



Projet de loi 44 : Loi concernant la lutte contre le tabagisme

MÉMOIRE DÉPOSÉ À LA COMMISSION
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Projet de loi 44 : Loi concernant la lutte contre le tabagisme

**MÉMOIRE DÉPOSÉ À LA COMMISSION
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

Direction du développement des individus et des communautés

Août 2015

AUTEURES

Annie Montreuil, Ph. D., chercheuse d'établissement

Michèle Tremblay, M.D., médecin-conseil

Léa Gamache, M. Sc., agente de planification, de programmation et de recherche

Direction du développement des individus et des communautés

COORDINATION SCIENTIFIQUE

Johanne Laguë, M.D., M. Sc., FRCPC, chef de l'unité scientifique Habitudes de vie

Direction du développement des individus et des communautés

AVEC LA COLLABORATION DE

Pascale Bergeron, M. Sc., agente de planification, de programmation et de recherche

Benoit Lasnier, M. Sc., conseiller scientifique

Christine Stich, Ph. D., experte et chercheuse d'établissement

Direction du développement des individus et des communautés

MISE EN PAGE ET RELECTURE

Isabelle Gignac

Direction du secrétariat général, des communications et de la documentation

Souad Ouchelli

Direction du développement des individus et des communautés

Les auteurs souhaitent remercier les personnes suivantes :

Nicole Damestoy, présidente-directrice générale

Denis Hamel, statisticien, Vice-présidence aux affaires scientifiques

Geneviève Lapointe, agente de planification, de programmation et de recherche,
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Irène Langis, chef de service, Secrétariat général, communications et documentation

Réal Morin, directeur, Développement des individus et des communautés

Alain Poirier, expert-associé, Vice-présidence aux affaires scientifiques

Jocelyne Sauvé, vice-présidente aux affaires scientifiques

Julie St-Pierre, agente de planification, de programmation et de recherche,
Vice-présidence aux affaires scientifiques

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

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

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

DEPOT LEGAL – 3^e TRIMESTRE 2015
BIBLIOTHEQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUEBEC
BIBLIOTHEQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-73823-7 (PDF)

Avant-propos

L'Institut national de santé publique du Québec, organisme gouvernemental créé en 1998 par voie législative, est le centre d'expertise et de référence en santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux, les autorités régionales de santé publique et les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités de santé publique. L'une des missions de l'Institut est d'informer le ministre de la Santé de l'impact de politiques publiques sur l'état de santé de la population québécoise en s'appuyant sur les meilleures données disponibles.

Au cours des 10 dernières années, l'Institut a participé à plusieurs consultations entourant les mesures législatives sur le tabac ou sur des réglementations visant à préciser certains aspects de la Loi. En février et mai 2005, deux mémoires relatifs à la Loi sur le tabac ont été rédigés et l'Institut a présenté ses recommandations à la Commission des affaires sociales le 1^{er} juin 2005. L'Institut a aussi fait part de sa position sur deux projets de règlements déposés en mars 2008. Enfin, en août 2013, l'Institut a été invité par la Commission de la santé et des services sociaux à présenter un mémoire sur le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010.

Dans le présent mémoire, l'Institut examine le projet de loi 44 concernant la lutte contre le tabagisme déposé en mai 2015 par la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique. Les prochaines pages font état de l'analyse de l'Institut à l'égard des principales modifications proposées dans le projet de loi et de certaines mesures qui ne s'y retrouvent pas. Plusieurs éléments provenant de productions récentes de l'Institut ont servi à élaborer ce mémoire (Montreuil, 2015a; Montreuil, 2015b; Tremblay & Montreuil, 2013).

Table des matières

Faits saillants.....	1
Introduction	3
1 Champ d’application de la Loi – Chapitre I de la Loi.....	5
1.1 Cigarette électronique	5
2 Mesures visant la restriction de l’usage de tabac dans certains lieux – Chapitre II de la Loi	11
2.1 Lieux intérieurs visés par de nouvelles mesures	12
2.1.1 Véhicules automobiles à bord desquels se trouve un mineur de moins de 16 ans	12
2.1.2 Aires communes des immeubles d’habitation de deux logements ou plus	15
2.2 Lieux intérieurs non visés par de nouvelles mesures	15
2.2.1 Lieux servant à la garde d’enfants	15
2.2.2 Établissements d’hébergement touristique	16
2.2.3 Établissements du réseau de la santé et des services sociaux.....	16
2.3 Lieux extérieurs.....	22
2.3.1 Terrasses et autres aires extérieures aménagées pour la détente ou la consommation de produits	22
2.3.2 À neuf mètres de toute porte communiquant avec plusieurs lieux visés par la Loi	23
2.3.3 Terrains de jeux pour enfants et terrains et aménagements sportifs publics.....	25
3 Mesures concernant la vente de tabac, l’étalage et l’affichage – Chapitre III de la Loi.....	27
3.1 Étalage de pipe à eau et de cigarette électronique.....	27
3.1.1 La pipe à eau	27
3.1.2 La cigarette électronique.....	29
3.2 Location de pipe à eau et de cigarette électronique.....	29
4 Mesures se rapportant à la promotion, la publicité et l’emballage – Chapitre IV de la Loi	31
4.1 Emballage neutre	31
5 Mesures visant les produits du tabac – Chapitre V de la Loi	35
5.1 Produits du tabac aromatisés.....	35
6 Conclusion	39
Références	41
Annexe 1 Tableaux des mesures incluses dans le projet de loi 44 et appuyées par l’INSPQ	53
Annexe 2 Tableaux des mesures additionnelles proposées par l’INSPQ	59

Faits saillants

La lutte contre le tabagisme demeure une priorité de santé publique au Québec. En effet, malgré une baisse importante de la prévalence du tabagisme tant chez les jeunes que chez les adultes depuis le milieu des années 90, plus de 1,4 million de Québécois et Québécoises font toujours usage du tabac et environ 10 000 personnes meurent chaque année de maladies causées par le tabagisme. De plus, la fumée de tabac a des effets nocifs chez les non-fumeurs qui y sont exposés : cancers, maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, effets sur le développement du fœtus, etc.

Il existe un consensus international quant aux mesures à mettre en place afin de prévenir l'usage de tabac chez les jeunes, protéger la santé des non-fumeurs d'une exposition involontaire à la fumée de tabac et favoriser l'arrêt tabagique chez les fumeurs. Ces mesures sont de nature économique, éducative, médiatique et législative. Au Québec, l'intervention gouvernementale de lutte contre le tabagisme, conforme à ce consensus, date de plus de 20 ans. Le Québec s'est doté d'instruments législatifs et réglementaires qui ont permis de modifier au fil du temps les normes protabacs qui prévalaient à l'époque.

L'adoption de la Loi sur le tabac en 1998, puis en 2005, a permis de réduire considérablement l'accès aux produits du tabac chez les jeunes et de protéger la santé des non-fumeurs en interdisant de fumer dans la plupart des lieux fermés publics ou de travail. Quant aux possibilités de promotion des produits du tabac, elles sont très limitées, à l'exception de l'emballage qui demeure un outil promotionnel de choix pour attirer les fumeurs potentiels.

Le dépôt du projet de loi 44 en mai 2015 s'inscrit en cohérence avec les engagements antérieurs du gouvernement du Québec en matière de lutte contre le tabagisme et **l'Institut national de santé publique du Québec appuie fortement les mesures proposées** :

- élargir le champ d'application de la Loi à la cigarette électronique qui suscite un grand intérêt et dont on ne connaît pas l'impact en termes d'initiation ou de renoncement au tabac;
- interdire de fumer dans des véhicules automobiles lorsque des personnes mineures de moins de 16 ans y sont présentes: l'exposition à la fumée de tabac y est très intense et nuit à la santé des jeunes;
- interdire de fumer dans les aires communes des immeubles d'habitation de deux logements ou plus;
- interdire de fumer sur les terrasses et autres aires extérieures aménagées pour la détente ou la consommation de produits : la santé des travailleurs devant servir des clients pendant plusieurs heures et de façon répétée se trouverait ainsi protégée;
- étendre l'interdiction de fumer à moins de neuf mètres des portes de tous les établissements qui accueillent le public et des lieux de travail, protégeant ainsi les non-fumeurs et les enfants d'une exposition involontaire à la fumée de tabac; selon la même logique, l'élargissement de cette interdiction aux fenêtres qui s'ouvrent et aux entrées d'air de ces lieux devrait être considéré, ce qui éviterait que la fumée entre à l'intérieur des établissements;
- étendre l'interdiction d'étaler du tabac ou son emballage à la vue du public à tous les commerces, incluant ceux ne vendant que des cigarettes électroniques ou des pipes à eau;
- interdire de donner en location une cigarette électronique ou une pipe à eau, ainsi que leurs composantes et accessoires;
- retirer l'ajout de tout arôme aux produits du tabac, ce qui rendrait les premières expériences beaucoup moins agréables et diminuerait le risque de devenir un fumeur régulier.

Par ailleurs, l'Institut considère que **certaines mesures absentes du projet de loi 44 devraient y figurer** :

- interdire de fumer en tout temps dans les lieux servant à la garde d'enfants en raison de l'exposition des enfants aux résidus de fumée potentiellement cancérigènes qui persistent longtemps dans les lieux intérieurs;
- réviser à la baisse la proportion de chambres pouvant être allouées à des fumeurs dans des établissements d'hébergement touristique à moins de 16 %, un objectif de prévalence énoncé par la ministre déléguée à la santé publique; uniquement la présence de fumoirs ventilés de façon indépendante devrait être envisagée;
- interdire les fumoirs dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, sauf dans les CHSLD, et y interdire les chambres où il est permis de fumer;
- interdire de fumer sur les terrains de jeux pour enfants ainsi que sur les terrains et aménagements sportifs publics, ce qui serait en cohérence avec les interventions visant à dénormaliser l'usage de tabac chez les jeunes;
- obliger les compagnies de tabac à présenter leurs produits dans des emballages de format neutre prédéterminé de manière à ce que les produits et les emballages ne puissent se distinguer que par le nom de la marque.

Introduction

Malgré une baisse importante de la prévalence du tabagisme tant chez les jeunes que chez les adultes depuis le milieu des années 90, la lutte contre le tabagisme demeure une priorité de santé publique au Québec pour les raisons suivantes :

- plus de 1,4 million de Québécois et Québécoises de 15 ans et plus faisaient toujours usage du tabac en 2014 (21,2 %) (Statistique Canada, 2015);
- l'usage du tabac demeure la principale cause de décès évitable dans le monde et au Québec;
- un fumeur régulier sur deux mourra d'une maladie qui y est liée, perdant en moyenne une dizaine d'années de vie (Doll et coll., 2004);
- au Québec, environ 10 000 personnes meurent chaque année d'une maladie associée au tabagisme, ce qui représente près d'un décès sur cinq (Rehm et coll., 2006);
- le tabagisme est associé à de nombreuses maladies, dont les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, diverses formes de cancers, les complications de grossesse, etc.;
- il est établi scientifiquement depuis au moins 30 ans (Hirayama, 1981) que la fumée de tabac a des effets nocifs chez les non-fumeurs qui y sont exposés (cancers, maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, effets sur le développement du fœtus (California Environmental Protection Agency, 2005; California Environmental Protection Agency, 1997; Guérin et coll., 2006; U.S. Department of Health and Human Services, 2006);
- aucun niveau d'exposition à la fumée de tabac n'est jugé sécuritaire (U.S. Department of Health and Human Services, 2006; U.S. Department of Health and Human Services, 2010);
- les enfants sont particulièrement sensibles aux effets de la fumée de tabac en raison de leur système immunitaire moins développé et parce qu'ils inhalent plus de produits chimiques nocifs qu'un adulte relativement à leur poids (Organisation mondiale de la Santé, 1999);
- la nicotine contenue dans le tabac entraîne rapidement une dépendance chez la majorité de ses utilisateurs;
- selon des études récentes, 25 % des jeunes éprouvent leur premier symptôme de dépendance, très souvent une forte envie de fumer, quelques mois seulement après avoir inhalé leur première bouffée de cigarette (O'Loughlin et coll., 2009);
- l'âge moyen lors de la première bouffée de cigarette chez les élèves du secondaire est de 13,3 ans (Traoré, 2014);
- en 2002, les coûts des soins de santé reliés au tabagisme s'élevaient à environ un milliard de dollars au Québec. En ajoutant les coûts indirects (absentéisme, productivité), ces coûts seraient d'environ quatre milliards de dollars (Rehm et coll., 2006).

Les recommandations de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte antitabac de même que les plans de lutte contre le tabagisme de nombreux pays comme le Canada, les États-Unis, l'Australie et l'Angleterre convergent quant aux mesures complémentaires à mettre en place pour réduire la mortalité et la morbidité attribuables à l'usage du tabac (Australian Government Preventative Health Taskforce, 2008; Centers for Disease Control and Prevention, 2007; Organisation mondiale de la Santé, 2003; Santé Canada, 2005; United Kingdom Department of Health, 2010). Ces mesures visent à :

- prévenir l'usage du tabac chez les jeunes;
- protéger la santé des non-fumeurs d'une exposition à la fumée de tabac;
- favoriser l'abandon du tabac chez les fumeurs.

En 2003, la Banque Mondiale identifiait six mesures rentables pour réduire la consommation du tabac au sein d'une population :

- l'augmentation des taxes sur les cigarettes et autres produits du tabac;
- l'interdiction complète de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail;
- l'interdiction de la publicité et la promotion de tous les produits du tabac;
- une meilleure information des consommateurs : contre-publicité, couverture média, résultats de recherches;
- des mises en garde de grand format sur les paquets de cigarettes et autres produits du tabac;
- le soutien des fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer, y compris l'accès à une thérapie de remplacement de la nicotine et autres thérapies de sevrage tabagique (Banque Mondiale, 2003).

Interventions gouvernementales de lutte contre le tabagisme

Le gouvernement du Québec a consenti des budgets importants et récurrents en réponse à l'annonce du premier plan de lutte contre le tabagisme en 1994 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994). Le gouvernement s'est également doté d'instruments législatifs et réglementaires permettant d'une part de réduire l'accès et l'attrait des produits du tabac auprès des jeunes et d'autre part, de protéger la santé des non-fumeurs d'une exposition involontaire à la fumée de tabac.

Ainsi, l'adoption à l'unanimité de la Loi sur le tabac, en 1998, a permis au Québec de franchir des étapes importantes dont :

- l'interdiction de vente de tabac aux mineurs;
- l'interdiction de fumer dans certains lieux fermés, dont les établissements de santé, les établissements scolaires, plusieurs milieux de travail;
- l'encadrement de la publicité et de la promotion entourant le tabac.

En 2005, l'adoption de nouvelles mesures législatives par le gouvernement du Québec a renforcé les mesures de contrôle du tabac existantes permettant ainsi de :

- réduire les possibilités d'achats de produits du tabac par les mineurs de même que la promotion au point de vente (diminution du nombre de points de vente, interdiction de l'étalage des produits du tabac);
- renforcer la protection de la santé des non-fumeurs dans divers lieux qui n'étaient pas visés par la Loi précédente (restaurants, bars, lieux servant à la garde d'enfants, terrains des écoles primaires et secondaires, neuf mètres des portes de certains établissements, etc.);
- restreindre davantage la publicité et la promotion de ces produits hautement néfastes pour la santé pour ainsi modifier les normes sociales quant à l'usage du tabac.

Le dépôt du projet de loi 44 s'inscrit en cohérence avec les engagements antérieurs du gouvernement du Québec en matière de lutte contre le tabagisme. Les mesures proposées visent notamment à :

- mieux encadrer la mise en marché de nouveaux produits ou accessoires liés au tabac;
- retirer l'ajout de tout arôme aux produits du tabac;
- et protéger la santé des non-fumeurs exposés à la fumée de tabac dans des lieux non encore couverts.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) accueille favorablement ce projet de loi sur le tabac qui contribuera sans contredit à l'amélioration de la santé de la population québécoise. Les prochaines pages font état de l'analyse de l'INSPQ à l'égard des principales modifications proposées dans le projet de loi 44 et de certaines mesures qui ne s'y retrouvent pas. Le résumé de cette analyse se retrouve en annexe.

