans les années 1990 ont vécu leur adolescence dans un environnement où de nombreuses mesures législatives visant à mettre en place des environnements favorables au non-usage du tabac, à réduire la visibilité des produits du tabac et à bannir la vente de produits du tabac aromatisés étaient en vigueur. Ils ont aussi été exposés de manière précoce aux campagnes nationales et régionales de sensibilisation aux dangers du tabagisme et aux mises en garde graphiques imprimées sur les paquets de cigarettes.

Par ailleurs, les interventions visant à favoriser le renoncement au tabac au Québec pourraient accorder une attention particulière aux fumeurs nés à la fin des années 1980, donc dans la trentaine en 2022. Les femmes de cette tranche d'âge, en particulier, présentent un excès de prévalence d'usage de la cigarette par rapport aux femmes plus âgées. Plusieurs éléments seront à surveiller dans les analyses incluant des cohortes futures, dont l'arrivée sur le marché de la cigarette électronique, l'écart qui se creuse entre le Québec et les autres provinces quant au prix moins élevé des produits du tabac, ainsi que la pandémie de COVID-19 qui a poussé plusieurs fumeurs à fumer davantage de cigarettes.

## 8 RÉFÉRENCES

- Australian Government Preventative Health Taskforce. *Tobacco Control in Australia: Making smoking history. Technical report No2*. Canberra, AU: Australian Government, 2008.
- Banque Mondiale. *La lutte anti-tabac en un clin d'œil*. Washington, DC: Banque Mondiale, 2003. <https://documents1.worldbank.org/curated/fr/680031468336048338/pdf/231790BRI0FREN10Box345620B01PUBLIC1.pdf>
- Bernier S, Hamel D. *Évolution de l'usage de la cigarette chez les Québécois de 15 ans et plus de 1994-1995 à 2003*. Québec, QC : Institut national de santé publique du Québec, 2006.
- Birkett NJ. The impact of taxation reduction on smoking in youth between 1990 and 1999: Results from a reconstructed cohort analysis of the Canadian Community Health Surveys. *PLoS One* 2014;9(4):e93412.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Best practices for comprehensive tobacco control programs*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007.
- Chaloupka FJ, Yurekli A, Fong GT. Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tob Control* 2012;21:172-180.
- Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. *Pour un encadrement fiscal optimal et cohérent en matière de tabac, incluant une politique de prix robuste*. Montréal, Québec : Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, 2017.
- Cornelius ME, Loretan CG, Wang TW, Jamal A, Homa DM. Tobacco Product Use Among Adults—United States, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022;71:397–405.
- Cour Suprême du Canada. *RJR-MacDonald Inc. c. Canada (Procureur général)*. Ottawa, ON: Cour Suprême du Canada, 1995. <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/1290/index.do>
- Dobrescu A, Bhandari A, Sutherland G, Dinh T. *The costs of tobacco use in Canada, 2012*. Ottawa, ON: The Conference Board of Canada, 2017.
- Dufour C, Lalonde A-M, Defoy G. *Loi concernant la lutte contre le tabagisme – Rapport de mise en œuvre 2015-2020*. Québec, QC : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2020.
- Dunsmuir M. *Lois fédérales et mesures réglementaires*. Ottawa, Ontario : Division du droit et du gouvernement, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, 1998.
- Dupuis J. *Fiscalité des produits du tabac*. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada, Direction de la recherche parlementaire, Division de l'économie, 1998. <https://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/modules/prb98-8-tobacco/fiscalite.htm>

- Gilmore J. *Report on Smoking in Canada, 1985–2001*. Ottawa, ON: Statistique Canada, 2002.
- Giskes K, Kunst AE, Benach J, Borrell C, Costa G, Dahl E, Dalstra JAA, Federico B, Helmer U, Judge K, Lahelma E, Moussa K, Ostergren PO, Platt S, Prattala R, Rasmussen NK, Mackenbach JP. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:395-401.
- Organisation mondiale de la santé. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac*. Genève, CH : Organisation mondiale de la santé, 2003.
- Keyes KM, Li G. (2010). A multiphase method for estimating cohort effects in age period contingency table data. *Ann Epidemiol* 2010;20(10):779–785.
- Korn EL, Graubard BI. *Analysis of health surveys*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc., 1999.
- Lasnier B. *Prévalence de l'usage de cigarettes et de cigares ou cigarillos chez les élèves québécois : 2010-2011*. Montréal, QC : Institut national de santé publique du Québec, 2014.
- Lasnier B, Montreuil A. *Portrait de l'usage de la cigarette électronique chez les élèves du secondaire au Québec et dans le reste du Canada, 2018-2019*. Montréal, QC : Institut national de santé publique du Québec, 2022.
- Légaré G, Hamel D. An age-period-cohort approach to analyzing trends in suicide in Quebec between 1950 and 2009. *Can J Public Health* 2013;104(2):e118-e123.
- Manuel DG, Wilton AS, Bennett C, Rohit Dass A, Laporte A, Holford TR. Smoking patterns based on birth-cohort-specific histories from 1965 to 2013, with projections to 2041. *Health Rep* 2020;31(11):16–31.
- Montreuil A. *Synthèse de connaissances sur l'efficacité des interventions de contremarketing pour prévenir l'initiation au tabagisme chez les jeunes*. Montréal, QC : Institut national de santé publique du Québec, 2017.
- Parks MJ, Patrick ME, Levy DT, Trasher JF, Elliott MR, Fleischer NL. Cigarette Pack Price and Its Within-Person Association with Smoking Initiation, Smoking Progression, and Disparities among Young Adults. *Nicotine Tob Res* 2022;24(4):519–528.
- Physicians for a Smoke-Free Canada. *Smoking prevalence estimates produced by the Canadian Community Health Survey for in-person and telephone interviews*. Ottawa, ON: Physicians for a Smoke-Free Canada, 2021. <https://www.smoke-free.ca/SUAP/2021/CCHS-personalvstelephone.pdf>
- Reid JL, Hammond D. *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2017 Edition (Supplement: Tobacco Control Policies in Canada)*. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo, 2017.
- Reid JL, Hammond D, Tariq U, Burkhalter R, Rynard VL, Douglas O. *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2019 Edition*. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo, 2019.

