

Le tabagisme et les communautés LBGTQI2 et des personnes vivant avec le VIH/sida au Canada

par

Joseph Erban, M.A., T.T.S.

Conseiller formé pour aider à vaincre le tabagisme
Université McGill – Hôpital général juif de Montréal

Centre de prévention du cancer

jerban@jgh.mcgill.ca

(514-340-8222, poste 23870)

Michael Dworkind, M.D.

Ancien directeur associé

Université McGill – Hôpital général juif de Montréal

Centre de prévention du cancer

michaeldworkind@gmail.com

Il existe peu de données sur la prévalence du tabagisme au Canada au sein des communautés LGBTQI2 ou des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida). L'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* et l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, qui font le suivi de l'incidence des fumeurs canadiens, ne demandent pas aux participants s'ils appartiennent aux communautés LGBTQI2 ou s'ils sont séropositifs. Il y a donc une lacune dans notre connaissance de la gravité de la situation. [1,2]

Recommandation 1 : Que des fonds supplémentaires indexés sur l'inflation soient disponibles pour la recherche à l'échelle nationale de façon *continue*, afin de surveiller l'incidence du tabagisme dans les communautés LGBTQI2 et des PVVIH/sida et d'évaluer les nouvelles interventions de prévention et de cessation pour déterminer les tendances et l'efficacité dans ces sous-populations.

Des études menées dans plusieurs pays ont montré de façon constante que la prévalence du tabagisme chez les membres de la communauté LGBTQI2 et les PVVIH/sida était plus élevée que dans la population générale. [3,4]

Une étude menée en 2017 par le Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique a révélé que « les taux de tabagisme sont trois fois plus élevés chez les hommes gais et bisexuels que dans la population générale, dans la province où les taux de tabagisme sont les plus faibles au pays. Les taux sont les plus élevés chez les hommes bisexuels; 73,5 % d'entre eux fument, 62,4 % fument tous les jours. » [TRADUCTION] [5]

Leur étude a révélé que : « Au total, 37,0 % (413/1115) des participants à l'étude étaient des fumeurs actuels. Les personnes séropositives (50,0 %), les hommes de moins de 30 ans (40,4 %) et les personnes gagnant moins de 20 000 \$ par année (51,6 %) présentaient la prévalence la plus élevée de tabagisme. La prévalence du tabagisme chez les hommes asiatiques était beaucoup plus faible (20,5 %) ($p < 0,001$ pour tous). La modélisation multivariée a révélé une diminution des probabilités de fumer chez les personnes d'origine asiatique et une augmentation des probabilités de fumer chez les personnes de moins de 45 ans, les personnes qui gagnent moins de 60 000 \$, les personnes qui s'autodéclarent séropositives et les personnes dont l'orientation sexuelle autodéclarée est autre que gai. » [TRADUCTION] Les auteurs ont conclu que « la prévalence de l'usage du tabac chez les HARSAH dans cet échantillon était de 37,0 %, ce qui est inférieur aux études antérieures sur les HARSAH au Canada, mais encore beaucoup plus élevé que la prévalence chez la population masculine générale en Colombie-Britannique (10,2 %). Les programmes de santé destinés aux hommes gais, bisexuels et aux autres HARSAH devraient accorder la priorité aux programmes de renoncement au tabac, en particulier pour les jeunes hommes et ceux vivant avec le VIH. » [TRADUCTION]

Une autre étude menée dans le cadre de l'enquête arc-en-ciel sur le tabagisme à Toronto (*Toronto Rainbow Tobacco Survey*) a fait état de résultats semblables. L'enquête a révélé qu'à Toronto, « 36 % des répondants LGBTQI2 ont déclaré être des fumeurs actuels [...] » [TRADUCTION]. Les taux de prévalence du tabagisme variaient de 24 % à 45 % dans les différents groupes d'orientation sexuelle et d'identité de genre de l'échantillon, les femmes bisexuelles et les hommes bisexuels affichant le taux de tabagisme le plus élevé, soit 45 %. L'étude fait également état du premier taux connu de prévalence du tabagisme chez les personnes allosexuelles, à 44 %. Les plus jeunes participants LGBTQI2 ont déclaré des taux de tabagisme encore plus élevés. [6]

Ces études illustrent l'inégalité du fardeau des dommages causés par le tabagisme que subissent actuellement ces communautés.

