Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 41 • numéro 10 • octobre 2021

Numéro spécial : Mettre fin au tabagisme au Canada

Rédacteurs invités : Jennifer L. O'Loughlin et Thierry Gagné

Éditorial

307 Prévention et lutte contre le tabagisme au Canada : quelles sont les prochaines étapes?

Commentaire

310 Protection des groupes vulnérables contre les méfaits du tabac pendant et après la pandémie de COVID-19

317 Est-il encore possible de faire chuter le taux de tabagisme à moins de 5 % d'ici 2035?

Recherche quantitative originale

322 Étude des corrélats individuels de l'initiation à la cigarette électronique dans un vaste échantillon d'élèves canadiens du secondaire

337 Initiation à l'usage du tabac ou arrêt du tabac : comment expliquer une prévalence supérieure du tabagisme au Québec en comparaison du reste du Canada?

Aperçu

347 Abordabilité des cigarettes dans les provinces canadiennes : revue sur 10 ans

Annonce

352 Autres publications de l'ASPC

Indexée dans Index Medicus/MEDLINE, DOAJ, SciSearch® et Journal Citation Reports/Science Edition

Agence de la santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

Canada

Équipe de rédaction

Anne-Marie Ugnat, Ph. D.
Éditrice

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

Minh T. Do, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Scott Leatherdale, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Heather Orpana, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

Barry Pless, C.M., M.D., FRCPC
Rédacteur scientifique adjoint

Kelly Skinner, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

Alexander Tsertsvadze, M.D., Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Paul Villeneuve, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.
Gestionnaire de la rédaction

Sylvain Desmarais, B.A., B. Ed.
Responsable de la production

Susanne Moehlenbeck
Rédactrice adjointe

Chanelle Ayoub, B. Sc.
Rédactrice subalterne

Nicholas Cheta, B. Sc. Santé
Rédacteur subalterne

Joanna Odrowaz, B. Sc.
Réviseure et correctrice d'épreuves

Anna Olivier, Ph. D.
Réviseure et correctrice d'épreuves

Dawn Slawecki, B.A.
Réviseure et correctrice d'épreuves

Comité de rédaction

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D.
Thompson Rivers University

Martin Chartier, D.M.D.
Agence de la santé publique du Canada

Erica Di Ruggiero, Ph. D.
University of Toronto

Charlotte Kent, Ph. D.
Centers for Disease Control and Prevention

Jean-Claude Moubarac, Ph. D.
Université de Montréal

Howard Morrison, Ph. D.
Agence de la santé publique du Canada

Candace Nykiforuk, Ph. D.
University of Alberta

Jennifer O'Loughlin, Ph. D.
Université de Montréal

Scott Patten, M.D., Ph. D., FRCPC
University of Calgary

Richard Stanwick, M.D., FRCPC, FAAP
Island Health

Mark Tremblay, Ph. D.
Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario

Joslyn Trowbridge, M.P.P.
University of Toronto

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2021

ISSN 2368-7398
Pub. 200280
PHAC.HPCDP.journal-revue.PSPMC.ASPC@canada.ca

Also available in English under the title: *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*

Les lignes directrices pour la présentation de manuscrits à la revue ainsi que les renseignements sur les types d'articles sont disponibles à la page : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/information-intention-auteurs.html

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.10.01f

Éditorial

Prévention et lutte contre le tabagisme au Canada : quelles sont les prochaines étapes?

Thierry Gagné, Ph. D. (1); Jennifer L. O'Loughlin, Ph. D. (2,3)

Diffuser cet article sur Twitter

Malgré des baisses constantes au cours des 30 dernières années, la plus faible prévalence (15 %) ayant été enregistrée en 2019, le tabagisme continue d'être l'un des principaux fardeaux de santé publique au Canada, en particulier chez les groupes socialement défavorisés[1]. Des problèmes nouveaux et inattendus liés au tabac émergent sans cesse, menaçant les progrès réalisés et remettant en question la compréhension que nous avons du tabagisme. L'adoption rapide du vapotage par les jeunes; les effets imprévus des nouvelles lois (p. ex. cannabis) sur le tabagisme; l'évolution des données probantes sur la relation du vapotage avec l'initiation au tabagisme et l'arrêt du tabac; les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la consommation de tabac : voici les principaux enjeux cruciaux qui vont orienter les travaux de recherche et les politiques en matière de lutte contre le tabagisme pour les années à venir.

En collaboration avec la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques* (PSPMC), nous avons organisé ce numéro spécial sur la prévention et la lutte contre le tabagisme et le vapotage au Canada. Pour ce faire, nous avons lancé un appel visant à recueillir de nouvelles données probantes sur les lacunes des politiques liées au tabagisme et les défis concernant leur mise en œuvre, les inégalités relatives à la consommation de tabac et au vapotage et les associations entre le recours à des produits de vapotage, l'arrêt du tabagisme et les comportements de réduction des méfaits chez les fumeurs.

Sur les 20 propositions reçues de chercheurs canadiens et de professionnels œuvrant dans le domaine de la lutte contre le tabagisme et le vapotage, 10 ont été choisies pour être publiées au terme de l'évaluation par les pairs. Même si la majorité des articles portaient sur le vapotage, le nombre et la portée des manuscrits sélectionnés nous ont incités à publier deux numéros : le premier traite principalement d'enjeux d'actualité dans le domaine du tabagisme, tandis que le second sera axé sur le vapotage. Dans ce numéro, nous présentons deux commentaires (l'un sous la direction de Hagen[2] et l'autre de Melamed[3]) qui remettent en perspective les cinq dernières années de lutte contre le tabagisme et qui s'intéressent au rôle complexe de la pandémie de COVID-19 sur les efforts à venir de lutte contre le tabagisme. Dans l'un des deux articles de recherche originaux, Pelekanakis et ses collaborateurs[4] étudient les raisons à l'origine des divergences provinciales persistantes en matière de prévalence du tabagisme. Le second article, rédigé par Williams et ses collaborateurs[5], présente les prédicteurs de l'adoption de la cigarette électronique chez les élèves du secondaire au Canada. Enfin, un aperçu de Worrell et Hagen[6] présente de nouvelles estimations de l'évolution de l'abordabilité des cigarettes dans les provinces.

Chaque article permet de mieux comprendre les questions fondamentales qui se posent à l'heure actuelle en ce qui a trait à la capacité du Canada à favoriser une diminution de la prévalence du tabagisme. D'abord, Hagen[2] nous rappelle que les obstacles actuels comprennent à la fois l'hésitation des gouvernements provinciaux et fédéral à considérer encore aujourd'hui la lutte contre le tabagisme comme une priorité et, par conséquent, à allouer des fonds suffisants pour la mise en place de nouvelles mesures audacieuses. L'étude de Pelekanakis et ses collaborateurs[4], dont l'objectif était de déterminer quel facteur central contribue le plus à la prévalence du tabagisme, a conclu que l'initiation des jeunes au tabagisme est probablement le facteur qui explique les différences de prévalence du tabagisme observées entre le Québec et les autres provinces. Selon les auteurs, lutter contre l'initiation constitue donc une cible de choix pour maintenir la baisse de la prévalence du tabagisme, du moins au Québec.

L'abordabilité des cigarettes et le vapotage sont associés à l'initiation des jeunes au tabagisme[7,8]. Les articles de Worrell et Hagen[6] ainsi que de Williams et ses collaborateurs[5] renferment davantage d'information à ce sujet.

Worrell et Hagen[6] soulignent que l'abordabilité des cigarettes ne peut pas être définie uniquement par les taux de taxation, parce que les effets de la taxation sur la consommation dépendent du pouvoir d'achat (à l'aide des normes de l'OMS, les auteurs ont calculé que les augmentations des taux de la taxe d'accise de 10,90 $ dollars canadiens à l'Île-du-Prince-Édouard et de 15,00 $ dollars canadiens en Alberta pour 200 cigarettes entre 2009 et 2019 étaient associées à des augmentations équivalentes de l'abordabilité relative). Les futures augmentations de taxes devraient en tenir compte pour qu'un changement

Rattachement des auteurs :

1. Département de recherche en épidémiologie et en santé publique, University College London, Londres, Royaume-Uni
2. Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
3. Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada

Correspondance : Jennifer O'Loughlin, Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal, Tour Saint-Antoine, 850, rue Saint-Denis, Montréal QC, H2X 0A9; Tél. : 514-890-8000 (local 15858); courriel : jennifer.oloughlin@umontreal.ca

réel puisse se produire. Il est important de noter que des mesures de taxation sévères peuvent aussi réduire les inégalités socio-économiques observées en ce qui a trait à l'initiation au tabagisme[9].

De leur côté, Williams et ses collaborateurs[5] nous rappellent l'importance des inégalités dans l'initiation au tabagisme. Les auteurs signalent que l'initiation au vapotage chez les élèves du secondaire est plus fréquente chez les adolescents faisant l'école buissonnière, ceux qui réussissent moins bien sur le plan scolaire et ceux qui ont des difficultés à composer avec leurs émotions. Il est donc possible que le vapotage constitue une nouvelle avenue par laquelle les jeunes vulnérables sont initiés au tabagisme, ce qui perpétue les inégalités sociales.

Dans le même ordre d'idée, Melamed[3] insiste sur le fait que les inégalités en matière de tabagisme doivent devenir un domaine d'intérêt important en recherche à l'issue de la pandémie de COVID-19. Les mesures de confinement mises en place au cours de la pandémie ont joué sur un grand nombre de facteurs qui ont une incidence sur les habitudes en matière de consommation de tabac. Ces changements ont notamment eu des répercussions sur les milieux que les fumeurs fréquentent, la sécurité financière des fumeurs et leur capacité à composer avec la détresse et l'ennui. La première année de la pandémie a donné lieu à une avalanche d'articles scientifiques à publication accélérée, où la robustesse des résultats a souvent été limitée. Nous devons maintenant recueillir des données probantes solides et de haute qualité afin de mieux comprendre l'incidence de la COVID-19 sur le comportement des fumeurs et déterminer si ces changements auront un effet sur l'initiation au tabagisme et l'arrêt du tabac après la pandémie.

Malgré l'immense fardeau de santé publique que constitue toujours le tabagisme, seul un petit nombre de chercheurs au Canada dirigent des recherches sur le tabagisme qui soient axées sur la population. Au début des années 2000, la mise sur pied de l'Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme (ICRCT) a été une mesure créative et audacieuse visant à bâtir une communauté de recherche collaborative sur la lutte contre le tabagisme au Canada, à favoriser un nouveau leadership, à appuyer les jeunes chercheurs qui pourraient soutenir cette communauté et à fournir un financement « protégé » pour de la recherche de grande qualité sur le tabagisme et ayant de grandes retombées[10]. Le programme a été dissous en 2009, soit environ 10 ans après sa création, avec l'argument que l'ICRCT avait atteint ces objectifs, que le problème du tabac était « résolu » et que le Canada devait désormais se pencher sur d'autres problèmes de santé publique plus urgents, dont l'obésité.

Selon nous, bien que l'ICRCT ait posé les bases nécessaires à l'atteinte des objectifs qui lui avaient été confiés, ses promesses n'ont pas été réalisées au cours des années suivantes. La recherche sur le tabagisme axée sur la population au Canada relève maintenant d'une poignée d'équipes de recherche en vase clos. De plus, trop peu de nouveaux chercheurs hautement qualifiés en matière de lutte contre le tabagisme vont émerger de ces équipes pour prendre le relais. Selon nous, la capacité de recherche canadienne en matière de lutte contre le tabagisme a absolument besoin d'un coup de pouce au cours de la prochaine décennie pour être en mesure de produire de la recherche de pointe pertinente qui parviendra à orienter de façon efficace l'étude en profondeur des enjeux complexes et émergents mis en évidence dans ce numéro de PSPMC, de même que les enjeux à venir. Le Canada doit attirer la prochaine génération de chercheurs qualifiés ayant des compétences méthodologiques bien développées afin d'éradiquer le problème du tabagisme au Canada.

En tant que rédacteurs en chef invités, nous remercions nos collaborateurs (et les pairs évaluateurs) d'avoir produit du contenu qui plaide pour un regain d'attention envers le problème de santé publique que constitue depuis longtemps le tabagisme. Nous espérons que ces numéros spéciaux, qui s'ajoutent à d'autres énoncés de position sur le tabagisme publiés récemment au Canada[11], généreront des réflexions sur les réussites antérieures en matière de lutte contre le tabagisme dans le pays. Il ne faut pas oublier que la bataille est loin d'être terminée. En effet, des problèmes nouveaux et de plus en plus difficiles à résoudre ne cessent d'émerger, c'est pourquoi un engagement renouvelé est nécessaire pour maintenir et renforcer la capacité canadienne en matière de recherche sur la lutte contre le tabagisme.

Les priorités de recherche sont notamment de veiller à ce que les interventions qui ont permis de diminuer la prévalence du tabagisme jusqu'en 2020 demeurent pertinentes et efficaces, et de déterminer si le vapotage contribuera à créer une nouvelle génération de jeunes aux prises avec une dépendance à la nicotine. Au sommet des priorités, il y a aussi la nécessité de comprendre davantage l'incidence de la COVID-19 sur le tabagisme grâce à des données probantes, en particulier chez les sous-groupes vulnérables, et de cerner les lacunes dans les programmes et les politiques qui perpétuent les inégalités sociales en matière de tabagisme. Avant tout, nous espérons qu'un regain d'attention envers la recherche sur la lutte contre le tabagisme aidera les praticiens et les décideurs à anticiper les nouveaux défis inévitables qui vont continuer à survenir jusqu'à ce que le problème du tabagisme soit complètement éradiqué.

Remerciements

TG a reçu des bourses postdoctorales des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et du Fonds de recherche du Québec–Santé (FRQS). JOL a été titulaire d'une chaire de recherche du Canada de niveau 1 en déterminants précoces des maladies chroniques de l'adulte de 2006 à 2021. Les auteurs tiennent à remercier Cynthia Callard pour la rétroaction qu'elle a fournie au cours de la rédaction de l'éditorial.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Avis

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Statistique Canada. Feuilles d'information de la santé : tabagisme, 2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 1er juillet 2021]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2020001/article/00003-fra.htm

2. Hagen L, Schwartz R. Est-il encore possible de faire chuter le taux de tabagisme à moins de 5 % d'ici 2035? Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2021;41(10):317-321. https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.10.03f

3. Melamed OC, Zawertailo L, Schwartz R, Buckley L, Selby P. Protection des groupes vulnérables contre les méfaits du tabac pendant et après la pandémie de COVID-19. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2021;41(10):310-316. https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.10.02f

4. Pelekanakis A, O'Loughlin JL, Gagné T, Callard C, Frohlich KL. Initiation à l'usage du tabac ou arrêt du tabac : comment expliquer une prévalence supérieure du tabagisme au Québec en comparaison du reste du Canada? Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2021;41(10):337-346. https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.10.05f

5. Williams GC, Cole AG, de Groh M, Jiang Y, Leatherdale ST. Étude des corrélats individuels de l'initiation à la cigarette électronique dans un vaste échantillon d'élèves canadiens du secondaire. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2021;41(10):322-336. https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.10.04f

6. Worrell M, Hagen L. Abordabilité des cigarettes dans les provinces canadiennes : revue sur 10 ans. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2021;41(10):347-351. https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.10.06f

7. Bader P, Boisclair D, Ferrence R. Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis. Int J Environ Res Public Health. 2011;8(11):4118-4139. https://doi.org/10.3390/ijerph8114118

8. Khouja JN, Suddell SF, Peters SE, Taylor AE, Munafò MR. Is e-cigarette use in non-smoking young adults associated with later smoking? A systematic review and meta-analysis. Tob Control. 2020;30(1):8-15. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2019-055433

9. Hill S, Amos A, Clifford D, Platt S. Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. Tob Control. 2014;23(e2):e89-e97. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051110

10. Riley BL, Viehbeck SM, Cohen JE, Chia MC. "The magic is in the mix": lessons from research capacity building in the Canadian tobacco control community, 2000–2010. Can J Public Health. 2013;104(2):e173-e176. https://doi.org/10.1007/BF03405684

11. Association canadienne de santé publique (ACSP). Tabagisme et vapotage au Canada : maintenir le cap [Internet]. Ottawa (Ont.) : ACSP; 2021 [consultation le 1er juillet 2021]. En ligne à : https://www.cpha.ca/fr/tabagisme-et-vapotage-au-canada-maintenir-le-cap

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.10.02f

Commentaire

Protection des groupes vulnérables contre les méfaits du tabac pendant et après la pandémie de COVID-19

Osnat C. Melamed, M.D., M. Sc. (1,2); Laurie Zawertailo, Ph. D. (1,3); Robert Schwartz, Ph. D. (4,5,6); Leslie Buckley, M.D., M.H.P. (1,7); Peter Selby, MBBS, M.Sc.S. (1,2,7,8)

Publié en ligne le 23 juin 2021

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Les groupes marginalisés sont touchés de manière disproportionnée par la pandémie actuelle. Parmi les effets directs, notons des taux d'infection supérieurs associés à une morbidité et à une mortalité accrues, les effets indirects découlant quant à eux de la réponse sociétale visant à limiter la propagation du virus. Ces groupes présentent également des taux de tabagisme nettement plus élevés que ceux de la population générale. Dans cet article, nous examinons, au moyen du cadre syndémique, la façon dont la pandémie a contribué à exacerber les méfaits du tabac chez ces groupes. Cette approche nous permet d'étudier les facteurs qui favorisent le cumul des méfaits du tabac et des méfaits de la COVID-19, en particulier une aggravation de la détresse psychologique, une augmentation potentielle du tabagisme, une exposition accrue à la fumée secondaire et un accès réduit aux services d'arrêt du tabac. Nous proposons ensuite des stratégies d'atténuation destinées à protéger les groupes défavorisés contre les méfaits du tabac, pendant et après la pandémie de COVID-19 : des services d'arrêt du tabac abordables, une approche proactive du traitement du tabagisme à l'aide des technologies de l'information, un dépistage et un traitement de la dépendance au tabac au moment où les personnes vont se faire vacciner contre la COVID-19, la prise de mesures pour instaurer une couverture universelle de la pharmacothérapie de sevrage du tabac, des politiques d'interdiction totale de fumer et une réglementation de la densité des points de vente au détail de tabac. Aujourd'hui plus que jamais, les cliniciens, les systèmes de soins de santé, les organismes de santé publique et les responsables des politiques de santé doivent agir de manière coordonnée pour protéger les groupes vulnérables contre les méfaits du tabac.

Mots-clés : *COVID-19, pandémie, groupes vulnérables, tabac, tabagisme, disparités en matière de santé, lutte antitabac, statut socioéconomique, politique*

Points saillants

- Les groupes vulnérables et défavorisés sur le plan socioéconomique présentent des taux de tabagisme disproportionnellement élevés.
- Le cadre syndémique est une approche biosociale qui permet de prendre en compte les risques de méfaits liés au tabac au sein des groupes vulnérables, risques qui sont renforcés par les changements induits par la pandémie.
- La détérioration de la situation économique et l'aggravation des niveaux de stress, conjuguées à un accès limité aux soins de santé et au traitement du tabagisme, conduisent à une augmentation de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée secondaire.
- Pour protéger les groupes vulnérables, il faut une action coordonnée qui passe par la réduction des obstacles au traitement du tabagisme, l'application de politiques antitabac et l'intégration du traitement du tabagisme dans les collectivités, sur les lieux de travail et dans les établissements de soins de santé qui offrent des services aux groupes défavorisés sur le plan socioéconomique.

Pourquoi le tabagisme a-t-il suscité l'attention pendant la pandémie de COVID-19?

Par rapport aux non-fumeurs, les fumeurs présentent des taux plus élevés d'infections respiratoires courantes comme la pneumonie, et le lien entre tabagisme et infections est bien établi[1]. Le tabagisme est responsable d'une multitude de mécanismes qui prédisposent aux infections respiratoires, notamment une altération structurelle des poumons (comme la constriction des voies respiratoires) et un dysfonctionnement des réponses immunitaires à médiation cellulaire et humorale[2]. Il n'est donc pas surprenant que le SRAS-CoV-2 entraîne une morbidité accrue chez les fumeurs. Les premiers rapports provenant de Chine ont révélé que 26 % des patients atteints de la COVID-19 qui avaient développé des complications (mise sous ventilation, admission aux soins intensifs, décès, etc.) étaient fumeurs, ces derniers

Rattachement des auteurs :

1. Division des dépendances, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario), Canada
2. Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
3. Département de pharmacologie et de toxicologie, Faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
4. Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
5. Institut de recherche sur les politiques de santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario), Canada.
6. Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Toronto (Ontario), Canada
7. Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
8. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Osnat Melamed, 1025, rue Queen Ouest, Toronto (Ontario) M6J 1H1; tél. : 416-535-8501 poste 32942; courriel : Osnat.Melamed@camh.ca

ne formant que 12 % des patients présentant une forme moins sévère de la maladie[3].

Depuis lors, les données probantes se sont accumulées. Selon une méta-analyse récente, le tabagisme constitue un facteur de risque de formes graves de la COVID-19 (rapport de cotes [RC] regroupé = 2,17; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,37 à 3,46)[4], et des données émergentes laissent entrevoir une relation dose-réponse entre le nombre de paquets-années et des conséquences graves de la COVID-19[5]. En outre, il existe un consensus sur le fait que les maladies liées au tabac (comme la maladie pulmonaire obstructive chronique et les coronaropathies, qui sont fréquentes chez les fumeurs et les ex-fumeurs) sont associées à une surmortalité due à la COVID-19[6].

Le lien entre tabagisme et complications de la COVID-19 n'est pas passé inaperçu auprès du public et a incité bon nombre de personnes à cesser de fumer. Selon des sondages réalisés au Royaume-Uni, les fumeurs ont été plus nombreux à essayer d'arrêter de fumer pendant la pandémie que lors de l'année précédente (40 % contre 30 %)[7]. De plus, ils ont connu plus de succès dans leurs tentatives d'arrêt (21 % contre 14 %), et un plus grand nombre de fumeurs ont communiqué avec des services de counseling à distance tels que des lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt du tabac (11 % contre 3 %) pour obtenir un soutien comportemental supplémentaire[7]. À l'inverse, la pandémie a créé de nombreux facteurs de stress, notamment des inquiétudes par rapport à la santé, une situation financière incertaine et un isolement social, qui se sont traduits par une détresse psychologique élevée, corrélat connu du tabagisme[8]. De fait, ces deux tendances opposées ressortent des études réalisées récemment auprès de fumeurs. Par exemple, une étude menée aux Pays-Bas auprès de fumeurs a révélé que 14 % d'entre eux avaient observé une diminution de leur tabagisme pendant la pandémie, tandis que 19 % avaient observé une augmentation. Les changements dans les comportements liés au tabac, dans un sens comme dans l'autre, étaient étroitement associés à des niveaux de stress élevés[9].

Les données transversales de la série d'enquêtes sur les perspectives canadiennes (SEPC) ont fait ressortir des tendances opposées similaires : 3 % des répondants ont déclaré avoir augmenté leur consommation de tabac pendant la pandémie, tandis que 4 % ont dit l'avoir diminuée[10]. Conformément à l'étude néerlandaise susmentionnée, les facteurs de stress financier liés à la pandémie étaient prédicteurs d'une augmentation et d'une diminution du tabagisme au Canada. Cette étude met également en lumière les disparités socioéconomiques et l'évolution du tabagisme. Les personnes qui détiennent au plus un diplôme d'études secondaires étaient presque trois fois plus susceptibles d'augmenter leur consommation de tabac que celles ayant un diplôme universitaire[10]. Jusqu'à présent, les changements dans le comportement en matière de tabagisme en réponse au stress lié à la pandémie ont été observés dans des données issues de sondages non représentatifs[11]. Des études longitudinales populationnelles de plus grande envergure sont donc nécessaires pour examiner pleinement l'effet de la pandémie sur la prévalence du tabagisme et évaluer la présence de disparités socioéconomiques.

Le risque que la pandémie augmente l'intensité du tabagisme chez les fumeurs appartenant à des groupes défavorisés sur le plan social est préoccupant et justifie la prise de mesures immédiates, étant donné que, même avant la pandémie, le fardeau des problèmes de santé liés au tabac était plus lourd au sein de ces groupes. Les effets de la pandémie ont en outre contribué à aggraver les disparités en matière de santé.

Dans cet article, nous exposons d'abord les données probantes qui témoignent des disparités en matière de tabagisme entre les groupes aisés et les groupes défavorisés. Ensuite, à l'aide du cadre syndémique, nous expliquons la façon particulière dont la pandémie et ses effets sociétaux exacerbent les méfaits du tabac dans les groupes où les taux de tabagisme sont plus élevés. Enfin, nous proposons des stratégies d'atténuation, à ancrer dans la Stratégie canadienne sur le tabac[12], destinées à protéger la santé des groupes défavorisés contre les méfaits du tabac, pendant et après la pandémie.

La prévalence du tabagisme avant la pandémie est plus élevée dans les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique

Le tabagisme reste la principale cause de décès évitable au Canada. Chaque année, environ 40 000 Canadiens meurent de maladies liées à la consommation de tabac[13]. L'adoption par le Canada de politiques de santé publique visant à limiter le tabagisme, telles que l'interdiction de fumer dans les lieux publics, les campagnes antitabac dans les médias de masse, les restrictions sur la commercialisation des cigarettes, les lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt du tabac financées par l'État et l'augmentation du prix des cigarettes, a permis de réduire le taux de tabagisme à un niveau historiquement bas de 15 %[14].

Les groupes de population plus aisés appliquent davantage les interventions de santé publique que les groupes plus défavorisés sur le plan socioéconomique[15]. Ainsi, bien que les taux de tabagisme aient diminué à l'échelle de la population générale, les disparités en la matière se sont accentuées au fil du temps. Par exemple, les personnes qui occupent un emploi manuel sont deux fois plus susceptibles de fumer que celles qui exercent une profession libérale[15]. De même, les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont trois fois plus susceptibles de fumer que les diplômés universitaires[15]. En outre, on a constaté que le taux de tabagisme était presque deux fois plus élevé chez les Canadiens autochtones[16] et une étude menée aux États-Unis a révélé un taux trois à quatre fois plus élevé chez les personnes qui présentent une maladie mentale ou un trouble de dépendance[17].

Les disparités en matière de tabagisme peuvent s'expliquer par une myriade de facteurs biopsychosociaux, dont une exposition accrue au tabac dans l'environnement social, des attitudes permissives à l'égard du tabagisme, un soutien social moindre pour arrêter de fumer ainsi que des niveaux supérieurs de détresse psychologique et de dépendance au tabac. Aux facteurs biopsychosociaux s'ajoutent des facteurs systémiques tels que l'application limitée des politiques antitabac sur les lieux de travail des personnes occupant un emploi manuel, l'absence de couverture universelle pour la pharmacothérapie de sevrage du tabac, la forte densité des points de vente au détail de tabac dans les quartiers à faible statut socioéconomique et une diminution du financement des mesures de santé publique en matière de lutte contre le tabagisme en raison de la baisse du taux de tabagisme au fil des ans[18].

En conséquence, par rapport aux groupes plus aisés, les populations plus défavorisées ont un taux d'initiation au tabac plus élevé, un taux de tentative d'arrêt plus faible et un succès moindre pour une tentative donnée[19]. La consommation disproportionnée de tabac au sein des groupes défavorisés est l'une des principales causes des inégalités en matière de santé auxquelles ces groupes font face : le fardeau en matière de santé lié au tabac contribue pour 40 % à la différence d'espérance de vie observée selon le niveau d'éducation au Canada[20]. Cette situation est inquiétante, étant donné que la pandémie risque d'augmenter le tabagisme de manière disproportionnée dans les groupes vulnérables.

La COVID-19 mine les efforts de lutte contre le tabagisme et exacerbe les méfaits du tabac chez les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique

La COVID-19 a provoqué des changements sans précédent dans tous les aspects de la société. Pour limiter la propagation du virus, les autorités ont imposé des « confinements » généralisés ainsi que la fermeture d'entreprises, d'établissements d'enseignement, d'organismes communautaires, de lieux de culte et de nombreux services médicaux « non essentiels » et elles ont mis en œuvre des règles strictes de distanciation sociale.