- Santé Canada. *La stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme – Mise à jour*. Ottawa, ON : Santé Canada, 2005. <https://publications.gc.ca/collections/Collection/H46-2-05-415F.pdf>
- Santé Canada. *Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogues dans les établissements d'enseignement postsecondaire (ECCADEEP) 2019-2020*. Fichier de microdonnées à grande diffusion. Ottawa, ON : Santé Canada, 2020.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2000-2001*. Fichier de microdonnées à grande diffusion. Ottawa, ON : Statistique Canada, 2002.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2016 – composante annuelle*. Guide de l'utilisateur. Ottawa, ON : Statistique Canada, 2017.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2017-2018*. Fichier de microdonnées à grande diffusion. Ottawa, ON : Statistique Canada, 2019.
- Tessier S, Hamel D, April N. *La consommation excessive d'alcool chez les jeunes Québécois : portrait et évolution de 2000 à 2012*. Québec, QC : Institut national de santé publique du Québec, 2014.
- Tremblay M, Roy JM. *Plan québécois d'abandon du tabagisme : État de situation après 10 ans d'implantation*. Québec, QC : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2013.
- United Kingdom Department of Health. *A Smokefree future: A comprehensive tobacco control strategy for England*. London, UK: United Kingdom Department of Health, 2010.
- US Department of Health and Human Services. *Women and Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2001.
- US Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
- US National Cancer Institute and World Health Organization. *The Economics of Tobacco and Tobacco Control*. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization; 2016.
- Zhang B, Cohen J, Ferrence R, Rehm J. The Impact of Tobacco Tax Cuts on Smoking Initiation Among Canadian Young Adults. *Am J Prev Med* 2006;30(6):474-479.

## ANNEXE 1 INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

### Les premières actions de lutte contre le tabagisme

La lutte contre le tabagisme au Québec a commencé au milieu des années 1980 avec l'adoption, en 1986, de la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics* ayant pour objectif de « régir l'usage du tabac dans certains lieux publics afin de mieux protéger la santé et le bien-être des non-fumeurs ». Les organismes gouvernementaux, municipaux et scolaires, de même que les établissements de santé et de services sociaux et les transports publics étaient visés par cette loi sous la responsabilité du ministère de l'Environnement du Québec (MENVIQ).

Les années 1985-1993 ont vu des augmentations progressives des taxes sur le tabac. Puis, en 1994, pour faire face à une contrebande florissante des produits du tabac, le gouvernement réduisait les taxes de moitié tout en s'engageant à investir financièrement dans diverses mesures. C'est ainsi qu'en 1994, le premier Plan québécois de lutte contre le tabagisme voyait le jour, et que la lutte contre le tabagisme était identifiée comme l'une des sept priorités nationales de santé publique pour la période 1997-2002 (Dufour, Lalonde et Defoy, 2020).

Mentionnons qu'à cette époque, près de quatre Québécois sur dix faisaient usage du tabac (Gilmore, 2002) et que peu de professionnels de la santé publique étaient investis de ce dossier.

La prochaine section présente les principales interventions de lutte contre le tabagisme déployées ou diffusées à la grandeur du Québec. Il est à noter que plusieurs autres interventions, offertes à l'ensemble de la province mais implantées localement ou régionalement, de même que plusieurs interventions réalisées à l'échelle canadienne ne sont pas décrites ici, ce qui ne diminue en rien leur importance.

### Des campagnes médiatiques québécoises à grand déploiement

Les campagnes médiatiques font partie du paysage québécois depuis fort longtemps, la troisième semaine de janvier faisant l'objet depuis nombre d'années d'une campagne annuelle promouvant le non-usage du tabac. L'édition 2022 de la campagne était la 45<sup>e</sup> diffusée par le Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS). Cette campagne médiatique d'envergure de la **Semaine pour un Québec sans tabac** est diffusée à la télévision, à la radio, dans la presse écrite, sur Internet, ainsi que dans les milieux de santé et de travail, par le biais d'affiches, de dépliants et d'autres outils promotionnels. En général, cette campagne s'adresse à l'ensemble de la population, mais elle cherche aussi à rejoindre davantage certains groupes grâce à l'utilisation de stratégies qui les ciblent.

De 2000 à 2004, cette intervention vise les fumeurs en misant sur les avantages de cesser de fumer et les moyens d'y parvenir. En 2005 et 2006, dans le contexte de la volonté du Québec

d'adopter de nouvelles mesures de protection de la santé de la population, dont l'interdiction complète de fumer dans les restaurants et les bars, la campagne oriente sa thématique vers l'importance de réduire l'exposition à la fumée de tabac. De 2007 à 2011, la campagne promeut une vision plus englobante de la lutte contre le tabagisme en misant sur les avantages de vivre dans une société où la présence du tabac diminue, avec des slogans variant sur le thème de promouvoir et réaliser « un monde sans fumée ». De 2012 à 2018, cette intervention annuelle cible les fumeurs et leurs proches par une illustration-choc des effets dévastateurs du tabac sur la santé.

Pendant neuf ans (2003 à 2011), les publicités télévisées de cette campagne prennent la forme de témoignages de quelque 200 personnalités de la télévision québécoise qui, selon les années, parlent de leur expérience d'avoir arrêté de fumer, de l'importance qu'elles accordent à éviter d'exposer leurs proches à la fumée de tabac ou de celle de promouvoir une société sans tabac pour le bien-être de tous. En 2017, cette campagne mobilisait plus de 90 000 abonnés sur la page Facebook Québec sans tabac.