Plusieurs raisons expliquent la persistance d'une telle inégalité en matière de santé. Dans un article intitulé « A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities », les auteurs avancent qu'il y a plusieurs causes qui contribuent à la disparité en matière de santé. Parmi ces causes, les auteurs mentionnent « i) les normes culturelles et sociales qui privilégient et priorisent l'hétérosexualité; ii) le stress lié à

l'état de minorité associé à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre et aux caractéristiques sexuelles; iii) la victimisation; iv) la discrimination (individuelle et institutionnelle); v) la stigmatisation » [TRADUCTION]. [7]

En présumant que l'hétérosexualité constitue la norme dans notre société, les fournisseurs de soins de santé peuvent se comporter ouvertement de façon contraire à l'éthique envers les membres des communautés LBGTQI2, ce qui suppose des attitudes négatives, de la colère ou un comportement dégradant à l'égard des différentes orientations sexuelles, identités de genre et caractéristiques sexuelles et de leur diversité.

Recommandation 2 : Que l'on aborde les diverses communautés sexuelles dans le cadre de la formation sur l'éthique des fournisseurs de soins de santé, et qu'on leur enseigne à agir de façon éthique avec les membres de ces communautés. Cela comprend, à *tout le moins*, l'application des principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice sociale au niveau individuel et au niveau de la population. Plus précisément, que les fournisseurs de soins de santé soient formés dans les établissements de santé, par l'entremise de leurs comités d'éthique, à reconnaître la diversité sociale et à corriger les hypothèses hétéronormatives, ce qui reconnaît également les besoins des membres des communautés LBGTQI2+ en matière de santé, et à mettre en place des politiques qui, à ce jour, ne sont pas parvenues à réduire les disparités en santé par rapport à la population générale.

Les conséquences de la stigmatisation et du traitement irrespectueux par un segment des établissements de soins de santé et par un segment de la population entraînent un stress lié à l'état de minorité. Le stress lié à l'état de minorité postule qu'en raison de la stigmatisation, de la discrimination, des préjugés, de la violence et de la pauvreté, les membres des communautés LBGTQI2 et des PVVIH/sida subissent un niveau accru de stress chronique quotidien que la communauté hétérosexuelle ne connaît pas dans la même mesure. En plus de cette liste, l'intersection avec la race, l'origine ethnique, le faible statut socioéconomique, le statut d'immigrant ou la diversité culturelle peut accroître le stress lié à l'état de minorité.

Les conséquences d'un tel niveau de stress peuvent mener à un comportement de dépendance qui semble momentanément aider à faire face à ce stress accru et chronique à court terme, comme la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites, mais qui, à long terme, peut avoir des conséquences dévastatrices sur la santé, surtout lorsqu'il s'agit de fumer la cigarette.

Des études ont également démontré une incidence plus élevée de tabagisme chez les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida). Plus de 40 % à 60 % des PVVIH/sida fument aux États-Unis, en Europe et en Australie. [8] Il s'agit de gros fumeurs qui fument de 16 à 23 cigarettes par jour et qui ont une forte dépendance à la nicotine [9]. Dans le cadre d'une étude sur des femmes à faible revenu sous traitement contre le VIH, 56 % d'entre elles étaient des fumeuses actuelles et fumaient plus d'un paquet par jour. [10]

Le tabagisme chez les PVVIH/sida augmente le risque des maladies suivantes : oropharynx : risque accru de candidose orale (2,5 fois) [11]; poumons : risque accru de MPOC, pneumonies bactériennes récurrentes (plus de 2 fois); le tabagisme est un facteur de risque de pneumonie à *Pneumocystis* [11,12]; à l'échelle mondiale, la tuberculose pulmonaire (20 fois) est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les PVVIH/sida. La tuberculose est responsable de plus de 25 % des décès de PVVIH/sida, en particulier dans les pays en développement. [13]