1 Champ d'application de la Loi – Chapitre I de la Loi

Le projet de loi propose d'élargir le champ d'application à « la cigarette électronique et tout autre dispositif de cette nature que l'on porte à la bouche pour inhaler toute substance contenant ou non de la nicotine y compris leurs composantes et leurs accessoires. »

Ainsi, la cigarette électronique serait soumise aux mêmes restrictions que celles des produits du tabac : interdiction de vente aux mineurs, interdiction d'en faire usage dans de nombreux lieux et interdiction de promotion, de publicité et d'étalage dans les points de vente.

1.1 Cigarette électronique

La cigarette électronique est un produit qui simule l'acte de fumer, sans exposer l'utilisateur et les personnes autour d'elle aux concentrations élevées de produits toxiques émanant de la combustion du tabac. Elle est munie d'une pile et d'un microprocesseur qui diffuse une solution liquide sous forme de vapeur que l'utilisateur inhale puis expire (Brown & Cheng, 2014; Poirier, 2013). La solution liquide est composée principalement de propylène glycol, de glycérol, et d'arômes. Le liquide peut aussi inclure de la nicotine (Office français de prévention du tabagisme, 2013; Poirier, 2013). Inventée en Chine, la cigarette électronique a été introduite sur le marché mondial en 2004, mais c'est en 2011 que les versions sans nicotine sont apparues dans des commerces de détail québécois (Poirier, 2013).

Il existe une grande variabilité de modèles tant jetables que réutilisables (Brown & Cheng, 2014). Les modèles jetables (*ciga-likes*) ont une taille et une forme qui ressemblent aux cigarettes conventionnelles. Les modèles réutilisables (*tank systems, mods*) ont des composantes modifiables, ce qui permet d'augmenter la puissance de la pile, la température, la quantité de liquide, et de modifier l'atomiseur. Ces modèles, qualifiés de « nouvelle génération », ont tendance à être plus gros et plus lourds que les modèles jetables, mais administreraient la nicotine plus rapidement (Farsalinos et coll., 2014c).

Un produit non approuvé par Santé Canada, mais accessible au Québec

Au Canada, les cigarettes électroniques avec nicotine, les cartouches de solution de nicotine et les produits connexes relèvent de la Loi sur les aliments et les drogues. Une autorisation doit être obtenue de Santé Canada pour la mise en marché de ces produits à la suite de l'examen des données scientifiques démontrant leur innocuité et leur efficacité (Santé Canada, 2009). Aucun de ces produits n'ayant reçu d'autorisation de mise en marché jusqu'à présent, la vente de la cigarette électronique avec nicotine est donc interdite au Canada. Quant à celles sans nicotine, elles sont considérées comme des objets récréatifs et n'ont pas à obtenir l'approbation de Santé Canada, à la condition de ne pas faire d'allégation thérapeutique.

Au Québec, on retrouve un grand nombre de boutiques vendant des cigarettes électroniques contenant de la nicotine. Ces produits peuvent également être achetés sur Internet. À titre indicatif, un appareillage réutilisable pouvant administrer de la nicotine nécessiterait un investissement initial de l'ordre d'une centaine de dollars, mais le coût d'une utilisation à long terme serait cependant moins élevé que celui des cigarettes. Un modèle jetable sans nicotine, qui fournit environ le même nombre de bouffées qu'un paquet de 20 cigarettes (Huang et coll., 2014; Office français de prévention du tabagisme, 2013), se détaillerait autour d'une dizaine de dollars au Québec.

Un marché en expansion, sans normes de fabrication

Le marché des cigarettes électroniques évolue rapidement dans un contexte où il n'existe pas de normes de fabrication. En janvier 2014, par exemple, on dénombrait 466 marques, chacune ayant son propre site Internet, et plus de 7 000 saveurs (Zhu et coll., 2014). Plusieurs analyses de liquides indiquent que l'étiquetage des ingrédients, incluant la nicotine, ne correspond pas toujours au contenu réel (Davis et

coll., 2015; Farsalinos et coll., 2014a). La publicité, permise aux États-Unis et accessible en ligne partout dans le monde, augmente rapidement et rejoint les jeunes et les jeunes adultes (Duke et coll., 2014).

Pour les fumeurs, un produit potentiellement moins dommageable que la cigarette

Un consensus se dégage de plus en plus parmi les experts à l'effet que la cigarette électronique serait beaucoup moins dommageable pour la santé des fumeurs que la cigarette conventionnelle (Blaser & Cornuz, 2015; Farsalinos & Polosa, 2014; Hajek et coll., 2014; Organisation mondiale de la Santé, 2014). En effet, des analyses des aérosols émis révèlent des niveaux de produits toxiques beaucoup plus faibles que les quantités présentes dans la fumée de tabac (Farsalinos & Polosa, 2014; Hajek et coll., 2014). Par ailleurs, les études réalisées auprès d'utilisateurs de cigarette électronique adultes recrutés en ligne ne laissent pas entrevoir de problèmes de santé à court terme ni de réactions négatives importantes, mis à part des nausées et des irritations temporaires de la gorge, de la bouche, des voies respiratoires et des yeux (Farsalinos & Polosa, 2014; Farsalinos et coll., 2014b; Hajek et coll., 2014). Les études impliquant un suivi médical auprès d'utilisateurs de cigarette électronique ne révèlent pas non plus d'effets néfastes à court terme (Adriaens et coll., 2014; Brown et coll., 2014a; Manzoli et coll., 2015; McRobbie et coll., 2014). C'est aussi le cas d'une analyse des appels aux centres antipoison américains de 2010 à 2014, rapportant un seul effet grave à savoir un décès par suicide à la suite d'une injection de nicotine liquide (Chatham-Stephens et coll., 2014).

Les effets sur la santé de l'exposition à long terme à l'aérosol des cigarettes électroniques sont toutefois mal connus, tant pour les utilisateurs que pour les personnes exposées (Callahan-Lyon, 2014; Farsalinos & Polosa, 2014; Hajek et coll., 2014; Organisation mondiale de la Santé, 2014). On ignore, en effet, les effets de l'inhalation à long terme de propylène glycol et de glycérol (Hajek et coll., 2014). C'est également le cas pour plusieurs arômes considérés sécuritaires, lorsqu'utilisés dans l'alimentation (Barrington-Trimis et coll., 2014; Tierney et coll., 2015). Par ailleurs, certains composés retrouvés dans la cigarette électronique sont considérés cancérigènes, comme le diacétyl et l'acétyl propionyl utilisés pour les saveurs de beurre et de caramel (Farsalinos et coll., 2014a; Tierney et coll., 2015). Quant aux composés utilisés pour reproduire la saveur de cannelle, ils seraient associés à des dommages au niveau des cellules souches embryonnaires (Bahl et coll., 2012). La cigarette électronique contiendrait aussi des aldéhydes, qui causent des irritations des voies respiratoires (Farsalinos et coll., 2014a; Tierney et coll., 2015). Enfin, l'absence de normes de fabrication et l'étiquetage imprécis ne permettent pas aux utilisateurs de cigarette électronique de savoir ce qu'ils consomment pour ainsi éviter les substances potentiellement nocives pour leur santé (Farsalinos et coll., 2014a).

Malgré le manque de données, l'OMS estime toutefois que, pour les fumeurs adultes qui s'exposent déjà à une grande quantité de produits toxiques, il est peu probable que l'usage de la cigarette électronique les expose à des niveaux de toxicité plus élevés (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Par contre, les femmes enceintes qui l'utiliseraient (avec ou sans nicotine) ou qui seraient exposées à l'aérosol s'exposeraient à des risques qu'il est difficile de quantifier pour le moment.

La nicotine cause la dépendance, mais présente peu de risques à la santé, sauf pour certains groupes

La nicotine, que l'on retrouve dans certaines cigarettes électroniques, est la substance responsable de la dépendance. Elle est peu nocive pour la santé des adultes (Chatham-Stephens et coll., 2014; U.S. Department of Health and Human Services, 2014; Poirier, 2013). Par contre, l'ingestion de nicotine liquide par les enfants représente un danger réel, et l'absence de normes de sécurité pour les flacons de liquides de cigarette électronique augmente les risques d'empoisonnement, compte tenu des saveurs de fruits, de bonbons et de desserts très attirantes pour les enfants (Chatham-Stephens et coll., 2014; Poirier, 2013).

Des études réalisées sur des animaux indiquent que l'exposition à la nicotine pendant l'adolescence, même à faible dose, pourrait avoir des conséquences sur le développement du cerveau (fonctions cognitives, mémoire de travail, attention) (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

L'exposition à la nicotine in utero perturberait les circuits de l'attention et serait associée à une augmentation de troubles de l'attention ultérieurs (Haut conseil de la santé publique, 2014). L'OMS considère donc que « les éléments de preuve sont suffisants pour mettre en garde les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer contre l'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine parce que l'exposition du fœtus et de l'adolescent à la nicotine a des conséquences à long terme sur le développement du cerveau » (Organisation mondiale de la Santé, 2014). L'exposition à la nicotine pourrait aussi avoir des effets néfastes pendant la grossesse en contribuant aux risques de naissance prématurée et de mortinaissance (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Chez les adultes, un produit utilisé surtout par les fumeurs

En 2013, au Canada, 36 % des fumeurs quotidiens et 42 % des fumeurs occasionnels de 15 ans et plus avaient fait usage de la cigarette électronique au moins une fois au cours de leur vie versus 5 % des anciens fumeurs et 3 % des non-fumeurs (Czoli et coll., 2015). L'usage au cours des 30 jours précédents était également plus élevé parmi les fumeurs quotidiens (10 %) et occasionnels (9 %) que parmi les anciens fumeurs (1 %) et les non-fumeurs (0,3 %).

Les adultes fumeurs tendent surtout à faire usage de la cigarette électronique pour diminuer leur consommation de cigarettes ou cesser complètement de fumer (Farsalinos et coll., 2014b). Selon un sondage réalisé dans la région de Montréal en août 2014, les raisons d'essayer les plus souvent mentionnées par des fumeurs montréalais de 15 ans et plus l'ayant déjà utilisée étaient l'attrait de la nouveauté (64 %) et la perception d'un produit moins dangereux pour la santé que la cigarette (50 %); suivaient de près la volonté de réduire la consommation de tabac (48 %) et de cesser de fumer (47 %) (Leaune et coll., 2014).

Des données américaines compilées de 2010 à 2013 indiquent qu'on assiste à des augmentations de l'usage à vie et de l'usage au cours des 30 jours précédents chez les fumeurs adultes et chez les anciens fumeurs (King et coll., 2015; McMillen et coll., 2014). Une telle hausse n'a toutefois pas été observée chez les non-fumeurs adultes.

Un produit pour cesser de fumer prometteur, mais dont l'efficacité reste à démontrer

Plusieurs médecins rapportent des expériences positives et des succès de leurs patients fumeurs ayant utilisé la cigarette électronique pour cesser de fumer. Bien que ces témoignages soient encourageants, ils doivent être confirmés par des études rigoureuses.

Plusieurs études réalisées auprès d'utilisateurs qui désirent cesser ou réduire leur consommation de cigarettes suggèrent que la cigarette électronique aiderait à gérer les symptômes de sevrage (Hajek et coll., 2014). Toutefois, ces études comportent plusieurs limites :

- un biais de sélection : la plupart des études ont recruté leurs participants sur des forums Internet d'utilisateurs de cigarette électronique. Les participants sont donc plus susceptibles d'être des utilisateurs convaincus, qui diffèrent des personnes qui ne fréquentent pas ces forums et des personnes ayant abandonné ce produit pour différentes raisons;
- des mesures de l'abstinence autorapportées et non mesurées biologiquement;
- une absence de contrôle du niveau de dépendance à la nicotine des participants et d'autres variables liées au renoncement au tabac, comme la motivation à cesser de fumer;
- une grande variabilité des modèles utilisés.

Seules deux études publiées vont au-delà de ces limites (Bullen et coll., 2013; Caponnetto et coll., 2013). Selon une revue systématique Cochrane publiée en 2014, l'analyse de ces deux essais contrôlés randomisés suggère que l'usage de la cigarette électronique avec nicotine augmenterait de façon

significative les chances des fumeurs de demeurer abstinents à six mois comparé à l'usage de modèles sans nicotine. L'abstinence à six mois serait similaire à celle obtenue avec les timbres de nicotine (McRobbie et coll., 2014). L'usage de la cigarette électronique avec nicotine serait aussi associé à une réduction du nombre de cigarettes fumées, tel que rapporté par les participants. Toutefois, les auteurs de la revue systématique attribuent un faible niveau de certitude à ces résultats étant donné que seules ces deux études ont pu être retenues lors de leur revue systématique. Ils concluent que d'autres essais contrôlés randomisés sont nécessaires pour affirmer hors de tout doute que la cigarette électronique est efficace comme aide à l'arrêt tabagique (McRobbie et coll., 2014).

Enfin, certaines études publiées en 2015 suggèrent que les modèles plus récents seraient plus performants que les premiers modèles sur le marché (Farsalinos et coll., 2014c). Les utilisateurs quotidiens de modèles récents réutilisables auraient plus de chances de cesser de fumer que les utilisateurs occasionnels (Hitchman et coll., 2015). Par ailleurs, les utilisateurs plus expérimentés auraient tendance à prendre des bouffées un peu plus longues que ceux possédant moins d'expérience avec la cigarette électronique, ce qui se traduirait par un dosage de nicotine sanguin plus élevé (Farsalinos et coll., 2015b).

Un produit qui suscite la curiosité des jeunes, particulièrement au Québec

Au Québec, un élève du secondaire sur trois aurait essayé la cigarette électronique (Lasnier & Montreuil, 2014; Traoré, 2014) et environ un élève du secondaire sur trois ne l'ayant jamais expérimentée n'exclut pas la possibilité d'en faire l'essai (Lasnier & Montreuil, 2014).

Comparativement aux élèves ayant expérimenté la cigarette électronique, la proportion d'élèves du secondaire en ayant fait usage au cours des 30 jours précédents serait beaucoup plus faible, soit d'environ 4 à 6 % (Lasnier & Montreuil, 2014; Traoré, 2014). Au Québec, on estime donc qu'environ 143 000 élèves du secondaire l'ont essayée et que 24 100 élèves en auraient fait usage au cours des 30 jours précédents (Lasnier & Montreuil, 2014).

Par ailleurs, l'usage de ce dispositif par de jeunes Québécois n'ayant jamais fait usage d'un produit du tabac soulève des inquiétudes :

- un élève du secondaire sur cinq n'ayant jamais fumé la cigarette rapportait avoir essayé la cigarette électronique (Lasnier & Montreuil, 2014; Traoré, 2014);
- 46 % des élèves ayant déjà utilisé la cigarette électronique n'excluent pas la possibilité d'essayer la *cigarette* dans le futur, alors que c'est le cas de seulement 25 % des élèves n'ayant pas fait l'expérience de la cigarette électronique (Lasnier & Montreuil, 2014). Ces résultats ne permettent toutefois pas de déterminer si c'est l'usage de la cigarette électronique qui inciterait les élèves à essayer la cigarette, ou si ces derniers avaient déjà un intérêt pour la cigarette avant d'essayer la cigarette électronique.

L'intérêt des jeunes pour la cigarette électronique semble plus marqué au Québec que dans les autres provinces canadiennes (Czoli et coll., 2015) et dans d'autres pays industrialisés. En 2012-2013, l'usage à vie par un tiers des jeunes au Québec était beaucoup plus élevé qu'aux États-Unis, en France et en Angleterre où moins de 10 % des jeunes en avaient fait usage (Corey et coll., 2014; Action on Smoking and Health, 2014; Dautzenberg et coll., 2013). Cet écart entre les données québécoises et les données des autres pays est surprenant, étant donné que seules les cigarettes électroniques sans nicotine sont permises sur le marché québécois alors que les modèles avec et sans nicotine étaient en vente libre aux États-Unis, en France et en Angleterre.

Des experts en santé divisés quant au rôle de la cigarette électronique dans la lutte contre le tabagisme, mais d'accord sur la nécessité de l'encadrer

Les experts en santé divergent d'opinion en ce qui a trait à la balance des risques et des bénéfices potentiels de la cigarette électronique. Alors que plusieurs y voient surtout une alternative moins dommageable à la santé que la cigarette conventionnelle, d'autres appréhendent qu'elle devienne une porte d'entrée vers la cigarette conventionnelle pour les jeunes et qu'elle normalise à nouveau l'usage de tabac (Durmowicz, 2014; Hajek et coll., 2014; Organisation mondiale de la Santé, 2014). Les études transversales réalisées dans plusieurs pays ne permettent pas encore de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses. On ignore également les retombées (effets sur la santé, renoncement au tabac) de l'usage concomitant de la cigarette électronique et de la cigarette conventionnelle, une tendance courante chez les fumeurs adultes (Farsalinos et coll., 2015a; Leane et coll., 2014; Manzoli et coll., 2015; Suftin et coll., 2015).