De 2000 à 2011, diverses campagnes médiatiques visant les jeunes de 12 à 17 ans sont réalisées dans le cadre du programme de prévention **La gang allumée pour une vie sans fumée** du CQTS. Ces interventions médiatiques prennent des formes variées :

- Publicités télé interprétées par des adolescents qui affirment leur volonté de prévenir le tabagisme en évitant de tomber dans ce piège;
- Concours sur les meilleurs projets de prévention du tabagisme réalisés par des adolescents en collaboration avec les stations de télé Musique Plus et VRAK, qui sont très populaires auprès de cette clientèle;
- Émissions spéciales sur la prévention du tabagisme pilotées par les animateurs vedettes de ces stations.

En complément à ces campagnes, un groupe d'adolescents triés sur le volet, le Réseau-conseil de la gang allumée, réalise des actions sociales très médiatisées pour lutter contre le tabagisme et rédige le contenu de la revue POF (Pas obligé de fumer) distribuée une ou deux fois par année dans l'ensemble des écoles secondaires du Québec, à compter de 2003.

De 2009 à 2011, le Commando oxygène du CQTS réalise une campagne médiatique visant à réduire la présence du tabac à la télé et au cinéma. Les stratégies utilisées par cette campagne sont la création d'un site Internet consacré à cet enjeu, la remise annuelle des prix Oxygène et cendrier aux meilleurs et pires films en matière de contenu tabagique, la diffusion de publicités au cinéma avant les films et sur Internet, la réalisation d'interventions théâtrales-chocs dans les lieux publics et les galas de cinéma, ainsi que des rencontres de sensibilisation avec des réalisateurs et des producteurs.

Les campagnes **De Facto** s'inspirent des grandes campagnes internationales de lutte contre le tabac, comme *Truth* (États-Unis) ou *Quit* (Australie), qui dénormalisent l'industrie du tabac et ses produits. Implantée au départ dans la région de Québec en 2003, De Facto, la vérité sans filtre s'élargit à la grandeur de la province à compter de 2007, avec une coordination provinciale assurée par le Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ) (Montreuil, 2017). Les campagnes De Facto s'adressent aux jeunes de 12-25 ans et ciblent plus particulièrement les 18-24 ans. Elles dénoncent les manipulations de l'industrie du tabac en faisant appel à l'intelligence des jeunes et à leur sens critique. Présentes dans les écoles secondaires, elles font la promotion d'une image de marque, comme les compagnies de tabac, et utilisent diverses pratiques sportives de même que des étudiants-athlètes par l'entremise du réseau de la Fédération québécoise du sport étudiant. Les campagnes ont abordé tour à tour les méfaits et les manipulations de l'industrie, les emballages attrayants qui cachent des produits meurtriers, l'ampleur du nombre de morts causées par le tabac, l'inacceptabilité de faire des profits en tuant autant de personnes, le besoin de l'industrie de remplacer les fumeurs qui meurent par des jeunes pour maintenir leurs revenus et le fait que l'industrie fait porter la responsabilité de la consommation à ses clients. Ces campagnes sont habituellement lancées à l'automne, diffusées toute l'année avec une intensification pendant l'année scolaire et durant les événements sportifs étudiants. Les moyens de communication comprennent : un site Internet, une page Facebook, Instagram, Twitter, des messages télévisuels, des messages affichés dans les endroits fréquentés par les jeunes, des vêtements fournis aux équipes sportives et aux écoles, des bannières dans les gymnases.

Plusieurs **campagnes de prévention du tabagisme** réalisées par le MSSS et visant les jeunes de 11-14 ans ont été mises de l'avant entre 2008 et 2017 :

- T'as juste une vie (2008) visait à favoriser le dialogue entre les parents et leurs adolescents au sujet de plusieurs conduites à risque, dont le tabagisme;
- Laisse-toi pas prendre (2009) montre que les produits du tabac constituent un piège. Un message télévisé présente un garçon de 12 ans qui sombre dans le cycle de la dépendance;
- Y'a rien de plus dégueu qu'une cigarette (2011 et 2012) attire l'attention sur l'aspect et les effets rebutants de la cigarette, qui sont négatifs autant pour l'image sociale que pour la santé du corps humain;
- Magane pas tes organes (2013 et 2015) démontre la nocivité du tabac et ses effets sur les organes du corps humain, même avec seulement une cigarette (aucun seuil sécuritaire);
- La cigarette n'est pas attirante (2016) cherche à démontrer que l'odeur dégagée par la fumée de cigarette et le fait qu'elle demeure emprisonnée dans les vêtements et les cheveux peuvent avoir des conséquences importantes en termes d'acceptation sociale;
- En 2017, la campagne Fumer c'est dégueu veut démontrer que fumer est répugnant et que si les jeunes choisissent de ne pas fumer, ils méritent le respect et l'acceptation de leurs pairs.

La campagne montre des scènes étranges, déplaisantes et dégoûtantes, mais qui sont, selon les jeunes protagonistes, « moins pires que de fumer ».

De plus, la campagne annuelle **Famille sans fumée** vise à sensibiliser la population aux effets néfastes de l'exposition à la fumée du tabac et à inciter les parents à ne pas exposer leurs enfants, par exemple en fumant à l'extérieur du domicile. Divers canaux de diffusion sont utilisés : radio, site Internet, dépliants et brochures, publicités Web et les écrans d'établissements de santé et de pharmacies. En 2017, la campagne visait à sensibiliser les familles aux dangers de la fumée secondaire pour les enfants, mais aussi les bébés à naître. Le message central, « Près des enfants on ne fume pas », visait à conscientiser la population sur l'importance de ne pas fumer tant dans les maisons que dans les voitures près des enfants et des femmes enceintes.