Bien que ces mesures soient nécessaires pour protéger le public contre le virus, elles touchent de manière disproportionnée les groupes vulnérables tels que les personnes ayant un faible statut socioéconomique, les minorités racialisées et les personnes qui présentent un problème de santé mentale ou de dépendance[21]. Par exemple, 38 % des Canadiens occupant un poste à faible revenu ont perdu leur emploi en mars et en avril 2020, comparativement à seulement 13 % pour les autres catégories d'emplois[22]. Le chômage est corrélé à une mauvaise santé physique et mentale, en particulier chez les personnes qui ne disposent pas d'un réseau de soutien social[23]. La réduction de l'accès aux services de soins de santé, dont la plupart sont désormais offerts sous forme de télémédecine, a également touché de manière disproportionnée les groupes défavorisés sur le plan socioéconomique et mis en évidence la « fracture numérique » de la société[24]. Les pertes de salaire, le chômage et l'accès réduit aux soins de santé ont favorisé un stress et une mauvaise santé mentale liés à la pandémie qui vont au-delà de ce que l'on observe dans la population générale. Par exemple, des pensées suicidaires ont été mentionnées en proportions plus élevées chez les Autochtones (16 %), chez les personnes handicapées (15 %) et chez les personnes à faible revenu (14 %) par rapport à la population générale (6 %)[25]. Dans l'ensemble, ces données montrent que les groupes vulnérables sont plus susceptibles de subir les méfaits de la pandémie.

Les points communs entre le risque de méfaits attribuables aux effets sociétaux de la pandémie et le risque de méfaits attribuables au tabac sont mieux perceptibles grâce au cadre syndémique, un cadre biosocial général destiné à saisir les facteurs sociaux et environnementaux favorisant le cumul des maladies et leurs interactions[26]. Dans le cas présent, les inégalités présentes avant la pandémie en matière de tabagisme et le fardeau en matière de santé subséquent lié au tabac touchent surtout les populations défavorisées. Les effets disproportionnés de la pandémie sur ces groupes ont interagi de manière synergique[27] et ont exacerbé les méfaits du tabac. Un certain nombre de facteurs expliquent cette synergie entre méfaits du tabac et pandémie.

Premièrement, les effets profonds de la pandémie sur les systèmes économiques, sociaux et de soins de santé se sont fait sentir de façon plus marquée au sein des groupes de population défavorisés, qui n'ont pas les moyens financiers ni le capital social nécessaires pour surmonter les difficultés encontrées. Il en a résulté une hausse de la détresse psychologique et, pour certains, une augmentation concomitante du tabagisme comme moyen d'y remédier. On peut également craindre que les personnes qui avaient cessé de fumer avant la pandémie ne recommencent à le faire en raison de l'augmentation des facteurs de stress dans leur vie, le stress étant un facteur de risque bien établi de rechute[28].

Deuxièmement, on a constaté des disparités en matière d'exposition à la fumée secondaire avant la pandémie, mettant en évidence une relation dose-réponse avec le statut socioéconomique. Par exemple, une étude réalisée au Québec a révélé que l'exposition à la fumée secondaire à la maison était presque cinq fois plus fréquente chez les jeunes des quintiles de revenu les plus bas que chez ceux des quintiles de revenu les plus élevés[29]. Étant donné que les consignes de rester à la maison émises par les autorités de santé publique ont probablement eu pour effet d'augmenter le nombre de fumeurs fumant à l'intérieur, il est probable qu'un plus grand nombre de personnes ayant un faible statut socioéconomique ont été et continueront d'être exposées à la fumée secondaire. L'usage de tabac à l'intérieur est particulièrement préoccupant dans les immeubles à logements multiples, où habitent principalement des familles à faible revenu, car la fumée est transportée par les systèmes de ventilation communs et touche donc plusieurs occupants[30]. En outre, une exposition accrue à la fumée secondaire est corrélée à des effets indésirables sur la santé et à une augmentation de l'utilisation des soins de santé[31].

Troisièmement, les systèmes de soins de santé jouent un rôle essentiel dans le dépistage du tabagisme et dans les efforts déployés pour aider les fumeurs à cesser de fumer. D'après des données provenant de l'Ontario, un vaste programme d'arrêt du tabac financé par le gouvernement, intégré aux milieux de soins primaires et offrant une pharmacothérapie gratuite suscite un plus grand intérêt chez les patients défavorisés sur le plan socioéconomique, plus de 50 % des participants à ce programme ontarien se situant dans les deux quintiles de revenu les plus faibles[32]. La pandémie a fait peser sur les systèmes de soins de santé une charge sans précédent, entraînant des retards dans la prise en charge des maladies chroniques et dans le dépistage du cancer, ce qui risque de détourner l'attention de l'aide apportée aux fumeurs pour qu'ils cessent de fumer. Cette situation est préoccupante, étant donné que les tentatives de sevrage brutal sans aide, qui sont plus fréquentes chez les personnes à faible revenu que chez les personnes à revenu élevé, sont moins susceptibles de réussir à long terme[14].

Quatrièmement, la pandémie a détourné l'attention et les ressources des établissements de santé publique, notamment le personnel et les fonds, vers la protection du public contre les méfaits directs des infections causées par la COVID-19. Les ressources disponibles pour les activités de lutte contre le tabagisme, telles que l'application de la loi, l'éducation et l'aide au sevrage, sont de ce fait moins nombreuses.

Il est donc urgent d'agir pour protéger les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique contre les méfaits du tabac, étant donné que les disparités liées au tabac sont aggravées par les effets sociétaux de la pandémie.

Protéger la santé des groupes défavorisés sur le plan socioéconomique contre les méfaits du tabac pendant et après la pandémie de COVID-19

Il est possible de réduire les méfaits du tabac chez les populations défavorisées pendant et après la pandémie grâce à la mise en œuvre de mesures coordonnées à plusieurs niveaux et conformes à la Stratégie canadienne sur le tabac[12] (tableau 1).

Premièrement, il est nécessaire d'éliminer les obstacles à l'accès au traitement du tabagisme afin de permettre aux fumeurs de recevoir le traitement recommandé pour le sevrage du tabac, soit une combinaison de pharmacothérapie et de counseling comportemental. Les régimes d'assurance publique qui couvrent les médicaments de sevrage du tabac devraient être étendus aux travailleurs à faible revenu ou aux bénéficiaires de l'assurance emploi. Conformément aux mesures sociétales visant à limiter la propagation de la COVID-19, le traitement du tabagisme peut se faire à distance, par des services de counseling téléphonique (lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt du tabac) et par l'envoi postal de médicaments. La première pratique est déjà bien établie dans la plupart des administrations, la seconde ayant quant à elle connu des succès locaux, dont il convient d'élargir la portée[33].

Deuxièmement, pour que les fumeurs défavorisés ne soient pas sous-représentés dans les efforts généraux déployés en matière de santé publique, ces efforts devraient être soutenus par des mesures à l'échelle des collectivités. Par exemple, le traitement du tabagisme devrait être systématiquement offert dans les milieux communautaires qui fournissent des services aux populations vulnérables, tels que les agences de placement, les programmes d'aide sociale, les services de logement et d'hébergement pour les personnes itinérantes positives à la COVID-19 et les banques alimentaires. Pour y parvenir, il faudra une collaboration et une coordination entre les différents ordres de gouvernement, les services d'arrêt du tabac et les organismes communautaires.

Troisièmement, la plupart des grands établissements de soins de santé sont dotés de systèmes de technologie de l'information qui leur permettent de repérer les fumeurs parmi leurs patients. Cette approche proactive, qui consiste à inviter les fumeurs à suivre un traitement contre le tabagisme, s'est avérée efficace pour augmenter le taux d'acceptation du traitement chez les fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique[34]. De même, l'intégration du traitement du tabagisme au sein des établissements de soins de santé qui traitent les populations touchées par les disparités en matière de tabagisme, comme les hôpitaux psychiatriques et les programmes de traitement des dépendances, est également susceptible d'augmenter le taux d'acceptation[35]. Le traitement du tabagisme peut aussi être offert de manière proactive par une méthode à distance après le dépistage du tabagisme chez les personnes positives à la COVID-19.

Quatrièmement, il faut une action gouvernementale coordonnée, sous la forme d'un ensemble d'interventions politiques, pour donner la priorité aux activités de lutte contre le tabagisme à l'heure actuelle, en particulier celles qui ont une incidence positive sur l'équité et qui sont susceptibles de réduire les méfaits au sein des groupes vulnérables[36]. Par exemple, l'application de politiques d'interdiction totale de fumer sur les lieux de travail des personnes occupant un emploi manuel et dans les immeubles à logements multiples permettrait de réduire les disparités en matière d'exposition à la fumée secondaire. En outre, le coût des cigarettes étant plus prohibitif pour les fumeurs des groupes socioéconomiques inférieurs, l'augmentation du prix des paquets, conjuguée à une application plus stricte de la loi sur le marché noir du tabac, pourrait inciter de nombreuses personnes à arrêter de fumer[37]. La réglementation de la densité des points de vente au détail de tabac est un autre outil puissant pour lutter contre les disparités en matière de tabagisme[38], et des études récentes tendent à indiquer qu'elle permet de réduire l'écart entre le nombre de points de vente au détail de tabac dans les quartiers à faible revenu et le nombre de points de vente au détail de tabac dans les quartiers à revenu élevé[39].

Cinquièmement, conformément au cadre syndémique, les mesures visant à atténuer les facteurs systémiques qui contribuent aux disparités en matière de santé au sein des groupes vulnérables, tels que les possibilités limitées d'éducation ou d'emploi, l'insécurité en matière de logement, l'accès précaire aux soins de santé et la discrimination, sont susceptibles d'avoir une

TABLEAU 1
Mesures conformes à la Stratégie canadienne sur le tabac visant à protéger les groupes vulnérables contre les méfaits du tabac

Pilier	Mesure
Arrêt	Accroître l'accès à des programmes d'arrêt du tabac gratuits dans les établissements de soins de santé, en particulier ceux qui accueillent des patients présentant une prévalence élevée de tabagisme (comme les services de psychiatrie et de traitement des dépendances).
	Offrir des programmes d'arrêt du tabac à distance (par téléphone et sur Internet) et une pharmacothérapie distribuée par voie postale.
	Utiliser les technologies de l'information au sein des systèmes de santé pour inviter de manière proactive les fumeurs à participer à des programmes d'arrêt du tabac.
	Augmenter le prix des cigarettes.
	Effectuer le dépistage et le traitement du tabagisme au moment du dépistage et de la vaccination de la COVID-19.
	Offrir un soutien en matière d'arrêt du tabac sur les lieux de travail et au sein des collectivités.
Protection	Appliquer des politiques d'interdiction totale de fumer, en particulier sur les lieux de travail des personnes occupant un emploi manuel.
	Assurer la mise en place de politiques d'interdiction de fumer dans tous les immeubles à logements multiples financés par le gouvernement.
Industrie	Limiter la densité des points de vente au détail de tabac dans les quartiers à faible statut socioéconomique.
	Interdire les rabais sur les produits du tabac.

incidence positive sur le tabagisme et les conséquences liées au tabac ainsi que sur la santé en général[40].

Conclusion

Même avant la pandémie actuelle, les populations défavorisées sur le plan socioéconomique subissaient des disparités en matière de tabagisme et de problèmes de santé liés au tabac contribuant grandement aux inégalités en matière de santé. Le cadre syndémique est une approche conceptuelle qui permet de comprendre comment les risques sanitaires associés à la consommation de tabac avant la pandémie interagissent avec les effets sociétaux de la pandémie et comment, ensemble, ils accentuent le risque de méfaits liés au tabac au sein des groupes défavorisés. Le cadre fait également ressortir des mesures susceptibles d'atténuer une proportion non négligeable de ce risque, comme la réduction des obstacles à l'accès au traitement du tabagisme en utilisant des services de counseling à distance et en envoyant par la poste des médicaments de sevrage du tabac, la sensibilisation proactive des fumeurs inscrits dans les systèmes de soins de santé, l'application de politiques d'interdiction totale de fumer sur les lieux de travail des personnes occupant un emploi manuel et dans les immeubles à logements multiples et enfin l'intégration du traitement du tabagisme dans les organismes communautaires qui offrent des services aux personnes défavorisées sur le plan socioéconomique. Pour garantir la diminution des disparités en matière de tabagisme et de santé au fil du temps, ces mesures d'atténuation doivent être accompagnées de stratégies visant à réduire les facteurs systémiques à l'origine des inégalités sociales.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de relation, d'activité ou d'intérêt en lien avec le contenu de cet article. Les auteurs n'ont reçu aucun financement particulier pour la réalisation de ce travail.

Contributions des auteurs et avis

OM et PS ont conçu le projet du commentaire. OM, LZ, RS, LB et PS ont participé aux travaux d'analyse et d'interprétation. OM a rédigé le manuscrit. OM, LZ, RS, LB et PS ont révisé de façon critique le contenu intellectuel important du manuscrit. OM, LZ, RS, LB et PS ont approuvé la version définitive du manuscrit.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Feldman C, Anderson R. Cigarette smoking and mechanisms of susceptibility to infections of the respiratory tract and other organ systems. J Infect. 2013;67(3):169-184. https://doi.org/10.1016/j.jinf.2013.05.004

2. Arcavi L, Benowitz NL. Cigarette smoking and infection. Arch Intern Med. 2004;164(20):2206-2216. https://doi.org/10.1001/archinte.164.20.2206

3. Guan W-j, Ni Z-y, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020; 382(18):1708-1720. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032

4. Gülsen A, Yigitbas BA, Uslu B, Drömann D, Kilinc O. The effect of smoking on COVID-19 symptom severity: systematic seview and meta-analysis. Pulm Med. 2020;2020:7590207. https://doi.org/10.1155/2020/7590207

5. Lowe KE, Zein J, Hatipoglu U, Attaway A. Association of smoking and cumulative pack-year exposure with COVID-19 outcomes in the Cleveland Clinic COVID-19 registry. JAMA Intern Med. 2021;181(5):709-711. [Correction le 8 mars 2021]. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.8360

6. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. Nature. 2020;584(7821): 430-436. https://doi.org/10.1038/s41586-020-2521-4

7. Jackson SE, Garnett C, Shahab L, Oldham M, Brown J. Association of the COVID-19 lockdown with smoking, drinking and attempts to quit in England: an analysis of 2019–20 data. Addiction. 2020;116(5):1233-1244. https://doi.org/10.1111/add.15295

8. Zvolensky MJ, Jardin C, Wall MM, et al. Psychological distress among smokers in the United States: 2008–2014. Nicotine Tob Res. 2018;20(6):707-713. https://doi.org/10.1093/ntr/ntx099

9. Bommele J, Hopman P, Walters BH, et al. The double-edged relationship between COVID-19 stress and smoking: implications for smoking cessation. Tob Induc Dis. 2020;18:63. https://doi.org/10.18332/tid/125580

10. Zajacova A, Jehn A, Stackhouse M, Denice P, Ramos H. Changes in health behaviours during early COVID-19 and socio-demographic disparities: a cross-sectional analysis. Can J Public Health. 2020;111(6):953-962. https://doi.org/10.17269/s41997-020-00434-y

11. Stanton R, To QG, Khalesi S, et al. Depression, anxiety and stress during COVID-19: associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(11):4065. https://doi.org/10.3390/ijerph17114065

12. Santé Canada. Stratégie canadienne sur le tabac [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020 [Consultation le 2 juin 2021]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-tabac-canada.html

13. GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017; 389(10082):1885-1906. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30819-X. Erratum in: Lancet. 2017;390(10103): 1644. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32559-X

14. Santé Canada. Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine (ECTN) : sommaire des résultats pour 2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020 [Consultation le 3 mars 2021]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-nicotine/sommaire-2019.html

15. Corsi DJ, Boyle MH, Lear SA, Chow CK, Teo KK, Subramanian SV. Trends in smoking in Canada from 1950 to 2011: progression of the tobacco epidemic according to socioeconomic status and geography. Cancer Causes Control. 2014;25(1):45-57. https://doi.org/10.1007/s10552-013-0307-9

16. Statistique Canada. Statut sur l'usage du tabac selon l'identité autochtone (2012) [tableau 41-10-0007-01; Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [consultation le 3 mars 2021]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=4110000701

17. Smith PH, Mazure CM, McKee SA. Smoking and mental illness in the U.S. population. Tob Control. 2014; 23(e2):e147-e153. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051466

18. Adhopia V. Ontario's anti-smoking program Leave The Pack Behind left behind by government cuts [Internet]. CBC News, Health. 2019; 1er juin [Consultation le 3 mars 2021]. En ligne à : https://www.cbc.ca/news/health/ontario-cuts-youth-smoking-program-1.5158362

19. Reid JL, Hammond D, Boudreau C, et al. Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. Nicotine Tob Res. 2010;(Suppl 1):S20-S33. https://doi.org/10.1093/ntr/ntq051

20. Manuel DG, Perez R, Sanmartin C, et al. Measuring burden of unhealthy behaviours using a multivariable predictive approach: life expectancy lost in Canada attributable to smoking, alcohol, physical inactivity, and diet. PLoS Med. 2016;13(8):e1002082. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002082

21. Patel JA, Nielsen FB, Badiani AA, et al. Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable [lettre]. Public Health. 2020;183:110-111. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.006

22. Statistique Canada. Enquête sur la population active, mai 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2020 [Consultation le 28 avril 2021]. Le Quotidien. 2020; 5 juin. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200605/dq200605a-fra.htm

23. Norström F, Virtanen P, Hammarström A, Gustafsson PE, Janlert U. How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects. BMC Public Health 2014;14:1310. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1310

24. Das LT, Gonzalez CJ. Preparing telemedicine for the frontlines of healthcare equity. J Gen Intern Med. 2020; 35(8):2443-2444. https://doi.org/10.1007/s11606-020-05941-9

25. Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). Santé mentale : les conséquences de la COVID-19 sur les populations vulnérables : vague 1 [Internet]. Toronto (Ont.) : ACSM; 2020. En ligne à : https://cmha.ca/fr/documents/les-consequences-de-la-covid-19-sur-les-populations-vulnerables

26. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. Lancet. 2017;389(10072):941-950. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X

27. Fronteira I, Sidat M, Magalhães JP, et al. The SARS-CoV-2 pandemic: a syndemic perspective. One Health. 2021; 12:100228. https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100228

28. al'Absi M, Carr SB, Bongard S. Anger and psychobiological changes during smoking abstinence and in response to acute stress: prediction of smoking relapse. Int J Psychophysiol. 2007; 66(2):109-115. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2007.03.016

29. Gagné T, Lapalme J, Ghenadenik AE, O'Loughlin JL, Frohlich K. Socioeconomic inequalities in secondhand smoke exposure before, during and after implementation of Quebec's 2015 'An Act to Bolster Tobacco Control' [Internet]. Tob Control. 2020. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-056010

30. Delgado Rendon A, Cruz TB, Baezconde-Garbanati L, Soto C, Unger JB. Managers' practices of tobacco and marijuana smoking policies in Hispanic-occupied multiunit housing. Health Equity 2019;3(1):304-311. https://doi.org/10.1089/heq.2018.0100

31. Merianos AL, Dixon CA, Mahabee-Gittens EM. Secondhand smoke exposure, illness severity, and resource utilization in pediatric emergency department patients with respiratory illnesses. J Asthma. 2017;54(8):798-806. https://doi.org/10.1080/02770903.2016.1265127

32. Baliunas D, Zawertailo L, Voci S, et al. Variability in patient sociodemographics, clinical characteristics, and healthcare service utilization among 107,302 treatment seeking smokers in Ontario: a cross-sectional comparison. PloS ONE. 2020;15(7):e0235709. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235709

33. Cunningham JA, Kushnir V, Selby P, et al. Five-year follow-up of a randomized clinical trial testing mailed nicotine patches to promote tobacco cessation. JAMA Intern Med. 2020; 180(5):792-793. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0001

34. Fu SS, van Ryn M, Nelson D, et al. Proactive tobacco treatment offering free nicotine replacement therapy and telephone counselling for socioeconomically disadvantaged smokers: a randomised clinical trial. Thorax. 2016; 71(5):446-453. https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2015-207904

35. Gilbody S, Peckham E, Bailey D, et al. Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial. Lancet Psychiatry. 2019;6(5):379-390. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30047-1

36. Hill S, Amos A, Clifford D, Platt S. Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. Tob Control. 2014;23(e2):e89-e97. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051110

37. Hu Y, van Lenthe FJ, Platt S, et al. The impact of tobacco control policies on smoking among socioeconomic groups in nine European countries, 1990–2007. Nicotine Tob Res. 2017;19(12):1441-1449. https://doi.org/10.1093/ntr/ntw210

38. Kong AY, King BA. Boosting the Tobacco Control Vaccine: recognizing the role of the retail environment in addressing tobacco use and disparities [Internet]. Tob Control. 2020. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-055722

39. Lawman HG, Henry KA, Scheeres A, Hillengas A, Coffman R, Strasser AA. Tobacco retail licensing and density 3 years after license regulations in Philadelphia, Pennsylvania (2012–2019). Am J Public Health. 2020;110(4):547-553. https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305512

40. Brown AF, Ma GX, Miranda J, et al. Structural interventions to reduce and eliminate health disparities. Am J Public Health. 2019;109(S1):S72-S78. https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304844

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.10.03f

Commentaire

Est-il encore possible de faire chuter le taux de tabagisme à moins de 5 % d'ici 2035 ?

Les Hagen, M.S.M. (1,2); Robert Schwartz, Ph. D. (3,4)

Diffuser cet article sur Twitter

Cinq années de luttes et de revers

Cette année marque le cinquième anniversaire du sommet canadien « Tobacco Endgame » (« fin de partie pour le tabac »). Le 30 septembre 2016, des dizaines de chercheurs, de chefs de file, de défenseurs et de décideurs de l'ensemble du pays se sont réunis à l'Université Queen's à Kingston pour débattre pendant deux jours sur l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada[1]. Le sommet avait pour objectif ambitieux de repenser et de relancer la lutte contre le tabagisme au Canada et de préparer le terrain pour des réductions accélérées et substantielles de la consommation de tabac, d'où l'expression « fin de partie pour le tabac ». L'un des principaux résultats du sommet a été de proposer un nouvel objectif national : faire chuter le taux de tabagisme au Canada à moins de 5 % d'ici 2035[1] (« moins de 5 % d'ici 2035 »).

Cet objectif a été rapidement adopté par Santé Canada à la suite d'un forum national organisé par la ministre de la Santé Jane Philpott à Ottawa en mars 2017[2]. Lors du forum, la ministre a lancé un appel en faveur de mesures fortes et immédiates visant à accélérer la réduction du taux de tabagisme au Canada. Santé Canada avait déjà publié un document d'orientation ambitieux, intitulé *Saisir l'occasion : l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada*[3], qui proposait un certain nombre de mesures pour réaliser cette fin de partie pour le tabac. La lutte contre le tabagisme semblait lancée sur une nouvelle voie, grâce à un meilleur focus, un objectif unanimement accepté et une forte détermination. L'atteinte de cet objectif paraissait à portée de main.

Cinq ans plus tard, le Canada lutte toujours contre le tabagisme à petits pas, de manière inconstante et réactive, sans plan cohérent pour réduire la consommation de tabac ou pour atteindre « moins de 5 % d'ici 2035 », et avec un appui limité de la part des gouvernements infranationaux et des intervenants non gouvernementaux. Il n'y a pas d'étapes prévues, de valeurs de référence ou de plans nationaux tangibles en dehors des documents d'orientation optimistes. Le gouvernement fédéral n'a jamais présenté de plan opérationnel pour réaliser l'objectif « moins de 5 % d'ici 2035 », et une seule province (le Nouveau-Brunswick) aurait adopté cet objectif[4]. Les territoires auraient probablement du mal à atteindre cet objectif en raison de leurs taux élevés de tabagisme, qui sont bien supérieurs à la moyenne nationale. Bien que des progrès aient été réalisés pour interdire les produits du tabac aromatisés, imposer des emballages neutres et rétablir les subventions et contributions fédérales, l'appel de la ministre Philpott est resté largement lettre morte. Les gouvernements provinciaux n'ont pas fait grand-chose pour combler l'écart, à quelques exceptions près comme les lois qui fixent l'âge minimal à 21 ans en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard et les réformes du commerce de détail au Québec. De plus, la légalisation des produits de vapotage à la nicotine et du cannabis et la pandémie de COVID-19 qui a suivi sont venues retarder et complexifier la prise de mesures concrètes permettant de gagner la fin de partie contre le tabac.

La lutte contre le tabagisme a subi de nombreux revers depuis septembre 2016.

La légalisation en 2018 des produits de vapotage à la nicotine et leur promotion généralisée ont contribué à une augmentation fulgurante de leur utilisation chez les jeunes, hausse que les gouvernements et les intervenants de la lutte contre le tabagisme tentent désespérément de faire reculer. Après une absence de cinquante ans dans les médias radiotélévisés, les compagnies de tabac ont eu le feu vert pour promouvoir des produits contenant de la nicotine à la télévision et à la radio et ont ciblé agressivement les jeunes au moyen de vastes campagnes dans les médias sociaux. Plus de 400 000 jeunes Canadiens d'âge scolaire vapotent maintenant et risquent de devenir dépendants à la nicotine et de commencer à consommer du tabac[5]. Selon une méta-analyse récente, les jeunes qui vapotent risquent trois fois plus de commencer à fumer que les autres[6]. Cette situation a exigé l'intervention de ceux dont le travail est de lutter sans relâche contre le tabagisme, aspirant ainsi leur temps, leur énergie et leurs ressources. L'impact à long terme du vapotage reste à mesure en ce qui concerne l'initiation au tabagisme chez les jeunes et l'arrêt du tabagisme chez les adultes.

La fermeture inopinée de l'Association pour les droits des non-fumeurs (ADNF) en 2017 est un autre revers important. Le rétablissement des subventions pour la lutte contre le tabagisme de Santé Canada en 2018 n'est pas survenu assez tôt pour sauver l'ADNF ou le Conseil canadien pour le contrôle du tabac, qui avait fermé

Rattachement des auteurs :

1. Action on Smoking & Health (ASH Canada), Edmonton (Alberta), Canada
2. École de santé publique, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
3. Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Toronto (Ontario), Canada
4. École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Les Hagen, ASH Canada, CP 52117, COP Garneau, Edmonton (Alberta) T6G 2T5; tél. : 780-426-7867; courriel : hagen@ash.ca.

ses portes quelques années auparavant. L'arrêt récent de la Campagne ontarienne d'action contre le tabac est une autre conséquence malheureuse des réductions de financement à la lutte contre le tabagisme. La force des ONG antitabac est maintenant à son plus bas niveau depuis 30 ans.

La légalisation du cannabis et l'acceptation générale de sa consommation publique pourraient compromettre la lutte contre le tabagisme en renormalisant le fait de fumer[7,8], bien que ces effets n'aient pas encore été entièrement définis et décrits. La proposition de Santé Canada de faire passer à 21 ans l'âge minimum pour acheter du tabac dans le cadre de l'objectif « moins de 5 % d'ici 2035 » est devenue pratiquement irréalisable depuis que l'âge légal pour acheter du cannabis a été fixé à 18 ans, à l'instar de l'âge légal pour voter. L'approbation simultanée des cigarettes de cannabis préroulées (« joints combustibles ») par le gouvernement fédéral est allée à l'encontre de ses propres lignes directrices sur la réduction du risque associé à la consommation de cannabis, et elle a facilité l'utilisation de feuilles d'enveloppe de tabac, qui sont souvent fumées avec le cannabis. De nombreux fumeurs de cannabis sont également consommateurs de tabac et environ le tiers d'entre eux mélangent tabac et cannabis[9].