Toutefois, les experts s'entendent généralement sur trois faits :

- l'encadrement de la cigarette électronique est nécessaire;
- les jeunes ne devraient pas avoir accès à ce produit, pas plus qu'aux produits du tabac;
- la cigarette électronique semble moins dommageable pour la santé des fumeurs que les produits du tabac.

Sept Québécois sur dix sont d'accord pour interdire la cigarette électronique dans les lieux où il est interdit de fumer

Selon un sondage mené en 2015 auprès de 1 500 Québécois de 18 ans et plus, 70 % des répondants étaient très ou assez en accord d'interdire l'usage de la cigarette électronique dans les lieux où il est interdit de fumer. Le soutien était plus élevé chez les non-fumeurs (76 %), et près d'un fumeur sur deux appuyait une telle mesure (46 %) (Léger Marketing, 2015).

Des mesures mises en place dans d'autres juridictions

L'Ontario et la Nouvelle-Écosse sont les premières provinces à avoir adopté, en 2015, des lois qui réglementent l'usage, la publicité et la vente de la cigarette électronique. La Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard et le Manitoba ont récemment proposé des projets de loi. Les mesures proposées sont similaires d'une province à l'autre :

- la vente aux mineurs est interdite;
- l'usage est interdit dans les endroits où il n'est pas permis de fumer;
- l'étalage et la promotion sont interdits dans les points de vente accessibles aux mineurs.

En Nouvelle-Écosse, les restrictions d'étalage des produits du tabac ne s'appliquent pas aux boutiques spécialisées qui ne vendent que le dispositif et les accessoires de cigarette électronique.

Le Manitoba permet de tester les produits sur place dans les boutiques spécialisées qui ne vendent que la cigarette électronique et qui ne sont pas accessibles aux mineurs.

Ailleurs dans le monde, la France a été le premier pays en mai 2014 à interdire la vente de cigarette électronique aux mineurs et à en interdire l'usage dans plusieurs lieux publics où il est interdit de fumer. En Angleterre, elles sont considérées comme des produits de consommation, mais le gouvernement encourage les promoteurs à faire approuver leurs produits selon les mêmes exigences que les médicaments. À compter de mai 2016, la directive européenne sur les produits du tabac limitera la concentration de nicotine à 20 mg pour les cigarettes électroniques commercialisées dans l'Union européenne (cette directive ne s'applique pas aux cigarettes électroniques à usage médical ni aux dispositifs médicaux). Cette directive oblige également les fabricants à mettre sur le marché des dispositifs et des liquides de qualité et sécuritaires (Parlement européen et Conseil de l'Union européenne, 2014).

Mesure proposée dans le projet
de loi 44

Élargissement du champ d'application à la cigarette électronique

Position de l'INSPQ

Étant donné les incertitudes concernant les impacts de la cigarette électronique sur l'initiation et le renoncement au tabac, l'INSPQ considère que **la proposition d'élargir le champ d'application de la Loi à la cigarette électronique est justifiée** puisqu'elle assujettit celle-ci aux mesures de contrôle du tabagisme reconnues efficaces. Une telle mesure avait d'ailleurs été proposée par l'INSPQ en 2013 (Tremblay & Montreuil, 2013). En effet, cette proposition fait en sorte :

- d'interdire la vente aux personnes de moins de 18 ans qui s'intéressent à ce produit et qui y ont accès présentement;
- d'interdire l'usage dans les endroits où il est interdit de fumer;
- d'interdire la publicité, la promotion et l'étalage;
- de permettre aux fumeurs de 18 ans et plus de se procurer ce produit qui pourrait les aider à gérer les symptômes de sevrage.

Par ailleurs, il sera important de **s'assurer que des normes de fabrication soient instaurées pour garantir la sécurité et la qualité du dispositif, de ses composantes et des liquides. L'étiquetage devrait aussi être conforme à ce que l'on retrouve dans les produits.**

2 Mesures visant la restriction de l'usage de tabac dans certains lieux – Chapitre II de la Loi

Rappelons qu'il est bien établi que la fumée de tabac a des effets néfastes chez les non-fumeurs qui y sont exposés : maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, cancers et qu'aucun niveau d'exposition n'est jugé sécuritaire (Guérin et coll., 2006; U.S. Department of Health and Human Services, 2006). En conséquence, seule l'interdiction complète de fumer dans tout lieu intérieur pourrait protéger les non-fumeurs de l'exposition à la fumée de tabac. Par ailleurs, des recherches récentes suggèrent que, dans certaines conditions, l'exposition à la fumée de tabac dans un lieu extérieur pourrait aussi être préjudiciable pour la santé des non-fumeurs.

La fumée de tabac contient plus de 7 000 substances chimiques, dont 70 sont reconnues cancérigènes (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). Plusieurs composantes sont irritantes pour les yeux et les voies respiratoires supérieures, dont des particules fines, mais également de l'acroléine, du formaldéhyde, de l'ammoniaque, du monoxyde de carbone, et du cyanure d'hydrogène (Guérin et coll., 2006).

L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement : mesure et impact sur la santé

La mesure des particules fines dans l'air est la méthode la plus utilisée pour évaluer l'exposition à la fumée de tabac, bien qu'elle ne permette pas, à elle seule, de capter l'exposition à toutes les composantes de la fumée de tabac (Apelberg et coll., 2013).

Les particules fines, ou particules en suspension ont un diamètre égal ou inférieur à 2,5 micromètres (PM_{2.5}). Leur composition chimique est complexe et l'on y retrouve une multitude de composés différents, dont des hydrocarbures aromatiques polycycliques, des métaux lourds, etc. Étant donné leur petite taille, les particules fines pénètrent profondément jusqu'aux alvéoles pulmonaires, ce qui augmente les risques de souffrir de maladies respiratoires et cardiovasculaires (Apelberg et coll., 2013). Selon l'OMS et l'*Environmental Protection Agency (EPA)*, l'exposition ne devrait pas dépasser 25-35 µg/m³ en moyenne sur une période de 24 heures ou 10-12 µg/m³ sur une base annuelle (Organisation mondiale de la Santé, 2006a; U.S. Environmental Protection Agency, 2013). Chaque augmentation de 10 µg/m³/jour d'exposition à des particules fines sur une base annuelle augmenterait de 4 % le risque de mortalité de toutes causes, de 6 % le risque de maladies cardiorespiratoires et de 8 % le risque de souffrir du cancer du poumon (Pope et coll., 2002).

Les particules fines ne sont pas spécifiques au tabac; elles sont produites par la combustion, incluant le chauffage au bois, les bougies et la cuisson et sont influencées par la pollution de l'air extérieur. Toutefois, dans les espaces clos où il y a combustion de tabac, la contribution de la fumée de tabac aux particules fines surpasse largement les autres sources.

Les particules fines provenant de la fumée de tabac se comportent différemment à l'intérieur et à l'extérieur. À l'intérieur, elles demeurent longtemps en suspension dans l'air ambiant et la concentration revient graduellement au niveau de base, et ce, plus ou moins rapidement selon le niveau de ventilation des lieux (Klepeis et coll., 2007). À l'extérieur, les concentrations de particules fines observées dans l'air sont très élevées pendant quelques secondes. La fumée à l'extérieur disparaît presque totalement lorsque la source de fumée s'éteint et la concentration de particules fines revient rapidement au niveau de base¹ (Klepeis et coll., 2007). La concentration de particules fines dans l'air extérieur peut être plus élevée dans certaines conditions et dépend de la densité et de la proximité des fumeurs, et des murs ou des cloisons environnantes. (Sureda et coll., 2013). Elle est plus élevée lorsque le vent souffle vers le bas plutôt que vers le haut et lorsque la vitesse du vent est plus faible (Hwang & Lee, 2014).

¹ Étant donné la contamination par la pollution de l'air, la plupart des études qui mesurent les particules fines dans un lieu extérieur prennent des mesures en l'absence de la source de fumée, ce qui correspond au niveau de base.

2.1 Lieux intérieurs visés par de nouvelles mesures

Le projet de loi 44 propose d'interdire de fumer dans certains lieux intérieurs non assujettis à la Loi actuelle dont notamment :

- les véhicules automobiles lorsque des personnes mineures de moins de 16 ans y sont présentes;
- les aires communes des immeubles d'habitation comportant deux logements ou plus (plutôt que six logements ou plus).

Ces mesures s'inscrivent dans un contexte où de plus en plus de Québécois adoptent volontairement des interdictions de fumer. La proportion de non-fumeurs rapportant habiter dans un domicile où il est interdit de fumer est passée de 42 % à 84 % de 2000 à 2013 (Statistique Canada, 2001; Statistique Canada, 2014). Toutefois, cette proportion est beaucoup moins élevée parmi les ménages qui comptent au moins un fumeur (53 %) comparativement aux ménages formés de non-fumeurs uniquement (87 %) (Statistique Canada, 2014). Des données australiennes et américaines indiquent une tendance similaire dans les véhicules privés (Dunn et coll., 2008; Kruger et coll., 2015; Murphy-Hoefer et coll., 2014). De plus, les fumeurs qui ne fument pas beaucoup sont plus enclins à adopter une restriction de fumer dans la voiture (Hitchman et coll., 2011; Nabi-Burza et coll., 2012).

2.1.1 VÉHICULES AUTOMOBILES À BORD DESQUELS SE TROUVE UN MINEUR DE MOINS DE 16 ANS

L'exposition à la fumée de tabac est particulièrement intense dans une voiture

La concentration de particules fines provenant de la fumée de tabac peut être très élevée dans un espace restreint comme l'intérieur d'une voiture (Ott et al., 2008; Rees & Connolly, 2006). La fumée dégagée par deux cigarettes lorsque les fenêtres sont fermées et la climatisation activée peut générer une exposition à des particules fines moyenne qui dépasse les normes de l'OMS et de l'EPA, 42 µg/m³ versus 25-35 µg/m³ sur une période de 24 heures (Ott et coll., 2008). Des résultats similaires sont relevés dans plusieurs études (Northcross et coll., 2014; Raoof et coll., 2015; Semple et coll., 2012; Sendzik et coll., 2009). Les concentrations moyennes de particules fines observées peuvent dépasser les seuils de l'OMS même lorsque les fenêtres sont ouvertes (Semple et coll., 2012). Au Québec, en raison du climat, les fenêtres des véhicules sont habituellement fermées près de six mois par année.

L'exposition à la fumée de tabac dans les véhicules nuit à la santé des jeunes

Les taux très élevés de particules fines auxquels des jeunes peuvent être exposés dans les véhicules peuvent nuire sérieusement à leur santé, même si le temps passé dans le véhicule est relativement court (Northcross et coll., 2014). L'exposition à la fumée de tabac dans un espace clos comme une voiture augmente les risques de souffrir de symptômes d'asthme (Kabir et coll., 2009), une maladie respiratoire fréquente chez les enfants qui affecte 18 % des jeunes du secondaire (Institut de la statistique du Québec, 2014). Parmi ces jeunes Québécois, plus d'un sur quatre (27 %) rapportait que les crises étaient provoquées par la fumée de tabac (Institut de la statistique du Québec, 2014).

Plusieurs jeunes Québécois sont exposés à la fumée de tabac dans les véhicules

Plusieurs sources de données confirment que les jeunes subissent les effets d'une décision prise par les adultes de qui ils dépendent :

- Les jeunes Québécois sont proportionnellement plus exposés que les adultes : en 2011-2012, 14 % des 12 à 17 ans rapportaient être exposés tous les jours ou presque à la fumée de tabac dans un véhicule privé contre 7 % des 18 ans et plus (Statistique Canada, 2013);
- Les jeunes de milieux défavorisés sont encore plus exposés que les jeunes de milieux favorisés : en 2007-2008, 27 % des jeunes non-fumeurs âgés de 12 à 17 ans des deux quintiles les plus défavorisés rapportaient être exposés à la fumée de tabac dans un véhicule tous les jours ou presque

comparativement à 16 % des jeunes des deux quintiles les plus favorisés; chez les non-fumeurs de 18 ans et plus, ces proportions étaient respectivement de 9 % et 5 % (Lasnier et coll., 2012).

- Les jeunes Québécois sont davantage exposés que les jeunes du reste du Canada. Selon une enquête canadienne menée en 2012-2013 auprès d'élèves de la 6^e année du primaire à la 5^e année du secondaire, 34 % des élèves québécois rapportaient avoir été exposés à la fumée de tabac dans une voiture au cours de la semaine précédente comparativement à 17 % des jeunes de l'ensemble des autres provinces du Canada, où une interdiction de fumer dans une voiture en présence d'enfants était en vigueur (Lasnier, 2015a).

Le quart des fumeurs québécois fument au moins à l'occasion dans leur voiture, en présence d'enfants

Des données québécoises de 2011-2012 indiquent que 24 % des fumeurs quotidiens voyageant en voiture avec des jeunes de moins de 16 ans avaient fumé en leur présence au moins à l'occasion (Montreuil et coll., 2014).

Les proportions de fumeurs qui rapportaient des restrictions dans la voiture étaient les mêmes en 2012 que cinq ans plus tôt : environ un tiers des fumeurs rapportait qu'il était complètement interdit de fumer dans leur véhicule ou celui qu'ils utilisent le plus souvent, la même proportion indiquait qu'il était permis de fumer dans certaines conditions (par exemple, lorsqu'il n'y a pas d'enfant, seulement si les vitres sont ouvertes, seulement si le conducteur est seul) et un autre tiers rapportait qu'il était permis de fumer en tout temps (Montreuil et coll., 2014; Kairouz et coll., 2010).

La moitié des fumeurs québécois croient qu'une loi est déjà en vigueur au Québec

Selon des données recueillies en 2011-2012 auprès de fumeurs québécois ayant voyagé en voiture en présence d'un jeune de moins de 16 ans :

- un fumeur quotidien sur deux croyait à tort qu'il était déjà interdit par la Loi de fumer dans un véhicule;
- parmi les fumeurs qui croyaient qu'une loi interdisait de fumer dans un véhicule en présence d'un jeune, seulement un sur dix transgressait une loi qu'ils croyaient en application, alors que plus d'un tiers des fumeurs qui savaient qu'aucune loi ne les empêchait de fumer dans leur véhicule mentionnaient avoir effectivement fumé dans un véhicule en présence d'un jeune;
- 62 % des fumeurs quotidiens croyaient qu'une loi qui interdirait de fumer dans un véhicule en présence de jeunes de moins de 16 ans serait très ou assez efficace pour éviter d'exposer ces derniers à la fumée du tabac (Montreuil et coll., 2014).

Plus de huit fumeurs québécois sur dix appuient une telle mesure

Au Québec, en 2007, 84 % des fumeurs et ex-fumeurs récents étaient d'accord pour qu'une loi interdise l'usage du tabac dans les véhicules privés lorsque des enfants sont à bord (Kairouz et coll., 2010), une proportion qui est similaire en 2015 (Léger Marketing, 2015). C'est le lieu qui recevait le plus d'appuis de la part des fumeurs et ex-fumeurs récents (Kairouz et coll., 2010).

Toutes les autres provinces canadiennes interdisent de fumer dans les voitures en présence d'enfants

Le Québec est la dernière province à proposer une interdiction de fumer dans les véhicules en présence d'enfants. De fait, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Alberta et le territoire du Yukon interdisent de fumer en voiture en présence de jeunes de moins de 19 ans, alors que la Colombie-Britannique, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve et Labrador, l'Ontario, et la Saskatchewan établissent ce seuil à 16 ans. De nombreux pays, dont l'Angleterre, l'Irlande et l'Australie interdisent de fumer dans les véhicules en présence d'enfants.

En Ontario, à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard, ce sont les policiers qui sont chargés de faire appliquer la Loi (Newfoundland and Labrador, 2011; Ontario, 2008; Prince Edward Island, 2009). Dans ces trois provinces, l'estimation raisonnable de l'âge de l'enfant par le policier constitue une preuve suffisante de son âge.