Le non-traitement d'une infection au VIH et le tabagisme augmentent le risque d'être atteint d'une maladie non liée au sida comme une maladie cardiovasculaire. Le risque d'incidents cardiovasculaires majeurs est deux fois plus élevé chez les patients atteints du VIH que chez les non-fumeurs. [11] Les fumeurs séropositifs qui cessent de fumer réduisent le risque de 2,3 fois à 1,5 fois après trois ans, comparativement aux personnes n'ayant jamais

fumé. [14] Le VIH et le tabagisme contribuent indépendamment à l'artériosclérose et aux incidents cardiovasculaires qui en découlent. [15]³

Dans la population générale, le tabagisme augmente le risque de nombreux types de cancer, notamment de la cavité orale, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, du pancréas, du larynx, des poumons, du col de l'utérus, de la vessie et du rein. [16] Le VIH est associé à un risque accru du virus du papillome humain (VPH) et de cancers du col de l'utérus, de l'anus, de la vulve, du vagin et du pénis. [17]

Les PVVIH/sida présentent un risque accru de cancer du poumon indépendamment du tabagisme. [18] Le tabagisme augmente davantage le risque de cancer du poumon. L'infection au VIH et le tabagisme en tant que facteurs de risque du cancer du poumon ont un *rapport de risque* de 9,4 par rapport aux non-fumeurs. [19]

En ce qui concerne l'espérance de vie, les PVVIH/sida qui fument de la cigarette meurent plus rapidement que celles qui ne fument pas. Un fumeur de 35 ans atteint du VIH a une espérance de vie médiane de 62,6 ans contre 78,4 ans pour les non-fumeurs. Plus de 60 % des décès chez les PVVIH/sida sont associés au tabagisme. Le nombre d'années de vie perdues associées au tabagisme et au VIH est de 12,3 par rapport à 5,1. Le tabagisme fait perdre plus d'années de vie aux PVVIH/sida que le VIH. [20]

La qualité de vie est également affectée par le VIH et le tabagisme. « Les fumeurs actuels ont obtenu les scores les plus faibles sur l'échelle de la composante physique du SF-12, suivis des anciens fumeurs et des personnes n'ayant jamais fumé. [TRADUCTION] » Cette composante comprenait les activités intenses ou modérées, le fait de soulever ou de transporter l'épicerie, la montée de plusieurs étages, le fait d'accomplir moins, la douleur et l'état de santé général. [21] Les fumeurs actuels ont affiché une *fonction physique globale beaucoup moins bonne* que celle des personnes qui n'ont jamais fumé ou qui ont arrêté de fumer. « Les patients séropositifs qui sont des fumeurs actuels ont un taux de mortalité plus élevé et une moins bonne qualité de vie, ainsi qu'un risque accru de symptômes respiratoires, de MPOC et de pneumonie bactérienne. [21] » [TRADUCTION]

En outre, nous devons noter qu'il y a des facteurs sociaux qui, en tant que variables indépendantes, augmentent le risque que les PVVIH/sida continuent de fumer pour faire face à leur réalité. « Les fumeurs sont plus susceptibles de consommer de façon abusive de l'alcool ou des drogues. » [TRADUCTION] L'usage du tabac peut augmenter lorsque les personnes sont sous l'influence de ces substances. L'abus d'alcool et d'autres drogues peut aussi être un facteur de risque d'échec au renoncement au tabac. [8,9,22]

Parmi les personnes vivant avec le VIH/sida, 62 % des fumeurs réguliers souffrent de symptômes de dépression et 38 % souffrent de troubles dépressifs majeurs. Les PVVIH/sida peuvent utiliser le tabac et d'autres drogues pour composer avec le stress et avec le fait de vivre avec une maladie difficile, des désavantages sociaux et des problèmes liés à l'orientation sexuelle, ce qui peut constituer un obstacle au renoncement au tabac. [22]