En plus d'être confrontée à ces défis considérables, la lutte contre le tabagisme a beaucoup souffert de la pandémie de COVID-19, car le personnel, les fonds et les ressources de la santé publique ont été redéployés pour lutter contre le coronavirus. Les organismes de bienfaisance œuvrant en santé ont mis à pied de précieux membres du personnel de la lutte contre le tabagisme partout au Canada en raison de l'impact des restrictions liées à la pandémie sur la collecte de fonds. De nombreux membres du personnel de la lutte contre le tabagisme fédéraux, provinciaux et régionaux ont été affectés à la lutte contre la COVID-19, dont le directeur général de la Direction de la lutte contre le tabagisme de Santé Canada. La capacité des gouvernements, de la société civile et des professionnels de la santé à lutter contre l'épidémie de tabagisme a été considérablement réduite par les répercussions de la COVID-19. Le besoin d'un financement durable de la lutte contre le tabagisme n'a jamais été aussi grand.

L'industrie du tabac continue d'innover et s'est transformée dans les dernières années, s'emparant d'une part substantielle du marché du vapotage. Comme le montre l'essor considérable du marché des produits de vapotage contenant de la nicotine chez les jeunes et les jeunes adultes et la mise au point de préparations à forte teneur en nicotine et de produits de tabac chauffé sans combustion, cette industrie n'a pas l'intention de disparaître. Quoique les répercussions du vapotage de nicotine sur la santé publique restent imprécises à long terme, à la lumière des données actuelles, il y a tout lieu de s'attendre à des effets respiratoires et cardiovasculaires majeurs.

De plus, de nombreuses données tendent à montrer que le vapotage de produits à la nicotine chez les jeunes risque de faire augmenter les taux de tabagisme si les gouvernements ne font rien pour s'y opposer, même si ces effets n'ont pas encore été signalés au Canada. Les risques pour la santé publique de l'utilisation de la nicotine chez les jeunes ou à des fins récréatives vont continuer à l'emporter sur les avantages potentiels de l'utilisation des produits de vapotage à la nicotine pour le sevrage tabagique, et ce, tant que ces problèmes ne seront pas résolus. Selon un modèle, pour chaque fumeur qui cesse de fumer en vapotant, il y a environ 80 jeunes vapoteurs qui vont devenir fumeurs[10].

Des insuffisances manifestes

Dans sa stratégie de lutte contre le tabagisme, le Canada est toujours aux prises avec des lacunes considérables qui risquent de l'empêcher d'atteindre son objectif « moins de 5 % d'ici 2035 ».

L'une de ces insuffisances manifeste est le fait que le Canada n'a pas fini de mettre en œuvre le programme de politiques MPOWER de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Bien que le programme MPOWER ait été critiqué pour son approche relativement conservatrice, le Canada ne respecte même pas cette norme mondiale minimale. Plusieurs composantes de MPOWER n'ont pas encore été mises en œuvre au Canada, notamment la hausse des taxes sur le tabac à 75 % du prix de détail, la mise en œuvre de campagnes dans les médias de masse fondées sur des données probantes, bien financées et sur une longue période, et la subvention des traitements de sevrage tabagique pour tous. À l'opposé, le Brésil et la Turquie ont pleinement mis en œuvre MPOWER et plusieurs autres pays sont prêts à leur emboîter le pas[11].

Le Canada n'a pas encore adopté le protocole mondial de l'OMS pour réduire la contrebande de tabac, malgré une contrebande importante et constante[12]. Les gouvernements fédéral et provinciaux ferment souvent les yeux sur la distribution illégale de produits du tabac commerciaux non taxés provenant d'usines situées dans les réserves des Premières Nations. Les taxes sur le tabac restent limitées au Québec et en Ontario en grande partie à cause de l'impact du marché de la contrebande et des sensibilités politiques qui accompagnent cette activité criminelle non dissimulée.

Les campagnes dans les médias de masse restent en veilleuse en raison des retombées politiques d'un scandale survenu il y a près de vingt ans au gouvernement fédéral, qui a abouti à la création d'une commission d'enquête nationale sur les activités fédérales de commandite et de publicité[13].

Les gouvernements canadiens continuent de collaborer avec les sociétés productrices de tabac, ce qui contrevient à l'article 5.3 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT). L'une de ces collaborations, inquiétante, est la mise au point d'un nouveau vaccin potentiel contre la COVID-19 coparrainée par Philip Morris et le gouvernement fédéral[14].

Il s'agit de graves insuffisances qui freinent les progrès de la lutte antitabac et fragilisent les efforts visant à réaliser l'objectif « moins de 5 % d'ici 2035 » au Canada.

Se remettre sur les rails

Nos chances d'atteindre l'objectif « moins de 5 % d'ici 2035 » sont sérieusement compromises. Des efforts concertés, immédiats et conduits avec détermination sont nécessaires pour remettre la lutte antitabac sur les rails. Les cinq ans écoulés depuis la fixation de cet objectif ont été désastreux. Pratiquement aucune des grandes mesures nécessaires pour sa réalisation n'a été adoptée. Ces mesures sont énoncées clairement dans les rapports de l'initiative « fin de partie pour le tabac »[1,15]

et dans un excellent rapport sur la modernisation de la stratégie de lutte contre le tabagisme de l'Ontario[16] :

(1) hausser substantiellement les taxes sur le tabac, adopter des politiques de contrôle des prix efficaces et des mesures plus strictes pour réduire les activités de contrebande;

(2) empêcher l'industrie de contourner les augmentations de taxes en réduisant la différence de prix entre les types et les marques de cigarettes et en interdisant les remises sur le volume;

(3) mettre pleinement en œuvre le programme de politiques MPOWER de l'OMS et approuver le protocole mondial de la CCLAT pour réduire la contrebande de tabac;

(4) interdire tous les incitatifs offerts par l'industrie aux détaillants;

(5) réduire le nombre de détaillants de produits du tabac;

(6) réduire l'offre de produits du tabac d'une manière systématique et conforme à l'objectif visant à faire chuter le taux de tabagisme à moins de 5 % d'ici 2035;

(7) accroître le soutien du gouvernement afin que de rendre accessibles des traitements de sevrage tabagique gratuits et efficaces;

(8) restaurer et étendre les campagnes fondées sur des données probantes dans les médias de masse, y compris des campagnes visant à dénormaliser l'industrie du tabac;

(9) assurer la pleine conformité du gouvernement à l'article 5.3 de la CCLAT afin de minimiser l'ingérence de l'industrie du tabac;

(10) mettre en œuvre des catalyseurs systémiques :
- un financement substantiel et durable pour la lutte antitabac provenant des sommes perçues auprès de l'industrie du tabac;
- une stratégie nationale cohérente comprenant des plans de travail concrets, des valeurs de référence, des étapes et une surveillance continue;
- une mobilisation totale des gouvernements provinciaux et territoriaux, des ONG, des professionnels de la santé et des chercheurs.

En outre, il apparaît maintenant urgent d'établir un plan visant à réduire l'utilisation de tous les produits contenant de la nicotine, afin que l'épidémie de tabagisme ne soit pas remplacée par une épidémie de vapotage de nicotine et pour éviter les conséquences que cela aurait sur la dépendance à la nicotine, la dépendance au tabac et la santé respiratoire et cardiovasculaire[17]. Avec plus de 400 000 jeunes d'âge scolaire qui utilisaient des produits de vapotage en 2019, le risque d'une épidémie durable de dépendance à la nicotine et d'augmentation du tabagisme ne doit pas être sous-estimé.

Saisir l'occasion

Il semble que l'appel ambitieux de la ministre Philpott n'ait jamais été entendu, en particulier si l'on se réfère au rapport et aux propositions de politique qui ont accompagné sa directive de 2017 : plusieurs des mesures prometteuses proposées dans *Saisir l'occasion* n'ont pas été mises en œuvre ou ne l'ont été que partiellement.

Le gouvernement fédéral pourrait fournir davantage d'incitatifs, de directives et de soutien. Il est peut-être temps que les gouvernements provinciaux et territoriaux, les ONG, les professionnels de la santé et les chercheurs établissent ensemble le programme national en consultation avec le gouvernement fédéral. Une stratégie de lutte contre le tabagisme véritablement nationale doit faire appel à tous les intervenants clés, le gouvernement fédéral jouant un rôle de coordonnateur et le leadership étant assuré par toutes les parties. Le prochain appel à l'action doit être lancé à l'unisson par les parties prenantes, et non par un seul acteur.

Une grande partie du véritable travail de lutte contre le tabagisme a eu lieu à l'échelle régionale au cours des vingt dernières années, que ce soit les interdictions de fumer sur les lieux de travail, les augmentations des taxes sur le tabac, les interdictions des arômes, les campagnes dans les médias de masse ou les programmes de renoncement au tabac. Les provinces et les territoires ont tous adopté leurs propres stratégies de lutte contre le tabagisme afin de compléter la stratégie fédérale.

Les compétences en matière de santé publique et de lutte contre le tabagisme sont partagées entre les provinces ou les territoires et le gouvernement fédéral, comme l'indique la *Loi constitutionnelle*. Cette responsabilité partagée s'est manifestée clairement pendant la pandémie de COVID-19 : les provinces et les territoires ont joué des rôles essentiels, ce qui est clairement apparu dans les réunions hebdomadaires auxquelles participent les premiers ministres du Canada et des provinces.

Nous avons désespérément besoin d'un nouvel appel à l'action, formulé d'une même voix, pour que tous les ministres de la Santé canadiens s'engagent à mettre en place des mesures concrètes pour réaliser l'objectif « moins de 5 % d'ici 2035 ». D'autres pays comme l'Irlande[18] et la Nouvelle-Zélande[19] ont élaboré des plans d'action cohérents, comprenant des stratégies concrètes, des valeurs de référence, des étapes précises et une supervision pour atteindre l'objectif « moins de 5 % d'ici 2025 ».

Près de 50 000 Canadiens meurent chaque année de maladies liées au tabac, et ce chiffre n'a pas diminué de façon appréciable depuis plus de vingt ans[20,21]. Plus de 400 000 jeunes vapoteurs risquent en ce moment de devenir dépendants à la nicotine et de commencer à consommer du tabac[5]. Près d'un million de Canadiens subissent actuellement des conséquences directes de l'usage du tabac, le rapport entre la morbidité et la mortalité s'établissant à 20 pour 1[22]. Le système de santé est surchargé par des maladies chroniques dont le tabagisme est l'une des causes principales. Notre économie souffre également des conséquences de l'usage du tabac, sous la forme d'une baisse de productivité qui constitue près de la moitié de l'impact économique total[23].

Espérons que la pandémie de COVID-19 ranimera l'intérêt national pour la santé publique et que cela encouragera les gouvernements canadiens, la société civile, les professionnels de la santé et d'autres intervenants clés à poursuivre les actions collectives en vue d'une réduction substantielle de la consommation de tabac.

Peut-être devons-nous tous saisir l'occasion offerte par la COVID-19.

Conflits d'intérêts

LH est employé par un organisme dont le financement provient des secteurs public

et privé, mais non des entreprises qui fabriquent des produits du tabac ou de vapotage. RS déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Avis

Le contenu de cet article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Tobacco Endgame Steering Committee. A tobacco endgame for Canada: background paper. Tobacco Endgame Strategy for Canada Summit; 30 septembre au 1er octobre 2016; Kingston (Ontario). En ligne à : https://www.queensu.ca/gazette/sites/default/files/assets/attachments/EndgameSummit-Backgroundpaper%20.pdf

2. Santé Canada. Forum national sur l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada : Ce que nous avons entendu [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2017 [consultation le 30 avril 2021]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/lavenir-lutte-contre-tabagismece-que-nous-avons-entendu.html

3. Santé Canada. Saisir l'occasion : l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2017. En ligne à : https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/programs/future-tobacco-control/future-tobacco-control-consultation-fra.pdf

4. Coalition antitabac du Nouveau-Brunswick. Stratégie favorisant la vie sans tabac au Nouveau-Brunswick (2019-2023) : Une province sans tabac et sans fumée pour tous. Moncton (N.-B.) : Coalition antitabac du Nouveau-Brunswick; 2020. En ligne à : http://nbatc.ca/wp-content/uploads/2019/09/NBATC-STRATEGY-F-FINAL.pdf

5. Santé Canada. Résumé des résultats de L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2018-2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; 2019 [consultation le 30 avril 2021]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-sommaire.html

6. Baenziger ON, Ford L, Yazidjoglou A, Joshy G, Banks E. E-cigarette use and combustible tobacco cigarette smoking uptake among non-smokers, including relapse in former smokers: umbrella review, systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2021; 11:e045603. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045603

7. Schwartz R. Legalize marijuana without the smoke. [Commentary.] CMAJ. 2017;189(4):E137-E138. https://doi.org/10.1503/cmaj.161203

8. Un cadre pour la légalisation et la réglementation du cannabis au Canada : Le rapport final du Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis [Internet]. 2016 [consultation le 18 juin 2021]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/lois-reglementation/groupe-travail-legalisation-reglementation-cannabis/cadre-legalisation-reglementation-cannabis-canada.html

9. Gravely S, Driezen P, Smith DM, et collab. International differences in patterns of cannabis use among adult cigarette smokers: findings from the 2018 ITC Four Country Smoking and Vaping Survey. Int J Drug Policy. 2020;79:1027542. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102754

10. Soneji, SS, Sung H-Y, Primack BA, Pierce JP, Sargent JD. Quantifying population-level health benefits and harms of e-cigarette use in the United States. PLoS ONE. 2018;13(3):e0193328. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193328

11. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use [Internet]. Geneva (CH): UCSF: Center for Tobacco Control Research and Education; 2019 [consultation le 30 avril 2021]. En ligne à : https://escholarship.org/uc/item/1g16k8b9

12. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2021 [consultation le 30 avril 2021]. En ligne à : https://www.who.int/fctc/protocol/about/fr

13. Global Tobacco Control Forum (GTCF). Canada's implementation of the Framework Convention on Tobacco Control: a civil society "shadow report." Ottawa (Ont.): GTCF; 2010. En ligne à : http://www.smoke-free.ca/pdf_1/FCTC-Shadow-2010-Canada.pdf

14. Cohen J, Chapman S. Philip Morris and the Government of Canada collaborate on COVID-19 vaccine development. Tobacco Control [blogue]; 22 novembre 2020 [consultation le 30 avril 2021]. En ligne à : https://blogs.bmj.com/tc/2020/11/21/philip-morris-and-the-government-of-canada-collaborate-on-covid-19-vaccine-development/

15. Cabinet Tobacco Endgame. Rapport sur la lutte contre le tabagisme 2019 : Atteindre un taux inférieur à 5 % d'ici 2035 [Internet]. 2019. Ottawa (Ont.) : L'Association pulmonaire du Canada. En ligne à : https://www.poumon.ca/sites/default/files/EndGameReport-French_0.pdf

16. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Smoke-free Ontario modernization: report of the Executive Steering Committee. Toronto (Ont.): Gouvernement de l'Ontario; 2017 [consultation le 30 avril 2021]. En ligne à : https://www.simcoemuskokahealth.org/docs/default-source/hu-library/reports/sfo_modernization_esc_report.pdf?sfvrsn=0

17. Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks (SCHEER). Opinion on electronic cigarettes. Luxembourg: European Commission; 2021. En ligne à : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/scientific_committees/scheer/docs/scheer_o_017.pdf

18. Ireland Department of Health. Tobacco Free Ireland. Dublin (Ireland) : Government of Ireland; 2020 (mise à jour). En ligne à : https://www.gov.ie/en/publication/0e91fc-tobacco-free-ireland/?referrer=http://www.health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/TobaccoFreeIreland.pdf

19. New Zealand Ministry of Health. Proposals for a smokefree Aotearoa 2025 action plan: discussion document. Wellington (New Zealand) : Government of New Zealand; 2021 [consultation le 30 avril 2021]. En ligne à : https://www.health.govt.nz/publication/proposals-smokefree-aotearoa-2025-action-plan

20. Drope J, Schluger N, Cahn Z, et al. The tobacco atlas: Canada. Atlanta (GA) : American Cancer Society and Vital Strategies; 2018 [consultation le 18 juin 2021]. En ligne à : https://tobaccoatlas.org/country/canada/

21. Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1994 et 1996. Maladies chroniques au Canada. 1999;20(3):111-117.

22. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004. En ligne à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44695/

23. Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada : 2015-2017. Ottawa (Ont.) : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2020. En ligne à : https://cemusc.ca/publications/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2020-fr.pdf

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.10.04f

Recherche quantitative originale

Étude des corrélats individuels de l'initiation à la cigarette électronique dans un vaste échantillon d'élèves canadiens du secondaire

Gillian C. Williams, M. Sc. (1,2); Adam G. Cole, Ph. D. (3); Margaret de Groh, Ph. D. (2); Ying Jiang, M.D., M. Sc. (2); Scott T. Leatherdale, Ph. D. (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Une meilleure compréhension des facteurs individuels associés à l'initiation à la cigarette électronique contribuerait à l'amélioration des mesures de prévention. Ainsi, cette étude vise à 1) relever les caractéristiques de départ associées à l'initiation à la cigarette électronique et 2) déterminer si des changements dans ces caractéristiques sont associés à l'initiation à la cigarette électronique chez les adolescents canadiens.

Méthodologie. Cette étude a utilisé les données de l'année 6 (2017-2018, année de référence) et de l'année 7 (2018-2019, année de suivi) de l'étude COMPASS. L'échantillon final comprenait 12 315 élèves de la 9e à la 11e année qui avaient déclaré ne jamais avoir essayé la cigarette électronique au cours de l'année de référence. Les renseignements fournis par les élèves portaient sur leurs caratéristiques individuelles, la consommation d'autres substances, les comportements scolaires, l'activité physique, les comportements sédentaires, les troubles du sommeil, les symptômes d'anxiété et de dépression, la régulation émotionnelle et l'épanouissement. Des modèles hiérarchiques faisant appel aux équations d'estimation généralisées (EEG), stratifiés selon le sexe, ont permis d'analyser l'association entre 1) les caractéristiques de départ et l'initiation à la cigarette électronique lors de l'année de suivi et 2) des changements dans les caractéristiques de départ et l'initiation à la cigarette électronique lors de l'année de suivi.

Résultats. Au total, 29 % des élèves qui n'avaient encore jamais essayé la cigarette électronique ont déclaré en avoir fait l'usage au moment du suivi. Les élèves de 10e et 11e année étaient proportionnellement moins nombreux à avoir essayé la cigarette électronique. La consommation d'autres substances, l'école buissonnière et le respect des directives en matière d'activité physique pendant l'année de référence ainsi que des changements vers ces comportements mesurés au moment du suivi ont été associés à l'initiation à la cigarette électronique à la fois chez les garçons et chez les filles. Certaines différences ont été observées entre les filles et les garçons.

Conclusion. Étant donné que d'autres comportements liés à la santé ont été associés à l'initiation à la cigarette électronique, les stratégies de prévention devraient cibler les combinaisons de comportements à risque pour la santé afin de prévenir l'usage de la cigarette électronique chez les jeunes. De plus, mettre en œuvre des approches en milieu scolaire au début ou pendant le premier cycle du secondaire serait certainement bénéfique.

Mots-clés : *vapotage, adolescent, consommation d'alcool, consommation de cannabis, tabagisme, cigarette, santé mentale, exercice, comportement sédentaire*

Points saillants

- Vingt-neuf pour cent des élèves qui n'avaient encore jamais essayé la cigarette électronique ont déclaré en avoir fait l'usage au moment du suivi. La consommation d'autres substances (alcool, cannabis et cigarettes) était fortement associée à l'initiation à la cigarette électronique.
- Les élèves qui respectaient les directives canadiennes en matière d'activité physique ont eu davantage tendance à commencer à utiliser la cigarette électronique et les filles qui respectaient les directives sur le temps passé devant un écran ont eu moins tendance à commencer à utiliser la cigarette électronique.
- Si l'initiation à la cigarette électronique n'était pas associée de façon significative avec l'anxiété et la dépression, elle était toutefois associée à un dérèglement émotionnel élevé chez les filles et à un épanouissement élevé chez les garçons.
- La majorité des élèves ont maintenu leurs comportements au fil du temps : les résultats concernant les changements par rapport à l'année de référence présentaient une forte concordance avec les observations se rapportant à l'année de référence.

Rattachement des auteurs :

1. École des sciences de la santé publique, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada
2. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
3. Faculté des sciences de la santé, Université Ontario Tech, Oshawa (Ontario), Canada

Correspondance : Gillian C. Williams, École des sciences de la santé publique, Université de Waterloo, 200, avenue University Ouest, Waterloo (Ontario) N2L 3G1; courriel : gillian.williams@uwaterloo.ca.

Introduction

Les cigarettes électroniques sont des dispositifs en évolution rapide procurant à l'utilisateur un aérosol (ou une autre substance) contenant souvent de la nicotine, sans tabac ni combustion[1]. L'usage de la cigarette électronique, appelé aussi vapotage, a connu un essor rapide chez les jeunes dans les dernières années[2-5]. Tant au Canada qu'aux États-Unis, cet usage s'est répandu chez les adolescents[4]. Aux États-Unis, la proportion d'utilisateurs parmi les élèves du secondaire est passée de 1,5 % en 2011 à 20,8 % en 2018, le bond le plus important ayant été enregistré entre 2017 (12 %) et 2018 (21 %)[5]. De même, l'usage de la cigarette électronique chez les adolescents de 15 à 19 ans au Canada atteignait 20 % en 2018, soit le double du taux de 10 % enregistré en 2016[2]. Parmi les adolescents canadiens déclarant utiliser la cigarette électronique, 40 % indiquent l'utiliser quotidiennement ou presque et 90 % disent utiliser des produits contenant de la nicotine[2]. Le vapotage chez les jeunes est préoccupant en raison à la fois des effets inconnus de l'exposition aux produits chimiques sous forme d'aérosols et des effets négatifs connus de la nicotine sur le développement du cerveau[6,7].

Alors que de nombreuses études ont établi un lien entre l'usage de la cigarette électronique et l'initiation à la cigarette[8], peu ont porté sur les facteurs individuels associés à l'initiation à la cigarette électronique. Selon les données dont on dispose, plusieurs facteurs sont associés à l'initiation à la cigarette électronique : le tabagisme (p. ex. cigares, cigarillos) et la consommation de substances[9-12], une forte tendance à rechercher des sensations[13,14], une mauvaise santé mentale[15,16], l'exposition à la promotion de la cigarette électronique[9,17,18] et des attitudes positives à l'égard des cigarettes électroniques chez la personne, les amis et la famille[9,19-21]. Bien que de nombreuses études aient établi une association significative entre l'initiation à la cigarette électronique et le genre, ces études n'ont pas exploré de quelle façon les facteurs prédictifs pouvaient différer selon le genre[9,10,13-15,18,19]. Une meilleure compréhension des facteurs individuels associés à l'initiation à la cigarette électronique, notamment la mise en évidence des caractéristiques (modifiables ou non) des groupes à risque, permettrait d'améliorer les mesures de prévention. Toutefois, peu d'études ont été menées sur l'influence que peuvent avoir les autres comportements à risque (p. ex. l'école buissonnière, les mauvais résultats scolaires), les comportements liés au mouvement[22] et le bien-être mental sur l'initiation à la cigarette électronique ainsi que leur évolution au fil du temps.

La littérature a clairement établi que les comportements en matière de santé tendent à se dégrader durant l'adolescence. Par exemple, la consommation de substances et le temps passé devant un écran augmentent généralement au fil des ans, tandis que l'activité physique et le sommeil tendent à diminuer avec l'âge[2,23-25]. Même si bon nombre de ces changements ont été décrits en détail, on manque de données sur la façon dont les changements observés sont associés à des expériences nouvelles, comme l'initiation à la cigarette électronique. Jusqu'à présent, les études portant sur l'initiation à la cigarette électronique ont porté uniquement sur les comportements initiaux. On ignore ainsi comment les changements comportementaux peuvent être associés à l'initiation à la cigarette électronique.

Le vapotage étant un phénomène nouveau, il paraît nécessaire d'examiner plus à fond les facteurs individuels associés à l'initiation à la cigarette électronique chez les adolescents. Les objectifs de cette étude étaient de 1) relever les caractéristiques de départ associées à l'initiation à la cigarette électronique et 2) déterminer si des changements dans ces caractéristiques ont été associés à l'initiation à la cigarette électronique chez les adolescents canadiens.

Méthodologie

Le projet COMPASS

COMPASS est une étude de cohorte prospective canadienne qui recueille des données auprès des élèves de la 9e à la 12e année (âgés de 13 à 18 ans) en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario et des élèves du secondaire 1 à 5 (âgés de 12 à 17 ans) au Québec[26]. Toutes les démarches de recherche ont été approuvées par le Bureau d'éthique de la recherche de l'Université de Waterloo (numéro de référence 30118) et les comités appropriés des commissions scolaires. Une description complète de la méthodologie de l'étude COMPASS est disponible en version imprimée[26] ou en ligne (www.compass.uwaterloo.ca).

Participants

Cette étude repose sur les données de l'année 6 (2017-2018, année de référence) et de l'année 7 (2018-2019, année de suivi) de l'étude COMPASS. Au total, 40 388 élèves de la 9e à la 11e année (et du secondaire 3 à 5 au Québec) provenant de 111 écoles ont participé à l'étude au cours de l'année de référence (taux de participation de 81,5 %). Les données de 23 168 de ces élèves (57 %) ont été appariées entre l'année de référence et l'année de suivi. Les élèves dont les données ont pu être appariées étaient généralement plus jeunes, de sexe féminin et peu enclins à consommer des substances, incluant des cigarettes électroniques, au cours de l'année de référence (données disponibles sur demande). Les élèves pour lesquels il manquait de l'information sur les covariables dans les données de l'année de référence ou de suivi (n = 5 338, soit 23 %) ont été retirés de l'échantillon. La fréquence d'utilisation de la cigarette électronique ne différait pas entre les élèves pour lesquels des données manquaient et ceux dont les données étaient complètes (données disponibles sur demande). Enfin, les élèves qui avaient déjà essayé la cigarette électronique lors de l'année de référence ont été retirés de l'échantillon (n = 5 515, soit 31 %). Trente-trois pour cent des élèves retirés de l'échantillon pour cette raison étaient en 9e année (n = 1 805), 42 % en 10e année (n = 2 304) et 25 % en 11e année (n = 1 406). L'échantillon final comprenait 12 315 élèves de la 9e à la 11e année qui, lors de l'année de référence, avaient déclaré ne jamais avoir essayé la cigarette électronique. Nous avons également examiné un sous-échantillon d'élèves (n = 10 727) dont les données étaient complètes à la fois pour l'année de référence et l'année de suivi afin de déterminer si certains changements dans les caractéristiques de départ étaient associés à l'initiation à la cigarette électronique.

Mesures

Les réponses des élèves ont été recueillies au moyen du questionnaire COMPASS pendant les heures de cours. Comme pour d'autres recherches sur la santé des jeunes[27], les élèves ont mentionné leur année d'études, leur sexe, leur origine ethnique et l'argent de poche qu'ils recevaient chaque semaine.

Pour définir l'initiation à la cigarette électronique, on a demandé aux élèves :

« As-tu déjà essayé la cigarette électronique? ». Les élèves ayant répondu « oui » au cours de l'année de référence ont été retirés de l'échantillon. On a considéré que les élèves avaient commencé à utiliser la cigarette électronique s'ils avaient répondu « non » la première année et « oui » au moment du suivi.

Le questionnaire comprenait aussi des questions sur la consommation d'autres substances, notamment l'alcool, le cannabis et les cigarettes. Concernant la consommation d'alcool et de cannabis, les élèves entraient dans la catégorie des utilisateurs « mensuels » s'ils indiquaient en consommer une fois par mois ou plus et des utilisateurs « occasionnels » s'ils indiquaient en consommer moins d'une fois par mois. Pour ce qui est de la cigarette classique ou électronique, les élèves étaient répartis selon qu'ils en avaient fait l'usage « au moins une fois » ou « dans le mois précédent ».