En 2000, la première édition du **Défi J'arrête, j'y gagne!** était lancée. Fortement médiatisé, ce défi annuel incite les fumeurs à cesser de fumer pendant six semaines consécutives pour avoir l'opportunité de gagner un prix. Alors qu'au cours des premières années, les participants devaient être accompagnés et soutenus par un parrain ou une marraine non fumeur de leur choix, il devenait possible de faire appel à un fumeur à partir de 2007. Depuis 2011, une démarche en solo est également possible. Plusieurs ressources sont mises à la disposition des participants : courriels d'encouragement, appels de la part d'un intervenant de la ligne J'ARRÊTE, etc. Entre les années 2000 et 2015, les organisateurs du Défi ont enregistré 370 000 inscriptions. Durant la période s'échelonnant de 2003 à 2009, plus de six participants sur dix ont cessé de fumer complètement durant les six semaines du défi, le tiers étant toujours non-fumeurs après six mois et 19 % après un an.

## De nombreux services pour soutenir les fumeurs souhaitant renoncer au tabac

En 2000, le gouvernement inscrivait trois **aides pharmacologiques** à l'arrêt tabagique dans la liste des médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments, ce qui les rendaient plus accessibles financièrement pour les fumeurs souhaitant les utiliser. Les médicaments couverts sont le timbre de nicotine, la gomme de nicotine et le bupropion, auxquels se sont ajoutées la varénicline en 2007 et la pastille de nicotine Thrive en 2010. Ces médicaments sont remboursés à raison de 12 semaines consécutives, une fois par année, et les régimes privés d'assurance médicaments doivent offrir la même couverture à leurs assurés. Selon une analyse des données du régime public recueillies entre 2000 et 2004, à peine 3 % des utilisateurs étaient âgés de 15 à 19 ans, 7 % avaient entre 20 et 24 ans et 17 % étaient âgés de 25 à 34 ans (Tremblay, Payette et Montreuil, 2007). Alors que le nombre d'ordonnances avoisinait les 500 000 en 2001, on en dénombrait moins de 300 000 en 2007. Une hausse substantielle a toutefois été observée en 2008 (Tremblay et Roy, 2013), et près de 600 000 ordonnances ont été remises en 2014. Notons à ce sujet qu'un acte de counseling préventif sur l'abandon du tabagisme a été instauré par les omnipraticiens en 2007 et que

plusieurs formations sur l'optimisation des pratiques cliniques préventives en matière d'abandon du tabagisme pour les professionnels de la santé ont été développées entre 2004 et 2012.

En 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux élaborait un cadre de référence du **Plan québécois d'abandon du tabagisme** qui prévoyait la mise en place d'une gamme de services sans frais : ligne téléphonique, site Internet, Centres d'abandon du tabagisme (Tremblay et Roy, 2013).

La **ligne téléphonique J'ARRÊTE**, un service gratuit, bilingue et confidentiel d'information et de soutien à l'arrêt tabagique offert du lundi au jeudi de 8 h à 21 h, et le vendredi de 8 h à 20 h, est en service depuis janvier 2002. Les conseillers de la ligne répondent à toutes les questions concernant l'arrêt tabagique et offrent un soutien de type réactif ou des appels de type proactif aux personnes qui le désirent. Ils reçoivent une formation de plusieurs semaines sur les pathologies liées au tabagisme, l'entretien motivationnel, les symptômes de sevrage, les aides pharmacologiques et les ressources vers lesquelles ils peuvent diriger les fumeurs souhaitant de l'aide en personne. Entre janvier 2002 et mars 2017, plus de 293 000 demandes ont été traitées et plus de 85 % des personnes qui ont appelé l'ont fait pour obtenir du soutien en arrêt tabagique. Depuis l'inscription du numéro de téléphone de la ligne J'ARRÊTE sur les emballages des produits du tabac à l'été 2012, on observe une augmentation très importante du volume d'appels de même que des changements du côté de la clientèle rejointe. Un plus grand nombre d'hommes, de jeunes, de personnes de plus de 60 ans et de fumeurs plus dépendants ont contacté la ligne J'ARRÊTE (Tremblay et Roy, 2013).

Le **site Internet J'ARRÊTE** a été mis en ligne en janvier 2003. Le site comprend deux sections, la première visant les personnes qui ont pris la décision d'arrêter de fumer et la seconde, celles qui se trouvent en état d'ambivalence. La personne qui fume et qui veut cesser de fumer peut entreprendre sa démarche de renoncement au tabac à son rythme. L'internaute qui hésite à cesser de fumer trouvera des exercices de réflexion sur les obstacles qu'il rencontre, sur les envies de fumer et sur sa confiance à réussir à vivre toutes sortes de situations sans fumer. Il y trouvera aussi les ressources disponibles telles que l'aide par téléphone, en personne ou par texto. Tant le contenu que la façon de présenter les informations ont évolué au fil des ans. Le site a connu un achalandage de 150 000 visites dès sa première année de fonctionnement. Depuis 2012-2013, on note une hausse de l'achalandage avec plus de 700 000 visites en 2014-2015 (Tremblay et Roy, 2013). Depuis sa création, le site J'ARRÊTE a reçu plus de 6 000 000 de visites.

Les **Centres d'abandon du tabagisme** (CAT) se sont graduellement mis en place en 2003. En 2011-2012, on retrouvait 146 CAT dans des établissements à mission CLSC, sept dans des centres hospitaliers et cinq dans les organismes communautaires, et ce, dans l'ensemble des régions du Québec (Tremblay et Roy, 2013). Les conseillers dans les CAT reçoivent une formation appropriée pour accompagner les fumeurs dans une démarche de renoncement au

tabac. Une formation en ligne et en présentiel, un guide pédagogique et un guide de pratiques sont offerts depuis 2015. L'intervention peut être individuelle ou en groupe, en personne ou téléphonique. Depuis 2008, environ 6 000 fumeurs par année se sont prévalus des services individuels et environ 1 000 fumeurs, des services de groupe. Plus récemment, soit depuis 2015, le nombre de fumeurs ayant utilisé les services individuels a augmenté à près de 6 400 par année, alors que le nombre de fumeurs ayant utilisé les services de groupe a diminué à environ 500 par année.