Recommandation 3 : Qu'un programme de renoncement au tabac soit intégré systématiquement dans le plan de soins des PVVIH/sida. Toutes les visites chez un professionnel de la santé devraient comporter un dépistage du tabagisme et un programme de renoncement au tabac gratuit adapté aux besoins de cette communauté. De plus, les médicaments pour arrêter de fumer devraient être gratuits, étant donné qu'une partie importante des PVVIH/sida vivent avec un revenu inférieur à 20 000 \$ par année, ce qui s'est révélé être un facteur de risque indépendant chez les fumeurs de cigarettes. [8, 23]

Comme les données le montrent, le tabagisme est plus que le double chez les personnes ayant un faible statut socioéconomique, qui ont également d'autres facteurs de stress sociaux. Dans un article intitulé « *Trends and Correlates of Cigarette Smoking and Its Impacts on Health Related Quality of Life Among People Living with HIV: Findings from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study, 2008–2014* », les auteurs en viennent à la

conclusion suivante : « Pour réduire le fardeau du tabagisme, il est urgent de mettre en place des interventions de renoncement qui tiennent compte des besoins sociaux, économiques et médicaux complexes des personnes vivant avec le VIH. » [TRADUCTION] Ces problèmes sociaux, économiques et médicaux, notent les auteurs, concernent plus souvent « les personnes nées au Canada, célibataires, sans emploi et peu scolarisées, qui consomment de l'alcool de façon abusive, qui consomment des drogues non médicales et qui souffrent de dépression que les anciens fumeurs ou les personnes n'ayant jamais fumé. Les fumeurs actuels de cigarettes ont également obtenu des résultats significativement ($p < 0,001$) plus mauvais pour le résumé de la composante physique du SF-12 ($\beta = -2,07$) et le résumé de la composante mentale du SF-12 ($\beta = -1,08$) que les personnes qui n'ont jamais fumé après ajustement pour les variables démographiques, socioéconomiques et cliniques liées au VIH. [24] » [TRADUCTION].

Recommandation 4 : Les inégalités sociales et systémiques, comme le faible revenu, la forte consommation d'alcool et d'autres drogues illicites, ainsi que la dépression, doivent faire l'objet d'un dépistage et être intégrées dans le plan de soins des PVVIH/sida, et des politiques de services sociaux qui réduisent les inégalités socioéconomiques doivent être mises en place de concert avec des programmes nationaux de renoncement au tabac destinés à ces sous-populations.

De plus, l'industrie du tabac cible les communautés LGBTQI2+. Des publicités sont affichées dans des lieux gais fréquentés par les membres de la communauté LGBTQI2+. Même lorsque la publicité pour le tabac est interdite dans la sphère publique, elle se retrouve sans problème dans les bars privés.

Recommandation 5 : Que les publicités faisant la promotion du tabagisme soient interdites dans les bars privés et autres lieux LGBTQI2+ et qu'un budget soit alloué à l'application d'une telle interdiction.

* * *

Comme nous l'avons résumé ci-dessus, le tabac est la principale cause de décès et de maladies évitables chez la communauté LGBTQI2 et les PVVIH/sida. Il est responsable de plus de 50 maladies disparates et de plusieurs cancers mortels. La moitié des fumeurs mourront parce qu'ils ont fumé tout au long de leur vie et ils perdront 10 ans de leur vie. La situation est encore pire lorsqu'il est question des personnes vivant avec le VIH.

Afin de réduire le taux de tabagisme à Montréal, nous offrons, au Centre de Prévention du Cancer de l'Hôpital général juif et de l'Université McGill, un programme de groupe gratuit de renoncement au tabac ouvert à toute personne qui souhaite cesser de fumer. Dès sa création en 2004, nous avons rapidement remarqué que les membres des groupes minoritaires, comme les membres des Premières Nations, les membres des communautés LGBTQI2+, les personnes de faible statut socioéconomique et les patients en santé mentale, n'utilisaient pas suffisamment notre service gratuit.

Cette observation préliminaire de la sous-utilisation de notre service d'aide au renoncement au tabac nous a amenés à essayer de comprendre et, éventuellement, de cibler ces populations en tenant compte de l'aspect éthique du fait que ces populations portent un fardeau sanitaire et social plus lourd lié au tabagisme.