Le questionnaire a permis de recueillir des données sur les comportements des jeunes à l'école, en particulier s'ils avaient fait l'école buissonnière au cours des quatre dernières semaines et leurs notes en anglais (en français au Québec).

De plus, on a demandé aux élèves de déclarer le temps passé chaque jour à faire une activité physique modérée à vigoureuse, à s'adonner à des activités sédentaires devant un écran (regarder la télévision ou des films, jouer à des jeux vidéo sur console ou PC, naviguer sur Internet et envoyer des textos, des messages ou des courriels) et à dormir. Les élèves ont été classés comme atteignant ou n'atteignant pas les cibles des Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes[22] pour chacun de ces comportements liés au mouvement. Les recommandations pour les enfants et les jeunes sont d'au moins 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse, un maximum de 2 heures de loisir devant un écran et de 8 à 10 heures de sommeil ininterrompu par jour[22].

Enfin, la santé mentale et le bien-être ont été évalués à l'aide de l'échelle de dépression du Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D-10)[28], de l'échelle GAD-7 du trouble d'anxiété généralisé[29], de l'échelle sur les difficultés de régulation émotionnelle (Difficulties in Emotional Regulation Scale, DERS)[30] et de l'échelle d'épanouissement[31]. Les échelles CES-D-10 et GAD-7 sont des échelles continues allant de 0 à 30 et de 0 à 21 respectivement, pour lesquelles un score de 10 ou plus indique une symptomatologie cliniquement pertinente : les échelles ont été dichotomisées en conséquence[28,29]. La DERS est une échelle continue allant de 6 à 30 où plus le score est élevé, plus la personne éprouve des difficultés à réguler ses émotions. L'échelle d'épanouissement est une échelle continue allant de 8 à 40 où plus le score est élevé, meilleur est l'épanouissement, ce dernier étant défini comme un état de bien-être général et est utilisé pour décrire une bonne santé mentale[32]. L'échelle impliquait d'indiquer son niveau d'accord avec des propositions comme « Je mène une vie qui a un but et du sens », « Je suis impliqué(e) et intéressé(e) par mes activités quotidiennes » et « Je suis optimiste quant à mon avenir ». Nous avons modélisé un changement de 3 unités dans les scores de la DERS et de l'échelle d'épanouissement pour rendre compte d'un changement pertinent dans les scores (écart-type supérieur à 0,5) non attribuable uniquement au hasard. Ces échelles avaient déjà été validées chez les adolescents[28,30,33-37].

Analyses statistiques

Les analyses ont été menées en deux temps. Dans un premier temps (partie 1), nous avons analysé l'association entre les caractéristiques individuelles au cours de l'année de référence et l'initiation à la cigarette électronique au moment du suivi. Nous avons comparé, pour les élèves ayant utilisé la cigarette électronique au moment du suivi, les variables nominales en utilisant des tests du chi carré et les variables continues en utilisant des tests *t*. Nous avons utilisé des équations d'estimation généralisées (EEG), au moyen de la procédure GENMOD de SAS avec une structure de corrélation échangeable, pour déterminer les variables de référence associées à l'initiation à la cigarette électronique au moment du suivi, tout en tenant compte de l'imbrication des élèves au sein des écoles. Nous avons d'abord construit des modèles partiellement ajustés pour déterminer l'association entre chaque variable et l'initiation à la cigarette électronique, l'ajustement portant uniquement sur la province, l'année d'études et le sexe. Nous avons ensuite construit des modèles entièrement ajustés pour toutes les autres variables. Tous les modèles ont été stratifiés selon le sexe, en raison des différences de comportement connues et des différences relevées au moyen du chi carré et de l'analyse bivariée.

Dans un second temps (partie 2), nous avons analysé comment les changements des caractéristiques individuelles entre l'année de référence et l'année de suivi étaient associés à l'initiation à la cigarette électronique au moment du suivi. Les élèves ont été classés en différents groupes en fonction de leurs changements de comportements de départ. En ce qui concerne la consommation de substances, les « abstinents » correspondaient à l'absence de consommation tant au cours de l'année de référence qu'à celle du suivi, les « constants » à une fréquence de comportement identique au cours des deux années de l'étude, les « intensifieurs » à une fréquence accrue du comportement entre l'année de référence et l'année de suivi et les « réducteurs » à une fréquence plus faible du comportement entre l'année de référence et l'année de suivi. Concernant les variables binaires comme l'école buissonnière, le respect des directives en matière de mouvement, la dépression et l'anxiété, les élèves ont été classés en fonction des réponses « oui » pour « les deux années », « aucune des années », « l'année de suivi seulement » ou « l'année de référence seulement ». Pour les variables continues, comme l'échelle DERS et l'échelle d'épanouissement, les élèves ont été classés dans les catégories « aucun changement », « augmentation » ou « diminution » en fonction de la différence entre leurs réponses lors de l'année de référence et au moment du suivi. Nous avons utilisé la même approche analytique que dans la partie 1. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de la version 9.4 du logiciel SAS (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

Caractéristiques descriptives

Un peu plus de la moitié de l'échantillon était de sexe féminin (56 %); 41 % des élèves étaient en 9e année, 36 % en 10e année et 23 % en 11e année et enfin 65 % des élèves étaient d'origine ethnique blanche. Parmi les élèves n'ayant jamais essayé la cigarette électronique au départ, 29 % ont déclaré l'avoir utilisée pour la première fois entre l'année de référence (2017-2018) et le suivi un an plus tard (2018-2019; tableau 1).

TABLEAU 1
Caractéristiques de départ des élèves de la 9e à la 11e année n'ayant jamais essayé la cigarette électronique et leur situation quant à l'initiation à la cigarette électronique au moment du suivi, selon le sexe, étude COMPASS, 2017-2018 à 2018-2019

Variable	Total (n = 12 315)		Filles (n = 6 891)			Garçons (n = 5 424)		
			Initiation à la cigarette électronique			Initiation à la cigarette électronique		
	n	%	Non (%) (n = 4 791)	Oui (%) (n = 2 100)	Valeur *p*	Non (%) (n = 3 907)	Oui (%) (n = 1 517)	Valeur *p*
Année d'études								
9	5 049	41,0	40,3	41,1	0,83	41,5	42,0	0,16
10	4 478	36,4	36,9	36,6		35,3	37,1	
11	2 788	22,6	22,8	22,4		23,2	20,9	
Ethnicité								
Blanc	8 041	65,3	61,3	73,5	< 0,01	63,1	72,4	< 0,01
Autre que Blanc	4 274	34,7	38,7	26,5		36,9	27,6	
Argent de poche hebdomadaire								
Aucun	2 627	21,3	21,6	13,8	< 0,01	26,3	17,9	< 0,01
1 $ à 20 $	3 622	29,4	29,9	28,1		29,7	28,9	
21 $ à 100 $	2 612	21,2	20,3	26,5		18,8	23,1	
Plus de 100 $	1 361	11,1	8,9	15,4		9,8	15,1	
Donnée inconnue/ manquante	2 093	17,0	19,3	16,2		15,4	15,0	
Consommation d'alcool								
Aucune	8 325	67,6	74,4	41,2	< 0,01	79,9	51,0	< 0,01
Occasionnelle	2 315	18,8	17,3	30,9		11,8	25,1	
Mensuelle	1 675	13,6	8,4	28,0		8,3	23,9	
Consommation de cannabis								
Aucune	11 597	94,2	96,6	85,1	< 0,01	97,5	90,4	< 0,01
Occasionnelle	410	3,3	2,1	8,5		1,3	5,3	
Mensuelle	308	2,5	1,3	6,4		1,2	4,4	
Usage de cigarettes								
Aucun	11 673	94,8	97,1	87,7	< 0,01	97,5	90,2	< 0,01
Au moins une fois	480	3,9	2,3	8,7		2,1	7,1	
Usage dans le mois précédent	162	1,3	0,6	3,7		0,4	2,7	
École buissonnière								
Non	10 182	82,7	84,6	71,4	< 0,01	88,1	78,4	< 0,01
Oui	2 133	17,3	15,5	28,6		11,9	21,6	
Note en anglais/français[a]								
80 % à 100 %	7 489	60,8	71,8	63,1	< 0,01	53,1	43,0	< 0,01
70 % à 79 %	3 115	25,3	19,9	24,6		29,2	33,4	
60 % à 69 %	1 166	9,5	6,0	7,9		11,8	16,6	
< 60 %	545	4,4	2,4	4,4		5,9	7,1	
Respect des directives sur l'activité physique								
Non	7 355	59,7	66,5	61,6	< 0,01	55,8	45,8	< 0,01
Oui	4 960	40,3	33,5	38,4		44,2	54,3	
Respect des directives sur le temps d'écran								
Non	11 250	91,4	88,3	93,2	< 0,01	93,0	94,1	0,15
Oui	1 065	8,7	11,7	6,8		7,0	5,9	

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Caractéristiques de départ des élèves de la 9e à la 11e année n'ayant jamais essayé la cigarette électronique et leur situation quant à l'initiation à la cigarette électronique au moment du suivi, selon le sexe, étude COMPASS, 2017-2018 à 2018-2019

Variable	Total (n = 12 315)		Filles (n = 6 891)			Garçons (n = 5 424)		
			Initiation à la cigarette électronique			Initiation à la cigarette électronique		
	n	%	Non (%) (n = 4 791)	Oui (%) (n = 2 100)	Valeur *p*	Non (%) (n = 3 907)	Oui (%) (n = 1 517)	Valeur *p*
Respect des directives sur le sommeil								
Non	6 872	55,8	57,8	60,1	0,07	51,9	53,7	0,22
Oui	5 443	44,2	42,2	39,9		48,1	46,3	
Symptômes de dépression								
Non	8 366	67,9	62,9	54,4	< 0,01	77,6	77,5	0,93
Oui	3 949	32,1	37,1	45,6		22,4	22,5	
Symptômes d'anxiété								
Non	9 484	77,0	70,6	65,7	< 0,01	87,3	86,6	0,46
Oui	2 831	23,0	29,4	34,3		12,7	13,5	
Échelle DERS (moyenne et ET)	13,8 (4,6)		14,3 (4,8)	15,2 (4,9)	< 0,01	12,8 (4,1)	13,0 (4,1)	0,15
Échelle d'épanouissement (moyenne et ET)	32,2 (5,4)		32,1 (5,5)	31,8 (5,5)	0,03	32,2 (5,3)	32,9 (4,8)	< 0,01

Abréviations : DERS, Difficulties in Emotional Regulation Scale; ET, écart-type.

[a] Note en francais au Québec, note en anglais ailleurs.

Partie 1 : association entre les caractéristiques de départ et l'initiation à la cigarette électronique

Après ajustement pour les effets pour tous les autres facteurs, les élèves de 10e ou 11e année avaient une probabilité inférieure de commencer à utiliser la cigarette électronique par rapport aux élèves de 9e année, et ce, tant chez les garçons que chez les filles (tableau 2). Les élèves recevant plus d'argent de poche affichaient par ailleurs une probabilité accrue de commencer à utiliser la cigarette électronique.

Après ajustement pour les effets pour tous les autres facteurs, la consommation occasionnelle et mensuelle d'alcool ainsi que l'usage de la cigarette au moins une fois ou au cours du mois précédent ont été associés à l'initiation à la cigarette électronique chez les filles et chez les garçons. La consommation occasionnelle et la consommation mensuelle de cannabis étaient associées à l'initiation à la cigarette électronique chez les filles, tandis que seule la consommation occasionnelle était associée à l'initiation à la cigarette électronique chez les garçons. Les élèves ayant fait l'école buissonnière ou ayant obtenu de faibles notes scolaires risquaient davantage de commencer à utiliser la cigarette électronique.

Divers comportements liés au mouvement ont aussi été associés à l'initiation à la cigarette électronique. Après ajustement pour les effets pour tous les autres facteurs, le respect des directives sur l'activité physique a été associé à l'initiation à la cigarette électronique chez les filles (rapport de cotes ajusté [RCA] : 1,14; IC à 95 % : 1,02 à 1,27) et les garçons (1,35; 1,16 à 1,57). Le respect des directives sur le temps passé devant un écran était associé à une diminution des probabilités d'initiation à la cigarette électronique chez les filles seulement (0,69; 0,58 à 0,84). Le respect des directives sur le sommeil n'était pas associé de façon significative à l'initiation à la cigarette électronique.

Après ajustement pour les effets pour tous les autres facteurs, la déclaration de symptômes d'anxiété ou de dépression cliniquement pertinents n'était pas associée à l'initiation à la cigarette électronique ni chez les filles ni chez les garçons. Toutefois, chez les filles, chaque augmentation de 3 points sur l'échelle DERS (correspondant à une régulation émotionnelle plus difficile) était associée à une légère augmentation de la probabilité d'utiliser la cigarette électronique (1,07; 1,02 à 1,12), alors que chez les garçons, chaque augmentation de 3 points sur l'échelle d'épanouissement (correspondant à un meilleur épanouissement) était associée à une légère augmentation de la probabilité d'utiliser la cigarette électronique (1,09; 1,04 à 1,15).

Partie 2 : association entre les changements dans les covariables et l'initiation à la cigarette électronique

Tant chez les filles que chez les garçons, la plupart des élèves ont conservé leurs comportements entre l'année de référence et celle du suivi, bien qu'il soit intéressant de remarquer que 29 % des élèves ont déclaré avoir augmenté leur consommation d'alcool (tableau 3).

À l'instar des résultats de la partie 1, les filles et les garçons qui s'étaient abstenus de consommer d'autres substances (en particulier alcool, cannabis et cigarette) tant au cours de l'année de référence que de l'année de suivi, avaient une probabilité moindre de commencer à utiliser la cigarette électronique par rapport à ceux qui avaient maintenu leur fréquence de consommation de substance dans les modèles entièrement ajustés (tableau 4).

Les résultats étaient significatifs pour les élèves n'ayant pas fait l'école buissonnière pendant les deux années ainsi que pour les filles ayant fait l'école buissonnière au cours de l'année de référence seulement.

Les garçons qui respectaient les directives sur l'activité physique pendant les deux années, qui ont commencé à les respecter et qui ont cessé de les respecter avaient

TABLEAU 2
Modèles de régression logistique basés sur les EEG : association entre les caractéristiques individuelles de départ et les probabilités ajustées d'initiation à la cigarette électronique au moment du suivi chez les élèves de l'échantillon apparié sur les deux années, selon le sexe, étude COMPASS, 2017-2018 à 2018-2019 (n = 12 315)

Variable	Filles		Garçons	
	RCA, partiellement ajusté (IC à 95 %)	RCA, entièrement ajusté (IC à 95 %)	RCA, partiellement ajusté (IC à 95 %)	RCA, entièrement ajusté (IC à 95 %)
Année d'études				
9	1,00	1,00	1,00	1,00
10	0,99 (0,87 à 1,13)	0,65 (0,57 à 0,75)*	1,06 (0,92 à 1,21)	0,81 (0,70 à 0,94)*
11	1,10 (0,96 à 1,25)	0,54 (0,46 à 0,63)*	1,02 (0,87 à 1,21)	0,62 (0,51 à 0,75)*
Ethnicité				
Blanc	1,00	1,00	1,00	1,00
Autre que Blanc	0,70 (0,61 à 0,80)*	0,76 (0,66 à 0,87)*	0,83 (0,70 à 0,98)*	0,86 (0,72 à 1,03)
Argent de poche hebdomadaire				
Aucun	1,00	1,00	1,00	1,00
1 $ à 20 $	1,50 (1,29 à 1,75)*	1,34 (1,14 à 1,58)*	1,45 (1,20 à 1,75)*	1,29 (1,06 à 1,58)*
21 $ à 100 $	2,01 (1,70 à 2,39)*	1,65 (1,37 à 1,99)*	1,82 (1,50 à 2,19)*	1,42 (1,16 à 1,74)*
Plus de 100 $	2,63 (2,14 à 3,24)*	1,89 (1,50 à 2,38)*	2,27 (1,86 à 2,77)*	1,65 (1,32 à 2,06)*
Donnée inconnue/ manquante	1,26 (1,08 à 1,47)*	1,19 (1,00 à 1,41)*	1,43 (1,17 à 1,75)*	1,29 (1,05 à 1,58)*
Consommation d'alcool				
Aucune	1,00	1,00	1,00	1,00
Occasionnelle	3,37 (2,92 à 3,88)*	2,81 (2,42 à 3,25)*	3,42 (2,88 à 4,04)*	2,99 (2,50 à 3,57)*
Mensuelle	6,48 (5,50 à 7,63)*	4,12 (3,45 à 4,91)*	4,51 (3,71 à 5,48)*	3,16 (2,55 à 3,93)*
Consommation de cannabis				
Aucune	1,00	1,00	1,00	1,00
Occasionnelle	4,68 (3,71 à 5,90)*	1,87 (1,42 à 2,46)*	4,45 (3,33 à 5,96)*	2,00 (1,36 à 2,95)*
Mensuelle	5,85 (4,29 à 7,97)*	1,69 (1,17 à 2,45)*	4,05 (2,56 à 6,42)*	1,26 (0,75 à 2,14)
Usage de cigarettes				
Aucun	1,00	1,00	1,00	1,00
Au moins une fois	4,38 (3,36 à 5,70)*	2,13 (1,54 à 2,96)*	3,89 (2,96 à 5,11)*	2,52 (1,87 à 3,39)*
Usage dans le mois précédent	6,38 (4,16 à 9,79)*	1,72 (1,00 à 2,94)*	8,35 (4,23 à 16,69)*	4,28 (2,02 à 9,06)*
École buissonnière				
Non	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	2,28 (1,97 à 2,63)*	1,54 (1,32 à 1,79)*	2,01 (1,72 à 2,35)*	1,42 (1,20 à 1,67)*
Note en anglais/français[a]				
80 % à 100 %	1,00	1,00	1,00	1,00
70 % à 79 %	1,37 (1,21 à 1,55)*	1,23 (1,07 à 1,41)*	1,32 (1,16 à 1,51)*	1,33 (1,15 à 1,54)*
60 % à 69 %	1,48 (1,20 à 1,83)*	1,26 (0,97 à 1,63)	1,57 (1,27 à 1,94)*	1,55 (1,24 à 1,92)*
< 60 %	2,23 (1,77 à 2,82)*	1,68 (1,28 à 2,21)*	1,44 (1,13 à 1,84)*	1,43 (1,09 à 1,88)*
Respect des directives sur l'activité physique				
Non	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	1,27 (1,15 à 1,41)*	1,14 (1,02 à 1,27)*	1,54 (1,34 à 1,77)*	1,35 (1,16 à 1,57)*
Respect des directives sur le temps d'écran				
Non	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	0,53 (0,44 à 0,63)*	0,69 (0,58 à 0,84)*	0,87 (0,68 à 1,11)	0,97 (0,75 à 1,27)
Respect des directives sur le sommeil				
Non	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	0,82 (0,73 à 0,92)*	0,90 (0,80 à 1,02)	0,88 (0,76 à 1,02)	0,93 (0,80 à 1,06)

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Modèles de régression logistique basés sur les EEG : association entre les caractéristiques individuelles de départ et les probabilités ajustées d'initiation à la cigarette électronique au moment du suivi chez les élèves de l'échantillon apparié sur les deux années, selon le sexe, étude COMPASS, 2017-2018 à 2018-2019 (n = 12 315)

Variable	Filles		Garçons	
	RCA, partiellement ajusté (IC à 95 %)	RCA, entièrement ajusté (IC à 95 %)	RCA, partiellement ajusté (IC à 95 %)	RCA, entièrement ajusté (IC à 95 %)
Symptômes de dépression				
Non	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	1,51 (1,34 à 1,70)*	1,13 (0,98 à 1,31)	1,05 (0,88 à 1,25)	1,00 (0,80 à 1,24)
Symptômes d'anxiété				
Non	1,00	1,00	1,00	1,00
Oui	1,29 (1,15 à 1,44)*	0,89 (0,75 à 1,05)	1,10 (0,91 à 1,33)	1,02 (0,80 à 1,30)
Échelle DERS (augmentation de 3 unités)	1,14 (1,10 à 1,18)*	1,07 (1,02 à 1,12)*	1,04 (0,99 à 1,09)	1,05 (0,99 à 1,11)
Échelle d'épanouissement (augmentation de 3 unités)	0,94 (0,92 à 0,97)*	1,03 (1,00 à 1,07)	1,06 (1,02 à 1,10)*	1,09 (1,04 à 1,15)*

Abréviations : DERS, Difficulties in Emotional Regulation Scale; EEG, équations d'estimation généralisées; IC, intervalle de confiance; RCA, rapport de cotes ajusté.

Remarques : Modèles partiellement ajustés pour tenir compte de l'année d'études, de l'ethnicité, de la province et du regroupement par école. Modèles entièrement ajustés pour tenir compte de toutes les variables dans le tableau, de la province et du regroupement par école. Directives en matière d'activité physique : au moins 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse chaque jour. Directives sur le temps de loisir passé devant un écran : un maximum de 2 heures par jour. Directives sur le sommeil : 8 à 10 heures de sommeil ininterrompu. Les symptômes de dépression et d'anxiété ont été mesurés au moyen des échelles CES-D-10 et GAD-7, respectivement. Il s'agit d'échelles continues où un score de 10 ou plus indiquant une symptomatologie cliniquement significative.

[a] Note en francais au Québec, note en anglais ailleurs.

*$p < 0,05$.

TABLEAU 3
Changement dans les comportements individuels entre l'année de référence et l'année de suivi chez les élèves de l'échantillon apparié sur les deux années, selon le sexe, étude COMPASS, 2017-2018 à 2018-2019

Variable	Total (n = 10 727)		Filles (n = 6 032)			Garçons (n = 4 695)		
			Initiation à la cigarette électronique			Initiation à la cigarette électronique		
	n	%	Non (%) (n = 4 191)	Oui (%) (n = 1 841)	Valeur *p*	Non (%) (n = 3 399)	Oui (%) (n = 1 296)	Valeur *p*
Consommation d'alcool								
Constants	2 045	19,1	14,9	35,7	< 0,01	11,7	28,1	< 0,01
Abstinents	4 977	46,4	55,6	13,1		62,9	20,5	
Intensifieurs	3 053	28,5	24,1	43,4		20,0	43,4	
Réducteurs	652	6,1	5,4	7,8		5,3	7,9	
Consommation de cannabis								
Constants	340	3,2	1,5	9,1	< 0,01	1,0	6,0	< 0,01
Abstinents	8 950	83,4	91,8	60,3		93,2	63,6	
Intensifieurs	1 259	11,7	5,3	27,3		4,9	28,3	
Réducteurs	178	1,7	1,4	3,3		1,0	2,1	
Usage de cigarettes								
Constants	338	3,2	1,6	8,1	< 0,01	1,1	6,5	< 0,01
Abstinents	9 511	88,7	95,1	71,4		95,7	74,0	
Intensifieurs	721	6,7	2,4	17,8		2,1	17,3	
Réducteurs	157	1,5	1,0	2,7		1,1	2,2	
École buissonnière								
Les deux années	1 169	10,9	9,1	20,9	< 0,01	6,7	13,4	< 0,01
Aucune des années	7 009	65,3	68,4	46,2		75,2	56,7	
L'année de suivi seulement	1 882	17,5	16,3	25,4		13,2	21,8	
L'année de référence seulement	667	6,2	6,2	7,6		4,9	8,0	
Note en anglais/français[a]								
Aucun changement	7 050	65,7	73,3	67,1	< 0,01	60,8	52,2	< 0,01

Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Changement dans les comportements individuels entre l'année de référence et l'année de suivi chez les élèves de l'échantillon apparié sur les deux années, selon le sexe, étude COMPASS, 2017-2018 à 2018-2019

Variable	Total (n = 10 727)		Filles (n = 6 032)			Garçons (n = 4 695)		
			Initiation à la cigarette électronique			Initiation à la cigarette électronique		
	n	%	Non (%) (n = 4 191)	Oui (%) (n = 1 841)	Valeur *p*	Non (%) (n = 3 399)	Oui (%) (n = 1 296)	Valeur *p*
Augmentation de la note	1 779	16,6	13,0	16,1		19,2	22,0	
Diminution de la note	1 898	17,7	13,8	16,8		19,9	25,8	
Respect des directives sur l'activité physique								
Non-respect les deux années	4 884	45,5	52,7	46,8	< 0,01	42,0	29,9	< 0,01
Respect les deux années	2 551	23,8	17,9	21,1		27,8	36,0	
Respect l'année de suivi seulement	1 519	14,2	13,6	14,8		14,0	15,6	
Respect l'année de référence seulement	1 773	16,5	15,8	17,3		16,2	18,5	
Respect des directives sur le temps d'écran								
Non-respect les deux années	9 408	87,7	83,3	90,3	< 0,01	90,2	91,7	0,11
Respect les deux années	333	3,1	4,8	1,8		2,3	1,5	
Respect l'année de suivi seulement	400	3,7	5,1	3,0		3,0	2,2	
Respect l'année de référence seulement	586	5,5	6,8	4,9		4,4	4,7	
Respect des directives sur le sommeil								
Non-respect les deux années	4 887	45,6	48,7	50,1	0,09	40,9	41,1	0,22
Respect les deux années	2 784	26,0	25,1	22,1		28,7	27,0	
Respect l'année de suivi seulement	1 096	10,2	9,0	9,9		10,8	12,8	
Respect l'année de référence seulement	1 960	18,3	17,2	17,9		19,6	19,1	
Symptômes de dépression								
Aucune année	5 617	52,4	46,6	37,3	< 0,01	64,3	61,1	0,04
Les deux années	2 536	23,6	29,1	34,7		14,4	14,6	
L'année de suivi seulement	1 647	15,4	16,0	17,8		12,9	16,1	
L'année de référence seulement	927	8,6	8,3	10,3		8,3	8,2	
Symptômes d'anxiété								
Aucune année	6 948	64,8	57,3	48,9	< 0,01	78,6	75,2	0,04
Les deux années	1 604	15,0	20,1	23,2		7,0	7,4	
L'année de suivi seulement	1 286	12,0	13,2	16,7		8,4	10,7	
L'année de référence seulement	889	8,3	9,4	11,1		5,9	6,7	
Échelle DERS								
Aucun changement	5 399	50,3	48,9	45,4	0,05	54,1	52,1	0,44
Augmentation	2 884	26,9	28,6	30,3		23,7	25,0	
Diminution	2 444	22,8	22,5	24,3		22,2	22,9	
Échelle d'épanouissement								
Aucun changement	5 567	51,9	52,3	50,3	0,26	52,5	51,3	0,77
Augmentation	2 276	21,2	19,9	21,6		22,1	22,6	
Diminution	2 884	26,9	27,7	28,1		25,4	26,1	

Abréviation : DERS, Difficulties in Emotional Regulation Scale.

Remarques : Les changements dans l'échelle DERS et l'échelle d'épanouissement correspondent à un changement de 3 unités.

En ce qui concerne la consommation de substances, les « abstinents » correspondaient à l'absence de consommation tant au cours de l'année de référence qu'à celle du suivi, les « constants » à une fréquence de comportement identique au cours des deux années de l'étude, les « intensifieurs » à une fréquence accrue du comportement entre l'année de référence et l'année de suivi et les « réducteurs » à une fréquence plus faible du comportement entre l'année de référence et l'année de suivi.

[a] Note en francais au Québec, note en anglais ailleurs.