Le **Service de messagerie texte pour Arrêter le Tabac** (SMAT) est un service gratuit qui offre de l'information, des astuces et de l'encouragement aux gens qui veulent cesser de fumer par l'intermédiaire de messages texte envoyés à leur téléphone cellulaire. Il a été développé entre 2010 et 2012 comme projet-pilote, puis offert en mars 2013 à l'ensemble des fumeurs québécois. Le SMAT vise particulièrement la population des jeunes adultes de 18 à 34 ans et est d'abord conçu pour soutenir les fumeurs qui, au moment de l'inscription, désirent cesser de fumer au cours des 30 prochains jours. Le service souhaite également aider les fumeurs qui prévoient le faire d'ici six mois. Selon une évaluation réalisée en 2015-2016, le SMAT avait reçu 2219 inscriptions, et l'âge moyen des clients ayant utilisé le service de messagerie texte est de 33,5 ans. En comparaison avec les fumeurs actuels du Québec, la clientèle du SMAT compte une proportion plus élevée de jeunes adultes de moins de 35 ans (Stich et Lasnier, 2018).

Dès 2002, une campagne de promotion des **services J'ARRÊTE** (ligne téléphonique, site Internet et Centres d'abandon du tabagisme) a cours plusieurs mois par année. Réalisée par le CQTS, cette intervention est diffusée principalement à la télévision, sur Internet, dans la presse écrite ainsi que dans les milieux de santé et de travail, par le biais d'affiches, de dépliants et d'autres outils promotionnels. De 2002 à 2018, le traitement de la campagne communique tour à tour de l'information sur les services offerts, ainsi que des raisons et avantages d'arrêter de fumer. La formule des témoignages des utilisateurs des services et des professionnels qui les rendent est également utilisée à compter de 2016. Au fil des ans, plusieurs thèmes ont été exploités :

- *À bout de souffle* (été 2002);
- *Un coup de fil pour un coup de main* (automne 2002);
- *J'ai trouvé les outils pour m'aider à cesser de fumer* (2003-2005);
- *Toutes les raisons sont bonnes pour cesser de fumer. Avez-vous la vôtre ?* Dans le cadre de la campagne Interrupteur (2005-2011);
- *Vous désirez arrêter de fumer ? Nous sommes là pour vous soutenir*, sur le matériel imprimé dans le cadre du rafraîchissement du concept « interrupteur » (2011-2012).

## Des hausses de taxes comme incitatif pour ne pas fumer

Les hausses des prix sur les produits du tabac sont reconnues comme une des mesures les plus efficaces de lutte contre le tabagisme (US National Cancer Institute and World Health Organization, 2016). Elles contribuent à réduire le fardeau du tabagisme au sein de la population, particulièrement chez les jeunes et les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique (US National Cancer Institute and World Health Organization, 2016). Cette mesure peut donc à la fois prévenir le tabagisme et favoriser le renoncement au tabac. Suite à la baisse majeure des taxes sur les produits du tabac en 1994, le gouvernement du Québec a consenti des hausses de taxes en avril et novembre 2001, en 2002, de même qu'en 2012 et 2014, permettant ainsi d'ajouter des sommes additionnelles au fonds consacré à la lutte contre le tabagisme. Le gouvernement fédéral a également consenti à des hausses de taxes en 2001, 2002, 2006, 2008, 2014 et 2017 (Reid et Hammond, 2017).

Malgré ces hausses, le prix des cigarettes au Québec demeure plus faible que dans les autres provinces, se situant à 88,67 \$ en 2017 pour une cartouche de 200 cigarettes comparativement à 99,98 \$ en Ontario, la deuxième province avec le prix le plus faible (Reid et Hammond, 2018). En comparaison, la province du Manitoba affiche le prix le plus élevé, soit 135,40 \$ pour une cartouche de 200 cigarettes.

### Évolution de la taxation et des prix au Québec par cartouche de 200 cigarettes

Dates	Taxe spécifique provinciale	Droit d'accise fédéral	Prix de vente final estimé
01-janv-93	13,76 \$	15,85 \$	46,93 \$
09-févr-94	2,76 \$	5,85 \$	22,66 \$
13-mai-94	3,04 \$	5,85 \$	22,67 \$
18-févr-95	3,36 \$	6,45 \$	24,03 \$
10-mai-95	4,36 \$	6,45 \$	24,85 \$
29-nov-96	5,06 \$	7,15 \$	27,59 \$
25-mars-97	5,34 \$	7,15 \$	27,91 \$
01-janv-98	5,34 \$	7,15 \$	28,17 \$
14-févr-98	5,94 \$	7,75 \$	30,41 \$
23-juin-98	8,00 \$	7,75 \$	30,50 \$
06-nov-99	8,60 \$	8,35 \$	32,58 \$
06-avr-01	10,60 \$	10,35 \$	36,86 \$
01-nov-01	13,10 \$	12,35 \$	43,82 \$
17-juin-02	18,10 \$	15,85 \$	53,98 \$
05-déc-03	20,60 \$	15,85 \$	58,80 \$
01-juil-06	20,60 \$	16,41 \$	65,20 \$
01-janv-08	20,60 \$	17,00 \$	67,83 \$
01-janv-11	21,20 \$	17,00 \$	68,46 \$
01-janv-12	21,80 \$	17,00 \$	-
21-nov-12	25,80 \$	17,00 \$	-
12-févr-14	25,80 \$	21,03 \$	-
05-juin-14	29,80 \$	21,03 \$	-
23-mars-17	29,80 \$	21,56 \$	88,67 \$
28-févr-18	29,80 \$	23,85 \$	96,36 \$
01-avr-19	29,80 \$	24,38 \$	-

Source : Communication personnelle, MSSS.

## Un contexte législatif évolutif

Depuis l'adoption de la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics* en 1986, celle-ci a grandement évolué (Dufour, Lalonde et Defoy, 2020).