Sur la base du principe éthique de la justice, l'un des piliers fondamentaux de l'éthique des soins de santé biomédicaux, nous nous sommes d'abord efforcés de découvrir pourquoi le taux de tabagisme dans ces communautés est au moins deux fois plus élevé que dans la population générale, mais surtout, de découvrir comment mettre en œuvre une politique qui réduit cette grave injustice.

Nous avons fait plusieurs efforts pour communiquer avec les membres des divers organismes qui offrent des services de santé ciblant les communautés LGB et des personnes vivant avec le VIH/sida afin d'essayer de mettre en œuvre des programmes de renoncement au tabac ciblant spécifiquement les membres de ces diverses communautés.

Au début, il y avait peu d'intérêt, car ces organismes s'occupaient d'autres priorités. Finalement, nous avons pu travailler avec RÉZO, un organisme montréalais qui fait la promotion de la santé des hommes gais et bisexuels, y compris la prévention du VIH/sida, et à partir de juin 2011, un programme de renoncement au tabac adapté à la communauté gaie et bisexuelle a pu être offert à cette communauté ainsi qu'aux PVVIH/sida.

Au départ, notre centre, en collaboration avec RÉZO, a été en mesure d'allouer 3 000 \$ par année à la publicité pour le programme de renoncement au tabac dans des publications gaies et à l'aide d'affiches placées dans le village gai et d'affiches en format carte postale distribuées dans des établissements favorables aux personnes gaies ou bisexuelles. Malheureusement, les mesures d'austérité mises en place par le gouvernement fédéral en 2015 ont entraîné la fin du financement de la publicité de ce projet. En raison des compressions budgétaires, les membres des communautés LGBTQI2+ n'ont pas pu être informés de l'existence du programme et celui-ci a pris fin en novembre 2015.

Néanmoins, notre projet pilote a démontré qu'il est possible de mettre en œuvre un programme efficace de renoncement au tabac ciblant les communautés gaies, bisexuelles et des PVVIH/sida, pourvu qu'un financement adéquat et continu pour un tel programme soit disponible.

De juin 2011 à novembre 2015, neuf programmes de groupe ont été offerts aux communautés gaies, bisexuelles et des PVVIH/sida. Au total, 38 personnes ont participé à ces programmes. Le taux d'abstinence après un an était de 28 %, ce qui se compare favorablement aux données de nos programmes de renoncement au tabac dans la population générale.

Voici un résumé des recommandations qui, à notre avis, doivent être mises en œuvre si nous voulons réduire le fardeau lié au tabagisme au sein des communautés LGBTQI+ et des PVVIH/sida :

Recommandation 1 : Que des fonds supplémentaires indexés sur l'inflation soient disponibles pour la recherche à l'échelle nationale de façon *continue*, afin de surveiller l'incidence du tabagisme dans les communautés LGBTQI2 et des PVVIH/sida et d'évaluer les nouvelles interventions de prévention et de cessation pour déterminer les tendances et l'efficacité dans ces sous-populations.

Recommandation 2 : Que l'on traite les diverses communautés sexuelles dans le cadre de la formation sur l'éthique des fournisseurs de soins de santé, et qu'on leur enseigne à agir de façon éthique avec les membres de ces communautés. Cela comprend, à *tout le moins*, l'application des principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice sociale au niveau individuel et au niveau de la population. Plus précisément, que les fournisseurs de soins de santé soient formés dans les établissements de santé, par l'intermédiaire de leurs comités d'éthique, à reconnaître la diversité sociale et à corriger les hypothèses hétéronormatives, ce qui reconnaît également les besoins des membres des communautés LGBTQI2+ en matière de santé, et à mettre en place des politiques qui, à ce jour, ne sont pas parvenues à réduire les disparités en santé par rapport à la population générale.