TABLEAU 4
Modèles de régression logistique basés sur les EEG : association entre le changement des comportements individuels entre l'année de référence et l'année de suivi et l'initiation à la cigarette électronique au moment du suivi chez les élèves de l'échantillon apparié sur les deux années, selon le sexe, étude COMPASS, 2017-2018 à 2018-2019 (n = 10 727)

Variable	Filles		Garçons	
	RCA (IC à 95 %), partiellement ajusté	RCA (IC à 95 %), entièrement ajusté	RCA (IC à 95 %), partiellement ajusté	RCA (IC à 95 %), entièrement ajusté
Consommation d'alcool				
Constants	1,00	1,00	1,00	1,00
Abstinents	0,09 (0,07 à 0,11)*	0,19 (0,15 à 0,23)*	0,13 (0,11 à 0,16)*	0,26 (0,21 à 0,33)*
Intensifieurs	0,69 (0,58 à 0,82)*	0,87 (0,72 à 1,05)	0,87 (0,71 à 1,06)	1,13 (0,91 à 1,40)
Réducteurs	0,60 (0,47 à 0,77)*	0,70 (0,54 à 0,90)*	0,63 (0,48 à 0,83)*	0,80 (0,58 à 1,09)
Consommation de cannabis				
Constants	1,00	1,00	1,00	1,00
Abstinents	0,10 (0,07 à 0,14)*	0,31 (0,21 à 0,45)*	0,10 (0,07 à 0,15)*	0,30 (0,19 à 0,49)*
Intensifieurs	0,81 (0,57 à 1,16)	1,01 (0,68 à 1,49)	0,87 (0,56 à 1,34)	1,12 (0,68 à 1,83)
Réducteurs	0,40 (0,24 à 0,66)*	0,60 (0,33 à 1,07)	0,35 (0,19 à 0,63)*	0,52 (0,25 à 1,08)
Usage de cigarettes				
Constants	1,00	1,00	1,00	1,00
Abstinents	0,14 (0,11 à 0,20)*	0,37 (0,25 à 0,53)*	0,12 (0,08 à 0,19)*	0,27 (0,17 à 0,43)*
Intensifieurs	1,45 (1,01 à 2,08)*	1,55 (0,98 à 2,45)	1,35 (0,84 à 2,17)	1,26 (0,73 à 2,17)
Réducteurs	0,56 (0,33 à 0,97)*	0,58 (0,31 à 1,07)	0,38 (0,20 à 0,73)*	0,39 (0,19 à 0,80)*
École buissonnière				
Les deux années	1,00	1,00	1,00	1,00
Aucune des années	0,26 (0,22 à 0,31)*	0,58 (0,49 à 0,69)*	0,35 (0,28 à 0,43)*	0,72 (0,58 à 0,90)*
L'année de suivi seulement	0,64 (0,53 à 0,78)*	0,84 (0,68 à 1,05)	0,82 (0,66 à 1,01)	1,05 (0,82 à 1,35)
L'année de référence seulement	0,51 (0,39 à 0,66)*	0,65 (0,50 à 0,85)*	0,80 (0,60 à 1,06)	1,14 (0,82 à 1,59)
Note en anglais/français[a]				
Aucun changement	1,00	1,00	1,00	1,00
Augmentation	1,37 (1,18 à 1,59)*	0,98 (0,81 à 1,19)	1,31 (1,11 à 1,54)*	1,17 (0,96 à 1,42)
Diminution	1,39 (1,19 à 1,62)*	1,06 (0,87 à 1,29)	1,46 (1,22 à 1,74)*	1,21 (0,99 à 1,49)
Respect des directives sur l'activité physique				
Non-respect les deux années	1,00	1,00	1,00	1,00
Respect les deux années	1,39 (1,20 à 1,61)*	1,15 (0,97 à 1,36)	1,91 (1,58 à 2,30)*	1,48 (1,18 à 1,84)*
Respect l'année de suivi seulement	1,30 (1,10 à 1,54)*	1,09 (0,92 à 1,30)	1,64 (1,34 à 2,01)*	1,28 (0,98 à 1,68)
Respect l'année de référence seulement	1,30 (1,12 à 1,50)*	1,13 (0,95 à 1,34)	1,69 (1,39 à 2,06)*	1,36 (1,08 à 1,71)*
Respect des directives sur le temps d'écran				
Non-respect les deux années	1,00	1,00	1,00	1,00
Respect les deux années	0,32 (0,22 à 0,47)*	0,58 (0,39 à 0,84)*	0,60 (0,38 à 0,96)*	0,94 (0,57 à 1,54)
Respect l'année de suivi seulement	0,54 (0,39 à 0,74)*	0,82 (0,59 à 1,14)	0,69 (0,43 à 1,11)	0,79 (0,48 à 1,32)
Respect l'année de référence seulement	0,64 (0,49 à 0,83)*	0,88 (0,66 à 1,16)	1,13 (0,82 à 1,55)	1,39 (0,92 à 2,09)
Respect des directives sur le sommeil				
Non-respect les deux années	1,00	1,00	1,00	1,00
Respect les deux années	0,74 (0,63 à 0,86)*	0,84 (0,71 à 0,98)*	0,87 (0,72 à 1,04)	1,01 (0,83 à 1,23)
Respect l'année de suivi seulement	0,98 (0,78 à 1,23)	0,96 (0,75 à 1,22)	1,14 (0,90 à 1,43)	1,26 (0,99 à 1,62)
Respect l'année de référence seulement	0,96 (0,82 à 1,12)	1,02 (0,87 à 1,20)	0,92 (0,75 à 1,14)	1,02 (0,81 à 2,19)

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)
Modèles de régression logistique basés sur les EEG : association entre le changement des comportements individuels entre l'année de référence et l'année de suivi et l'initiation à la cigarette électronique au moment du suivi chez les élèves de l'échantillon apparié sur les deux années, selon le sexe, étude COMPASS, 2017-2018 à 2018-2019 (n = 10 727)

Variable	Filles		Garçons	
	RCA (IC à 95 %), partiellement ajusté	RCA (IC à 95 %), entièrement ajusté	RCA (IC à 95 %), partiellement ajusté	RCA (IC à 95 %), entièrement ajusté
Symptômes de dépression				
Les deux années	1,00	1,00	1,00	1,00
Aucune des années	0,62 (0,54 à 0,72)*	1,04 (0,85 à 1,27)	0,88 (0,71 à 1,09)	1,13 (0,82 à 1,57)
L'année de suivi seulement	0,91 (0,75 à 1,10)	1,19 (0,94 à 1,51)	1,21 (0,94 à 1,55)	1,31 (0,90 à 1,89)
L'année de référence seulement	1,02 (0,83 à 1,26)	1,11 (0,86 à 1,45)	0,94 (0,72 à 1,24)	1,02 (0,70 à 1,49)
Symptômes d'anxiété				
Les deux années	1,00	1,00	1,00	1,00
Aucune des années	0,72 (0,62 à 0,84)*	0,91 (0,72 à 1,14)	0,88 (0,69 à 1,12)	0,99 (0,69 à 1,44)
L'année de suivi seulement	1,09 (0,89 à 1,33)	1,13 (0,88 à 1,46)	1,20 (0,89 à 1,63)	1,26 (0,82 à 1,93)
L'année de référence seulement	1,03 (0,81 à 1,30)	0,96 (0,72 à 1,28)	1,09 (0,82 à 1,45)	1,11 (0,77 à 1,61)
DERS (changement de 3 unités)				
Aucun changement	1,00	1,00	1,00	1,00
Augmentation	1,16 (1,03 à 1,30)*	1,05 (0,89 à 1,23)	1,09 (0,93 à 1,26)	0,98 (0,81 à 1,18)
Diminution	1,19 (1,03 à 1,38)*	1,12 (0,94 à 1,33)	1,08 (0,92 à 1,27)	1,03 (0,86 à 1,24)
Échelle d'épanouissement (changement de 3 unités)				
Aucun changement	1,00	1,00	1,00	1,00
Augmentation	1,13 (1,00 à 1,28)*	1,04 (0,88 à 1,23)	1,07 (0,90 à 1,27)	1,00 (0,82 à 1,23)
Diminution	1,06 (0,95 à 1,18)	0,92 (0,80 à 1,33)	1,04 (0,90 à 1,20)	0,97 (0,81 à 1,16)

Abréviations : DERS, Difficulties in Emotional Regulation Scale; EEG, équations d'estimation généralisées; IC, intervalle de confiance; RCA, rapport de cotes ajusté.

Remarques : Modèles partiellement ajustés pour tenir compte de l'année d'études, de l'ethnicité, de la province et du regroupement par école. Modèles entièrement ajustés pour tenir compte de l'année d'études, de l'ethnicité, de l'argent de poche, de toutes les variables dans le tableau, de la province et du regroupement par école.

En ce qui concerne la consommation de substances, les « abstinents » correspondaient à l'absence de consommation tant au cours de l'année de référence qu'à celle du suivi, les « constants » à une fréquence de comportement identique au cours des deux années de l'étude, les « intensifieurs » à une fréquence accrue du comportement entre l'année de référence et l'année de suivi et les « réducteurs » à une fréquence plus faible du comportement entre l'année de référence et l'année de suivi.

[a] Note en français au Québec, note en anglais ailleurs.

*$p < 0,05$.

une probabilité accrue de commencer à utiliser la cigarette électronique comparativement à ceux qui ne les avaient pas respectées les deux années. Les élèves de sexe féminin qui respectaient les directives sur le temps d'écran et le sommeil pendant les deux années avaient une probabilité inférieure de commencer à utiliser des cigarettes électroniques que celles qui ne les avaient pas respectées les deux années.

Les changements relatifs aux indicateurs de la santé mentale et du bien-être n'étaient pas associés de façon significative à l'initiation à la cigarette électronique.

Analyse

Sur une période d'un an, près du tiers (29 %) des élèves canadiens du secondaire qui n'avaient encore jamais essayé la cigarette électronique ont déclaré avoir commencé à l'utiliser. Cela concorde avec les recherches montrant que la popularité de la cigarette électronique a connu une hausse rapide chez les élèves[3], d'où l'importance d'étudier son introduction. Nous avons relevé de multiples facteurs démographiques et comportementaux associés à l'initiation à la cigarette électronique. De plus, nous avons examiné comment les changements des facteurs comportementaux de départ, chez les élèves de sexe féminin et masculin, étaient associés à l'initiation à la cigarette électronique. Les résultats stratifiés illustrant certaines différences entre les sexes quant aux facteurs associés à l'initiation à la cigarette électronique pourraient orienter des programmes sur mesure de prévention du vapotage.

La présente étude vient enrichir la documentation actuelle en explorant un large éventail de facteurs associés à l'initiation à la cigarette électronique. L'usage de la cigarette électronique s'est répandu davantage chez les élèves plus jeunes, peut-être parce qu'ils résistent moins bien à l'influence de leurs camarades[38]. Il semble donc que les activités de prévention du vapotage devraient débuter avant la 9e année et, possiblement, être renforcées au secondaire. Comme l'indiquent les données antérieures sur le tabagisme[39] et l'initiation à la cigarette électronique[16], les élèves ayant plus d'argent de poche risquaient davantage de commencer à utiliser la cigarette électronique, tant que chez filles que chez les garçons. Le coût des dispositifs peut dissuader les jeunes qui sont sensibles au prix; par conséquent, les politiques de taxation qui augmentent le coût des dispositifs et accessoires de vapotage (p. ex. liquide à vapoter, capsules) contribueraient à réduire l'initiation à la cigarette électronique chez les jeunes.

Comme prévu, la consommation d'autres substances (c.-à-d. alcool, cannabis et cigarettes) était fortement associée à l'initiation à la cigarette électronique. En ce qui concerne les caractéristiques de départ, la consommation mensuelle d'alcool présentait le plus grand risque pour les filles, et l'usage de cigarettes au cours du mois précédent présentait le plus grand risque pour les garçons, suivi de la consommation mensuelle d'alcool. En raison du nombre relativement élevé d'élèves qui ont déclaré consommer de l'alcool (33 % contre 6 % pour le cannabis et 5 % pour les cigarettes) et des probabilités élevées d'initiation, la réalisation d'activités de prévention dans ce domaine pourrait aider à prévenir l'usage de la cigarette électronique, mais d'autres évaluations devront être menées pour le confirmer.

Les résultats obtenus étaient semblables en ce qui a trait à l'évolution des comportements de consommation de substances au fil du temps. De nombreuses études antérieures ont montré que les comportements à risque pour la santé et les comportements de consommation de substances tendent à coexister chez les adolescents, et il est probable que l'impulsivité et une forte tendance à rechercher des sensations soient des facteurs de risque qui favorisent ces comportements[9,10,12-15,21]. Les programmes de prévention devraient donc cibler de multiples substances et tenir compte des raisons sous-jacentes qui incitent les jeunes à consommer ces substances. Néanmoins, l'incidence de tels programmes sur plusieurs comportements à risque pour la santé devra faire l'objet d'évaluations additionnelles.

D'autres comportements liés à la santé étaient également associés à l'initiation à la cigarette électronique, mais les résultats étaient parfois complexes, et certaines différences ont été observées entre les élèves de sexe masculin et de sexe féminin. Par exemple, les élèves qui respectaient les directives canadiennes en matière d'activité physique ont eu davantage tendance à commencer à utiliser la cigarette électronique. Une étude canadienne antérieure a établi un lien entre l'activité physique et l'usage de la cigarette électronique[40]; toutefois, d'autres études américaines n'ont établi aucun lien[41-43]. Les données indiquent également que les jeunes considèrent la cigarette électronique comme une option moins nocive que les cigarettes[44]. Bien que les élèves soient de plus en plus conscients des méfaits du vapotage régulier de produits contenant de la nicotine, relativement peu d'élèves perçoivent les méfaits du vapotage de produits sans nicotine ou du vapotage occasionnel de produits avec nicotine[2,45]. Cela peut expliquer l'attrait des cigarettes électroniques pour les jeunes qui pratiquent des sports et qui évitent d'autres substances inhalées comme le cannabis et les cigarettes[46].

Toutefois, chez les élèves de sexe féminin, le fait de respecter les directives sur le temps passé devant un écran au début de l'étude et au moment du suivi (soit la catégorie « usage constant ») était associé de façon négative à l'initiation à la cigarette électronique. Des recherches antérieures ont établi un lien entre l'exposition à la publicité sur la cigarette électronique et l'initiation à la cigarette électronique[9,17,18], et les élèves qui respectent les recommandations canadiennes sur le temps passé devant un écran pourraient être moins exposés à la publicité, particulièrement en ligne. La promotion de la cigarette électronique est répandue en ligne, et les jeunes qui déclarent y avoir été exposés sont plus susceptibles de commencer à l'utiliser[47,48]. Il est possible que ce résultat ait été observé seulement chez les filles en raison des différences entre la façon dont les filles et les garçons passent leur temps devant un écran : les garçons sont plus enclins à jouer à des jeux vidéo, tandis que les filles ont plutôt tendance à passer du temps sur leur téléphone cellulaire[49]. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, car la grande majorité des élèves (filles et garçons) ne respectaient pas les directives sur le temps passé devant un écran.

Enfin, le respect des directives sur le sommeil pendant les deux années était associé de façon négative à l'initiation à la cigarette électronique chez les filles. Ces résultats sont intuitifs et viennent bonifier la documentation. Bien que la consommation de cannabis et la consommation excessive d'alcool aient été associées au non-respect des directives sur le sommeil[50,51], d'autres recherches n'ont révélé aucune association[52]. Cette constatation pourrait s'expliquer par l'adoption d'un mode de vie peu propice au sommeil, mais d'autres recherches sont nécessaires.

Contrairement aux études antérieures[15,16,53], les indicateurs de la santé mentale n'étaient pas associés de façon significative à l'initiation à la cigarette électronique. Deux études antérieures ont révélé que des problèmes d'internalisation (p. ex. anxiété, dépression) étaient associés à l'initiation à la cigarette électronique seulement, mais non à la double utilisation de la cigarette électronique et de la cigarette classique[15,16]. Une autre étude avait révélé une association entre des symptômes dépressifs et le fait de commencer à utiliser la cigarette électronique, la cigarette et les deux[53]. Toutefois, ces études ont utilisé des mesures différentes, et elles incluaient la double utilisation de la cigarette et de la cigarette électronique. Deux d'entre elles n'ont pas tenu compte de la consommation de cannabis[16,53], qui a également été associée à la dépression[54] et pourrait confondre les résultats. D'autres études sont nécessaires pour approfondir l'association entre les indicateurs de la santé mentale et l'initiation à la cigarette électronique.

Les résultats de l'échelle sur les difficultés de la régulation émotionnelle (échelle DERS) étaient significatifs chez les élèves de sexe féminin. Cette observation est conforme aux recherches antérieures, qui ont révélé qu'un dérèglement émotionnel est associé à l'initiation à la cigarette[55]. Un score élevé sur l'échelle DERS indique une régulation émotionnelle plus difficile, ce qui pourrait vouloir dire que les filles utilisent la cigarette électronique comme stratégie d'adaptation. Par conséquent, l'enseignement de stratégies d'adaptation positives pourrait être un volet important des programmes de prévention du vapotage auprès des élèves de sexe féminin.

En revanche, les garçons ayant un degré d'épanouissement élevé affichaient une probabilité accrue de commencer à utiliser la cigarette électronique. Cette tendance va à l'encontre des résultats selon lesquels un épanouissement élevé est associé à une consommation moindre de substances ou à un effet nul[56-58]; il semble ainsi que les garçons n'utilisent pas les cigarettes électroniques comme stratégie d'adaptation. La curiosité à l'égard d'un nouveau produit – une raison courante pour laquelle les adolescents essaient la cigarette électronique – pourrait être ce qui motive ce groupe, de même que les stratégies de commercialisation destinées à plaire aux jeunes[59,60]. Les recherches antérieures étaient de nature transversale[56-58], et il est possible que le sens de l'association ait changé lorsque les élèves se sont mis à en faire un usage régulier. À la lumière de ces résultats et des associations positives constatées entre l'activité

physique et l'usage de la cigarette électronique, il est possible que l'usage de la cigarette électronique soit davantage une activité sociale, mais d'autres recherches sont nécessaires pour explorer cette hypothèse.

Points forts et limites

Le principal point fort de cette étude est l'utilisation d'un vaste ensemble de données longitudinales recueillies en milieu scolaire pour examiner les facteurs associés à l'usage de la cigarette électronique. En particulier, le recours à des démarches de consentement passif maximise le taux de participation des élèves et limite le biais de sélection, qui est courant dans les études qui utilisent des démarches de consentement actif pour examiner la consommation de substances chez les jeunes[26,61-64]. Cette étude est la première du genre à examiner l'initiation à la cigarette électronique dans le contexte canadien et l'incidence des changements comportementaux sur l'initiation à la cigarette électronique chez les élèves canadiens. L'étude COMPASS comprend des questions qui évaluent tout un éventail de comportements liés à la santé, ce qui permet de bien examiner l'influence des caractéristiques démographiques, des facteurs comportementaux et des indicateurs de la santé mentale sur l'initiation à la cigarette électronique.

Bien que l'étude COMPASS dispose d'un large échantillon, elle a été conçue pour évaluer les changements apportés aux programmes et aux politiques scolaires à l'aide d'une méthode d'expérimentation naturelle. Elle n'est donc pas représentative de tous les élèves canadiens du secondaire. De plus, comme le questionnaire ne définit ni la cigarette électronique ni les marques, et en raison du langage variable utilisé par les jeunes pour parler des cigarettes électroniques (p. ex. « vapoteuse », « Juul »), il est possible que cette étude sous-estime l'usage de la cigarette électronique. Il est également probable que la relation entre les facteurs de risque et l'initiation à la cigarette électronique soit influencée par d'autres facteurs non mesurés dans l'étude COMPASS, comme l'exposition à la publicité des cigarettes électroniques[9,17,18] ou la prédisposition à l'usage de la cigarette électronique[12].

De plus, comme c'est le cas pour la plupart des enquêtes fondées sur l'autodéclaration, l'information sur la consommation de substances pourrait souffrir d'un biais de déclaration; toutefois, les élèves sont assurés de l'anonymat de leurs réponses. En outre, l'abandon d'une partie des participants et les limites du suivi des élèves sur les deux années peuvent avoir entraîné une sous-estimation des taux d'initiation à la cigarette électronique et de leurs associations avec les variables démographiques et comportementales, car les élèves dont les données ont pu être appariées d'une année à l'autre étaient généralement plus jeunes, de sexe féminin et peu enclins à consommer des substances[65,66]. Certaines différences entre l'échantillon d'étude complet et les cas supprimés peuvent également avoir entraîné un biais, tout comme les différences entre les échantillons des parties 1 et 2. Enfin, l'utilisation de deux points dans le temps nous a empêchés d'évaluer si les changements observés dans les covariables au moment du suivi se sont produits avant ou après l'initiation à la cigarette électronique. Notre analyse des changements dans les caractéristiques en lien avec l'usage de la cigarette électronique doit donc être considérée comme exploratoire.

Conclusion

Cette étude prospective portant sur les facteurs associés à l'initiation à la cigarette électronique fournit de nouvelles données qui confirment la nécessité de renforcer les mesures de prévention du vapotage auprès des jeunes. En seulement un an, près du tiers des jeunes de l'échantillon qui n'utilisaient pas la cigarette électronique au départ ont commencé à l'utiliser. Les stratégies de prévention devraient cibler plusieurs comportements à risque pour la santé afin de prévenir l'initiation à la cigarette électronique chez les jeunes. De plus, étant donné que les élèves de 9e année avaient une probabilité accrue de commencer à utiliser la cigarette électronique, il pourrait être avantageux de mettre en œuvre des approches en milieu scolaire avant l'entrée au secondaire.

Remerciements

L'étude COMPASS a reçu le soutien d'une subvention transitoire de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) grâce à l'attribution du financement prioritaire « Obesity-Interventions to Prevent or Treat » (Interventions pour prévenir ou traiter l'obésité; OOP-110788; subvention accordée à SL), d'une subvention de fonctionnement de l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC (MOP-114875; subvention accordée à SL), d'une subvention de projet des IRSC (PJT-148562; subvention accordée à SL), d'une subvention transitoire des IRSC (PJT-149092; subvention accordée à KP et SL), d'une subvention de projet des IRSC (PJT-159693; subvention accordée à KP) et d'un accord de financement de la recherche conclu avec Santé Canada (nº 1617-HQ-000012; contrat attribué à SL). L'étude COMPASS au Québec est également financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et par la Direction régionale de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ces travaux ont reçu le soutien d'une subvention de fonctionnement des IRSC (nº 170256, accordée à AC). GCW bénéficie du soutien des bourses d'études supérieures de l'Ontario (BESO) et de l'Agence de la santé publique du Canada dans le cadre du Programme fédéral d'expérience de travail étudiant.

Conflits d'intérêts

Scott Leatherdale est rédacteur scientifique adjoint de la revue PSPMC, mais il s'est retiré du processus d'évaluation de cet article. Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Contributions des auteurs et avis

GCW a collaboré à la méthodologie de l'étude, effectué l'analyse statistique, interprété les résultats et rédigé le manuscrit original. AGC a rédigé les questions de recherche de l'étude, collaboré à la méthodologie de l'étude, interprété les résultats de l'étude, contribué à l'ébauche du manuscrit original et examiné le manuscrit pour en déterminer le contenu intellectuel important. MdG, YJ et STL ont collaboré à la méthodologie de l'étude, interprété les résultats de l'étude et révisé le manuscrit pour en déterminer le contenu intellectuel important. En qualité de chercheur principal de l'étude COMPASS, STL a rédigé la proposition de financement, élaboré les outils et dirigé la mise en œuvre et la coordination de l'étude. Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit final.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Czoli C, Reid J, Rynard V, Hammond D. E-cigarettes in Canada—Tobacco use in Canada: patterns and trends, 2015 edition (special supplement). Waterloo (Ont.) : Propel Centre for Population Health Impact; 2015.

2. Santé Canada. Résumé des résultats de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2018-2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada, 2019 [consultation le 28 avril 2020]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-sommaire.html

3. Cole AG, Aleyan S, Battista K, Leatherdale ST. Trends in youth e-cigarette and cigarette use between 2013 and 2019: insights from repeat cross-sectional data from the COMPASS study. Can J Public Health. 2020; 112(1):60-69. Epub ahead of print. https://doi.org/10.17269/s41997-020-00389-0

4. Hammond D, Reid JL, Rynard VL, et al. Prevalence of vaping and smoking among adolescents in Canada, England, and the United States: repeat national cross sectional surveys. BMJ. 2019; 365:l2219. https://doi.org/10.1136/bmj.l2219. Erratum in BMJ. 2020;370: m2579. https://doi.org/10.1136/bmj.m2579

5. Cullen KA, Ambrose BK, Gentzke AS, Apelberg BJ, Jamal A, King BA. Notes from the field: use of electronic cigarettes and any tobacco product among middle and high school students—United States, 2011-2018. Morb Mortal Wkly Rep Notes. 2018;67(45):1276-1277.

6. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General (executive summary). Atlanta (GA) : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014. En ligne à : https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/exec-summary.pdf

7. U.S. Department of Health and Human Services. E-cigarette use among youth and young adults: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA) : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2016. En ligne à : https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/e-cigarettes/pdfs/2016_sgr_entire_report_508.pdf

8. Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA, et al. Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2017; 171(8):788-797. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1488ht

9. Kintz N, Liu M, Chou C, et al. Risk factors associated with subsequent initiation of cigarettes and e-cigarettes in adolescence: a structural equation modeling approach. Drug Alcohol Depend. 2020;207:107676. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107676

10. Seo D, Kwon E, Lee S, Seo J. Using susceptibility measures to prospectively predict ever use of electronic cigarettes among adolescents. Prev Med. 2020;130:105896. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105896

11. Weinberger AH, Zhu J, Lee J, Xu S, Goodwin RD. Cannabis use and the onset of cigarette and e-cigarette use: a prospective, longitudinal study among youth in the United States. Nicotine Tob Res. 2021;23(3):609-613. https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa158

12. Bold KW, Kong G, Cavallo DA, Camenga DR, Krishnan-Sarin S. E-cigarette susceptibility as a predictor of youth initiation of e-cigarettes. Nicotine Tob Res. 2017;20(1):140-144. https://doi.org/10.1093/ntr/ntw393

13. Case KR, Harrell MB, Perez A, et al. The relationships between sensation seeking and a spectrum of e-cigarette use behaviors: cross-sectional and longitudinal analyses specific to Texas adolescents. Addict Behav. 2017;73: 151-157. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.007

14. Morello P, Perez A, Pena L, et al. Prevalence and predictors of e-cigarette trial among adolescents in Argentina. Tob Prev Cessat. 2016;2:80. https://doi.org/10.18332/tpc/66950

15. Riehm KE, Young AS, Feder KA, et al. Mental health problems and initiation of e-cigarette and combustible cigarette use. Pediatrics. 2019;144(1): e20182935. https://doi.org/10.1542/peds.2018-2935

16. Buu A, Hu Y, Wong S, Lin H. Internalizing and externalizing problems as risk factors for initiation and progression of e-cigarette and combustible cigarette use in the US youth population. Int J Ment Health Addict. 2020; https://doi.org/10.1007/s11469-020-00261-9

17. Cruz TB, McConnell R, Wagman B, et al. Tobacco marketing and subsequent use of cigarettes, e-cigarettes, and hookah in adolescents. Nicotine Tob Res. 2019;21(7):926-932. https://doi.org/10.1093/ntr/nty107

18. D'Angelo H, Patel M, Rose SW. Convenience store access and e-cigarette advertising exposure is associated with future e-cigarette initiation among tobacco-naïve youth in the PATH study (2013-2016). J Adolesc Health. 2021;68(4):794-800. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.08.030

19. Wills TA, Knight R, Sargent JD, Gibbons FX, Pagano I, Williams RJ. Longitudinal study of e-cigarette use and onset of cigarette smoking among high school students in Hawaii. Tob Control. 2017;26(1):34-39. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052705

20. Urman R, McConnell R, Unger JB, et al. Electronic cigarette and cigarette social environments and ever use of each product: a prospective study of young adults in Southern California. Nicotine Tob Res. 2019;21(10):1347-1354. https://doi.org/10.1093/ntr/nty097

21. Conner M, Grogan S, Simms-Ellis R, et al. Patterns and predictors of e-cigarette, cigarette and dual use uptake in UK adolescents: evidence from a 24-month prospective study. Addiction. 2019;114(11):2048-2055. https://doi.org/10.1111/add.14723

22. Tremblay MS, Carson V, Chaput J-P, et al. Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. Appl Physiol Nutr Metab. 2016;41(6 (Suppl. 3):S311-S327. https://doi.org/10.1139/apnm-2016-0151

23. Nelson MC, Neumark-Stzainer D, Hannan PJ, Sirard JR, Story M. Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. Pediatrics. 2006;118(6):e1627. https://doi.org/10.1542/peds.2006-0926

24. Leger D, Beck F, Richard J, Godeau E. Total sleep time severely drops during adolescence. PLOS ONE. 2012;7(10):e45204. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045204

25. Gariepy G, Danna S, Gobina I, et al. How are adolescents sleeping? Adolescent sleep patterns and sociodemographic differences in 24 European and North American countries. J Adolesc Health. 2020;66(6S):S81-S88. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.013

26. Leatherdale ST, Brown KS, Carson V, et al. The COMPASS study: a longitudinal hierarchical research platform for evaluating natural experiments related to changes in school-level programs, policies and built environment resources. BMC Public Health. 2014;14:331. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-331

27. Elton-Marshall T, Leatherdale ST, Manske SR, Wong K, Ahmed R, Burkhalter R. Méthodologie de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes. Maladies chroniques et blessures au Canada. 2011;32(1):53-61.