En 1998, la *Loi sur le tabac* était adoptée à l'unanimité. Les principales mesures étaient les suivantes :

- Interdiction de fumer dans certains lieux fermés, dont les locaux utilisés par les établissements de santé et de services sociaux, les établissements scolaires, les centres de la petite enfance, les moyens de transport collectif et les milieux de travail comportant 50 employés ou plus;
- Possibilité d'aménager des fumeurs ventilés et des aires où il est permis de fumer;
- Adoption de mesures pour restreindre l'accès du tabac aux mineurs comme l'obligation que la vente se fasse par l'entremise d'un préposé ou l'interdiction de vente par un exploitant;
- Interdiction de publicités destinées aux mineurs et de publicités associées à un style de vie;
- Interdiction de commandite et interdiction d'associer un fabricant de tabac à une installation ou à un événement sportif, culturel et social.

En 2005, la *Loi modifiant la loi sur le tabac et d'autres modifications législatives* ajoutait d'autres restrictions :

- Interdiction de fumer :
  - dans les lieux fermés utilisés par un club privé ou dans les lieux accessibles sur invitation par un hôte;
  - dans les tentes, les chapiteaux, les abris ou les autres installations similaires qui accueillent le public;
  - sur les terrains des écoles (entrée en vigueur à l'automne 2008);
  - dans un rayon de neuf mètres de toute porte extérieure des établissements de santé et de services sociaux, des collèges d'enseignement général et professionnel, des universités et des centres de la petite enfance;
  - dans les restaurants, les brasseries, les tavernes, les bars et les salles de bingo.
- Interdiction d'aménager des aires pour fumeurs dans différents lieux publics;
- Interdiction à quiconque :
  - de vendre du tabac à un mineur;
  - de vendre du tabac au détail à l'extérieur d'un point de vente de tabac;

- de vendre du tabac au moyen d'une machine distributrice;
- d'exploiter un point de vente de tabac sur les terrains et les bâtiments des collèges d'enseignement général et professionnel, des universités, des lieux où se déroulent des activités sportives, récréatives, culturelles ou artistiques, des brasseries, des tavernes et des bars;
- de fournir du tabac à un mineur sur les terrains ou dans les locaux ou les bâtiments d'une école.

Un règlement adopté en 2008 ajoute de nouvelles interdictions :

- Interdiction d'étaler des produits du tabac à la vue du public dans un point de vente, les dépanneurs, stations d'essence et épicerie devant désormais ranger les produits du tabac dans des tiroirs, des armoires ou derrière des panneaux;
- Interdiction de la promotion des produits du tabac dans les points de vente;
- Interdiction de la vente à l'unité de produits du tabac comme les cigarillos, ou petits cigares; ceux-ci doivent être vendus dans des emballages contenant au moins 10 unités ou à un prix supérieur à 5 \$, montant augmenté à 10 \$ en juin 2009. Il est à noter que ce règlement ne visait pas les cigarettes qui, depuis 2005, ne pouvaient pas être vendues autrement que dans un contenant d'au moins 20 cigarettes.

Puis, en 2015, la *Loi concernant la lutte contre le tabagisme* devenait encore plus restrictive en ajoutant les mesures suivantes :

- Assimilation de la cigarette électronique et de tout autre dispositif de cette nature, y compris leurs composantes et leurs accessoires, dont les liquides à vapoter, au tabac;
- Interdiction d'étalage étendue à tous les commerçants, sauf exception;
- Interdiction de fumer dans les véhicules transportant un passager de moins de 16 ans;
- Interdiction de fumer ou de vapoter dans certains lieux extérieurs (ex. : abribus, terrains de certains établissements d'enseignement, terrains d'un centre de la petite enfance ou d'une garderie);
- Interdiction de vendre des produits du tabac comportant une saveur ou un arôme autres que ceux du tabac;
- Interdiction, pour les fabricants ou les distributeurs, d'offrir aux détaillants toute forme d'incitatif ou de rétribution liée à la vente du tabac;
- Réglementation plus stricte sur l'emballage des produits;

- Adoption par les établissements de santé et de services sociaux ainsi que les établissements d'enseignement collégial et universitaire d'une politique de lutte contre le tabagisme visant la création d'environnements sans fumée.

### **Au Canada**

Au Canada, plusieurs lois et règlements ont aussi été adoptés, dont les deux premières lois en 1988. La *Loi réglementant les produits du tabac* imposait aux fabricants des restrictions concernant la publicité et les commandites, en plus d'en prévoir l'élimination graduelle; certaines de ces dispositions furent déclarées inconstitutionnelles en 1995. Pour sa part, la *Loi sur la santé des non-fumeurs* restreignait l'usage du tabac en milieu de travail.

En 1993, la *Loi sur la vente du tabac aux jeunes* a porté à 18 ans l'âge minimal pour acheter des produits du tabac. Elle fut remplacée quelques années plus tard, en 1997, par la *Loi sur le tabac* ou *Loi réglementant la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac* qui, en plus d'interdire de fournir des produits du tabac à des personnes de moins de 18 ans, visait à réglementer la composition des produits du tabac, leur étiquetage et leur promotion. La publicité, la commandite, les attestations, l'exposition dans les points de vente et l'apposition d'éléments de marque sur des accessoires sont au nombre des formes précises de promotion qui sont touchées par cette loi. Elle interdit également la fabrication et la vente de « paquets pour enfants » et limite le libre-service ou la distribution automatique de produits du tabac.

En 2000, le Canada a été le premier pays à exiger des mises en garde graphiques sur les paquets de cigarettes. La publicité et la promotion dans les journaux et magazines, permises au Québec lorsque le lectorat atteint 85 % d'adultes, furent interdites par le gouvernement fédéral en 2009. En 2012, la surface minimale couverte par les mises en garde passait à 75 %, avec un renouvellement, sur une base régulière, des images percutantes.