Recommandation 3 : Qu'un programme de renoncement au tabac soit intégré systématiquement dans le plan de soins des PVVIH/sida. Toutes les visites chez un professionnel de la santé devraient comporter un dépistage du tabagisme et un programme de renoncement au tabac gratuit adapté aux besoins de cette communauté. De plus,

les médicaments pour arrêter de fumer devraient être gratuits, étant donné qu'une partie importante des PVVIH/sida vivent avec un revenu inférieur à 20 000 \$ par année, ce qui s'est révélé être un facteur de risque indépendant chez les fumeurs de cigarettes. [8, 23]

Recommandation 4 : Les inégalités sociales et systémiques, comme le faible revenu, la forte consommation d'alcool et d'autres drogues illicites, ainsi que la dépression, doivent faire l'objet d'un dépistage et être intégrées dans le plan de soins des PVVIH/sida, et des politiques de services sociaux qui réduisent les inégalités socioéconomiques doivent être mises en place de concert avec des programmes nationaux de renoncement au tabac destinés à ces sous-populations.

Recommandation 5 : Que les publicités faisant la promotion du tabagisme soient interdites dans les bars privés et autres lieux fréquentés par les personnes LGBTQI+ et qu'un budget soit alloué à l'application d'une telle interdiction.

Références :

1. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2012 <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/enquete-surveillance-usage-tabac-canada-esutc-2012.html>.
2. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2017 <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2018001/article/54974-fra.htm>.
3. Rath, Jessica M., Andrea C. Villanti, Rebecca A. Rubenstein, Donna M. Vallone, « Tobacco Use by Sexual Identity Among Young Adults in the United States », *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 15, n° 11, novembre 2013, p. 1822-1831.
4. Hongying, Dai, « Tobacco Product Use Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents », *PEDIATRICS*, vol. 139, n° 4, avril 2017.
5. Haley, Laura, Jason Wong, David M. Moore, Keith Chan, Warren Michelow, Meena Dawar, Wayne Robert, Robert S Hogg, Mark Gilbert, The Man Count Study Team, « Prevalence and correlates of cigarette smoking among men who have sex with men (MSM) in Vancouver, Canada: A cross-sectional survey », *Journal of Behavioral Health*, 2014, vol. 3, n° 1 : <http://cfenet.ubc.ca/publications/prevalence-and-correlates-cigarette-smokingamong-men-who-have-sex-with-men-msm>.
6. Clarke, Michele P. et J. Robert Coughlin, « Prevalence of Smoking Among the Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual, Transgender and Queer (LGBTQ) Subpopulations in Toronto – The Toronto Rainbow Tobacco Survey (TRTS) », *Canadian Journal of Public Health*, 2012, vol. 103, n° 2, p. 132-136.
7. Zeeman, Laetitia, Nigel Sherriff, Kath Browne, Nick McGlynn, Massimo Mirandola, Lorenzo Gios, Ruth Davis, Juliette Sanchez-Lambert, Sophie Aujean, Nuno Pinto, Francesco Farinella, Valeria Donisi, Marta Niedz'wiedzka-Stadnik, Magdalena Rosin' ska, Anne Pierson, Francesco Amaddeo et le HealthLGBTI Network, « A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities », *European Journal of Public Health*, 2018, p. 1-7.
8. Lifson A.R., J. Neuhaus, J.R. Arribas, M. van den Berg-Wolf, A.M. Labriola, T.R. Read, « Smoking-related health risks among persons with HIV in the Strategies for Management of Antiretroviral Therapy clinical trial », *American Journal of Public Health*, 2010, vol. 100, p. 1896-1903.