28. Bradley KL, Bagnell AL, Brannen CL. Factorial validity of the Center for Epidemiological Studies Depression 10 in adolescents. Issues Ment Health Nurs. 2010;31(6):408-412. https://doi.org/10.3109/01612840903484105

29. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092-1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

30. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004;26(1):41-54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94. Erratum in J Psychopathol Behav Assess. 2008;30:315. https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4

31. Diener E, Wirtz D, Tov W, et al. New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. Soc Indic Res. 2010;97(2):143-156. https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y

32. Keyes CLM. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. J Health Soc Behav. 2002;43(2):207-222.

33. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Meas. 1977;1(3):385-401. https://doi.org/10.1177/014662167700100306

34. Perez J, Venta A, Garnaat S, Sharp C. The Difficulties in Emotion Regulation scale: factor structure and association with nonsuicidal self-injury in adolescent inpatients. J Psychopathol Behav Assess. 2012;393-404. https://doi.org/10.1007/s10862-012-9292-7

35. Weinberg A, Klonsky ED. Measurement of emotion dysregulation in adolescents. Psychol Assess. 2009;21(4):616-621. https://doi.org/10.1037/a0016669

36. Romano I, Ferro MA, Patte KA, Diener E, Leatherdale ST. Measurement invariance of the Flourishing Scale among a large sample of Canadian adolescents. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(21):7800. https://doi.org/10.3390/ijerph17217800

37. Tiirikainen K, Haravuori H, Ranta K, Kaltiala-Heino R, Marttunen M. Psychometric properties of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) in a large representative sample of Finnish adolescents. Psychiatry Res. 2019;272:30-35. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.004

38. Sumter SR, Bokhorst CL, Steinberg L, Westenberg PM. The developmental pattern of resistance to peer influence in adolescence: will the teenager ever be able to resist? J Adolesc. 2009;32(4):1009-1021. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.08.010

39. Do YK, Finkelstein EA. Youth employment, income, and smoking initiation: results from Korean panel data. J Adolesc Health. 2012;51(3):226-232. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.01.012

40. Milicic S, Piérard E, DeCicca P, Leatherdale ST. Examining the association between physical activity, sedentary behavior and sport participation with e-cigarette use and smoking status in a large sample of Canadian youth. Nicotine Tob Res. 2019;21(3):285-292. https://doi.org/10.1093/ntr/ntx238

41. Jackson DB, Boccio CM, Leal WE. Do youth who vape exhibit risky health lifestyles? Monitoring the future, 2017. Prev Med. 2020;136:106101. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106101

42. Dunbar MS, Tucker JS, Ewing BA, et al. Frequency of e-cigarette use, health status, and risk and protective health behaviors in adolescents. J Addict Med. 2017;11(1):55-62. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000272

43. Miller C, Smith DM, Goniewicz ML. Physical activity among adolescent tobacco and electronic cigarette users: cross-sectional findings from the Population Assessment of Tobacco and Health study. Prev Med Rep. 2019;15:100897. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100897

44. Sharma A, McCausland K, Jancey J. Adolescents' health perceptions of e-cigarettes: a systematic review. Am J Prev Med. 2021;60(5):716-725. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.12.013

45. Miech R, Leventhal A, Johnston L, O'Malley PM, Patrick ME, Barrington-Trimis J. Trends in use and perceptions of nicotine vaping among US youth from 2017 to 2020. JAMA Pediatr. 2021;175(2):185-190. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.5667

46. Williams GC, Burns KE, Battista K, de Groh M, Jiang Y, Leatherdale ST. High school sport participation and substance use: a cross-sectional analysis of students from the COMPASS study. Addict Behav Rep. 2020;12:100298. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100298

47. Hammond D, Reid JL, Burkhalter R, Rynard VL. E-cigarette marketing regulations and youth vaping: cross-sectional surveys, 2017-2019. Pediatrics. 2020;146(1):e20194020. https://doi.org/10.1542/peds.2019-4020

48. Camenga D, Gutierrez KM, Kong G, Cavallo D, Simon P, Krishnan-Sarin S. E-cigarette advertising exposure in e-cigarette naïve adolescents and subsequent e-cigarette use: a longitudinal cohort study. Addict Behav. 2018; 81:78-83. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.02.008

49. Simón-Montañes L, Aibar Solana A, García-Gonzalez L, Abós Catalán A, Sevil-Serrano J. "Hyperconnected" adolescents: sedentary screen time according to gender and type of day. Eur J Hum Mov. 2019;43:49-66.

50. Romano I, Williams G, Butler A, Aleyan S, Patte KA, Leatherdale ST. Psychological and behavioural correlates of cannabis use among Canadian secondary school students: findings from the COMAPSS Study. Can J Addict. 2019;10(3):10-21. https://doi.org/10.1097/CXA.0000000000000058

51. Patte KA, Qian W, Leatherdale ST. Modifiable predictors of insufficient sleep durations: a longitudinal analysis of youth in the COMPASS study. Prev Med. 2018;106:164-170. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.10.035

52. Buchan MC, Carson V, Faulkner G, Qian W, Leatherdale ST. Factors associated with students meeting components of Canada's new 24-hour movement guidelines over time in the COMPASS study. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(15):5326. https://doi.org/10.3390/ijerph17155326

53. Lechner WV, Janssen T, Kahler CW, Audrain-McGovern J, Leventhal AM. Bi-directional associations of electronic and combustible cigarette use onset patterns with depressive symptoms in adolescents. Prev Med 2017;96:73-78. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.12.034

54. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. BMJ. 2002;325(7374):1195-1198. https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1195

55. Cheetham A, Allen NB, Schwartz O, et al. Affective behavior and temperament predict the onset of smoking in adolescence. Psychol Addict Behav. 2015;29(2):347-354. https://doi.org/10.1037/adb0000048

56. Butler A, Romano I, Patte K, et al. Psychological correlates and binge drinking behaviours among Canadian youth: a cross-sectional analysis of the mental health pilot data from the COMPASS study. BMJ Open. 2019; 9:e028558. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028558

57. Butler A, Patte KA, Ferro MA, Leatherdale ST. Interrelationships among depression, anxiety, flourishing, and cannabis use in youth. Addict Behav. 2019;89:206-215. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.007

58. Keyes CLM. Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? Am J Orthopsychiatry. 2006;76(3): 395-402. https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395

59. Romijnders KA, Van Osch L, De Vries H, Talhout R. Perceptions and reasons regarding e-cigarette use among users and non-users: a narrative literature review. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(6):1190. https://doi.org/10.3390/ijerph15061190

60. Padon AA, Maloney EK, Cappella JN. Youth-targeted e-cigarette marketing in the US. Tob Regul Sci. 2017;3(1):95-101. https://doi.org/10.18001/TRS.3.1.9

61. Courser MW, Shamblen SR, Lavrakas PJ, Collins D, Ditterline P. The impact of active consent procedures on nonresponse and nonresponse error in youth survey data: evidence from a new experiment. Eval Rev. 2009;33(4): 370-395. https://doi.org/10.1177/0193841X09337228

62. Pokorny SB, Jason LA, Schoeny ME, Townsend SM, Curie CJ. Do participation rates change when active consent procedures replace passive consent? Eval Rev. 2001;25(5):567-580. https://doi.org/10.1177/0193841X0102500504

63. Thompson-Haile A, Bredin C, Leatherdale ST. Rationale for using active-information passive-consent permission protocol in COMPASS [Internet]. Waterloo (Ont.) : University of Waterloo; 2013 [consultation le 1er avril 2020]. [Compass Tech Rep Ser. 2013; 1(6)]. En ligne à : https://uwaterloo.ca/compass-system/publications/rationale-using-active-information-passive-consent

64. White VM, Hill DJ, Effendi Y. How does active parental consent influence the findings of drug-use surveys in schools? Eval Rev. 2004;28(3):246-260. https://doi.org/10.1177/0193841X03259549

65. Qian W, Battista K, Bredin C, Brown KS, Leatherdale ST. Assessing longitudinal data linkage results in the COMPASS study [Internet]. Waterloo (ON): University of Waterloo; 2015 [consultation le 1er avril 2020]. [Compass Tech Rep Ser. 2015;3(4)]. En ligne à : https://uwaterloo.ca/compass-system/publications/assessing-longitudinal-data-linkage-results-compass-study

66. Siddiqui O, Flay BR, Hu FB. Factors affecting attrition in a longitudinal smoking prevention study. Prev Med. 1996;25(5):554-560. https://doi.org/10.1006/pmed.1996.0089

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.10.05f

Recherche quantitative originale

Initiation à l'usage du tabac ou arrêt du tabac : comment expliquer une prévalence supérieure du tabagisme au Québec en comparaison du reste du Canada?

Annie Pelekanakis, M. Sc. (1,2); Jennifer L. O'Loughlin, Ph. D. (1,2); Thierry Gagné, Ph. D. (3,4); Cynthia Callard, MM (5); Katherine L. Frohlich, Ph. D. (2,6)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Nous avons comparé l'initiation à l'usage du tabac et l'arrêt du tabac au Québec et dans le reste du Canada en vue d'expliquer pourquoi l'usage de la cigarette restait plus répandu au Québec.

Méthodologie. Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Nous avons comparé les taux estimés moyens et stratifiés selon le sexe en ce qui concerne 1) l'usage de la cigarette chez les 15 ans et plus, 2) l'initiation à l'usage de la cigarette au cours de l'année précédente chez les 12 à 17 ans et chez les 18 à 24 ans et 3) l'arrêt du tabac au cours de l'année précédente chez les adultes de 25 ans et plus, au Québec par rapport aux neuf autres provinces canadiennes et dans chaque cycle de deux ans l'ESCC entre 2007-2008 et 2017-2018.

Résultats. Entre 2007-2008 et 2017-2018, le taux de tabagisme est passé de 25 % à 18 % chez les 15 ans et plus au Québec, et de 22 % à 16 % ailleurs au Canada. Le taux d'initiation chez les 12 à 17 ans a chuté de 9 % à 5 % au Québec et de 7 % à 3 % dans le reste du Canada. L'initiation au tabac chez les 18 à 24 ans (respectivement 6 % et 7 %) et l'arrêt du tabac chez les adultes de 25 ans et plus (environ 8 %) sont restés stables au fil du temps au Québec et dans le reste du Canada. Lors de chaque cycle de deux ans de l'ESCC, l'initiation au cours l'année précédente chez les 12 à 17 ans était systématiquement plus élevée au Québec que dans le reste du Canada, mais il n'y avait aucune différence importante ou soutenue en ce qui a trait aux taux d'initiation chez les 18 à 24 ans ou à l'arrêt au cours de l'année précédente. Les résultats demeuraient comparables lorsqu'ils étaient stratifiés selon le sexe.

Conclusion. Les proportions accrues d'initiation à l'usage du tabac chez les jeunes de 12 à 17 ans pourraient être une cause immédiate de la persistance de taux supérieurs d'usage du tabac au Québec en comparaison du reste du Canada.

Mots-clés : *Canada, Québec, usage du tabac, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*

Points saillants

- Entre 2007-2008 et 2017-2018, le pourcentage de fumeurs a diminué tant au Québec que dans le reste du Canada.
- Le pourcentage de jeunes de 12 à 17 ans ayant commencé à fumer est demeuré constamment plus élevé au Québec par rapport au reste du Canada entre 2007-2008 et 2017-2018.
- L'initiation à l'usage du tabac chez les 18 à 24 ans et l'arrêt chez les 25 ans et plus n'étaient pas différents entre le Québec et le reste du Canada.
- L'usage toujours plus élevé du tabac au Québec pourrait être en partie lié à la persistance d'un taux accru d'initiation à l'usage du tabac chez les adolescents.

Introduction

L'usage de la cigarette est l'un des principaux facteurs de décès évitables[1] et un important facteur d'inégalités sociales en matière de morbidité et de mortalité[2]. Malgré des baisses marquées au cours des quatre dernières décennies tant au Québec que dans le reste du Canada (c'est-à-dire les neuf autres provinces), le taux de tabagisme au Québec dépasse constamment la moyenne canadienne[3-5]. En 2000-2001, ce

Rattachement des auteurs :

1. Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
2. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
3. ESRC International Centre for Lifecourse Studies in Society and Health, University College London, Londres, Royaume-Uni
4. Research Department of Epidemiology and Public Health, University College London, Londres, Royaume-Uni
5. Physicians for a Smoke-Free Canada, Ottawa (Ontario), Canada
6. Centre de recherche en santé publique (CReSP) de l'Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada

Correspondance : Jennifer O'Loughlin, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 850, rue Saint-Denis (S03-468), Montréal (Québec) H2X 0A9; courriel : jennifer.oloughlin@umontreal.ca.

taux était de 30 % au Québec, contre 26 % pour l'ensemble du Canada. Deux décennies plus tard, en 2019, 17 % des Québécois fumaient contre 15 % de l'ensemble des Canadiens[6]. Des études antérieures ont attribué cet écart aux revenus plus faibles au Québec[5], aux réductions supérieures de la taxe sur les cigarettes au Québec en 1994 pour prévenir la contrebande de tabac[5,7] et au fait que les messages antitabac ne sont pas adaptés de façon optimale aux francophones[8]. Ces différences se matérialisent par 10 400 décès liés au tabac survenant chaque année au Québec[1] ainsi que dans le taux de mortalité par cancer du poumon normalisé selon l'âge (66 décès pour 100 000 au Québec contre 52 décès pour 100 000 au Canada). En fait, le Québec a l'un des taux provinciaux de mortalité par cancer du poumon les plus élevés au Canada[9].

Les principaux facteurs directs du tabagisme sur lesquels on peut intervenir sont le nombre de jeunes qui commencent à fumer et le nombre de fumeurs qui arrêtent de fumer. D'un point de vue temporel, la proportion élevée de fumeurs est également un facteur contributif, mais elle ne peut en soi faire l'objet d'une intervention. La première bouffée de cigarette est une étape critique dans le cours naturel de l'initiation à l'usage du tabac[10], et les données dont on dispose indiquent que le taux d'initiation est plus élevé au Québec que dans l'ensemble du Canada. En 2017, 9 % des élèves de la 7e à la 9e année au Canada avaient essayé de fumer, contre 15 % au Québec, ce qui représente presque le double de la moyenne nationale[4]. L'âge moyen de l'initiation à l'usage de tabac est de 13 ans[11], et 99 % des fumeurs adultes aux États-Unis ont fumé leur première cigarette avant l'âge de 26 ans[12].

Bien que l'initiation à l'usage du tabac soit généralement considérée comme un phénomène propre aux adolescents, on craint de plus en plus que l'industrie du tabac ne cible désormais les jeunes adultes en raison des restrictions croissantes imposées par la législation antitabac pour protéger les jeunes, et plusieurs rapports confirment que le taux d'initiation est en augmentation chez les jeunes adultes[13-15]. Gagné et Veenstra[16] ont rapporté que l'initiation chez les jeunes de 5 à 17 ans au Canada a diminué de 2003 à 2013 mais n'a pas changé chez les jeunes adultes de 18 à 25 ans.

L'arrêt du tabac est également un facteur immédiat influençant le taux de tabagisme[17]. Il réduit l'incidence des maladies chroniques, l'exposition à la fumée secondaire et la mortalité. Les taux d'arrêt sont comparables au Québec et dans l'ensemble du Canada : en 2000, 8 % des ex-fumeurs du Québec avaient cessé de fumer au cours des deux années précédentes, soit la même proportion que la moyenne canadienne de 8 %[18]. Les données de l'Enquête longitudinale nationale sur la santé de la population ont montré que 16 % des Québécois qui fumaient en 1995 étaient devenus non-fumeurs en 2010-2011, comparativement à 12 % à l'échelle nationale[19]. Il existe peu de données plus récentes sur les différences entre provinces dans l'arrêt du tabac.

Malgré la parution régulière de rapports sur la proportion de fumeurs, l'initiation à l'usage du tabac et l'arrêt du tabac au Canada, aucune publication à ce jour n'a étudié l'initiation à l'usage du tabac et l'arrêt du tabac en tant que facteurs immédiats du taux de tabagisme au Québec par rapport au reste du Canada. Notre objectif était de comparer ces deux indicateurs au Québec et dans le reste du Canada pour chacun des six cycles consécutifs de deux ans de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), entre 2007-2008 et 2017-2018. Nous avons émis l'hypothèse que si l'un ou l'autre des indicateurs, ou les deux, différaient de façon constante au fil du temps entre le Québec et le reste du Canada, ils pourraient constituer des cibles pour une intervention renforcée, ce qui favoriserait une diminution rapide de la proportion de fumeurs au Québec jusqu'à une valeur comparable à celle du reste du Canada.

Par conséquent, nous avons mesuré la proportion de jeunes de 12 à 17 ans ayant fumé pour la première fois une cigarette entière au cours de l'année précédente au Québec par rapport au reste du Canada. Nous avons également mesuré l'initiation à l'usage du tabac au cours de l'année précédente chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans, en raison des préoccupations relatives à l'augmentation du taux d'initiation chez les jeunes adultes[13-15]. Enfin, comme l'arrêt durable du tabac est relativement rare chez les fumeurs de moins de 25 ans[4], nous avons mesuré l'arrêt du tabac au cours de l'année précédente chez les fumeurs de 25 ans et plus au Québec par rapport au reste du Canada. Le reste du Canada sert de point de comparaison en raison d'une législation antitabac similaire à l'échelle nationale.

Méthodologie

Nous avons utilisé les données de l'ESCC, le plus grand ensemble de données de surveillance de la santé au Canada[20]. Le contenu de l'ESCC porte sur l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les déterminants de la santé dans la population canadienne âgée de 12 ans et plus. L'ESCC fournit tous les deux ans des estimations fiables des indicateurs de santé au niveau des régions sanitaires (unités géographiques) au sein des provinces. Les questionnaires ont été remplis au moyen d'entrevues assistées par ordinateur en anglais ou en français en 2001, 2003 et 2005, puis annuellement depuis 2007.

Environ 130 000 Canadiens (10 000 de 12 à 17 ans et 120 000 de 18 ans et plus), dont 20 000 à 24 000 Québécois, ont été recrutés dans le cadre de l'ESCC lors de chaque cycle de deux ans entre 2007-2008 et 2017-2018. Les proportions de réponses à l'échelle nationale ont été de 76,4 % en 2007-2008, 72,3 % en 2009-2010, 68,4 % en 2011-2012, 66,2 % en 2013-2014, 59,5 % en 2015-2016 et 60,8 % en 2017-2018. Les détails des méthodes d'échantillonnage sont présentés ailleurs[20]. Cette étude n'a pas nécessité d'examen éthique, car les données sont légalement accessibles au public et protégées de manière appropriée par la loi.

Variables de l'étude

Le tabagisme a été évalué par la question suivante : « Avez-vous fumé plus de 100 cigarettes (environ 4 paquets) au cours de votre vie? » Les participants ayant répondu « non » ont été classés comme n'ayant jamais fumé. Ceux ayant répondu « oui » ont été invités à répondre à la question suivante : « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? ». Les participants ayant répondu « tous les jours » ou « à l'occasion » ont été classés comme fumeurs.

L'initiation à l'usage de la cigarette au cours de l'année précédente chez les participants de 12 à 17 ans et de 18 à 24 ans a été mesurée en posant les questions suivantes : « Avez-vous déjà fumé une cigarette entière? » et « À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette entière? ». Nous avons classé les participants dans la catégorie des « personnes ayant commencé

à fumer au cours de l'année précédente » s'ils avaient fumé leur première cigarette entière à l'âge déclaré au moment de l'enquête ou moins d'un an auparavant. Les participants n'ayant jamais fumé de cigarette entière et ceux ayant commencé à fumer au cours de l'année précédente ont été inclus dans le dénominateur utilisé pour calculer le taux d'initiation à l'usage du tabac au cours de l'année précédente. Les personnes ayant fumé leur première cigarette deux ans ou plus avant l'âge déclaré au moment de l'enquête n'ont pas été incluses dans le dénominateur puisqu'elles n'avaient pas fumé leur première cigarette au cours de l'année précédente.

L'arrêt du tabac au cours de l'année précédente a été mesuré sur la base des antécédents de tabagisme des répondants. On a considéré comme ex-fumeurs les fumeurs quotidiens ou occasionnels ayant complètement arrêté de fumer. Chez les ex-fumeurs n'ayant jamais fumé quotidiennement, l'arrêt du tabac au cours de l'année précédente a été mesuré par la question « À quel moment avez-vous cessé de fumer? ». Les ex-fumeurs ayant fumé quotidiennement et ayant complètement arrêté ont été définis grâce à la question « À quel moment avez-vous cessé de fumer tous les jours? ». Enfin, chez les ex-fumeurs qui fumaient quotidiennement puis ont cessé de fumer quotidiennement et ont continué à fumer sur une base non quotidienne avant d'arrêter complètement, l'arrêt du tabac au cours de l'année précédente a été évalué à l'aide de la question suivante : « À quel moment avez-vous complètement cessé de fumer? ». Les choix de réponse allaient d'« il y a moins d'un an » à « il y a 3 ans ou plus ». Nous avons classé les ex-fumeurs dans la catégorie des « fumeurs qui ont arrêté de fumer au cours de l'année précédente » s'ils avaient déclaré avoir cessé de fumer « il y a moins d'un an ». Les fumeurs et les ex-fumeurs ayant arrêté de fumer au cours de l'année précédente ont été inclus dans le dénominateur pour le calcul du taux d'arrêt du tabac au cours de l'année précédente.

Analyses statistiques

Nous avons calculé des estimations de prévalence avec intervalles de confiance à 95 % pour les deux sexes combinés puis pour les hommes et les femmes séparément pour 1) le tabagisme chez les 15 ans et plus (comme dans d'autres enquêtes canadiennes)[21,22], 2) l'initiation à l'usage de la cigarette au cours de l'année précédente chez les 12 à 17 ans et chez les 18 à 24 ans et 3) l'arrêt du tabac au cours de l'année précédente chez les 25 ans et plus, dans la province de Québec et dans les neuf autres provinces du Canada et sur par périodes de deux ans entre 2007-2008 et 2017-2018.

De plus, pour mettre en évidence les différences entre le reste du Canada et le Québec, nous avons stratifié les données du reste du Canada en quatre provinces ou régions (provinces de l'Atlantique, Ontario, Prairies et Colombie-Britannique). Nous avons utilisé des périodes de deux ans car l'ESCC est conçue pour être analysée en cycles de deux ans et car cela permet d'améliorer la précision des estimations, étant donné la relativement petite taille de l'échantillon pour une seule année.

Dans l'ESCC de 2017-2018, il n'y avait aucune donnée manquante pour le sexe ou la province de résidence. Les données manquantes sur le tabagisme (participants âgés de 15 ans et plus) étaient inférieures à 0,1 %, sur l'initiation à l'usage de tabac au cours de l'année précédente (parmi les participants âgés de 12 ans et plus) de 3,7 % et pour l'arrêt du tabac au cours de l'année précédente (parmi les participants âgés de 25 ans et plus) de 3,4 %[23].

Nous avons calculé la signification statistique des écarts entre les proportions estimées au Québec et dans le reste du Canada (c'est-à-dire les neuf autres provinces canadiennes) pour chaque cycle de deux ans. Les analyses de sensibilité comparant de manière séparée les estimations relatives au tabagisme occasionnel et quotidien sont accessibles sur demande. Nous avons appliqué les poids d'enquête et les poids *bootstrap* élaborés par Statistique Canada pour tenir compte de la stratégie d'échantillonnage de l'ESCC[24] et produire des estimations représentatives, grâce à la commande « svy:prop » de Stata pour estimer les proportions et la commande « lincom » pour vérifier les écarts de proportions[25]. Conformément aux lignes directrices de Statistique Canada sur la présentation des résultats dans le cadre du projet pilote de soumission à distance, les estimations sont présentées sans décimales. Les analyses ont été effectuées à l'aide d'une méthode de suppression par liste (*listwise deletion*) dans Stata 16[25].

Résultats

Tabagisme

Le taux de tabagisme chez les 15 ans et plus a diminué de façon constante dans les dix provinces entre 2007-2008 et 2017-2018 (tableau 1). Au Québec, la proportion de fumeurs est passée de 25 % en 2007-2008 à 18 % en 2017-2018, alors qu'elle est passée dans le reste du Canada de 22 % à 16 % (les valeurs *p* pour les écarts entre les estimations au Québec par rapport au reste du Canada sont demeurées statistiquement significatives au seuil de 0,05 à tous les points dans le temps). Les diminutions absolues sont demeurées semblables au Québec et dans le reste du Canada (soit respectivement 7 et 6 points de pourcentage), tout comme le déclin relatif (28 % au Québec contre 27 % dans le reste du Canada). Ce résultat est demeuré valide dans la stratification selon le sexe (tableau 1). Les diminutions s'expliquent principalement par la baisse du tabagisme quotidien plutôt que par celle du tabagisme occasionnel (données accessibles sur demande).

La comparaison entre le Québec et le reste du Canada (divisé en quatre provinces ou régions) révèle un profil de diminution similaire au Québec et dans les provinces de l'Atlantique et des Prairies. En 2007-2008, l'Ontario et la Colombie-Britannique comptaient des proportions inférieures de fumeurs dans leurs populations et, comme les diminutions absolues étaient semblables d'une province à l'autre, les taux de tabagisme sont restés inférieurs dans ces deux provinces au fil du temps. Ces données indiquent que globalement, le taux de tabagisme dans le reste du Canada hors Québec est déterminé par le faible taux de fumeurs en Ontario et le très faible taux de fumeurs en Colombie-Britannique.

Initiation à l'usage du tabac au cours de l'année précédente chez les adolescents

La prévalence de l'initiation à l'usage du tabac au cours de l'année précédente est passée de 9 % en 2007-2008 à 5 % en 2017-2018 chez les adolescents de 12 à 17 ans au Québec, soit une différence absolue de 4 points de pourcentage (tableau 2). La différence absolue était également de 4 points de pourcentage dans le reste du Canada (c'est-à-dire que la prévalence est passée de 7 % à 3 %). À l'exception de 2007-2008, les valeurs *p* des écarts entre les estimations pour le Québec

TABLEAU 1
Tabagisme chez les 15 ans et plus au Québec par rapport au reste du Canada[a], ESCC, 2007 à 2018

	Tabagisme					
	2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018
	%[b] (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)
Ensemble						
Québec	25 (24 à 26)*	24 (23 à 25)*	23 (22 à 24)*	21 (20 à 22)*	19 (18 à 20)*	18 (18 à 19)*
Reste du Canada	22 (21 à 22)*	20 (20 à 21)*	20 (20 à 21)*	19 (18 à 19)*	18 (17 à 18)*	16 (16 à 16)*
Provinces de l'Atlantique[c]	25 (24 à 26)	24 (23 à 25)	24 (22 à 25)	22 (21 à 23)	20 (19 à 21)	18 (17 à 19)
Ontario	21 (21 à 22)	20 (19 à 20)	20 (19 à 21)	18 (18 à 19)	17 (17 à 18)	16 (15 à 17)
Prairies[d]	24 (23 à 25)	23 (22 à 24)	22 (21 à 23)	20 (19 à 21)	19 (19 à 20)	18 (17 à 19)
Colombie-Britannique	19 (18 à 20)	17 (16 à 19)	16 (15 à 17)	16 (15 à 17)	15 (14 à 16)	13 (12 à 14)
Hommes						
Québec	28 (26 à 29)*	26 (25 à 28)*	26 (24 à 27)*	24 (22 à 25)	21 (19 à 22)	21 (20 à 22)*
Reste du Canada	25 (24 à 26)*	24 (23 à 24)*	23 (22 à 24)*	22 (21 à 23)	21 (20 à 21)	19 (18 à 20)*
Femmes						
Québec	23 (22 à 24)*	21 (20 à 23)*	21 (19 à 22)*	19 (18 à 20)*	17 (16 à 18)*	16 (15 à 17)*
Reste du Canada	19 (18 à 19)*	17 (17 à 18)*	17 (17 à 18)*	15 (15 à 16)*	15 (15 à 16)*	13 (12 à 13)*

Abréviations : ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance.