## ANNEXE 2 FIGURES SUPPLÉMENTAIRES

Figure 8 Proportion de fumeurs actuels selon l'âge et la cohorte de naissances, population de 12 à 35 ans, Québec, 2000-2001 à 2017-2018

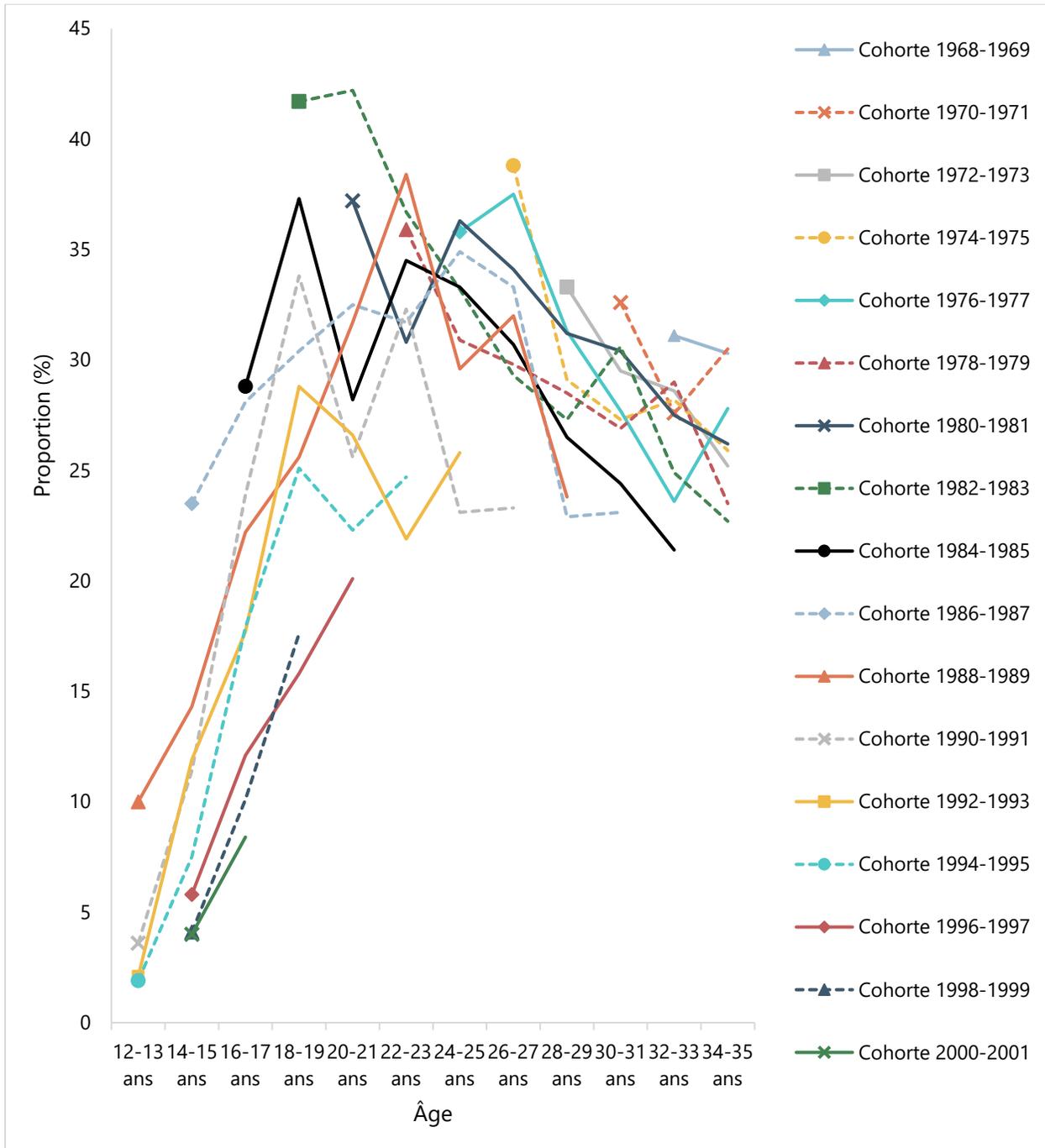


Figure 9 Proportion de fumeurs actuels selon l'âge et la cohorte de naissances, hommes de 12 à 35 ans, Québec, 2000-2001 à 2017-2018