Une loi qui interdit de fumer dans les voitures en présence d'enfants est efficace

Selon des analyses de données provenant de plusieurs cycles d'enquêtes canadiennes, les lois interdisant de fumer dans les véhicules en présence d'enfants réduisent de 5 à 10 points de pourcentage la proportion des jeunes visés par la Loi exposés au moins une fois par semaine à la fumée de tabac dans les véhicules (Nguyen, 2013). Par ailleurs, le nombre de cigarettes fumées par jour au domicile n'aurait pas augmenté à la suite de l'implantation de la Loi.

Les lois qui permettent à un agent d'interpeller une voiture en cas de doute afin de vérifier si la Loi est respectée semblent plus efficaces que les lois qui permettent à un agent de vérifier si elle est respectée seulement s'il a interpellé un véhicule pour une autre raison (Beck & Shults, 2009; Dinh-Zarr et coll., 2001; Weisman, 2010).

Une mesure qui soulève un questionnement éthique, mais qui se compare à d'autres mesures existantes

Les mesures qui visent l'interdiction de fumer dans les véhicules privés soulèvent un questionnement de nature éthique. Selon la Loi sur la protection de la jeunesse, la responsabilité d'assumer le soin, l'entretien et l'éducation d'un enfant et d'en assurer la surveillance incombe en premier lieu à ses parents. Une loi interdisant de fumer dans un véhicule privé en présence d'un mineur constitue une intervention coercitive de l'État dans l'exercice du rôle parental. Toutefois, l'intervention de l'État quant à la responsabilité du parent face à son enfant qui voyage dans un véhicule existe déjà depuis 1990 alors que la Loi oblige à ce qu'un enfant soit assis dans un siège d'auto adapté à son poids et à sa taille. Une infraction à cette loi est passible d'une amende variant de 115 \$ à 154 \$ et de la perte de trois points d'inaptitude (Société de l'assurance automobile du Québec, 2013). Selon Jarvie et Malone (2008), une loi interdisant de fumer dans la voiture est justifiée sur le plan éthique selon le principe de bienfaisance pour protéger les individus vulnérables, comme les enfants.

Mesure proposée dans le projet de loi 44

Interdiction de fumer dans les véhicules automobiles lorsque des personnes mineures de moins de 16 ans y sont présentes

Position de l'INSPQ

Sur la base de ces données et constats, l'INSPQ considère **qu'il est amplement justifié d'interdire de fumer dans les véhicules automobiles en présence de mineurs de moins de 16 ans**. Une telle interdiction avait d'ailleurs été proposée par l'INSPQ en 2013 (Tremblay & Montreuil, 2013). De plus, la mesure proposée permettant à un membre d'un corps de police de faire immobiliser un véhicule s'il a des motifs raisonnables de croire qu'un mineur de moins de 16 ans s'y trouve alors qu'une personne y fume, est reconnue efficace.

2.1.2 AIRES COMMUNES DES IMMEUBLES D'HABITATION DE DEUX LOGEMENTS OU PLUS

Les personnes qui habitent des immeubles de six logements ou plus sont protégées de l'exposition à la fumée de tabac provenant des aires communes de leur immeuble depuis 2005.

Mesure proposée dans le projet
de loi 44

**Interdiction de fumer dans
les aires communes des
immeubles d'habitation de
deux logements ou plus**

Position de l'INSPQ

L'INSPQ considère **qu'il est tout indiqué d'appliquer cette mesure aux immeubles de moins de six logements**, tel que proposé par le projet de loi 44.

2.2 Lieux intérieurs non visés par de nouvelles mesures

Deux mesures discutées dans des mémoires publiés par l'INSPQ en 2005 et en 2013 ne se retrouvent pas dans le projet de loi 44, soit l'interdiction de fumer en tout temps dans les lieux servant à la garde d'enfants et la réduction de la proportion de chambres où il est permis de fumer dans les établissements d'hébergement touristique. L'interdiction de fumer dans les établissements de santé et de services sociaux est également abordée dans cette section.

2.2.1 LIEUX SERVANT À LA GARDE D'ENFANTS

La Loi sur le tabac interdit depuis 2006 de fumer à l'intérieur dans les garderies publiques, privées et en milieu familial, les centres de la petite enfance et tout autre établissement qui sert à la garde des enfants aux heures où les personnes qui offrent les services y reçoivent des enfants.

Les jeunes enfants sont exposés aux résidus de fumée de tabac potentiellement cancérigènes

Dans les lieux intérieurs, une partie des polluants de la fumée de tabac reste dans la pièce longtemps après qu'une cigarette soit éteinte et ne disparaît pas avec la ventilation (Matt et coll., 2011). Des composants s'accumulent dans la poussière, et s'incrustent dans des surfaces poreuses comme les meubles et les tapis. Certains composés semi-volatils sont éventuellement remis en suspension dans l'air et créent de nouveaux polluants, dont des nitrosamines spécifiques au tabac qui sont cancérigènes, à partir de la réaction avec des oxydants et d'autres composés présents dans l'environnement. Les jeunes enfants qui rampent et portent des objets à leur bouche sont particulièrement vulnérables à ces polluants, qu'ils peuvent respirer, absorber par la peau et ingérer. Les études ne permettent pas encore de déterminer avec précision les impacts sur la santé à long terme de l'exposition à ces composants de la fumée de tabac (Matt et coll., 2011).

Mesure proposée par l'INSPQ

**Interdiction de fumer en
tout temps dans les lieux
servant à la garde
d'enfants**

Position de l'INSPQ

Étant donné que des polluants de la fumée de tabac persistent longtemps dans les lieux intérieurs, l'INSPQ réitère sa proposition **d'interdire de fumer en tout temps dans les garderies publiques, privées et en milieu familial de même que dans tout autre établissement qui sert à la garde des enfants** (Tremblay & Montreuil, 2013).

2.2.2 ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT TOURISTIQUE

Selon le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac, seulement 22 % (n = 72) des exploitants des 327 établissements d'hébergement touristique interrogés (échantillon prélevé à partir de 3 855 établissements) s'étaient prévalu de leur droit d'aménager des chambres pour fumeurs (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010). Les auteurs du rapport mentionnent toutefois que 29 de ces 72 établissements ne respectaient pas la Loi sur le tabac : soit qu'ils allouaient plus de 40 % des chambres à des fumeurs (le maximum autorisé par la Loi), soit qu'ils ne regroupaient pas les chambres fumeurs afin de mieux protéger les non-fumeurs de l'exposition à la fumée de tabac.

Une étude réalisée dans 40 hôtels californiens révèle que le niveau de nicotine prélevée sur les surfaces de chambres réservées à des non-fumeurs était significativement plus élevé dans les établissements qui permettaient de fumer comparativement aux hôtels complètement sans fumée (Matt et coll., 2013). C'était également le cas pour le niveau de nicotine retrouvé sur les doigts des non-fumeurs qui avaient passé une nuit dans une chambre non-fumeur d'un établissement où il était permis de fumer comparativement à un hôtel sans fumée. Bien que les effets à long terme d'une exposition aux résidus de fumée de tabac et le degré d'exposition associé à des problèmes de santé ne soient pas très bien connus, la nature carcinogène de ces polluants et le fait qu'ils soient difficiles à éliminer sont préoccupants (Matt et coll., 2011).

Mesure proposée par l'INSPQ

Révision à la baisse de la proportion de chambres pouvant être allouées à des fumeurs dans des établissements d'hébergement touristique à moins de 16 %

Position de l'INSPQ

En 2005 et en 2013, l'INSPQ proposait de réduire de 40 % à 20 %, la proportion de chambres où il était permis de fumer, afin que cette proportion corresponde davantage à la prévalence du tabagisme. L'INSPQ proposait de « prévoir la possibilité de réajuster cette norme en fonction de la baisse de prévalence qui sera observée au cours des prochaines années » (Tremblay & Montreuil, 2013; Tremblay & Gervais, 2005). Puisque l'objectif de lutte contre le tabagisme énoncé par la ministre déléguée est d'atteindre une prévalence de 16 %, **la proportion de chambres pouvant être allouées à des fumeurs devrait être révisée à moins de 16 %**. Toutefois, pour mieux circonscrire les lieux contaminés et ainsi diminuer l'exposition à la fumée de tabac des travailleurs et des clients de ces lieux d'hébergement, **seuls des fumoirs ventilés de façon indépendante devraient être permis**.

2.2.3 ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La Loi actuelle permet aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux d'aménager des fumoirs pour les personnes qui y sont hébergées. Le fumoir doit être utilisé exclusivement pour la consommation de tabac et uniquement par les personnes qui sont hébergées dans ce lieu; délimité par des cloisons ou des murs de façon qu'il soit complètement fermé; muni d'un système de ventilation garantissant que la pression de l'air est négative et permettant l'évacuation directe de la fumée vers l'extérieur du bâtiment; muni d'un dispositif de fermeture automatique des portes garantissant que celles-ci se referment après chaque utilisation.

De plus, les exploitants ou mandataires de certains de ces lieux peuvent offrir jusqu'à 40 % des chambres où il est permis de fumer tout en s'assurant de regrouper celles-ci le plus possible. Ces lieux incluent les endroits offrant des services :

- d'une ressource intermédiaire;
- aux personnes hébergées par un établissement ou un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés dans une unité ou un département de psychiatrie;

- d'un centre hospitalier psychiatrique;
- d'un centre de réadaptation;
- aux résidents d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Or, selon le rapport de mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010, deux situations problématiques se présentent : l'aménagement de fumeurs dans des pièces qui ne remplissent pas les exigences prévues à la Loi et la dispersion plutôt que le regroupement de chambres fumeurs, ce qui permet à la fumée de tabac d'être présente un peu partout dans l'établissement quand les portes des chambres sont ouvertes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010). Ainsi, la santé des résidents non-fumeurs très souvent aux prises avec des problèmes de santé peut être aggravée par la fumée de tabac. Il en est de même pour les employés non-fumeurs qui se voient dans l'obligation d'offrir des services aux résidents de l'établissement dans des chambres enfumées.

Par ailleurs, dans le mémoire publié par le directeur de santé publique de Montréal en 2013, on signale qu'un nombre grandissant d'établissements demande le soutien de la direction de santé publique « pour les aider à élargir leur politique interne, afin d'enlever les fumeurs et de soutenir l'offre de services de cessation », bref, d'implanter des établissements sans fumée (Gervais et coll., 2013). Des enjeux en lien avec la sécurité des bénéficiaires, des visiteurs et du personnel de même que l'incohérence d'offrir des espaces où il est permis de fumer avec la mission de santé des établissements sont invoqués.

L'interdiction complète de fumer à l'intérieur d'établissements de santé peut sembler plus difficile à respecter pour certaines clientèles hébergées, comme les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et celles aux prises avec des problèmes de dépendance à l'alcool et aux drogues, qui présentent une prévalence plus élevée de tabagisme et qui doivent faire face à d'autres problématiques. Cependant, il existe de plus en plus d'évidences démontrant qu'il est possible d'offrir des lieux d'hébergement totalement sans fumée à des patients souffrant de problèmes de santé mentale ou de dépendance à l'alcool et aux drogues. Nous en ferons état au cours des prochaines pages. Nous aborderons aussi la situation des centres jeunesse.

CENTRES OFFRANT DES SOINS AUX PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

La prévalence du tabagisme est élevée chez les personnes atteintes de problèmes de santé mentale

La prévalence de l'usage du tabac est beaucoup plus élevée chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale comme la dépression, la schizophrénie, la maladie bipolaire ou les troubles de panique :

- celle-ci serait de deux à quatre fois la prévalence observée chez la population non affectée par un problème de santé mentale (Lasser et coll., 2000);
- 60 % des personnes souffrant de dépression ou de stress post-traumatique feraient usage de tabac et ce serait le cas de 65 à 90 % des personnes atteintes de schizophrénie (Fagerström & Aubin, 2009);
- de plus, les personnes aux prises avec un problème de santé mentale fument un plus grand nombre de cigarettes que les personnes non atteintes (Fagerström & Aubin, 2009);

Ainsi, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont plus à risque de maladies liées au tabagisme et de mort prématurée (Grant et coll., 2004; Ziedonis et coll., 2008). À titre d'exemple, les patients souffrant de schizophrénie auraient une espérance de vie réduite de 20 %, comparée à la population générale et l'usage du tabac serait le principal facteur de risque lié à cet excès de mortalité (Fagerström & Aubin, 2009).

Les fumeurs atteints de problèmes de santé mentale veulent arrêter de fumer

Selon une publication québécoise traitant d'arrêt tabagique chez les fumeurs souffrant de schizophrénie ou de dépression (Royer & Tremblay, 2010) :

- « une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux pourrait expliquer l'usage élevé du tabagisme chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale; le manque de services en abandon du tabac ferait aussi partie des facteurs explicatifs (Ziedonis et coll., 2008);
- il est faux de croire que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne désirent pas cesser de fumer ou ne désirent pas obtenir de l'information sur les ressources et services en cessation (Morris et coll., 2007; Ziedonis et coll., 2008);
- ce sont plutôt les professionnels de la santé qui hésitent à aborder la question du tabagisme avec leurs patients : à peine 1 % des patients hospitalisés pour des problèmes psychiatriques voient leur statut tabagique identifié pendant leur séjour (Ziedonis et coll., 2008);
- ce non-traitement du tabagisme pourrait s'expliquer par la croyance, largement répandue chez les professionnels en santé mentale, que les patients psychiatriques sont incapables de cesser de fumer et que même une courte abstinence pourrait nuire aux traitements de leur état mental (Hall & Prochaska, 2009) ».

Or, l'abandon de l'usage de tabac ne serait pas une entrave au traitement des problèmes de santé mentale (Prochaska, 2010) et les lignes directrices cliniques canadiennes de renoncement au tabac sont claires à ce sujet (CAN-ADAPTT, 2011). Les professionnels de la santé devraient :

- identifier le statut tabagique des personnes atteintes de problèmes de santé mentale;
- offrir du counseling en arrêt tabagique et une pharmacothérapie appropriée;
- surveiller étroitement l'état mental de leurs patients qui cessent de fumer;
- ajuster la médication utilisée pour la condition psychiatrique étant donné que le niveau de certains médicaments peut augmenter lors d'une diminution ou d'un arrêt de la consommation de tabac (CAN-ADAPTT, 2011).

Les interdictions de fumer en milieu psychiatrique

Selon une recension d'écrits récente sur les interdictions de fumer en milieu psychiatrique (Lawn & Campion, 2013) :

- le personnel des établissements psychiatriques anticipe beaucoup plus de problèmes avant l'implantation d'une interdiction de fumer que ce qui survient réellement;
- aucune augmentation d'incidents agressifs de la part des patients n'a été rapportée dans plus de 75 % des établissements avec une interdiction de fumer;
- les interdictions de fumer dans les établissements psychiatriques sont efficaces si elles sont simples à comprendre et appliquées de façon uniforme pour tous;
- les interdictions totales, qui incluent les édifices et les terrains adjacents, sont plus efficaces que des interdictions partielles ou sélectives;
- des plaintes et des incidents d'agression verbale sont associés aux interdictions partielles, car ils engendrent des conflits entre le personnel et les patients au sujet des privilèges de fumer.

Plusieurs facteurs essentiels au succès de la mise en place d'une interdiction de fumer en milieu psychiatrique ont été identifiés : une administration possédant un *leadership* clair, cohérent et visible; un personnel qui soutient la politique de l'établissement sans fumée; une formation intensive du personnel sur le bien-fondé de la politique ainsi que sur les interventions en abandon du tabac; une planification adéquate de la mise en œuvre de l'interdiction de fumer et une application conséquente des mesures visant à faire respecter la politique (Lawn & Campion, 2013).

Des exemples d'institutions psychiatriques sans fumée au Québec

L'Institut Philippe Pinel de Montréal est le premier hôpital psychiatrique qui, dès 2005, a interdit de fumer à l'intérieur et à l'extérieur de ses murs. Plusieurs établissements de Montréal qui comprennent des pavillons ou des unités psychiatriques ont fermé leurs fumoirs. C'est le cas de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, du Centre hospitalier de St.Mary, du pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur et du Centre universitaire de santé McGill (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014).

Ailleurs au Canada, le Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto est récemment devenu entièrement sans fumée.