[a] Le reste du Canada comprend les neuf autres provinces canadiennes (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador).

[b] Les pourcentages ont été arrondis au nombre entier le plus proche.

[c] Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador.

[d] Alberta, Saskatchewan et Manitoba.

* Indique que les écarts entre les estimations pour le Québec et le reste du Canada étaient statistiquement significatifs au seuil de 0,05.

TABLEAU 2
Initiation à l'usage du tabac au cours de l'année précédente chez les jeunes de 12 à 17 ans au Québec par rapport au reste du Canada[a], ESCC, 2007 à 2018

	Initiation à l'usage du tabac au cours de l'année précédente					
	2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018
	%[b] (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)
Ensemble						
Québec	9 (7 à 10)	9 (7 à 12)*	10 (7 à 12)*	7 (5 à 9)*	6 (5 à 7)*	5 (4 à 7)*
Reste du Canada	7 (6 à 8)	6 (6 à 7)*	5 (5 à 6)*	5 (4 à 6)*	4 (3 à 5)*	3 (2 à 4)*
Provinces de l'Atlantique[c]	7 (5 à 9)	7 (5 à 9)	7 (5 à 9)	6 (5 à 8)	5 (3 à 6)	3 (2 à 4)
Ontario	6 (5 à 8)	5 (4 à 6)	4 (4 à 5)	5 (4 à 6)	4 (2 à 5)	4 (2 à 5)
Prairies[d]	8 (7 à 10)	8 (6 à 10)	7 (5 à 9)	6 (5 à 8)	5 (5 à 8)	2 (2 à 3)
Colombie-Britannique	7 (5 à 9)	6 (4 à 8)	5 (3 à 6)	4 (2 à 5)	3 (2 à 4)	3 (2 à 4)
Hommes						
Québec	9 (7 à 12)	10 (7 à 13)	9 (6 à 12)*	8 (6 à 10)*	6 (4 à 8)	6 (4 à 8)
Reste du Canada	8 (7 à 9)	7 (6 à 8)	6 (5 à 7)*	5 (4 à 6)*	4 (3 à 5)	4 (3 à 5)
Femmes						
Québec	8 (6 à 11)	9 (6 à 12)	10 (7 à 13)*	6 (4 à 8)	6 (4 à 8)*	5 (3 à 7)*
Reste du Canada	6 (5 à 7)	6 (5 à 7)	5 (4 à 5)*	5 (4 à 6)	4 (3 à 5)*	2 (2 à 3)*

Abréviations : ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance.

[a] Le reste du Canada comprend les neuf autres provinces canadiennes (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador).

[b] Les pourcentages ont été arrondis u nombre entier le plus proche.

[c] Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador.

[d] Alberta, Saskatchewan et Manitoba.

* Indique que les écarts entre les estimations pour le Québec et le reste du Canada étaient statistiquement significatifs au seuil de 0,05.

et le reste du Canada étaient statistiquement significatives à tous les points dans le temps. Cette tendance est demeurée valide dans la stratification selon le sexe (tableau 2) et la comparaison entre le Québec et le reste du Canada divisé en quatre régions n'a pas modifié l'interprétation des données.

Initiation à l'usage du tabac au cours de l'année précédente chez les jeunes adultes

L'initiation à l'usage du tabac au cours de l'année précédente chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans n'a pas diminué au Québec ou dans le reste du Canada au fil du temps et est demeurée relativement stable, à respectivement 6 % et 7 % (tableau 3). Aucun des écarts entre les estimations pour le Québec et celles pour le reste du Canada n'était statistiquement significatif aux six points temporels étudiés. L'initiation à l'usage du tabac chez les jeunes adultes était systématiquement plus élevée chez les hommes, tant au Québec que dans le reste du Canada. La comparaison entre le Québec et le reste du Canada divisé en quatre régions n'a pas modifié l'interprétation des données.

Arrêt du tabac au cours de l'année précédente

La prévalence de l'arrêt du tabac au cours de l'année précédente chez les adultes de 25 ans et plus est restée stable au fil du temps, soit à environ 8 % tant au Québec que dans le reste du Canada (tableau 4). À l'exception de l'écart noté en 2011-2012, aucun écart entre les estimations pour le Québec et le reste du Canada n'était statistiquement significatif aux six points temporels étudiés. Cette tendance est demeurée valide dans la stratification par sexe (tableau 4), de même qu'au Québec par rapport aux quatre provinces ou régions du reste du Canada.

Analyse

Depuis 10 ans, l'usage de la cigarette a diminué tant au Québec que dans le reste du Canada, ce qui témoigne des progrès constants de la lutte contre le tabagisme dans l'ensemble du pays. Plus précisément, le taux de tabagisme a reculé de 7 points de pourcentage au Québec (passant de 25 % à 18 %) et de 6 points de pourcentage dans le reste du Canada (passant de 22 % à 16 %). D'après nos résultats, outre une prévalence passée de tabagisme plus élevée, la prévalence actuelle généralement plus élevée au Québec par rapport au reste du Canada est attribuable au fait que les jeunes Québécois de 12 à 17 ans ont connu des taux d'initiation au tabac systématiquement plus importants au cours des dix dernières années. Déterminer quels sont les facteurs immédiats modifiables influençant le taux de tabagisme au Québec pourrait contribuer à déterminer quels changements ou quelle intensification des politiques et des programmes accéléreraient les diminutions, de manière à ce que le taux de tabagisme du Québec soit comparable à celui du reste du Canada. En particulier, le faible taux de tabagisme en Colombie-Britannique et en Ontario constitue un objectif atteignable pour le Québec.

Dans cette étude, nous avons comparé l'initiation à l'usage du tabac et l'arrêt du tabac au Québec et dans le reste du Canada afin de cerner les facteurs immédiats de la prévalence du tabagisme au Québec. Trois constatations principales s'en sont dégagées. Premièrement, l'arrêt du tabac chez les adultes de 25 ans et plus est demeuré pratiquement inchangé, soit à 8 % au cours de la dernière décennie, tant

TABLEAU 3
Initiation à l'usage du tabac au cours de l'année précédente chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans au Québec par rapport au reste du Canada[a], ESCC, 2007 à 2018

	Initiation à l'usage du tabac au cours de l'année précédente					
	2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018
	%[b] (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)
Ensemble						
Québec	6 (4 à 8)	6 (4 à 8)	8 (5 à 11)	6 (4 à 9)	6 (4 à 8)	6 (4 à 9)
Reste du Canada	7 (6 à 8)	7 (6 à 9)	7 (6 à 8)	7 (6 à 8)	6 (5 à 7)	7 (6 à 9)
Provinces de l'Atlantique[c]	4 (2 à 6)	8 (5 à 10)	7 (4 à 9)	10 (7 à 13)	4 (2 à 6)	8 (4 à 12)
Ontario	8 (6 à 9)	8 (6 à 10)	8 (6 à 9)	6 (5 à 8)	7 (5 à 8)	8 (5 à 10)
Prairies[d]	6 (5 à 8)	7 (5 à 9)	5 (4 à 7)	6 (4 à 8)	6 (4 à 8)	8 (6 à 10)
Colombie-Britannique	7 (5 à 10)	6 (4 à 8)	5 (3 à 6)	6 (3 à 9)	7 (4 à 9)	6 (4 à 9)
Hommes						
Québec	6 (3 à 10)	8 (5 à 12)	9 (5 à 14)	8 (5 à 12)	8 (5 à 12)	8 (4 à 12)
Reste du Canada	8 (6 à 9)	9 (7 à 11)	8 (7 à 10)	10 (8 à 11)	7 (5 à 8)	9 (7 à 11)
Femmes						
Québec	6 (2 à 9)	3 (1 à 5)	8 (4 à 12)	5 (1 à 8)	5 (2 à 7)	5 (1 à 8)
Reste du Canada	6 (5 à 8)	6 (4 à 7)	5 (4 à 6)	4 (3 à 5)	6 (4 à 8)	6 (4 à 8)

Abréviations : ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance.

[a] Le reste du Canada comprend les neuf autres provinces canadiennes (c'est-à-dire la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador).

[b] Les pourcentages ont été arrondis à l'entier le plus proche.

[c] Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador.

[d] Alberta, Saskatchewan et Manitoba.

Remarque : Aucun des écarts entre les estimations pour le Québec par rapport au reste du Canada n'était statistiquement significatif au seuil de 0,05.

TABLEAU 4
Arrêt du tabac au cours de l'année précédente chez les personnes âgées de 25 ans et plus au Québec par rapport au reste du Canada[a], ESCC, 2007 à 2018

	Arrêt du tabac au cours de l'année précédente					
	2007-2008	2009-2010	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018
	%[b] (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)
Ensemble						
Québec	8 (7 à 9)	7 (6 à 9)	10 (8 à 11)*	9 (8 à 10)	9 (8 à 10)	8 (7 à 9)
Reste du Canada	8 (8 à 9)	7 (7 à 8)	8 (7 à 8)*	8 (7 à 9)	8 (7 à 9)	8 (7 à 9)
Provinces de l'Atlantique[c]	9 (8 à 11)	8 (6 à 9)	8 (7 à 10)	9 (7 à 10)	10 (8 à 11)	9 (8 à 11)
Ontario	8 (7 à 9)	6 (5 à 7)	7 (6 à 8)	7 (6 à 8)	8 (7 à 9)	7 (6 à 8)
Prairies[d]	8 (7 à 9)	7 (6 à 9)	8 (7 à 10)	7 (6 à 9)	8 (7 à 9)	7 (6 à 9)
Colombie-Britannique	8 (7 à 9)	9 (8 à 11)	9 (7 à 11)	10 (8 à 13)	8 (6 à 10)	11 (9 à 14)
Hommes						
Québec	7 (6 à 9)	8 (6 à 10)	9 (7 à 11)	10 (8 à 11)	8 (7 à 10)	9 (7 à 11)
Reste du Canada	8 (7 à 9)	7 (6 à 8)	8 (7 à 8)	8 (7 à 9)	8 (7 à 9)	8 (7 à 9)
Femmes						
Québec	9 (7 à 10)	7 (5 à 8)	10 (8 à 12)	8 (7 à 10)	9 (7 à 11)	7 (6 à 9)
Reste du Canada	8 (8 à 9)	8 (7 à 9)	8 (7 à 9)	7 (6 à 9)	8 (7 à 10)	7 (6 à 9)

Abréviations : ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; IC, intervalle de confiance.

[a] Le reste du Canada comprend les neuf autres provinces canadiennes (c'est-à-dire la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador).

[b] Les pourcentages ont été arrondis à l'entier le plus proche.

[c] Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador.

[d] Alberta, Saskatchewan et Manitoba.

* Indique que les écarts entre les estimations pour le Québec et le reste du Canada étaient statistiquement significatifs au seuil de 0,05.

au Québec que dans le reste du Canada. Deuxièmement, l'initiation à l'usage du tabac chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans ne diffère pas entre le Québec et le reste du Canada et n'a pas changé pas au fil du temps. Troisièmement, l'initiation à l'usage du tabac chez les adolescents s'est révélée systématiquement plus élevée au Québec que dans le reste du Canada, ce qui fait que l'initiation à l'usage du tabac pendant l'adolescence pourrait constituer un facteur déterminant de la persistance d'un taux élevé de tabagisme au Québec.

Malgré les efforts antérieurs[5,7,8] visant à expliquer les variations au Québec par rapport aux autres provinces canadiennes, cet écart persistant dans l'initiation à l'usage du tabac pourrait découler de différences dans des facteurs sous-jacents et plus distaux du tabagisme, que ce soit des caractéristiques de la population ou l'investissement du gouvernement en santé publique, en particulier en matière d'initiatives de lutte contre le tabagisme. Les quelques paragraphes qui suivent traitent de trois raisons possibles à ce constat : une prévalence variable de certains facteurs de risque favorisant l'initiation, le moment de l'adoption de la législation antitabac et l'existence de programmes de lutte antitabac différents au Québec par rapport au reste du Canada.

Prévalence de facteurs de risque favorisant l'initiation

Dans une revue systématique, Wellman et ses collaborateurs[26] ont cerné 98 facteurs de nature différente prédictifs de l'initiation à l'usage de la cigarette dans 53 études longitudinales fondées sur la population. Un risque accru de commencer à fumer a été systématiquement relevé pour un âge et un niveau scolaire plus élevés, un statut socioéconomique inférieur, de mauvais résultats scolaires, une faible estime de soi, une faible supervision parentale, la recherche de sensations et la rébellion, l'intention de fumer plus tard, la réceptivité aux mesures de promotion du tabac, la susceptibilité au tabagisme, le tabagisme des membres de la famille, le fait d'avoir des amis fumeurs et l'exposition aux films. Ces données posent divers défis méthodologiques et il demeure essentiel de continuer les recherches visant à identifier les facteurs prédictifs du tabagisme chez les adolescents au cours des dernières années.

Ceci étant dit, la juxtaposition de la force des associations et de la présence de chaque facteur prédictif dans les provinces (c.-à-d. au Québec par rapport aux autres provinces canadiennes) pourrait servir à confirmer les facteurs prédictifs qu'il y aurait lieu d'intégrer à l'élaboration de nouvelles politiques ou d'interventions de lutte contre le tabagisme ou aux initiatives déjà en place. Par exemple, si la fréquence du décrochage scolaire ou la fréquence perçue du tabagisme parmi les amis est plus élevée au Québec qu'ailleurs, les décideurs et les planificateurs de la santé publique devront réfléchir à la pertinence d'aborder ces problèmes par l'entremise des interventions de lutte contre le tabagisme au Québec. De plus, une réflexion sur la faisabilité et l'efficacité d'une intervention préventive portant sur chaque facteur prédictif possible (en plus de la force de l'association avec l'initiation et de la présence du facteur en question) pourrait faire ressortir les investissements les plus rentables en matière de programmes ou de politiques.

Lois antitabac

Au-delà des caractéristiques sous-jacentes de la population, les normes socioculturelles

liées au tabagisme sont fortement corrélées au comportement en matière de tabagisme[27,28], les politiques de lutte contre le tabagisme au niveau de la population constituant un reflet mais aussi un déterminant essentiel de ces normes[29,30]. Le Québec s'implique activement dans la lutte antitabac depuis plusieurs décennies et a mis en place des interdictions de fumer similaires à celles des autres provinces. Des lois relativement récentes (à savoir la *Loi modifiant la Loi sur le tabac et d'autres dispositions législatives* [2005] et la *Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme* [2015]) comportent des dispositions visant à prévenir le tabagisme chez les adolescents, telles que l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'école, l'élimination de la vente aux mineurs et l'interdiction des produits du tabac aromatisés[31].

Cependant, malgré la similitude des objectifs législatifs à l'échelle du Canada, l'adoption de certaines lois s'est faite tardivement au Québec. Par exemple, le Québec a pris du retard dans la taxation du tabac[32], une mesure reconnue pour son efficacité à réduire la prévalence du tabagisme chez les jeunes[33]. De plus, alors que les autres provinces canadiennes ont commencé à interdire en 2008 l'usage du tabac dans les automobiles en présence de mineurs, le Québec a été la dernière province à le faire, en 2016 seulement[31]. Il est possible que ces calendriers d'adoption distincts soient le reflet de normes sociales antitabac évoluant différemment d'une province à l'autre et contribuant ainsi aux différences persistantes dans l'initiation à l'usage du tabac chez les jeunes.

Programmes de lutte contre le tabagisme

Outre la variabilité des facteurs de risque influençant l'initiation et l'adoption tardive de certaines mesures législatives antitabac dans les provinces, les différences concernant le nombre, le contenu et l'efficacité des interventions de prévention du tabagisme entre provinces pourraient influencer le taux d'initiation chez les jeunes.

À ce jour, les données probantes sont mitigées en ce qui concerne les programmes communautaires et scolaires de prévention du tabagisme. À titre d'exemple, dans une revue de 2011 sur 25 essais contrôlés examinant l'efficacité d'interventions communautaires pour réduire le tabagisme chez les jeunes par des programmes coordonnés à composantes multiples, les auteurs ont conclu que certains éléments tendent être efficaces mais que les données ne sont pas robustes et qu'elles présentent des failles méthodologiques[34]. Une revue Cochrane de 2013 fondée sur 49 essais contrôlés randomisés au sujet d'interventions visant à empêcher les jeunes n'avant jamais fumé de commencer à fumer a révélé que ces interventions contribuaient de façon significative à prévenir le début du tabagisme, et ce, plus d'un an après la fin de l'intervention[35]. Les programmes utilisant une approche fondée sur les compétences sociales et ceux combinant une approche fondée sur les compétences sociales et une approche fondée sur l'influence sociale étaient plus efficaces que les autres programmes. Cependant, après un an ou moins, il n'y avait pas d'incidence globale, sauf pour les programmes facilitant l'acquisition de compétences sociales par les jeunes et leur apprenant à résister aux influences sociales.

Dans une analyse plus récente (2015) de 16 essais contrôlés, rien n'indiquait que les programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire aient une incidence significative sur la prévention du tabagisme chez les adolescentes[36]. Selon les auteurs, les recherches à venir devraient explorer la combinaison de programmes scolaires et d'interventions dans les médias de masse ainsi que l'élaboration d'interventions s'adressant aux filles, ces mesures étant potentiellement plus efficaces que les programmes d'intervention en milieu scolaire seuls[36].

Malgré les données mitigées sur l'efficacité de ces programmes, il pourrait être utile de répertorier et de comparer l'ensemble des programmes communautaires et scolaires de prévention du tabagisme offerts dans les différentes provinces, afin de déterminer si les différences en matière d'offre de programmes pourraient être à l'origine du taux élevé d'initiation à l'usage du tabac au Québec. Par exemple, les interventions de prévention du tabagisme qui ciblent les jeunes, comme *La gang allumée* au Québec, visent à sensibiliser les jeunes de 11 à 17 ans à la consommation de tabac[37]. Cependant, l'éducation sur le tabagisme ne fait pas partie du programme d'enseignement primaire du Québec, à la différence de plusieurs autres provinces canadiennes. En raison du taux élevé de tabagisme, le gouvernement du Québec a récemment publié un nouveau plan intitulé *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025*, qui vise notamment à prévenir l'usage des produits du tabac chez les jeunes par de nouvelles campagnes dans les médias de masse et des programmes en milieu scolaire[38].

Points forts et limites

Il s'agit de la première étude comparant l'initiation à l'usage du tabac et l'arrêt du tabac en tant que facteurs immédiats du taux de tabagisme au Québec et dans le reste du Canada.

Cependant, notre étude présente certaines limites. Premièrement, elle s'appuie sur la déclaration volontaire de l'initiation à l'usage du tabac et de l'arrêt du tabac, ce qui a pu entraîner des erreurs de classification. Deuxièmement, la proportion de réponses des participants a diminué avec le temps, ce qui pourrait conduire à un éventuel biais de sélection. Enfin, la méthode d'échantillonnage de l'ESCC a changé en 2015 : la répartition de l'échantillon entre les régions a été mise à jour, et une deuxième liste d'échantillonnage a été incluse afin que les estimations soient plus représentatives de la population des jeunes de 12 à 17 ans. Statistique Canada conseille de comparer les estimations d'avant et celles d'après 2015 avec prudence, bien qu'il soit peu probable que ces changements aient eu une incidence sur la mesure du taux de tabagisme.

Conclusion

Bien que la proportion de fumeurs ait diminué au Québec depuis 2007-2008, elle demeure plus élevée que dans le reste du Canada. Les taux d'arrêt du tabac et d'initiation à l'usage du tabac chez les jeunes adultes étaient similaires au Québec et dans le reste du Canada. Cependant, l'initiation à l'usage du tabac demeure plus fréquente chez les adolescents québécois, ce qui contribue probablement au taux supérieur de tabagisme au Québec.

Même si aucune nouvelle intervention n'est mise en œuvre et même si les efforts de lutte contre le tabagisme ne sont pas intensifiés, le Québec pourrait atteindre des valeurs comparables à celles estimées dans les autres provinces car les Québécois continuent de réagir positivement aux normes actuelles et aux efforts de lutte contre le tabagisme, alors que le taux de tabagisme se stabilise et demeure très faible dans le reste du Canada.

Cependant, rien ne garantit que les diminutions se poursuivront, et on ne connaît pas le temps qu'il faudra au Québec pour atteindre les taux estimés observables ailleurs au Canada. Puisque l'initiation chez les jeunes est le seul indicateur immédiat de notre étude qui soit plus élevé au Québec que dans le reste du Canada, miser en priorité sur des mesures visant à prévenir l'initiation chez les jeunes favorisera probablement une diminution à long terme du tabagisme au Québec. Cela pourrait également accélérer le rythme de diminution du tabagisme et permettre au Québec d'atteindre rapidement un taux similaire à celui du reste du Canada.

D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer les facteurs plus distaux qui sous-tendent le taux élevé d'initiation à l'usage du tabac, dont la détermination des différences entre le Québec et le reste du Canada en ce qui concerne les facteurs de risque favorisant l'initiation, la législation antitabac et l'existence de programmes de prévention du tabagisme.

Remerciements

Nous remercions Statistique Canada et Pascal Demay-Demers d'avoir permis l'accès à distance aux données de l'ESCC par l'intermédiaire du projet pilote de soumission à distance pendant la pandémie de COVID-19. Nous remercions Adrian Ghenadenik et Fady Michael pour leurs contributions à l'article.

Financement

Ce projet a été soutenu par des fonds obtenus par KLF dans le cadre d'une subvention pour l'innovation en prévention de la Société canadienne du cancer (n° 705561) et des Instituts de recherche en santé du Canada (n° CCP-155425). KLF est cotitulaire de la Chaire Myriagone McConnell-Université de Montréal en mobilisation des connaissances jeunesse. JOL est titulaire d'une chaire de recherche du Canada sur les déterminants précoces des maladies chroniques de l'adulte. TG reçoit un financement par l'entremise des bourses postdoctorales des Instituts de recherche en santé du Canada et du Fonds de recherche du Québec – Santé.

Conflits d'intérêts

JOL est actuellement membre du comité de rédaction de la revue PSPMC. JOL et TG contribuent à titre de rédacteurs invités à ce numéro thématique spécial de la revue PSPMC, mais se sont retirés du processus d'évaluation.

Contributions des auteurs et avis

AP a passé en revue la littérature et a rédigé le manuscrit. JOL a contribué à l'interprétation des données et a rédigé des sections de l'article. TG a effectué les analyses et rédigé des sections de l'article. CC a revu l'article de manière critique. KLF a obtenu le financement et a procédé à la révision critique de l'article. Tous les auteurs ont fourni des commentaires et approuvé le manuscrit final et acceptent d'être responsables de tous les aspects du travail.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Camirand H, Traoré I, Bauline J. L'enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition. Québec (Québec) : Institut de la statistique du Québec; 2016.

2. Petrovic D, de Mestral C, Bochud M, et al. The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: a systematic review. Prev Med. 2018;113:15-31. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.05.003

3. Gilmore J. Rapport sur l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 2001. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada, Division de la statistique de la santé; 2002. [No 82F0077XIF au catalogue de Statistique Canada]

4. Reid J, Hammond D, Tariq U, Burkhalter R, Rynard V, Douglas O. Tobacco use in Canada: patterns and trends, 2019 edition. Waterloo (Ont.): Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo; 2019.

5. Aubin J, Caouette L. L'usage de la cigarette au Québec de 1985 à 1994 : une comparaison avec le Canada. Revue canadienne de santé publique. 1998;89(1) : 22-27. https://doi.org/10.1007/BF03405789

6. Statistique Canada. Canadian smoking prevalence, overview of historical trends, 2001-2019: Canadian Community Health Survey, 2001-2019 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019. En ligne à : http://nbatc.ca/wp-content/uploads/2020/08/CCHS-2001-2019-trends.pdf

7. Hamilton V, Levinton C, St-Pierre Y, Grimard F. The effect of tobacco tax cuts on cigarette smoking in Canada. CMAJ. 1997;156(2):187-191.

8. Wharry S. Canada a country of two solitudes when smoking rates among anglophones, francophones compared. Can Med Assoc J. 1997;156(2): 244-245.

9. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer : un rapport spécial de 2020 sur le cancer du poumon. Toronto (Ont.) : Société canadienne du cancer; 2020.

10. Gervais A, O'Loughlin J, Meshefedjian G, Bancej C, Tremblay M. Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents. CMAJ. 2006;175(3):255-261. https://doi.org/10.1503/cmaj.051235

11. Azagba S, Baskerville NB, Minaker L. A comparison of adolescent smoking initiation measures on predicting future smoking behavior. Prev Med Rep. 2015;2:174-177. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.02.015

12. US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among youth and young adults: 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; 2012.

13. Hammond D. Smoking behaviour among young adults: beyond youth prevention. Tob Control. 2005;14(3): 181-185. https://doi.org/10.1136/tc.2004.009621

14. Perry CL. The tobacco industry and underage youth smoking: tobacco industry documents from the Minnesota litigation. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999;153(9):935-941. https://doi.org/10.1001/archpedi.153.9.935

15. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: national findings. Rockville (MD): SAMHSA; 2009. [NSDUH Series H-36, HHS Publication n° SMA 09-4434]

16. Gagné T, Veenstra G. Trends in smoking initiation in Canada: Does non-inclusion of young adults in tobacco control strategies represent a missed opportunity? Can J Public Health. 2017;108(1):e14-e20. https://doi.org/10.17269/cjph.108.5839

17. Patel MS, Steinberg MB. In the clinic. Smoking cessation. Ann Intern Med. 2016;164(5):ITC33-ITC48. https://doi.org/10.7326/AITC201603010

18. Statistique Canada. Tableau 13-10-0073-01. Anciens fumeurs (qui fumaient tous les jours ou à l'occasion), selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de janvier 2000) et groupes de régions homologues [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2000 [consultation le 13 décembre 2019]. En ligne à : https://doi.org/10.25318/1310007301-fra

19. Statistique Canada. Tableau 13-10-0438-01. Usage du tabac, changements entre 1994-1995 et 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009 et 2010-2011. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2011 [consultation le 13 décembre 2019]. En ligne à : https://doi.org/10.25318/1310043801-fra

20. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2018 [consultation le 13 décembre 2019]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=795204

21. Statistique Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2017 [consultation le 30 mars 2021]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017.html

22. Statistique Canada. Enquête canadienne sur le tabac et la nicotine (ECTN) : sommaire des résultats pour 2019. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019 [consultation le 21 juin 2021]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-nicotine/sommaire-2019.html

23. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : fichier de microdonnées à grande diffusion, 2017-2018 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 30 mars 2021]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/82M0013X2020001

24. Gagné C, Roberts G, Keown L-A. Estimation pondérée et estimation de la variance bootstrap pour analyser des données d'enquête : comment les effectuer dans certains logiciels choisis?. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014 [modification le 27 novembre 2015; consultation le 30 mars 2021]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/12-002-x/2014001/article/11901-fra.htm

25. StataCorp. Stata statistical software: release 16. College Station (TX): StataCorp LLC; 2019.

26. Wellman RJ, Dugas EN, Dutczak H, et al. Predictors of the onset of cigarette smoking: a systematic review of longitudinal population-based studies in youth. Am J Prev Med. 2016;51(5):767-778. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.04.003

27. Schoenaker D, Brennan E, Wakefield MA, Durkin S. Anti-smoking social norms are associated with increased cessation behaviours among lower and higher socioeconomic status smokers: a population-based cohort study. PLoS ONE. 2018;13(12):e0208950. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208950

28. East KA, Hitchman SC, McNeill A, Thrasher J, Hammond D. Social norms towards smoking and vaping and associations with product use among youth in England, Canada, and the US. Drug Alcohol Depend. 2019;205:107635. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107635

29. Durkin SJ, Schoenaker D, Brennan E, Bayly M, Wakefield M. Are anti-smoking social norms associated with tobacco control mass media campaigns, tax and policy changes? Findings from an Australian serial cross-sectional population study of smokers. Tob Control. 2021;30(2):177-184. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2019-055325

30. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice. Am J Public Health. 2008;98(2):216-221. https://doi.org/10.2105/ajph.2007.114777

31. Canadian Cancer Society. Overview summary of federal/provincial/territorial tobacco control legislation in Canada. Toronto (Ont) : Canadian Cancer Society; 2017.