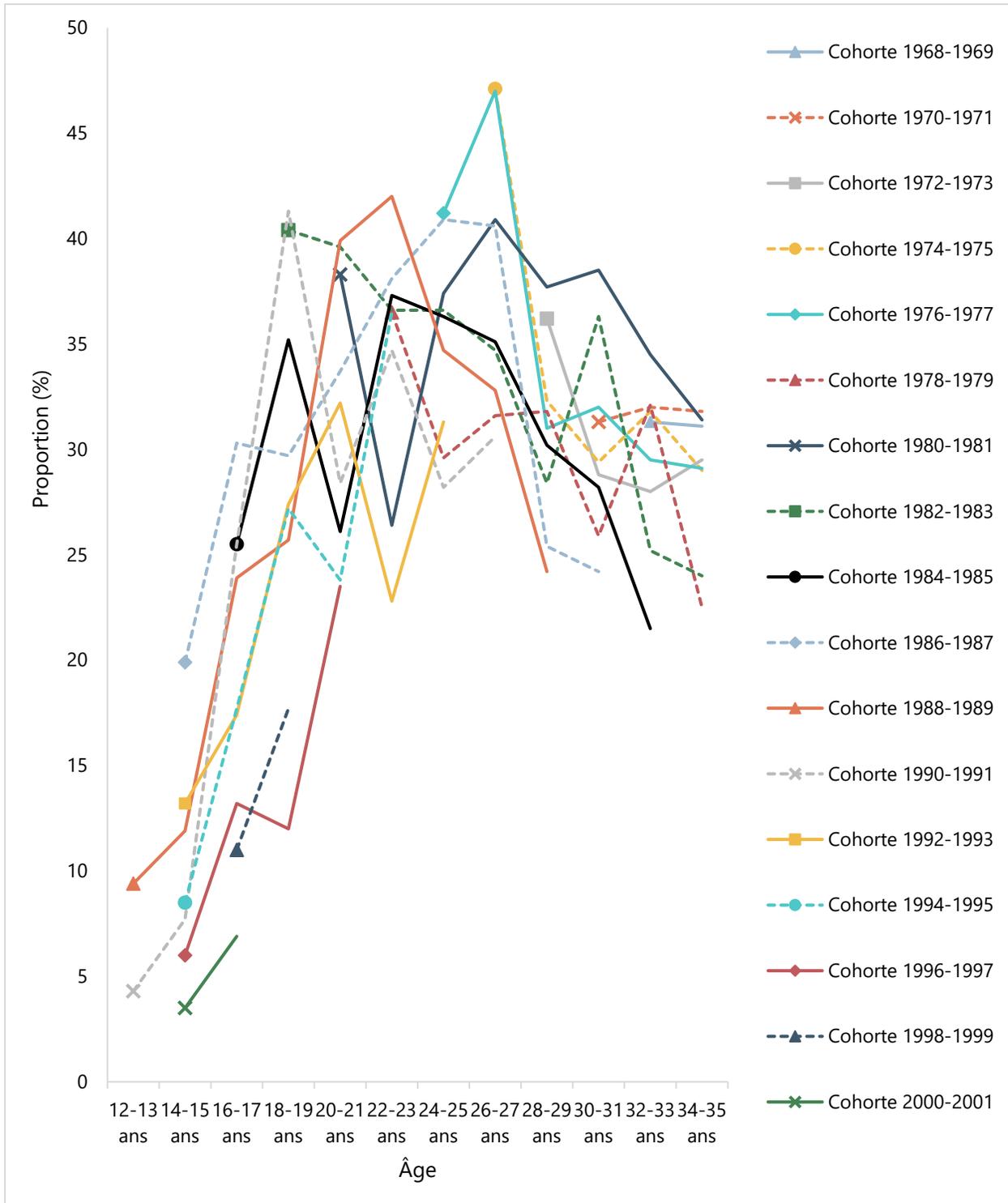
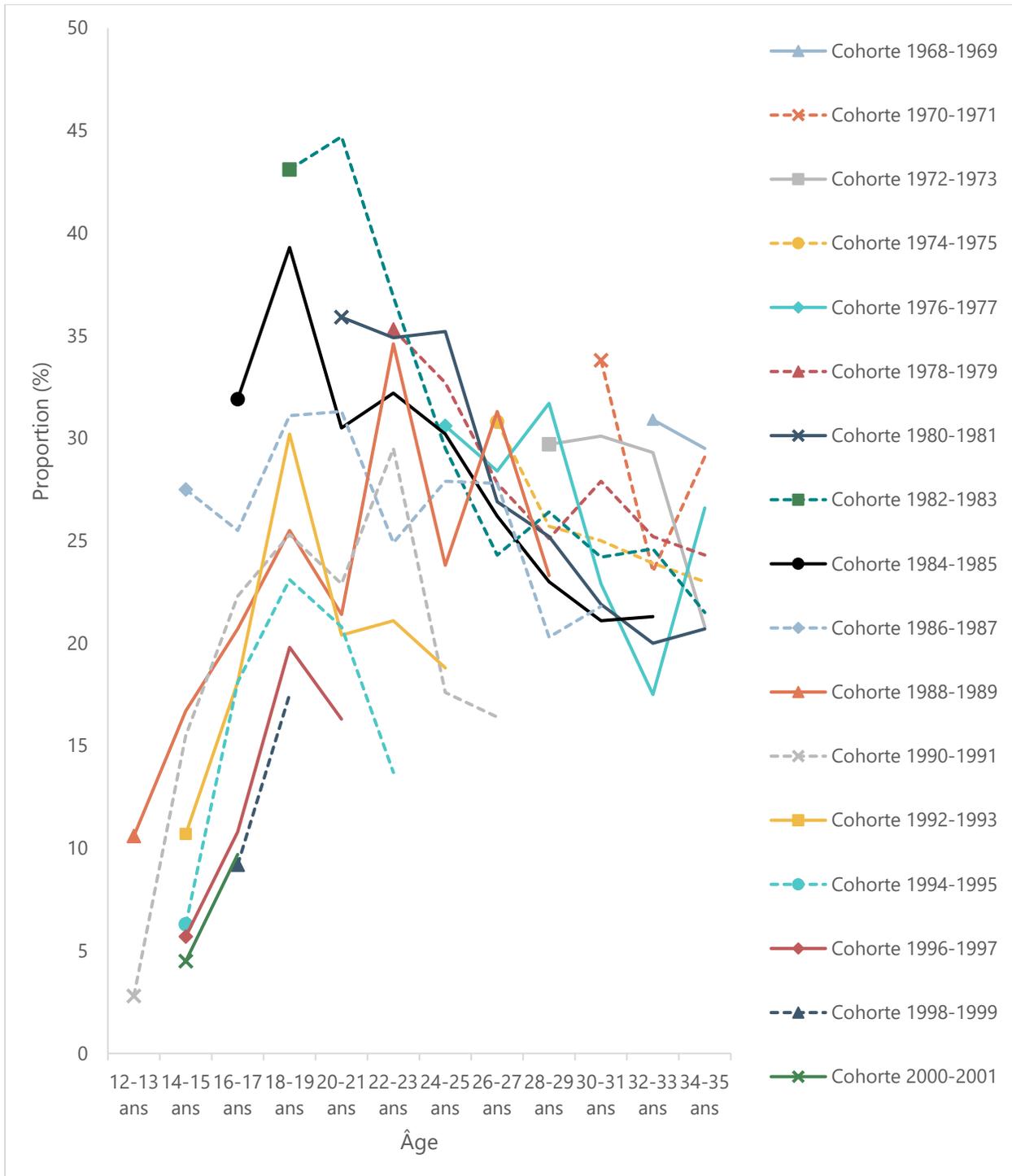


Figure 10 Proportion de fumeurs actuels selon l'âge et la cohorte de naissances, femmes de 12 à 35 ans, Québec, 2000-2001 à 2017-2018





Centre de référence  
et d'expertise



[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)

*Institut national  
de santé publique*

Québec