CENTRES DE RÉADAPTATION EN TRAITEMENT DES DÉPENDANCES

Les centres de réadaptation en dépendance sont des établissements offrant des services à des personnes aux prises avec des problèmes graves de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard ou d'argent. Environ 55 000 personnes au Québec ont recours chaque année aux services spécialisés offerts par de tels centres : 20 % pour une dépendance à l'alcool, 60 % pour une dépendance aux drogues et 7 % pour une dépendance au jeu. La prévalence des problèmes de dépendance dans la population générale oscille autour de 5 % (Association des centres en réadaptation en dépendance du Québec, 2015).

La majorité des personnes dépendantes de l'alcool ou des drogues sont des fumeurs

Le taux de tabagisme chez les consommateurs de drogues illicites et les grands consommateurs d'alcool serait trois à quatre fois plus élevé que dans la population en général. Ces fumeurs auraient plus de difficulté à cesser de fumer que les fumeurs qui ne consomment pas de drogue ni d'alcool en grande quantité (Kairouz & Nadeau, 2007; Royer & Cantinotti, 2006; Williams & Ziedonis, 2004). L'usage combiné de tabac, d'alcool et de drogues serait associé à plus de décès que l'usage d'un seul de ces produits (Kairouz & Nadeau, 2007; Royer & Cantinotti, 2006; Williams & Ziedonis, 2004).

Le traitement des dépendances n'aborderait pas la dépendance au tabac

Malgré une prévalence très élevée de tabagisme chez les personnes souffrant de dépendance, le renoncement au tabac serait rarement abordé dans les centres de traitement (Williams & Ziedonis, 2004). Pourtant, la recherche scientifique indique que l'arrêt tabagique ne serait pas une entrave au traitement des autres dépendances et serait cohérent avec l'abstinence à long terme (Royer & Cantinotti, 2006; Williams & Ziedonis, 2004). Tant les lignes directrices américaines que canadiennes recommandent d'offrir un traitement de renoncement au tabac aux fumeurs ayant des dépendances aux drogues et à l'alcool et encouragent les professionnels de la santé à surmonter leurs réticences à traiter ces patients (CAN-ADAPTT, 2011).

Une expérience prometteuse dans un centre de traitement québécois

Il y a quelques années, un programme de soutien à l'arrêt tabagique implanté dans un centre résidentiel de traitement des dépendances a fait l'objet d'une évaluation (Royer & Cantinotti, 2006). Le programme consistait en un traitement intensif adapté à la clientèle offert pendant les trois semaines de traitement à l'interne et en plusieurs suivis en externe sur une période d'un an. L'inscription des participants au programme de renoncement au tabac se faisait sur une base volontaire. Dans le cadre de cette évaluation, les clients d'un autre centre de traitement résidentiel similaire, mais n'offrant pas de programme d'arrêt tabagique, ont servi de groupe de comparaison. Au moment du projet, les deux centres avaient un fumoir.

Contrairement aux perceptions des administrateurs et des intervenants, environ neuf personnes sur dix dans les deux centres souhaitaient cesser de fumer et près de huit sur dix étaient disposées à venir en thérapie dans un centre où il serait complètement interdit de fumer à l'intérieur. L'intervention intensive et personnalisée de renoncement au tabac a permis aux participants du programme de réduire leur consommation de cigarettes, et à une partie d'entre eux de cesser de fumer pendant le traitement, alors

que les clients de l'autre centre n'ont pas modifié leur usage de tabac. Les intervenants ont trouvé que le traitement du tabagisme pouvait s'intégrer dans leur stratégie de traitement des dépendances. L'expérience fut tellement positive que les administrateurs ont décidé de poursuivre le projet. Ils ont adopté une politique d'interdiction de fumer dans tout l'établissement, une condition de succès d'un programme de renoncement au tabac dans un centre de traitement des dépendances, et le fumoir a été transformé en salle d'activité physique.

CENTRES DE PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE

Les centres jeunesse ont pour mission d'assurer la protection et le bien-être des enfants et des jeunes qui sont victimes de négligence, de maltraitance physique, psychologique ou sexuelle ou qui présentent des troubles graves du comportement (Chartrand & Lemieux, 2014). En date du 31 mars 2015, au Québec, plus de 20 000 jeunes étaient pris en charge par le directeur de la protection de la jeunesse. Près de la moitié de ces jeunes sont suivis dans leur milieu familial, un tiers sont hébergés dans une famille d'accueil et un peu plus de 10 %, dans un centre de réadaptation en centre jeunesse (incluant les foyers de groupe), ou dans une ressource intermédiaire (Association des centres jeunesse du Québec, 2015). Ainsi, en 2015, plus de 2 500 jeunes Québécois de moins de 18 ans étaient hébergés dans un centre de réadaptation en centre jeunesse ou dans une ressource intermédiaire (Association des centres jeunesse du Québec, 2015).

La majorité des jeunes hébergés en centre jeunesse fument tous les jours

Chez les jeunes en situation de vulnérabilité qui fréquentent ou résident dans un centre jeunesse, la prévalence du tabagisme est très élevée : environ deux tiers des jeunes de 14 à 17 ans étaient des fumeurs quotidiens avant d'arriver au centre jeunesse (Frappier et coll., 2015; Lambert et coll., 2012). En comparaison, seulement 2 % des élèves du secondaire âgés de 12 à 17 ans fument tous les jours (Traoré, 2014).

Pour les enfants et les jeunes hébergés dans ces établissements et qui ne fument pas au moment de leur placement, cela entraîne une forte probabilité d'expérimenter l'usage du tabac et de devenir éventuellement des fumeurs. Le fait de voir des personnes fumer peut contribuer à l'initiation au tabagisme chez les jeunes (Mead et coll., 2014). Plus l'usage de tabac est visible, plus les jeunes peuvent considérer ce comportement prévalent et socialement acceptable. On relève d'ailleurs qu'à Montréal, dans les centres jeunesse où la prévalence du tabagisme est très élevée, plusieurs jeunes « apprendraient » à fumer lors de leur séjour au centre (Gervais et coll., 2013).

Selon deux études québécoises, l'histoire familiale des jeunes hébergés en centre jeunesse est souvent marquée par une consommation problématique d'alcool ou de drogue, par de la violence physique et des abus sexuels (Frappier et coll., 2015; Lambert et coll., 2012). La grande majorité de ces jeunes sont actifs sexuellement. On constate un taux élevé de grossesse non planifiée et d'infections transmises sexuellement. Plus de la moitié présentent déjà un problème évident de consommation abusive d'alcool ou de drogue nécessitant une intervention spécialisée. Un très grand nombre rapportent avoir reçu un diagnostic de problème de santé mentale. En comparaison avec la population générale des adolescents du Québec, pour plusieurs problèmes, conditions de santé ou facteurs de risque, les données de prévalence sont au moins deux à quatre fois plus élevées chez les adolescents en centre jeunesse. Il s'agit donc d'un groupe à risque, vulnérable et surtout présentant une grande souffrance (Frappier et coll., 2015; Lambert et coll., 2012).

La majorité des fumeurs en centre jeunesse tentent de cesser

Malgré ce parcours difficile, la majorité des jeunes fumeurs en centre jeunesse veulent cesser de fumer. Parmi les jeunes âgés de 14-17 ans qui fumaient quotidiennement plus de 10 cigarettes par jour au cours de l'année précédant leur placement en centre jeunesse, 80 % des filles et 65 % des garçons avaient déjà essayé d'arrêter de fumer une fois ou plus au cours de leur vie. Parmi ceux qui n'avaient jamais fait de tentative pour arrêter de fumer : le tiers avaient déjà sérieusement pensé à arrêter de fumer et la moitié ne croyaient pas en leur capacité à cesser de fumer (Lambert et coll., 2012).

Des pratiques qui ne protègent pas les jeunes contre l'exposition à la fumée de tabac

Dans certains centres jeunesse, outre l'interdiction de fumer à neuf mètres des portes des bâtiments, plusieurs pratiques ne protégeraient pas les jeunes de l'exposition à la fumée de tabac. Au centre jeunesse de Montréal – Institut Universitaire, l'usage de tabac serait toléré à partir de 12 ans avec le consentement des parents, le personnel serait autorisé à fumer en présence de jeunes, aucune activité de prévention n'aurait lieu et peu de soutien à la cessation serait offert (Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, 2013).

Des exemples de centres jeunesse sans fumée au Québec

En 2012, le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue a interdit l'usage de tabac dans ses installations et sur le terrain pour les jeunes et pour l'ensemble du personnel. Cela implique qu'il n'y a plus de temps prévu à l'intérieur des plages horaires pour aller fumer; les accessoires pouvant servir à l'usage du tabac (allumettes, cigarettes, briquets) ne sont plus acceptés; les parents ne sont plus sollicités afin d'obtenir leur autorisation pour laisser fumer leur enfant. Dès l'admission d'un nouveau client fumeur, les règles en regard de l'usage du tabac lui sont présentées et un soutien adapté à sa situation lui est offert. Malgré quelques appréhensions, l'interdiction de fumer, jumelée à un accompagnement adéquat, aurait été implantée plus facilement qu'anticipé.

Plus récemment, le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire a adopté une politique afin de devenir un établissement complètement sans fumée, à l'intérieur comme à l'extérieur de ses installations. Sa mise en œuvre sera progressive et de la formation et des services d'aide à l'arrêt tabagique adaptés aux besoins des jeunes et des employés seront offerts (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014).

CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS LONGUE DURÉE

En 2005, lors de la consultation sur le projet de loi sur le tabac, l'INSPQ reconnaissait qu'il peut être particulièrement difficile d'interdire de fumer aux usagers qui demeurent en permanence en établissement comme un CHSLD (Tremblay & Gervais, 2005). Bien que les auteurs du mémoire s'interrogeaient sur le niveau de protection offert par des fumeurs munis d'un système de ventilation à pression négative, ils estimaient que la mise en place de ce type de fumeurs permettrait de mieux circonscrire les lieux contaminés dans ces établissements et de diminuer ainsi l'exposition de tous ses occupants (Tremblay & Gervais, 2005). En 2013, dans le cadre de l'examen du rapport de mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010, l'INSPQ affirmait de nouveau la nécessité de permettre uniquement la présence de fumeurs et donc d'interdire la possibilité de fumer dans les chambres (Tremblay & Montreuil, 2013).

Mesure proposée par l'INSPQ

Interdiction de fumer dans les établissements de santé et de services sociaux, sauf dans les CHSLD

Position de l'INSPQ

Devant ces données et constats, l'INSPQ suggère **d'interdire les fumeurs dans les établissements de santé et de services sociaux, sauf dans les CHSLD, et d'y interdire les chambres où il est permis de fumer**. Dans les centres jeunesse, l'interdiction de fumer devrait s'étendre également à l'ensemble du terrain, afin de réduire la visibilité du geste de fumer. Cette interdiction de fumer, qui offre aux non-fumeurs un environnement sain, et aux fumeurs un environnement qui soutient le renoncement au tabac, devrait être accompagnée de mesures d'aide à l'arrêt tabagique pour les personnes hébergées et le personnel.

2.3 Lieux extérieurs

2.3.1 TERRASSES ET AUTRES AIRES EXTÉRIEURES AMÉNAGÉES POUR LA DÉTENTE OU LA CONSOMMATION DE PRODUITS

Selon la Loi sur le tabac actuelle, il est interdit de fumer dans les tentes, chapiteaux et autres installations semblables montées de façon temporaire ou permanente et qui accueillent le public, mais des parasols et des auvents sont permis (Gouvernement du Québec, 2006b). Les restaurants et les bars peuvent donc permettre à leur clientèle de fumer sur une terrasse adjacente à leur commerce, pourvu que celle-ci ne soit pas partiellement fermée.

Le projet de loi 44 propose d'interdire complètement de fumer sur les terrasses et les autres aires extérieures exploitées dans le cadre d'une activité commerciale et qui sont aménagées pour le repos, la détente ou la consommation de produits.

En 2012, 22 % des non-fumeurs québécois rapportaient avoir été exposés à la fumée de tabac sur une terrasse de restaurant ou de bar au cours du mois précédent, la même proportion qu'en 2011 (Statistique Canada, 2012; Statistique Canada, 2013).

Une exposition qui pourrait nuire surtout à la santé des travailleurs

Une étude australienne ayant mesuré la concentration de particules fines dans l'air sur 28 terrasses de cafés et de bars rapporte une augmentation de la concentration à partir d'un seul fumeur sur une terrasse (Stafford et coll., 2010). Dans cette étude, le nombre de fumeurs est l'élément qui influençait le plus la concentration de particules fines, davantage que la vitesse et la direction du vent et que l'ouverture des cloisons.

L'exposition de non-fumeurs à la fumée de tabac sur une terrasse peut également être détectée dans leur salive et leur urine. Une étude américaine a mesuré la concentration de deux biomarqueurs spécifiques à la fumée de tabac, la cotinine (un métabolite de la nicotine) et le NNAL (un métabolite d'une nitrosamine cancérigène spécifique au tabac) chez 28 non-fumeurs ayant fréquenté une terrasse de restaurant et de bar pendant trois heures à des périodes achalandées (St.Helen et coll., 2012). La cotinine était mesurée dans la salive avant et après l'exposition, tandis que le NNAL était mesuré dans l'urine avant l'exposition et le lendemain. La concentration de cotinine détectée chez les non-fumeurs était plus élevée après la visite des terrasses de bars (0,161 ng/mL après la visite versus 0,045 avant) et de restaurants (0,075 ng/mL après versus 0,046 avant) comparativement aux visites d'un site extérieur sans fumée (0,044 ng/mL avant et après). De même, la concentration de NNAL détectée chez les non-fumeurs était plus élevée après la visite des terrasses de bars (2,407 versus 0,037 pg/mL) et de restaurants (0,774 versus 0,041 pg/mL) comparativement aux visites d'un site extérieur sans fumée (0,038 versus 0,033 pg/mL) (St.Helen et coll., 2012). Les effets sur la santé associés aux concentrations de ces deux marqueurs sont toutefois mal connus. Selon une étude réalisée à Toronto dans 25 bars comportant une terrasse extérieure adjacente, la concentration d'hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) mesurée dans l'air, un composé cancérigène présent dans la fumée de tabac, augmenterait significativement sur la terrasse avec le nombre de cigarettes allumées (Zhang et coll., 2009).

Pour les clients des terrasses de bars et de restaurants, la durée de l'exposition à la fumée de tabac est généralement trop courte ou trop peu fréquente pour que la concentration moyenne sur une période de 24 heures ou sur une base annuelle excède les seuils d'exposition aux particules fines recommandés par les organismes de santé. Néanmoins, ces résultats suscitent des préoccupations à l'égard des travailleurs de ces lieux. N'oublions pas que la fumée de tabac contient 70 substances reconnues cancérigènes, dont le NNAL et les HAP, et qu'aucun niveau d'exposition à la fumée de tabac n'est jugé sécuritaire (U.S. Department of Health and Human Services, 2006; U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

Une loi interdisant de fumer sur les terrasses réduit significativement l'exposition à la fumée de tabac

Au Canada, l'interdiction complète de fumer sur les terrasses aurait entraîné une diminution significative de la proportion de personnes exposées à la fumée de tabac dans ce lieu au cours du mois précédent de 25 % en Alberta et de 21 % en Nouvelle-Écosse (Azagba, 2015). Les résultats suggèrent qu'une interdiction complète de fumer sur les terrasses diminue de manière significative la proportion de personnes exposées en comparaison avec des interdictions partielles (Azagba, 2015). Les effets des lois seraient significatifs tant pour les fumeurs que les non-fumeurs.

Interdictions de fumer sur les terrasses au Canada

Il est interdit de fumer sur toutes les terrasses de restaurants et de bars de cinq provinces et d'un territoire : l'Alberta, Terre-Neuve et Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et le Yukon. Au Yukon, il est également interdit de fumer dans un rayon de cinq mètres des terrasses, et au Nouveau-Brunswick dans un rayon de trois mètres d'une terrasse. La Colombie-Britannique, le Manitoba, et l'Île-du-Prince-Édouard permettent de fumer sur les terrasses avec certaines restrictions (heures, présence et dimension du toit et des cloisons, etc. (Non-smokers' rights association, 2014a).

Plusieurs municipalités de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan vont plus loin que la Loi provinciale. Par exemple, il est interdit de fumer sur les terrasses de restaurants et de bars à Vancouver et à Saskatoon et la municipalité de Vancouver étend cette interdiction de fumer à six mètres des terrasses (Non-smokers' rights association, 2014a).