32. Reid J, Hammond D. Tobacco use in Canada: patterns and trends, 2019 edition (supplement: tobacco control policies in Canada). Waterloo (Ont) : Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo; 2019.

33. Sharbaugh MS, Althouse AD, Thoma FW, Lee JS, Figueredo VM, Mulukutla SR. Impact of cigarette taxes on smoking prevalence from 2001-2015: a report using the behavioral and risk factor surveillance survey (BRFSS). PLoS ONE. 2018;13(9):e0204416. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204416

34. Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Esterman A, Chang A, Smith BJ. Community interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(7):CD001291. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001291.pub2

35. Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(4):CD001293. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001293.pub3

36. de Kleijn MJ, Farmer MM, Booth M, et al. Systematic review of school-based interventions to prevent smoking for girls. Syst Rev. 2015;4:109. https://doi.org/10.1186/s13643-015-0082-7

37. Perreault-Labelle A. Le retour des gangs allumées [Internet]. Québec (Québec) : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2014 [consultation le 20 janvier 2020]. En ligne à : https://info-tabac.ca/le-retour-des-gangs-allumees

38. Gouvernement du Québec. Stratégie pour un Québec sans tabac, 2020-2025. Québec (Québec) : gouvernement du Québec; 2020. En ligne à : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/strategie/STR_19-006-04W_MSSS.pdf

https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.10.06f

Aperçu

Abordabilité des cigarettes dans les provinces canadiennes : revue sur 10 ans

Melissa Worrell, M.A., M. Sc. (1); Les Hagen, MSM (2,3)

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

L'association entre le prix des cigarettes et leur consommation est établie depuis longtemps. Toutefois, l'augmentation des revenus relatifs peut diminuer l'impact de la taxation. L'abordabilité est considérée comme un déterminant clé de la demande de cigarettes car elle combine l'impact du changement des prix avec la croissance économique et les hausses de salaire. Cette courte analyse, menée à l'aide de méthodes utilisées par l'Organisation mondiale de la santé, traite de l'abordabilité des cigarettes et de son évolution dans les provinces canadiennes sur 10 ans, soit de 2009 à 2019. Elle illustre comment la surveillance de l'abordabilité au fil du temps peut aider les responsables des politiques provinciales canadiennes à maximiser l'impact de la taxation du tabac.

Mots-clés : *cigarettes, tabagisme, abordabilité, taxation, Canada, gouvernement, provincial*

Points saillants

- Cet article porte sur une analyse comparative de l'évolution des taux d'abordabilité des cigarettes dans les provinces canadiennes sur 10 ans, soit entre 2009 et 2019.
- Cet article explique l'importance de prendre en compte l'abordabilité à titre de mesure efficace de l'impact de la taxation du tabac sur la consommation de tabac.

Introduction

L'association entre le prix des cigarettes et leur consommation est établie depuis longtemps. La hausse des prix, principalement par l'augmentation de la taxation, est considérée comme l'un des moyens les plus efficaces pour réduire la demande[1,2]. Les augmentations de prix peuvent dissuader les adolescents et les non-fumeurs en général de commencer à consommer du tabac, elles peuvent constituer un facteur de motivation pour cesser de fumer, aider à réduire la consommation chez les fumeurs et peut-être aussi prévenir les rechutes chez les ex-fumeurs[1,3]. Il n'est pas surprenant de constater que les taxes sur le tabac jouent un rôle important dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac[4].

Toutefois, l'augmentation des revenus relatifs peut diminuer l'impact de la taxation sur les prix. Pour que les mesures de taxation visant à améliorer la santé publique soient efficaces, le prix des cigarettes doit augmenter plus rapidement que le pouvoir d'achat des consommateurs. Autrement dit, la taxation vise à réduire la consommation de tabac en rendant les produits du tabac moins abordables. L'effet de la croissance des revenus sur le pouvoir d'achat est donc un facteur important à considérer[5].

À titre d'exemple, durant la décennie 2009-2019, les prix des cigarettes ont progressivement augmenté dans l'ensemble des provinces canadiennes*, de façon proportionnelle à la hausse du produit intérieur brut (PIB) par habitant[6-9]. En 2019, le Manitoba a mis en place la taxe sur les cigarettes la plus élevée du pays (60 $ CA par cartouche), devenant la province où le prix des cigarettes était le plus élevé. La taxation en Colombie-Britannique était comparable, mais le prix y était moins élevé que dans plusieurs provinces imposant des taxes plus basses. Inversement, l'Alberta et Terre-Neuve-et-Labrador se situaient dans la moitié inférieure des provinces au chapitre du prix des cigarettes, même si elles figuraient parmi les trois provinces où les revenus étaient les plus élevés. Ces observations font ressortir des inégalités qui passent inaperçues lorsque les prix ou la taxation des cigarettes sont examinés seuls : les taxes provinciales les plus hautes ne correspondent pas nécessairement aux prix les plus élevés ni aux différences provinciales sur le plan du PIB par habitant.

Les augmentations des taxes sur le tabac qui entraînent des modifications observables des prix ont toujours un effet à la baisse sur la consommation de tabac[5]. Toutefois, pour mesurer l'impact relatif des taxes sur la réduction de la consommation, l'effet des modifications des revenus est un facteur important à considérer[5]. On sait que, lorsque l'impact des modifications des prix est combiné à la croissance économique ou aux hausses de salaire,

* Données non publiées sur les prix de gros fournis par courriel par Santé Canada, qui collecte ces données conformément à l'article 13 du *Règlement sur les rapports relatifs au tabac*. https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2000-273/index.html

Rattachement des auteurs :

1. Services de santé Alberta, Edmonton (Alberta), Canada
2. Action on Smoking and Health (ASH Canada), Edmonton (Alberta), Canada
3. École de santé publique, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), Canada

Correspondance : Melissa Worrell, Services de santé Alberta, 10101 Southport Road SW, Calgary, (Alberta) T2W 3N2; téléphone : 403 910-2105; courriel : Melissa.Worrell@ahs.ca

l'abordabilité est un déterminant clé de la demande de cigarettes[10]. Cette analyse comparative décrit l'évolution des taux d'abordabilité dans les provinces canadiennes sur 10 ans, entre 2009 et 2019.

Méthodologie

Conformément aux méthodes utilisées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans ses rapports mondiaux biennaux sur l'usage du tabac[11], nous avons défini l'abordabilité sous forme de pourcentage du PIB par habitant nécessaire pour l'achat de 2 000 cigarettes. C'est ce que nous appelons dans cet article l'indice d'abordabilité (IA).

Prix de détail provincial de 2 000 cigarettes

Pour calculer l'IA, il a d'abord fallu déterminer le prix de détail de 2 000 cigarettes dans chaque province. Des données non publiées sur le prix de gros unitaire des cigarettes ont été fournies par Santé Canada (article 13 du *Règlement sur les rapports relatifs au tabac*; https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2000-273/index.html). Le prix unitaire de l'industrie repose sur une moyenne calculée en divisant le volume unitaire par les ventes totales de cigarettes dans chaque province. Ce prix moyen a ensuite été additionné au taux de la taxe d'accise fédérale par unité pour arriver à un prix unitaire de gros pour chaque province. Ces prix unitaires ont été utilisés (multipliés par 200) pour établir les prix de gros provinciaux par cartouche de 200 cigarettes.

Les données sur les taxes d'accise provinciales ont été établies à l'aide des taux publiés par le Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel[6], de données de la Fondation pour la lutte contre le tabac[7] et de tableaux des taux d'imposition non publiés (pour 2019) compilés par la Société canadienne du cancer (courriel du 28 octobre 2019 de R. Cunningham, analyste principal des politiques). Ces données ont été ajoutées aux prix unitaires de gros des cartouches dans chaque province.

Les prix de détail provinciaux ont pour leur part été établis en calculant, selon les provinces, la taxe de vente provinciale (TVP) et la taxe sur les produits et services (TPS) ou la taxe de vente harmonisée (TVH). Des résumés des taux d'imposition et de leur évolution au fil du temps ont été établis à l'aide des données fournies par le Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel[6] et des tableaux des taux d'imposition de la Société canadienne du cancer. Ces prix de détail provinciaux par cartouche ont ensuite été convertis en prix de détail de 2 000 cigarettes (c.-à-d. multipliés par 10).

PIB par habitant

Les PIB provinciaux, fondés sur les revenus et correspondant aux prix du marché, sont publiés tous les ans par Statistique Canada : ce sont ces taux qui ont été utilisés dans les calculs par habitant[8]. Pour déterminer le PIB par habitant, nous avons divisé le PIB de chacune des provinces par sa population respective pendant le premier trimestre (T1) de chaque année civile[9].

Indice d'abordabilité

L'indice d'abordabilité (IA) a été construit en divisant le prix de détail de 2 000 cigarettes par le PIB par habitant et s'exprime en pourcentages. Plus la valeur de l'IA est élevée, moins les cigarettes sont abordables et vice versa.

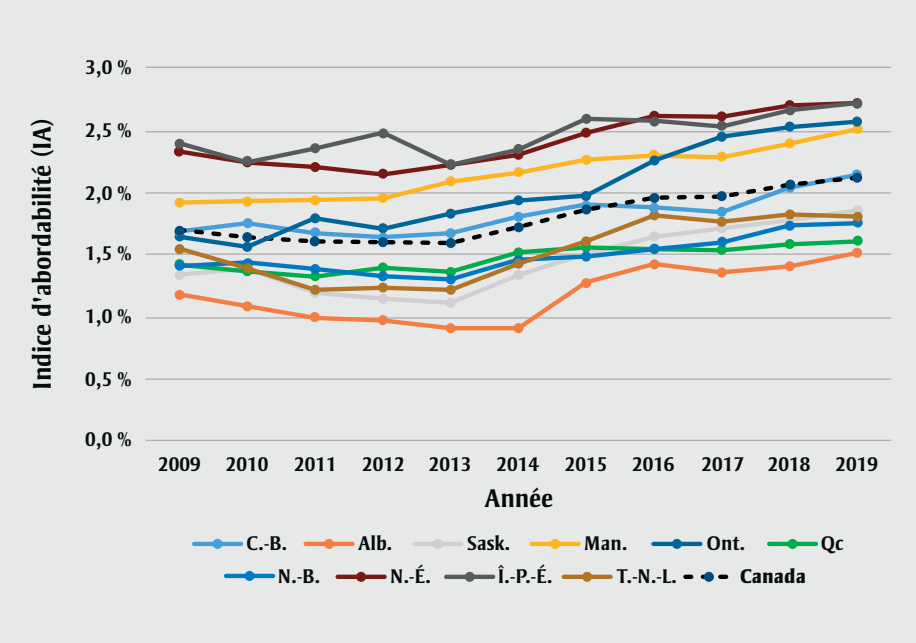
Analyse des tendances

L'analyse de l'évolution de l'IA pour chaque province sur la décennie 2009-2019 a été approfondie afin de déterminer si l'abordabilité moyenne avait varié au fil du temps. Le pourcentage de variation annuelle moyenne de l'abordabilité a été utilisé comme taux de croissance selon la méthode des moindres carrés pour déterminer si l'abordabilité avait changé. Ce taux a été établi en apposant une droite de régression linéaire sur les valeurs logarithmiques de l'IA. L'abordabilité des cigarettes a été jugée inchangée si la droite de l'IA selon la méthode des moindres carrés n'était pas significative au niveau de 5 %. Les cigarettes ont été considérées comme devenues plus abordables si la droite de l'IA était positive (et moins abordables si la droite était négative) et significativement différente de zéro au niveau de 5 %.

Résultats

La figure 1 révèle une tendance globale à la hausse de l'indice d'abordabilité, et ce, dans toutes les provinces, ce qui indique que les cigarettes sont devenues moins abordables au fil du temps. Selon la comparaison des prix et du PIB par habitant pendant la décennie à l'étude, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard ont été les provinces où les cigarettes étaient le moins abordables de façon intermittente,

FIGURE 1
Évolution de l'abordabilité des cigarettes : provinces canadiennes et moyenne nationale, 2009-2019



Abréviations : Alb., Alberta; C.-B., Colombie-Britannique; Î.-P.-É., Île-du-Prince-Édouard; Man., Manitoba; N.-B., Nouveau-Brunswick; N.-É., Nouvelle-Écosse; Ont., Ontario; Qc, Québec; Sask., Saskatchewan; T.-N.-L., Terre-Neuve-et-Labrador.

Remarque : L'abordabilité est exprimée sous forme d'indice (IA) correspondant au pourcentage du PIB provincial par habitant nécessaire pour l'achat de 2 000 cigarettes au prix de détail provincial moyen. Plus la valeur de l'IA est élevée, moins les cigarettes sont abordables, et vice versa.

tandis que l'Alberta a toujours été la province où elles étaient le plus abordables.

En examinant la tendance générale sur la décennie, nous avons constaté dans toutes les provinces une hausse de l'IA (c.-à-d. une diminution de l'abordabilité des cigarettes) significative au niveau de 5 %.

Le tableau 1 permet de comparer par province les taux des taxes d'accise provinciales et les IA correspondants pour chaque année. Le tableau montre que la taxation contribue à modifier l'abordabilité, bien qu'elle ne soit pas le seul facteur en cause. Par exemple, en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario, où les hausses de taxes ont été rares pendant la première moitié de la décennie, l'abordabilité des cigarettes a progressivement augmenté, révélant la nécessité d'augmenter les taxes pendant cette période. Inversement, l'abordabilité des cigarettes a diminué dans un grand nombre de provinces entre 2017 et 2019, malgré l'absence de hausse des taxes provinciales, indiquant une réduction du pouvoir d'achat due à des facteurs autres que la taxation, en particulier l'augmentation des prix par les fabricants de tabac.

Analyse

En dix ans, l'abordabilité des cigarettes a diminué dans toutes les provinces canadiennes, malgré une hausse générale du PIB. En moyenne, elle a diminué de 26 % entre 2009 et 2019 pour l'ensemble du pays. L'ampleur des variations de l'abordabilité s'est révélée très variable entre les provinces : la plus importante a été constatée au Nouveau-Brunswick, où l'abordabilité des cigarettes a diminué de 55 % sur la décennie à l'étude. Ce changement important de l'abordabilité correspond à une augmentation de 117 % de la taxation des cigarettes au cours de cette période (tableau 1), soit la plus élevée de toutes les provinces. Inversement, la plus faible variation de l'abordabilité a été observée au Québec, où elle a diminué de 13 %. Il importe de souligner que cette diminution est survenue malgré une augmentation de 45 % de la taxation des cigarettes au cours de la même période, soit davantage qu'en Alberta, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador.

Cette analyse met en relief l'importance de prendre en compte les différences sur le plan du PIB entre les diverses entités admistratives à l'échelle infranationale pour élaborer des politiques de taxation fonctionnelles ou faire des comparaisons

TABLEAU 1
Taux des taxes d'accise provinciales[a] (pour 200 cigarettes) et indice d'abordabilité par province et par année, 2009-2019, Canada

Province	Taxe et IA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
C.-B.	Taxe ($)	**37,00**	37,00	37,00	37,00	**44,60**	**47,80**	47,80	47,80	47,80	**55,00**	**59,00**
	IA (%)	1,69	1,75	1,68	1,64	1,68	1,81	1,90	1,88	1,85	2,05	2,15
Alb.	Taxe ($)	**40,00**	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	**50,00**	50,00	50,00	50,00	**55,00**
	IA (%)	1,18	1,09	1,00	0,98	0,92	0,91	1,28	1,43	1,36	1,41	1,51
Sask.	Taxe ($)	36,60	**42,00**	42,00	42,00	**50,00**	50,00	50,00	50,00	**54,00**	54,00	54,00
	IA (%)	1,35	1,39	1,20	1,15	1,12	1,34	1,51	1,65	1,72	1,78	1,86
Man.	Taxe ($)	**37,00**	**41,00**	**45,00**	**50,00**	**58,00**	58,00	**59,00**	59,00	59,00	59,00	**60,00**
	IA (%)	1,92	1,94	1,94	1,96	2,09	2,17	2,27	2,31	2,29	2,40	2,52
Ont.	Taxe ($)	24,70	24,70	24,70	24,70	24,70	**27,95**	27,95	**30,95**	**32,95**	**36,95**	36,95
	IA (%)	1,42	1,43	1,38	1,33	1,31	1,46	1,49	1,55	1,61	1,74	1,76
Qué.	Taxe ($)	20,60	20,60	**21,20**	**25,80**	25,80	**29,80**	29,80	29,80	29,80	29,80	29,80
	IA (%)	1,43	1,37	1,33	1,40	1,37	1,52	1,57	1,55	1,54	1,59	1,62
N.-B.	Taxe ($)	23,50	23,50	**34,00**	34,00	**38,00**	38,00	38,00	**44,52**	**51,04**	51,04	51,04
	IA (%)	1,66	1,57	1,79	1,72	1,83	1,94	1,98	2,26	2,46	2,53	2,58
N.-É.	Taxe ($)	**43,04**	43,04	43,04	43,04	**47,04**	47,04	**51,04**	**55,04**	55,04	55,04	55,04
	IA (%)	2,34	2,25	2,21	2,15	2,22	2,31	2,48	2,61	2,61	2,69	2,72
Î.-P.-É.	Taxe ($)	39,10	39,10	**45,00**	45,00	45,00	45,00	**50,00**	50,00	50,00	50,00	50,00
	IA (%)	2,39	2,25	2,36	2,48	2,23	2,35	2,60	2,58	2,54	2,67	2,72
T.-N.-L.	Taxe ($)	36,00	**38,00**	38,00	38,00	**41,00**	**47,00**	47,00	**49,00**	49,00	49,00	49,00
	IA (%)	1,55	1,39	1,22	1,24	1,22	1,43	1,61	1,82	1,77	1,83	1,81
Canada	IA (%)	1,69	1,64	1,61	1,60	1,60	1,72	1,87	1,96	1,97	2,07	2,12

Abréviations : Alb., Alberta; C.-B., Colombie-Britannique; IA, indice d'abordabilité; Î.-P.-É., Île-du-Prince-Édouard; Man., Manitoba; N.-B., Nouveau-Brunswick; N.-É., Nouvelle-Écosse; Ont., Ontario; Qué., Québec; Sask., Saskatchewan; T.-N.-L., Terre-Neuve-et-Labrador.

[a] En dollars canadiens. Valeurs fondées sur les taux publiés par le Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel[6], les données de l'Association pour les droits des non-fumeurs et de la Fondation pour la lutte contre le tabac[7] et les tableaux des taux d'imposition non publiés compilés par la Société canadienne du cancer (courriel du 28 octobre 2019 de R. Cunningham, analyste principal des politiques).

Remarque : Les caractères gras indiquent une hausse de la taxe d'accise de la province par rapport à l'année précédente.

interrégionales. Cette observation est validée par le fait que les trois économies et marchés du tabac les plus importants au Canada – l'Ontario, le Québec et l'Alberta – sont aussi les provinces à l'IA le moins élevé, c'est-à-dire où les cigarettes sont le plus abordables. Alors que le programme de politiques MPOWER de l'OMS recommande une taxation représentant au moins 75 % du prix de détail des cigarettes[11], l'analyse approfondie de la taxation dans ces provinces en 2019 a révélé que seulement 66 à 69 % du prix des cartouches de cigarettes était constitué de taxes. Cependant, à l'Île-du-Prince-Édouard, une des provinces où les cigarettes sont le moins abordables, les taxes sur le tabac constituent également 69 % du prix de détail des cartouches de cigarettes. L'indice d'abordabilité décrit dans cet article fournit donc un complément essentiel à la mesure des prix et de la taxation, qui donne une idée plus exacte de la situation afin d'orienter les politiques en matière de taxation en fonction du contexte.

Points forts et limites

La comparaison de l'abordabilité des cigarettes à l'aide du PIB par habitant entre les provinces canadiennes fournit des données de référence utilisables pour établir des politiques efficaces en matière de taxation. Les droites de tendance montrent quelles sont les hausses de taxes qui ont brusquement modifié l'abordabilité, comme les fortes taxes mises en place en Alberta en 2015, qui se sont traduites par une augmentation de 41 % de l'IA, c'est-à-dire une chute de l'abordabilité annuelle. Notre étude fournit aussi un autre résultat important : l'existence de différences entre provinces ayant une frontière commune, par exemple entre le Manitoba et les provinces voisines. En 2019, l'abordabilité annuelle au Manitoba était moins élevée qu'en Saskatchewan et en Ontario de respectivement 36 % et 43 %. Les études sur les répercussions de ces différences infranationales sur le plan de l'abordabilité peuvent permettre de tirer de nouvelles conclusions éclairantes.

Cette analyse comporte néanmoins des limites. Notre objet d'étude était l'abordabilité dans les provinces canadiennes au fil du temps. Les observations sont donc le fruit d'une analyse rétrospective d'une tendance ou d'un impact mais ne peuvent fournir aucune valeur d'IA recommandable en vue d'un plan prospectif. Les auteurs n'ont d'ailleurs pas trouvé d'études recommandant une valeur optimale pour l'IA. L'OMS, qui surveille l'évolution de l'abordabilité, exhorte les pays à réduire l'abordabilité au fil du temps. Bien que les gouvernements nationaux et infranationaux puissent établir leurs propres cibles en matière de réduction de l'abordabilité en se fondant sur l'évolution de l'IA, une recommandation uniformisée concernant l'IA serait utile. Des recherches sur l'IA optimal pour réduire de façon notable la consommation de cigarettes seraient aussi utiles pour la lutte contre le tabagisme.

Conclusion

Les augmentations des taxes provinciales sur les cigarettes ont réduit l'abordabilité au fil du temps et elles ont contribué à réduire la prévalence du tabagisme et de la consommation de tabac. Toutefois, les provinces doivent s'assurer que les augmentations de taxes sur les cigarettes continuent à être supérieures à la croissance économique et aux hausses des salaires pour arriver au résultat souhaité, c'est-à-dire une réduction de la consommation. Les provinces peuvent mettre en place une taxe additionnelle sur le tabac, indexée sur l'indice des prix à la consommation, sur l'augmentation des salaires relatifs ou sur la hausse du PIB, afin d'empêcher l'abordabilité de progresser. La surveillance de l'évolution de l'abordabilité produit aussi des données utiles aptes à orienter les structures de taxation du tabac à l'échelle infranationale au Canada.

Conflits d'intérêts

LH est employé par un organisme dont le financement provient des secteurs public et privé, mais non des entreprises qui fabriquent des produits du tabac ou de vapotage. MW déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

MW et LH ont participé à la conception de l'étude et à l'acquisition des données. Les données ont été analysées par MW et validées par LH. Les deux auteurs ont participé à l'interprétation des données, à la rédaction et à la révision de l'article ainsi qu'à l'approbation de sa version finale.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). MPOWER : un programme de politiques pour inverser le cours de l'épidémie [Internet]. Genève (Suisse) : OMS; 2008 [consultation le 26 mars 2021]. En ligne à : https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_french.pdf?ua=1

2. Guindon GE, Tobin S, Yach D. Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. Tob Control. 2002;11(1):35-43. https://doi.org/10.1136/tc.11.1.35

3. Groupe de la Banque mondiale. Boîte à outils de l'économie de la fiscalité du tabac [Internet]. Washington (États-Unis) : Programme mondial de lutte antitabac de la Banque mondiale; 2018. En ligne à : https://documents1.worldbank.org/curated/en/926851541190614820/pdf/Economics-of-Tobacco-Taxation-Toolkit.pdf

4. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [Internet]. Genève (Suisse) : OMS; 2003. En ligne à : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42812/9242591017.pdf

5. Nargis N, Stoklosa M, Shang C, Drope J. Price, income, and affordability as the determinants of tobacco consumption: a practitioner's guide to tobacco taxation. Nicotine Tob Res. 2021;23(1):40-47. https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa134

6. Reid JL, Hammond D. Tobacco use in Canada: patterns and trends 2017 edition (supplement: tobacco control policies in Canada). Waterloo (Ont.) : Propel Centre for Population Health Impact; 2017. En ligne à : https://uwaterloo.ca/tobacco-use-canada/sites/ca.tobacco-use-canada/files/uploads/files/tobaccouseincanada_2017_policysupplement.pdf

7. Non-Smokers' Rights Association (NSRA). A map and table comparing cigarette prices in Canada (April 2018). [Internet]. Toronto (Ont.): NSRA; 2018; [consultation le 29 avril 2021]. En ligne à : https://nsra-adnf.ca/key-issue/price_map_april-2018/

8. Statistique Canada. Tableau 36-10-0221-01 : Produit intérieur brut, en termes de revenus, provinciaux et territoriaux, annuel [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada ; 2021 [dernière modification le 29 avril 2021, consultation le 29 avril 2021]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid = 3610022101

9. Statistique Canada. Tableau 17-10-0009-01 : Estimations de la population, trimestrielles [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [dernière modification le 29 avril 2021, consultation le 29 avril 2021]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid = 1710000901&request_locale = fr

10. He Y, Shang C, Chaloupka FJ. The association between cigarette affordability and consumption: an update. PLoS ONE. 2018;13(12):e0200665. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200665

11. Organisation mondiale de la santé (OMS). WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use [Internet]. Genève (Suisse) : OMS; 2019 [consultation le 12 juin 2021]. En ligne à : https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/who-report-on-the-global-tobacco-epidemic-2019

Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues. Voici quelques articles publiés en 2021.

Bouchouar E, **Hetman BM**, Hanley B. Development and validation of an automated emergency department-based syndromic surveillance system to enhance public health surveillance in Yukon: a lower-resourced and remote setting. BMC Public Health. 2021;21(1): 1247. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11132-w

Boutin A, Lisonkova S, Muraca GM, […] **Liu S**, et al. Bias in comparisons of mortality among very preterm births: a cohort study. PLoS ONE. 2021;16(6):e0253931. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253931

Choi BCK, **Pakes B**, Bilotta R, et al. Defining clinical public health. Clin Invest Med. 2021;44(2):E71-E76. https://doi.org/10.25011/cim.v44i2.36479

O'Neill CD, Vidal-Almela S, Tulloch HE, […] **Prince SA**, et al. COVID-19 pandemic – Inequities and inequalities to exercise and their consequences on the physical and mental health of women with cardiovascular disease: recommendations on how to address the needs of women. Appl Physiol Nutr Metab. 2021;46(6):690-2. https://doi.org/10.1139/apnm-2020-1094

Pollock NJ, **Liu L**, Wilson MM, […] **Tonmyr L.** Suicide in Newfoundland and Labrador, Canada: a time trend analysis from 1981 to 2018. BMC Public Health. 2021;21(1):1291. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11293-8