9. Bénard, A., F. Bonnet, J.-F. Tessier, et coll., « Tobacco addiction and HIV infection: toward the implementation of cessation programs. ANRS CO3 Aquitaine Cohort. », *AIDS Patient Care and STDs*, 2007, vol. 21, p. 458-468.
10. Feldman, J.G., H. Minkoff, M.F. Schneider, et coll., « Association of cigarette smoking with HIV prognosis among women in the HAART era: a report from the Women's Interagency HIV Study », *American Journal of Public Health*, 2006, vol. 96, p. 1060-1065.
11. Lifson A.R., J. Neuhaus, J.R. Arribas, M. van den Berg-Wolf, A.M. Labriola, T.R. Read, « Smoking-related health risks among persons with HIV in the Strategies for Management of Antiretroviral Therapy clinical trial », *American Journal of Public Health*, 2010, vol. 100, p. 1896-1903; Feldman, J.G., H. Minkoff, M.F. Schneider, et coll. « Association of cigarette smoking with HIV prognosis among women in the HAART era: a report from the Women's Interagency HIV Study », *American Journal of Public Health*, 2006, vol. 96, p. 1060-1065.
12. Miguez-Burbano, M.J., D. Ashkin, A. Rodriguez, et coll., « Increased risk of *Pneumocystis carinii* and community-acquired pneumonia with tobacco use in HIV disease », *International Journal of Infectious Diseases*, 2005, vol. 9, p. 208-217.
13. Organisation mondiale de la Santé, *Directives pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et l'administration du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH dans un contexte de ressources limitées*, 2011, disponible au : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44781/9789242500707_fre.pdf?sequence=1.
14. Petoumenos, K., S. Worm, P. Reiss, et coll., « Rates of cardiovascular disease following smoking cessation in patients with HIV infection: results from the D:A:D study », *HIV Medicine*, 2011, vol. 12, p. 412-421.
15. Grunfeld C., J.A. Delaney, C. Wanke, et coll., « Pre-clinical atherosclerosis due to HIV infection: carotid intima-media thickness measurements from the FRAM Study », *AIDS*, 2009, vol. 23, p. 1841-1849.
16. Department of Health and Human Services (États-Unis), *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*, Atlanta (GA), US Dept 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.
17. Grulich A.E., M.T. van Leeuwen, M.O. Falster, C.M. Vajdic, « Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis », *Lancet*, 2007, vol. 370, p. 59-67.
18. Engels, E.A., M.V. Brock, J. Chen, C.M. Hooker, M. Gillison, R.D. Moore. « Elevated incidence of lung cancer among HIV-infected individuals », *Journal of Clinical Oncology*, 2006, vol. 24, p. 1383-1388.
19. Lifson A.R., J. Neuhaus, J.R. Arribas, M. van den Berg-Wolf, A.M. Labriola, T.R. Read, « Smoking-related health risks among persons with HIV in the Strategies for Management of Antiretroviral Therapy clinical trial », *American Journal of Public Health*, 2010, vol. 100, p. 1896-1903.

20. Helleberga, Marie, Margaret T. May, Suzanne M. Ingle, François Dabis, Peter Reiss, Gerd Fätkenheuer, Dominique Costagliola, Antonella d'Arminio, Matthias Cavassini, Colette Smith, Amy C. Justice, John Gill, Jonathan A.C. Sterne et Niels Obel, « Smoking and life expectancy among HIV-infected individuals on antiretroviral therapy in Europe and North America », *AIDS*, 2015, vol. 29, n° 2, p. 221-229.
21. Crothers, K, T.A. Griffith, K.A. McGinnis, et coll., « The impact of cigarette smoking on mortality, quality of life, and comorbid illness among HIV-positive veterans », *Journal of General Internal Medicine*, 2005, vol. 20, p. 1142-1145.
22. Reynolds, N.R., « Cigarette smoking and HIV: more evidence for action », *AIDS Education and Prevention*, 2009, vol. 21 (suppl. 3), p. 106-121; Nahvi, S. et N.A. Cooperman, « Review: the need for smoking cessation among HIV-positive smokers », *AIDS Education and Prevention*, 2009, vol. 21 (suppl. 3), p. 14-27.
23. Vidrine, D.J., « Cigarette smoking and HIV/AIDS: health implications, smoker characteristics and cessation strategies », *AIDS Education and Prevention*, 2009, vol. 21 (suppl. 3), p. 3-13; Vidrine, D.J., R.C. Arduino, E.R. Gritz, « The effects of smoking abstinence on symptom burden and quality of life among persons living with HIV/AIDS », *AIDS Patient Care and STDs*, 2007, vol. 21, p. 659-666.
24. Bekele, Tsegaye, Sergio Rueda, Sandra Gardner, Janet Raboud, Marek Smieja, Richard Kennedy, David Fletcher, Ann N. Burchell, Jean Bacon, Sean B. Rourke et la OHTN Cohort Study Team, « Trends and Correlates of Cigarette Smoking and Its Impacts on Health-Related Quality of Life Among People Living with HIV: Findings from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study, 2008–2014 », *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 31, n° 2.