Sept Québécois sur dix sont d'accord d'interdire de fumer sur les terrasses

Selon un sondage mené en 2015 auprès de plus de 1 500 Québécois de 18 ans et plus, 71 % des répondants étaient très ou assez d'accord d'interdire de fumer sur les terrasses extérieures des restaurants et bars alors que 28 % étaient peu ou pas du tout d'accord. Le soutien était plus élevé chez les non-fumeurs (80 %) que chez les fumeurs (36 %) (Léger Marketing, 2015).

Mesure proposée dans le projet de loi 44

Interdiction de fumer sur les terrasses et les autres aires extérieures exploitées dans le cadre d'une activité commerciale

Position de l'INSPQ

L'INSPQ considère, tout comme en 2013 (Tremblay & Montreuil, 2013), **qu'il est justifié d'interdire de fumer sur les terrasses de restaurants et de bars ainsi que dans les autres aires extérieures exploitées dans le cadre d'une activité commerciale** et qui sont aménagées pour le repos, la détente ou la consommation de produits. Une telle mesure ferait en sorte d'offrir aux travailleurs de ces lieux la même protection que dans les autres lieux de travail.

2.3.2 À NEUF MÈTRES DE TOUTE PORTE COMMUNIQUANT AVEC PLUSIEURS LIEUX VISÉS PAR LA LOI

Au Québec, il est interdit de fumer à l'extérieur dans un rayon de neuf mètres, ou jusqu'à la limite du terrain, de toute porte communiquant avec les lieux suivants :

- les établissements de santé et de services sociaux;
- les centres de formation professionnelle, d'éducation aux adultes, les cégeps et les universités;
- les lieux où se déroulent des activités communautaires ou de loisirs destinés aux mineurs;
- les centres de la petite enfance et les garderies, à l'exception des résidences privées où sont fournis des services de garde en milieu familial (Gouvernement du Québec, 2006a).

Toutefois, le taux de conformité de l'interdiction de fumer à moins de neuf mètres des portes de ces lieux serait beaucoup moins élevé que celui observé à l'intérieur des lieux fermés (67 % versus 95 % dans les milieux de travail, par exemple) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010).

Le rapport de mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 mentionne que cette interdiction conduirait certains fumeurs à fumer près des fenêtres, notamment dans les établissements du réseau de la santé, exposant ainsi les personnes qui se trouvent à l'intérieur de l'immeuble à la fumée de tabac lorsque les fenêtres sont ouvertes (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010).

En 2012, 52 % des non-fumeurs québécois rapportaient avoir été exposés à la fumée de tabac à l'entrée d'un bâtiment (qui faisait l'objet ou non d'une interdiction) au cours du mois précédant l'enquête, une proportion similaire à 2011 (53 %) (Statistique Canada, 2012; Statistique Canada, 2013).

Le projet de loi 44 propose d'étendre à tous les milieux de travail et tous les lieux qui accueillent le public l'interdiction de fumer dans un rayon de neuf mètres de toute porte communiquant avec ces lieux, à l'exception de ceux situés dans une demeure ou une résidence privée.

Un niveau d'exposition qui peut dépasser momentanément les normes dans certaines conditions

Deux études ont mesuré la concentration de particules fines à l'extérieur des entrées d'édifices publics lorsqu'il y avait des fumeurs à proximité. À Barcelone, la concentration moyenne de particules fines mesurées était de $17 \mu\text{g}/\text{m}^3$ à cinq mètres des portes (Sureda et coll., 2012). À Toronto, la concentration médiane à neuf mètres des portes variait selon le nombre de cigarettes allumées de $11 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (1-4 cigarettes) à $16 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (5 cigarettes ou plus) (Kaufman et coll., 2011). En l'absence de cigarette allumée, la concentration de particules fines mesurée à l'extérieur, donc le niveau de base, était de $8 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Bien que les valeurs maximales observées pouvaient atteindre $496 \mu\text{g}/\text{m}^3$ pendant une dizaine de secondes, celles-ci redescendaient rapidement (Kaufman et coll., 2011). Une seule cigarette allumée dans un rayon de neuf mètres était suffisante pour observer une concentration dépassant le niveau de base, et avec au moins cinq cigarettes allumées la concentration moyenne dépassait de deux fois le niveau de base.

Les fumeurs se rassemblent près des entrées pour fumer

Selon des observations recueillies à l'entrée de différents types d'édifices du centre-ville de Toronto (hôpitaux, campus universitaire, édifices corporatifs et mixtes, édifices gouvernementaux, transports en commun), 37 % des fumeurs observés sur les terrains des établissements étaient à moins de neuf mètres des portes (Kaufman et coll., 2010).

Les observations réalisées sur le terrain de deux hôpitaux où il était interdit de fumer dans un rayon de neuf mètres des portes rapportent que dans le cas d'un hôpital, 53 personnes parmi 137 ne respectaient pas cette interdiction (39 %) alors qu'à l'autre hôpital seulement une personne sur 38 a été vue en train de fumer à moins de neuf mètres des portes (3 %) (Kaufman et coll., 2010).

À l'entrée de deux immeubles de bureaux où il était permis de fumer près des portes, la majorité des fumeurs (88 %) se trouvaient à moins de neuf mètres des portes dans le cas d'un immeuble alors que c'était le cas d'une minorité de fumeurs (20 %) pour l'autre immeuble (Kaufman et coll., 2010). Les raisons de ces variations pour des lieux similaires ne sont pas documentées, mais les auteurs présentent certaines hypothèses, notamment des différences dans l'application des interdictions, dans la vocation des édifices, et dans la culture d'entreprise. Des entrevues semi-dirigées réalisées avec des fumeurs et des non-fumeurs ont révélé que les fumeurs privilégient les endroits où ils peuvent fumer près de leur lieu de travail, en compagnie d'autres fumeurs, à l'abri des intempéries, éloignés des non-fumeurs et des enfants et où ils sont peu visibles. Par ailleurs, les non-fumeurs interrogés ont exprimé leur inconfort associé au fait de traverser un mur de fumée pour se rendre ou quitter leur lieu de travail. Ces moments seraient particulièrement éprouvants pour les personnes qui souffrent de problèmes respiratoires (Kaufman et coll., 2010).

Un rayon et des lieux qui varient d'une province à l'autre

Le Nouveau-Brunswick est la province qui va le plus loin pour protéger les non-fumeurs à l'entrée des édifices. Depuis le 1^{er} juillet 2015, il est interdit de fumer à moins de neuf mètres des portes, des entrées d'air et des fenêtres des endroits publics fermés et des lieux de travail intérieurs.

Dans les autres provinces et territoires, les mesures adoptées varient selon le type d'édifices (lieux publics, lieux de travail ou les deux) et les distances (de trois à neuf mètres). La plupart des lois précisent que l'interdiction de fumer s'applique aux entrées et aux sorties des édifices, de même qu'aux fenêtres qui s'ouvrent et aux prises de ventilation. Deux territoires permettent l'aménagement de structures où il est permis de fumer à trois mètres des portes d'un lieu de travail à condition que la fumée n'entre pas en contact avec les travailleurs sur le site. Trois provinces n'interdisent pas de fumer à l'entrée des édifices : le Manitoba, l'Île-du-Prince-Édouard, et Terre-Neuve et Labrador (Non-smokers' rights association, 2014a).

Soutien aux interdictions de fumer à l'entrée des édifices

En 2007, près de 60 % des fumeurs et des ex-fumeurs récents au Québec étaient en accord avec une interdiction de fumer à l'entrée des édifices (Kairouz et coll., 2010).

Mesure proposée dans le projet de loi 44

Élargissement à tous les milieux de travail et tous les lieux qui accueillent le public de l'interdiction de fumer dans un rayon de neuf mètres de toute porte communiquant avec ces lieux

Position de l'INSPQ

Afin de protéger les non-fumeurs et les enfants de l'exposition à la fumée de tabac lorsqu'ils se rendent dans des lieux qu'ils ne peuvent éviter, **l'INSPQ considère tout à fait souhaitable d'étendre l'interdiction de fumer à moins de neuf mètres des portes** de tous les établissements qui accueillent le public et des lieux de travail. Cette position est demeurée inchangée depuis 2013 (Tremblay & Montreuil, 2013).

L'élargissement de cette interdiction devrait également être considéré pour ce qui est des fenêtres qui s'ouvrent et entrées d'air de ces lieux (Tremblay & Montreuil, 2013). Une telle mesure éviterait le déplacement des fumeurs vers ces endroits et préviendrait ainsi l'exposition des non-fumeurs qui se trouveraient à l'intérieur de l'immeuble. Cette problématique est bien réelle et a été documentée dans le rapport de mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010).

2.3.3 TERRAINS DE JEUX POUR ENFANTS ET TERRAINS ET AMÉNAGEMENTS SPORTIFS PUBLICS

Une mesure pour dénormaliser l'usage du tabac

Les concentrations de particules fines auxquelles les non-fumeurs s'exposent dans des lieux extérieurs vastes et bien ventilés comme les parcs et les plages sont peu documentées (Barnoya & Navas-Acien, 2013; Bayer & Bachynski, 2013). L'interdiction de fumer dans ces endroits repose sur d'autres arguments, notamment la réduction des déchets de cigarettes dans l'environnement et la diminution de l'exposition des jeunes au geste de fumer dans le but de dénormaliser l'usage de tabac (Bayer & Bachynski, 2013; Leung et coll., 2013; Johns et coll., 2013). En effet, le fait de voir des personnes fumer ou de voir des signes de l'usage de tabac peut contribuer à l'initiation au tabagisme chez les jeunes (Mead et coll., 2014). Plus l'usage de tabac est visible, plus les jeunes peuvent considérer ce comportement prévalent et plus ils peuvent le trouver socialement acceptable.

Deux provinces et une municipalité québécoise interdisent de fumer sur les terrains de jeux et les aménagements sportifs publics

L'Ontario et le Nouveau-Brunswick interdisent l'usage de tabac sur les terrains de jeux et les aménagements sportifs publics et dans un périmètre de 20 mètres (Non-smokers' rights association, 2014b).

Au Québec, la ville de Côte-St-Luc interdit de fumer dans les aires de jeux pour enfants, les piscines publiques et les patageoires, les terrains de sports et dans un périmètre variant de 11 à 20 mètres autour de ces aménagements. L'usage de tabac est aussi interdit dans l'ensemble des parcs lors d'événements spéciaux (Ville de Côte Saint-Luc, 2012). L'Ancienne-Lorette interdit de fumer dans certains parcs, sentiers pédestres et pistes cyclables; Ste-Adèle, dans tous les parcs et espaces verts et sur une plage et Rosemère, dans certains parcs (Non-smokers' rights association, 2014b; Ville de Rosemère, 2013; Ville de Sainte-Adèle, 2012).

Une mesure soutenue par la population

En 2015, 90 % des non-fumeurs et 72 % des fumeurs québécois appuyaient une interdiction de fumer sur les terrains de jeux pour enfants, selon un sondage réalisé pour le compte de la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (Léger Marketing, 2015).

Les décideurs appréhendent l'application, mais soutiennent la mesure

Malgré certaines appréhensions, principalement liées aux coûts d'application, les décideurs ont tendance à soutenir les interdictions de fumer dans les parcs de jeux pour enfants, les terrains de sports et les piscines, notamment en raison de la pollution et de l'exemple donné aux jeunes (Tay & Thomson, 2008). Les appréhensions des décideurs ne se matérialisent pas nécessairement. Par exemple, une étude réalisée auprès de municipalités en Ontario ayant implanté des interdictions de fumer dans des lieux extérieurs comme des parcs révèle que certains coûts de promotion et d'application sont à prévoir, mais qu'ils peuvent être absorbés par les budgets de fonctionnement réguliers et les ressources humaines en place (Kennedy et coll., 2014).

Dans certaines juridictions, les citoyens participent à l'application de la Loi. C'est le cas à New York, Chicago et Los Angeles pour l'interdiction de fumer dans les parcs, les aires de jeux, les terrains de sports et autres lieux similaires (www.nycgovparks.org/facility/rules/smoke-free). Dans la ville de New York par exemple, les personnes qui voient quelqu'un fumer dans un endroit interdit sont invitées à demander à cette personne de respecter la Loi et, au besoin, d'aviser un employé de l'endroit en personne ou par téléphone de l'infraction à la loi. Le non-respect de la loi prévoit une amende de 50 \$.

Mesure proposée par l'INSPQ

Interdiction de fumer sur les terrains de jeux pour enfant ainsi que sur les terrains et aménagements sportifs publics

Position de l'INSPQ

L'INSPQ considère qu'une **interdiction de fumer sur les terrains de jeux pour enfants, de même que sur les terrains et aménagements sportifs publics permettrait de protéger ceux-ci de l'exposition sociale de l'usage du tabac.** Une telle mesure est cohérente avec les interventions québécoises favorisant le non-usage du tabac auprès des jeunes, notamment l'interdiction de fumer sur les terrains des écoles, à neuf mètres des portes des lieux communautaires fréquentés par les jeunes et l'interdiction de promouvoir et d'étaler des produits du tabac à la vue du public dans les points de vente.

3 Mesures concernant la vente de tabac, l'étalage et l'affichage – Chapitre III de la Loi

3.1 Étalage de pipe à eau et de cigarette électronique

Le projet de loi 44 propose d'étendre l'interdiction d'étaler du tabac ou son emballage à la vue du public à tous les commerces plutôt qu'uniquement aux points de vente de produits du tabac. Cette mesure touche particulièrement les pipes à eau et les cigarettes électroniques ainsi que leurs composantes et accessoires, qui sont vendus dans des boutiques qui ne vendent pas nécessairement de tabac. Cette mesure assujettit ces produits aux mêmes dispositions que les produits du tabac.

3.1.1 LA PIPE À EAU

La pipe à eau, ou chicha, d'usage courant depuis très longtemps au Moyen-Orient, gagne en popularité dans d'autres régions du monde depuis les années 1990 (Maziak et coll., 2014). Pour fumer la pipe à eau, l'on dépose une préparation à base de tabac ou d'herbes, sur une douille couverte d'une feuille d'aluminium trouée sur laquelle est placé un morceau de charbon incandescent (Shihadeh et coll., 2015). Le charbon chauffe la préparation et lorsque le fumeur aspire au moyen d'un tuyau, la fumée passe à travers le corps de la pipe à eau puis dans un vase rempli d'eau avant d'être inhalée. Du glycérol et d'autres additifs sont ajoutés au mélange à chicha. La fumée inhalée est composée de particules et de substances à l'état gazeux émanant de la combustion du charbon et de la préparation chauffée de tabac/d'herbes (Shihadeh et coll., 2015).

Tout comme pour la cigarette électronique, il est très difficile de connaître la liste des ingrédients des mélanges à chicha, car celle-ci varie (Association pour les droits des non-fumeurs, 2012). De plus, dans certains bars à chicha, l'on offre aux clients des mélanges maison. En général, les mélanges à chicha contiennent un mélange humide de tabac, des agents de conservation, des arômes et un agglutinant comme de la mélasse ou du miel (Association pour les droits des non-fumeurs, 2012). L'étiquetage du produit est également déficient, mais les arômes fruités, sucrés et alcoolisés sont toutefois bien mis en évidence.

L'usage de la pipe à eau diffère de l'usage de la cigarette en ce qu'une séance dure en moyenne une heure comparativement à quelques minutes pour une cigarette (Maziak et coll., 2014). Chez les jeunes adultes ailleurs qu'au Moyen-Orient, l'usage de la pipe à eau est en général occasionnel, soit hebdomadaire ou moins souvent, plutôt que quotidien comme c'est le cas pour la majorité des fumeurs de cigarettes (Maziak et coll., 2014).

Un produit dommageable pour la santé, même sans tabac

Il existe une croyance répandue voulant que l'usage de la pipe à eau soit moins néfaste pour la santé que l'usage de la cigarette dû au fait que l'eau filtrerait les substances toxiques (Neergaard et coll., 2007). Les études réalisées à ce jour indiquent plutôt que la fumée de chicha contient de nombreuses composantes dommageables pour la santé telles que le monoxyde de carbone, des substances cancérigènes, du goudron et des métaux lourds comme l'arsenic, le cobalt ou le plomb (Shihadeh et coll., 2015). Comparativement à l'usage d'une cigarette, une séance de pipe à eau expose l'utilisateur à une quantité beaucoup plus élevée de :

- goudron;
- monoxyde de carbone (qui provient principalement de la combustion du charbon);
- nicotine (sauf si la préparation est à base d'herbes plutôt que de tabac);
- hydrocarbures aromatiques polycycliques;

- métaux lourds (cobalt, chrome, nickel, cadmium, plomb) (Shihadeh et coll., 2015).

Les nitrosamines spécifiques au tabac se retrouvent en quantité moindre que dans la cigarette, notamment en raison de la dilution du tabac parmi les autres ingrédients de la préparation. Les préparations à base d'herbes plutôt que de tabac permettent à l'utilisateur de ne pas s'exposer à la nicotine, mais ne diminueraient pas les risques à la santé associés à la combustion (Shihadeh et coll., 2015).

Bien que les effets de la chicha sur la santé soient moins documentés que pour la cigarette, plusieurs études démontrent que l'usage de la chicha a des effets à court et à long terme sur les systèmes cardiovasculaire et respiratoire (El-Zaatari et coll., 2015). Des études in vitro suggèrent que l'usage de la pipe à eau pourrait augmenter les risques de souffrir de cancer, mais plusieurs études épidémiologiques servant à déterminer l'influence de la pipe à eau sur les risques de cancer ne permettent pas de départager les effets de l'usage de pipe à eau de l'usage combiné de chicha et de produits du tabac (El-Zaatari et coll., 2015). Le partage de la même pipe à eau, une pratique courante, augmenterait également la transmission de maladies infectieuses (Organisation mondiale de la Santé, 2006b).

Un produit populaire auprès des jeunes adultes et des jeunes

C'est avec l'introduction de la forme aromatisée du mélange à chicha que la pipe à eau est devenue de plus en plus populaire auprès des jeunes (Maziak et coll., 2014). Les arômes fruités agréables de la chicha, de même que le contexte social dans lequel ce produit est fumé ont tout pour séduire, surtout les jeunes et les jeunes adultes, d'où l'engouement pour ce produit (Maziak et coll., 2014). L'usage de la pipe à eau serait plus courant chez les jeunes, les hommes, les personnes de niveau socioéconomique élevé, et en milieu urbain (Maziak et coll., 2014).

À l'échelle canadienne, on observe une augmentation significative de l'usage de la pipe à eau chez les jeunes du secondaire de 2010-2011 à 2012-2013 (Minaker et coll., 2014). Au Québec, 5,5 % des élèves de secondaire 3 à 5 avaient fait usage de pipe à eau au cours des 30 jours précédents l'enquête en 2012-2013 et 14 %, à vie. Ces proportions étaient similaires à la moyenne canadienne. Au Québec, 31 % des élèves de secondaire 3 à 5 croyaient que l'usage de pipe à eau était moins dommageable pour la santé que la cigarette. Les élèves qui partagent cette croyance et ceux qui fument la cigarette sont significativement plus susceptibles de fumer la pipe à eau (usage 30 jours) (Minaker et coll., 2014).

Un produit partiellement réglementé au Québec

Le Québec est la seule province qui assujettit depuis 2006 la pipe à eau à un produit du tabac même si le produit fumé ne contient pas de tabac.

Plus récemment, depuis le 31 mai 2015, la Nouvelle-Écosse a interdit l'usage de la pipe à eau avec ou sans tabac dans les lieux intérieurs publics, sur les terrasses, aux entrées des édifices publics et des lieux travail de même qu'autour des fenêtres et des prises de ventilation.

Mesure proposée dans le projet
de loi 44

**Élargissement de
l'interdiction d'étaler du
tabac ou son emballage à
la vue du public à tous les
commerces plutôt
qu'uniquement aux points
de vente de produits du
tabac**

Position de l'INSPQ

Vu l'intérêt récent des jeunes adultes et des jeunes pour la pipe à eau, un produit pouvant entraîner une dépendance à la nicotine et dont la nocivité est de mieux en mieux documentée, **il est tout à fait cohérent d'assujettir l'étalage de ce produit aux mêmes dispositions que les autres produits du tabac.**

3.1.2 LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Tel que décrit à la section 1, la cigarette électronique est un nouveau produit susceptible d'entraîner une dépendance à la nicotine et qui suscite un fort engouement chez les jeunes.

Mesure proposée dans le projet
de loi 44

Élargissement de l'interdiction d'étaler du tabac ou son emballage à la vue du public à tous les commerces plutôt qu'uniquement aux points de vente de produits du tabac

Position de l'INSPQ

Étant donné la volonté gouvernementale d'assujettir la cigarette électronique à un produit du tabac, **il est tout à fait cohérent d'en interdire l'étalage ainsi que leurs composantes et accessoires à la vue du public dans tous les commerces.**

3.2 Location de pipe à eau et de cigarette électronique

Le projet de loi 44 inclut une mesure qui interdirait « de donner en location une cigarette électronique ou tout autre dispositif de cette nature ainsi qu'une pipe à eau, y compris leurs composantes et leurs accessoires. » Le coût moins élevé d'une location de ces dispositifs comparativement au coût d'achat pourrait faciliter l'accessibilité économique, notamment pour les jeunes et les jeunes adultes.

Mesure proposée dans le projet
de loi 44

Interdiction de donner en location une cigarette électronique ou une pipe à eau, ainsi que leurs composantes et accessoires

Position de l'INSPQ

L'INSPQ est d'avis que **cette mesure réduira l'accès des jeunes et des jeunes adultes aux pipes à eau et aux cigarettes électroniques**, deux produits pouvant entraîner une dépendance à la nicotine, ce qui est souhaitable et cohérent avec les efforts de prévention.

4 Mesures se rapportant à la promotion, la publicité et l'emballage – Chapitre IV de la Loi

Depuis les lois successives qui ont interdit les commandites, limité la publicité, la promotion et l'étalage des produits du tabac, le paquet de cigarettes comme outil promotionnel a pris une importance grandissante pour l'industrie du tabac (Ford, 2012; Kotnowski & Hammond, 2013; Moodie et coll., 2012). Par le format, le choix des couleurs, de la police et de certaines mentions, le paquet peut exprimer l'élégance, la fraîcheur ou encore, l'authenticité (Centre for Tobacco Control Research, 2012; Ford, 2012). Par exemple, l'utilisation du blanc et du bleu sur les paquets peut renforcer la perception que son contenu est plus doux et moins dommageable alors que les paquets de cigarettes fines, plus petits et allongés, peuvent communiquer la féminité et la minceur (Ford, 2012).

On observe également une augmentation des innovations en matière d'emballage avec l'apparition de paquets octogonaux, d'éditions limitées, de carton lustré ou texturé ou encore, de paquets s'ouvrant comme un briquet ou comme un portefeuille (Moodie et coll., 2012).

Les jeunes sont particulièrement attirés par les emballages distinctifs et innovateurs

Plusieurs études démontrent que les jeunes et les jeunes adultes sont particulièrement influencés par les stratégies marketing. Les paquets innovateurs, comme les paquets à édition limitée, qui se démarquent par leur forme, leur couleur ou leur manière de s'ouvrir, sont perçus comme étant plus attrayants par les jeunes et les jeunes adultes (Ford et coll., 2013; Gallopel-Morvan et coll., 2011). Ils suscitent beaucoup d'intérêt et de curiosité comparativement aux paquets ordinaires ou neutres, notamment auprès des jeunes non-fumeurs qui auraient une propension à fumer, c'est-à-dire qui ne rejettent pas totalement l'idée de fumer une cigarette au cours de la prochaine année ou d'accepter une cigarette offerte par un ami (Centre for Tobacco Control Research, 2012; Ford et al., 2013).

Les cigarettes fines et allongées sont généralement présentées dans un boîtier de taille et d'apparence similaires à celui d'un rouge à lèvres. Or, certaines études sur la perception des jeunes de divers types d'emballages révèlent que ce type de boîtier, lorsqu'il est inclus dans les options, est nettement préféré des jeunes, en particulier les jeunes filles (Ford et coll., 2013; Hammond et coll., 2014).

4.1 Emballage neutre

Selon la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, les pouvoirs publics devraient s'assurer que « le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac ne contribuent pas à la promotion d'un produit du tabac par des moyens fallacieux, tendancieux ou trompeurs, ou susceptibles de donner une impression erronée quant aux caractéristiques, effets sur la santé, risques ou émissions du produit (...) » (Organisation mondiale de la Santé, 2005). À cette fin, l'OMS recommande de limiter ou d'interdire l'utilisation de logos, de couleurs, d'images de marque ou de textes promotionnels sur les emballages. Seuls le nom de la marque et celui du produit imprimés en caractères normaux et dans une couleur standardisés devraient être permis (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Cette mesure pourrait avoir comme effets de :

- réduire l'attrait des produits du tabac;
- conférer plus d'efficacité aux mises en garde;
- contrer les techniques de design pouvant induire les usagers en erreur quant aux risques associés à la consommation des produits du tabac (Organisation mondiale de la Santé, 2008).

L'Australie a été le premier pays à adopter l'emballage neutre. Cette mesure, obligatoire depuis décembre 2012, précise les normes devant être respectées quant au produit du tabac, à son emballage et à la mise en garde. Ainsi, les cigarettes des différentes marques doivent être uniformisées, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent se distinguer par leur forme, leur couleur ou leur taille. Cette standardisation s'applique également

aux paquets de cigarettes qui doivent tous être de la même couleur (brun-olive foncé), de la même taille, avec une ouverture à rabat et contenir le même nombre de cigarettes. Les informations se retrouvant sur les paquets de cigarettes doivent se limiter au nom de la marque et à leurs variantes, c'est-à-dire aux indications qui distinguent ces produits, par exemple les termes *gold* ou *smooth*. Finalement, l'image et la mise en garde doivent couvrir 75 % de l'avant du paquet, plutôt que 30 % avant l'implantation de l'emballage neutre, et doivent inclure un message explicatif sur les conséquences du tabagisme à l'arrière, qui couvre 90 % de cette surface (Scollo et coll., 2014).

L'emballage neutre réduit l'attrait des produits du tabac

Les auteurs de quatre recensions d'écrits scientifiques récentes concluent que l'emballage neutre aurait un impact significatif sur l'attrait des cigarettes, qui seraient perçues comme ayant moins bon goût et de qualité inférieure (Hammond, 2014; Moodie et coll., 2012; Smith et coll., 2015; Stead et coll., 2013). L'emballage neutre aurait aussi pour effet de contrecarrer la capacité d'une marque à véhiculer une certaine identité et certaines valeurs, comme la liberté, la virilité ou la confiance en soi. Plusieurs études portant spécifiquement sur les adolescents confirment que ce constat s'applique particulièrement à ce groupe (Centre for Tobacco Control Research, 2012; Ford et coll., 2013; Germain et coll., 2010; Hammond et coll., 2014).

L'expérience australienne nous apprend que suite à l'introduction de l'emballage neutre, une plus grande proportion de fumeurs adultes percevaient leur paquet de cigarettes comme étant moins attrayant, moins satisfaisant et de qualité moindre (Wakefield et coll., 2015; Wakefield et coll., 2013). Selon les résultats d'un sondage mené sur une base hebdomadaire auprès de fumeurs australiens entre avril 2006 et mai 2013, on a observé, après l'introduction de l'emballage neutre, une augmentation significative des fumeurs fortement en désaccord avec l'idée que leur paquet de cigarettes est attrayant, qu'il exprime quelque chose de bien sur eux et qu'il s'agence à leur style (Dunlop et coll., 2014). Ces résultats semblent également se refléter chez les adolescents, en particulier chez ceux qui fument. Une étude menée auprès d'environ 6 000 adolescents de 12 à 17 ans l'année suivant l'implantation de l'emballage neutre, démontre qu'ils ont beaucoup moins tendance à percevoir les paquets de cigarettes de façon positive que les quelque 6 338 jeunes interrogés en 2011 (White et coll., 2015b). L'écart entre l'appréciation qu'ont les jeunes des paquets en 2011 et en 2013 est encore plus marqué chez les adolescents qui fument.

L'emballage neutre permet une plus grande efficacité des mises en garde

L'adoption de l'emballage neutre permettrait aux mises en garde d'être plus percutantes tant chez les adolescents que chez les jeunes adultes. Selon un sondage mené auprès de 540 jeunes Français âgés de 15 à 25 ans interceptés dans la rue, la mise en garde d'un paquet neutre est davantage remarquée que la marque du paquet (Gallopel-Morvan et coll., 2012). Une étude semblable réalisée auprès de 220 étudiants adultes d'universités canadiennes révèle que les participants ayant vu l'image d'un paquet neutre ont plus de chance de se souvenir du message de la mise en garde comparativement aux participants ayant vu l'image d'un paquet de marque (Al-Hamdani, 2013). Les chances étaient plus élevées chez les non-fumeurs que chez les fumeurs.

L'emballage neutre pourrait accroître la crédibilité des mises en garde selon les résultats de groupes de discussion menés auprès de jeunes Néo-Zélandais de 14 à 16 ans (McCool et coll., 2012). Ils notent en effet, un certain paradoxe entre l'image de marque juxtaposée à la mise en garde, ce qui envoie à leur avis un message contradictoire. Lorsque des paquets neutres leur sont présentés, le message leur semble clair, direct et droit au but. De plus, certains perçoivent que les mises en garde sont plus puissantes puisque rien ne peut détourner l'attention de la mise en garde. Des résultats similaires sont rapportés par Hal et ses collègues (2012).

Depuis l'introduction de l'emballage neutre, les fumeurs australiens auraient davantage tendance à remarquer la mise en garde (Brennan et coll., 2015; Dunlop et coll., 2014; Wakefield et coll., 2015; Yong et coll., 2013). À l'heure actuelle, une seule étude sur les effets des mises en garde a porté sur les

adolescents (White et coll., 2015a). En comparant les données d'une enquête menée auprès de plus de 6 000 adolescents de 12 à 17 ans en 2011 à celles d'environ 6 000 jeunes en 2013, les auteurs remarquent que les jeunes étaient déjà grandement sensibilisés aux conséquences du tabagisme sur la santé en 2011 et que l'apparition des emballages neutres ne semblait pas avoir accru significativement cette prise de conscience.

L'emballage neutre permet de contrer les techniques de design qui peuvent induire les usagers en erreur

Les études démontrent que la capacité de l'emballage neutre à influencer la perception de la nocivité et de la force des produits du tabac pourrait être étroitement liée à sa couleur. Selon une recension de 16 études sur le sujet, les cigarettes d'un paquet neutre sont perçues comme étant plus nocives que celles d'un paquet de marque, si la couleur du paquet neutre est foncée, brun par exemple (Moodie et coll., 2012). Inversement, lorsque l'emballage est pâle ou blanc, les cigarettes de ce paquet seraient perçues comme étant moins dommageables que celles d'un paquet de marque. Les recensions d'écrits scientifiques de Hammond et de Stead et de ses collègues confirment l'importance de la couleur du paquet sur la perception de la nocivité et de la force du produit (Hammond, 2014; Stead et coll., 2013).

Certaines des premières études sur l'expérience australienne se sont penchées sur la perception des risques associés à l'usage des produits du tabac présentés dans un emballage neutre. Après l'introduction de l'emballage neutre, les fumeurs adultes seraient plus nombreux à penser que les diverses marques ne se différencient pas en termes de nocivité (Wakefield et coll., 2015). Cette observation est valable aussi pour les adolescents (White et coll., 2015b).

Bien que l'Australie ait choisi d'implanter un emballage neutre brun olive foncé, ce pays permet toujours à l'heure actuelle l'ajout d'éléments textuels (variantes). Des chercheurs qui effectuent une veille régulière des produits du tabac offerts en Australie notent certaines tendances, comme l'adoption de noms plus évocateurs à la suite de l'implantation de l'emballage neutre (Scollo et coll., 2014). Ainsi, les cigarettes « Pall Mall Blue » sont devenues « Pall Mall Rich Blue » ou encore, le terme « rouge » est ajouté sur les paquets qui étaient précédemment rouges (Scollo et coll., 2014). La présence d'indications telles que « velouté » pourrait réduire la capacité de l'emballage neutre australien à corriger la perception que les cigarettes de certains paquets sont moins nocives, moins fortes et qu'elles génèrent moins de dépendance. Cette hypothèse est en partie corroborée par les résultats d'un sondage en ligne mené auprès de 320 jeunes adultes fumeurs et anciens fumeurs en Australie avant l'implantation de l'emballage neutre : les répondants différenciaient les paquets neutres en termes de qualité, de goût, du niveau de nicotine et de nocivité selon la variante inscrite sur le paquet (Borland & Savvas, 2014).

En 2011, le gouvernement canadien a adopté un règlement interdisant l'utilisation des termes « douce » et « légère » sur les emballages de produits du tabac, qui pouvaient induire la population en erreur quant à la nocivité de ces produits. Toutefois, d'autres termes tels que « velouté » et « pleine saveur » sont inscrits sur les paquets de cigarettes. En interdisant tout descriptif du produit, l'emballage neutre cible le même objectif que l'interdiction des termes « douce » et « légère », c'est-à-dire contrer l'idée fautive selon laquelle certains produits du tabac sont moins dommageables, plus doux ou encore, génèrent une dépendance moins forte.

L'emballage neutre inciterait les fumeurs à arrêter de fumer

La présentation des produits du tabac dans un emballage neutre a comme objectif final de réduire la prévalence du tabagisme. Malgré le nombre limité d'études portant sur l'expérience australienne relativement récente, certaines d'entre elles se sont penchées sur la capacité de l'emballage neutre à influencer des comportements et processus cognitifs associés au renoncement au tabac. Une étude portant sur la période de transition de deux mois (entre l'introduction de l'emballage neutre et le moment où il est devenu obligatoire) estime que pour les fumeurs quotidiens ayant déjà adopté l'emballage neutre, l'arrêt tabagique est une priorité plus élevée dans leur vie comparativement aux fumeurs ne l'ayant pas

encore adopté (Wakefield et coll., 2013). L'étude de Brennan et de ses collègues, menée auprès de plus de 3 000 fumeurs australiens, interrogés à deux reprises à un mois d'intervalle au cours de l'année suivant l'imposition de l'emballage neutre, révèle que la plus grande attention portée aux mises en garde prédit de manière significative l'intention des fumeurs de cesser de fumer, le choix d'une date d'arrêt et une tentative de renoncement au tabac (Brennan et coll., 2015). L'implantation de l'emballage neutre permettrait ainsi une accélération des processus cognitifs en lien avec le renoncement au tabac et des changements de comportement dont entre autres, la dissimulation du paquet, la propension d'écraser une cigarette avant d'avoir terminé de la fumer et une tentative d'abandon (Durkin et coll., 2015). Finalement, l'introduction de l'emballage neutre en Australie aurait engendré une hausse significative de 78 % des appels à la ligne d'aide à l'arrêt tabagique (Young et coll., 2014). Comparativement à l'introduction des mises en garde en 2006, qui a aussi été accompagnée par une croissance du nombre d'appels, l'augmentation des appels en lien avec l'implantation des paquets neutres a été observée sur une plus longue période (Young et coll., 2014).

De nombreux pays suivent l'exemple de l'Australie

Un nombre grandissant de pays ont décidé d'adopter le pas à l'Australie. Le rejet par la Haute Cour de l'Australie de la contestation de l'industrie du tabac envers l'imposition de l'emballage neutre contribue à l'idée qu'elle est envisageable dans d'autres pays. Ainsi, l'emballage neutre sera introduit en mai 2016 au Royaume-Uni et en Irlande. La France, la Nouvelle-Zélande, la Finlande, la Suède et la Norvège ont également entrepris des démarches afin d'instaurer l'emballage neutre.

Mesure proposée par l'INSPQ

Obligation pour les compagnies de tabac à présenter leurs produits dans des emballages de format neutre prédéterminé de manière à ce que les produits et les emballages ne puissent se distinguer que par le nom de la marque

Position de l'INSPQ

L'INSPQ réitère sa suggestion **d'obliger les compagnies de tabac à présenter leurs produits dans des emballages de format neutre et prédéterminé** de manière à ce que les produits et les emballages ne puissent se distinguer que par le nom de la marque (Tremblay et Montreuil, 2013). Une interdiction de toute forme de promotion sur des ajouts éventuels aux paquets de cigarettes et de produits du tabac devrait également être instaurée.

Ceci suppose :

- un format, une couleur et une police de caractère uniformisés;
- l'interdiction de variantes;
- des cigarettes et cigares de mêmes forme, taille et couleur.

5 Mesures visant les produits du tabac – Chapitre V de la Loi

5.1 Produits du tabac aromatisés

Au Canada, la Loi sur le tabac interdit depuis 2010 la vente de cigarettes et de petits cigares aromatisés (définis par leur poids en grammes), les produits mentholés faisant exception. Toutefois, peu de temps après l'adoption de cette loi, les fabricants et importateurs de cigares ont modifié de quelques grammes leurs cigarillos aromatisés afin d'échapper à la définition légale de « petits cigares » et donc à la Loi. Les nouveaux « cigares aromatisés » ont la même apparence que les anciens cigarillos et sont offerts dans une gamme de saveurs sucrées et de fruits. Ils échappent aussi à l'obligation d'avoir un minimum de 20 unités par emballage, comme prescrit par la Loi canadienne. Tout ce qui les distingue des anciens produits, c'est que le filtre de cigarette a été remplacé et qu'ils pèsent plus que 1,4 gramme. Tout récemment, en juin 2015, le gouvernement canadien a adopté un décret qui étendra l'interdiction de l'aromatisation aux cigares de 1,4 gramme à 6 grammes. Toutefois, le menthol demeure permis dans tous les produits du tabac.

Le projet de loi 44 propose d'aller plus loin en interdisant la vente, l'offre et la distribution de produits du tabac comportant une saveur ou un arôme autres que ceux du tabac, incluant le menthol. Ainsi, la cigarette au menthol, le tabac aromatisé utilisé avec la pipe à eau, et les produits de tabac sans fumée aromatisés seraient interdits, tout comme les petits cigares aromatisés, suite au décret du gouvernement canadien. Cette mesure ne s'applique toutefois pas aux saveurs des liquides utilisés avec la cigarette électronique bien que le projet de loi prévoit une disposition permettant d'interdire éventuellement certaines saveurs par voie de règlement.

Les additifs aromatisants améliorent le goût des produits du tabac

Plus de 200 additifs sont directement ajoutés aux produits du tabac : des substances qui permettent de réguler la combustion, des hydratants, des agents de conservation ou des solvants, mais la grande majorité des additifs ont plutôt une fonction aromatique (Danish Cancer Society, 2008). Pour que cet arôme soit perçu et qu'il masque le goût du tabac qui rebute généralement les non-initiés, ces substances doivent être ajoutées en quantité suffisante, souvent mesurée en fonction de la proportion du poids du tabac (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks of the European Commission, 2010). Des analyses de la composition chimique des additifs montrent que pour certains d'entre eux, la quantité de l'additif ajouté est nettement supérieure à celle retrouvée dans d'autres produits de consommation aromatisés (German Cancer Research Center, 2012). Par exemple, la quantité d'aromatisant qui sert à la fabrication d'un cigarillo Cheyenne ou d'une portion de *snuff Skoal* à la cerise est nettement supérieure à la quantité utilisée pour donner le goût à un bonbon de type *Life Saver* de la même saveur (Brown et coll., 2014b). Ainsi, les additifs utilisés pour de tels produits du tabac peuvent couvrir le goût du produit consommé et peuvent également transformer l'odeur de la fumée dégagée.

Certains additifs aromatisants masquent le caractère âpre de la fumée du tabac

La fumée de tabac provoque une sensation d'irritation, d'assèchement de la gorge, qui peut être désagréable pour celui qui consomme ces produits ou qui est exposé à la fumée (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks of the European Commission, 2010). Certains additifs comme la réglisse ou le menthol, en plus d'aromatiser le tabac, ont des propriétés qui permettent de neutraliser le caractère âpre du tabac. L'extrait de réglisse permet de réduire l'assèchement de la gorge et de la bouche (German Cancer Research Center, 2012).

Le menthol est ajouté à la plupart des cigarettes en petites quantités, mais en quantité suffisante dans certaines cigarettes pour être un « arôme caractérisant² ». Le menthol possède des propriétés refroidissantes, anesthésiques et analgésiques qui modèrent l'irritation causée par le tabac et qui contribuent aux qualités sensorielles de la fumée de tabac (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks of the European Commission, 2010; Yerger & McCandless, 2011). Selon plusieurs chercheurs, dont certains ayant analysé des documents de l'industrie du tabac, le menthol faciliterait l'initiation au tabac (Hersey et coll., 2006; Kreslake et coll., 2008; Yerger & McCandless, 2011). Aux États-Unis, la consommation de cigarettes au menthol est plus populaire chez les fumeurs novices et plus jeunes (Hersey et coll., 2006).

L'ajout d'additifs sucrés et d'extrait de cacao peut également diminuer la sensation d'assèchement en produisant, lorsque chauffés, des acides qui ont la capacité de réduire le pH de la fumée lorsque combinés à la nicotine (Sokol et coll., 2014).

Le fait que plusieurs additifs soient utilisés pour neutraliser l'odeur de la fumée de tabac ou pour masquer son caractère irritant, rend la fumée de tabac beaucoup moins inconfortable pour les non-fumeurs qui y sont exposés (Connolly et coll., 2000).

Les additifs aromatisants accroissent l'attrait des produits du tabac chez les jeunes

Des documents produits par l'industrie du tabac relatent plusieurs essais de prototypes de produits aromatisés, dont l'objectif est de choisir des saveurs appréciées des participants (Carpenter et coll., 2005). Par exemple, afin de développer un produit aromatisé ciblant les jeunes adultes fumeurs qui recherchent « un nouveau type de plaisir rafraîchissant », Lorillard a conduit en 1991 des tests en panel pour un arôme de citron-menthe, dont les résultats indiquaient qu'il fallait augmenter le niveau de saveur pour que le produit soit apprécié (Lorillard, 1993; Carpenter et coll., 2005). Le pouvoir d'attraction des saveurs a également été mis en évidence dans une étude qualitative menée au Minnesota auprès de 66 jeunes âgés de 18 à 26 ans. Les participants réunis en groupes de discussion percevaient de façon positive le fait que les nouveaux produits soient disponibles dans différentes saveurs (Choi et coll., 2012). Selon les auteurs de cette étude, les jeunes adultes sont intéressés à expérimenter des produits aromatisés et l'élimination des saveurs pourrait diminuer leur intention d'essayer de tels produits.

Certains additifs pourraient avoir un effet indirect sur la dépendance aux produits du tabac

Certains additifs pourraient avoir un effet indirect sur la dépendance au tabac (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks of the European Commission, 2010; Talhout et coll., 2006). En effet, lors de la combustion du tabac, les sucres génèrent la formation d'aldéhydes incluant l'acétaldéhyde qui, lorsqu'il est injecté chez des animaux de laboratoire, potentialise l'effet addictif de la nicotine, probablement en inhibant l'enzyme qui dégrade la nicotine, la monoamine-oxydase (MAO) (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks of the European Commission, 2010). Vu que chez l'humain l'acétaldéhyde est peu absorbé, les chercheurs croient que ce sont d'autres aldéhydes issus de la combustion des sucres qui seraient responsables de l'inhibition de la MAO (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks of the European Commission, 2010).

Des produits qui séduisent les jeunes Québécois

En 2012-2013, parmi les élèves québécois de la 6^e année du primaire et du secondaire ayant fait usage de tabac au cours des 30 jours précédant l'enquête, près de six jeunes sur 10 (58 %) avaient consommé un produit du tabac aromatisé, ce qui représente plus de 40 000 jeunes (Manske et coll., 2014). Cette proportion était plus élevée qu'en Ontario (44 %) et en Colombie-Britannique (44 %) (Manske et coll., 2014). Au Québec, si l'on considère tous les élèves du secondaire incluant ceux qui n'ont jamais fumé de cigarette, c'est un élève sur quatre (26 %) qui a déjà consommé un produit du tabac aromatisé au cours de sa vie, une proportion plus élevée que celle observée dans le reste du Canada (13 %) (Lasnier, 2015).

² Par arôme caractérisant, l'on veut dire un arôme qu'il est possible d'identifier, lorsque fumé.

Au Québec, plus d'un tiers des élèves du secondaire qui ont fumé la cigarette au cours du dernier mois ont fumé des cigarettes au menthol (36 %) (Lasnier, 2015b). Par ailleurs, selon des données recueillies en 2010-2011 auprès d'un échantillon représentatif d'élèves canadiens, les fumeurs de cigarettes au menthol fument un plus grand nombre de cigarettes et ont davantage l'intention de continuer à fumer comparativement aux élèves qui fument des cigarettes non mentholées (Azagba et coll., 2014).

Plusieurs provinces tentent d'interdire les saveurs

À la lumière de tels constats, plusieurs provinces ont récemment pris l'initiative d'interdire tout produit de tabac aromatisé, incluant le menthol. C'est le cas du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario et de l'Alberta.

Mesure proposée dans le projet
de loi 44

Interdiction de vente de produits du tabac aromatisés incluant le menthol

Position de l'INSPQ

L'INSPQ est tout à fait **en appui avec une interdiction de vente de produits du tabac aromatisés**. Une telle mesure avait d'ailleurs été discutée dans le mémoire sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 publié en 2013 (Tremblay & Montreuil, 2013). L'INSPQ est d'avis qu'il s'agit d'une avancée significative en termes de prévention du tabagisme.

6 Conclusion

Le projet de loi 44 représente une avancée significative pour le contrôle du tabac au Québec. L'INSPQ croit qu'il est judicieux d'encadrer la mise en marché de nouveaux produits ou accessoires liés au tabac comme la cigarette électronique dont on ne connaît pas l'impact en termes d'initiation ou de renoncement au tabac. Retirer l'ajout de tout arôme aux produits du tabac devrait rendre les premières expériences beaucoup moins agréables et ainsi prévenir l'usage du tabac chez plusieurs jeunes. Et la santé des non-fumeurs devrait être davantage protégée de l'exposition à la fumée de tabac grâce à l'ajout de nouveaux lieux où il serait dorénavant interdit de fumer, dont les voitures lorsque des jeunes de moins de 16 ans y prennent place.

Certaines mesures proposées dans le projet de loi 44, non discutées dans le présent mémoire, devraient faciliter l'application de la Loi : augmentation substantielle des amendes, nouvelles sanctions pour les particuliers et les exploitants qui commettent des infractions à la Loi, renversement du fardeau de la preuve pour les infractions aux points de vente et augmentation du pouvoir des inspecteurs.

Par ailleurs, l'INSPQ considère que certaines mesures absentes devraient figurer au projet de loi, dont notamment :

- une obligation, pour les compagnies de tabac, de présenter leurs produits dans des emballages de format neutre, prédéterminé, de manière à ce que les produits et les emballages ne puissent se distinguer que par le nom de la marque;
- une interdiction de fumer en tout temps dans les lieux servant à la garde d'enfants;
- une interdiction de fumer les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, sauf dans les CHSLD.

L'adoption des nouvelles mesures législatives inscrites dans le projet de loi 44 contribuera certainement à réduire la mortalité et la morbidité reliées à l'usage du tabac des Québécois. Elles s'inscrivent en cohérence avec les engagements du gouvernement du Québec en matière de lutte contre le tabagisme. En terminant, l'INSPQ tient à rappeler l'importance de hausser les taxes sur les produits du tabac de façon régulière afin de rendre ceux-ci moins accessibles économiquement en particulier chez les jeunes et afin d'inciter les fumeurs à renoncer au tabac.

Références

- Action on Smoking and Health (2014). *Electronic cigarettes (also known as vapourisers) – ASH Briefings, June 2014* London, UK.
- Adriaens, K., Van Gucht, D., Declerck, P., & Baeyens, F. (2014). Effectiveness of the electronic cigarette: an eight-week flemish study with six-month follow-up on smoking reduction, craving and exp. *International Journal of Environmental Research in Public Health*, 11, 11248.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2014). *Montréal sans tabac: Pour une génération de non-fumeurs – Rapport du directeur de santé publique* Montréal, Québec, Canada: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Al-Hamdani, M. (2013). The Effect of Cigarette Plain Packaging on Individuals' Health Warning Recall. *Health Policy*, 8, 68-77.
- Apelberg, B. J., Hepp, L. M., Vila-Tang, E., Gundel, L., Hammond, S. K., Hovell, M. F. et coll. (2013). Environmental monitoring of secondhand smoke exposure. *Tob. Control.*, 22, 147-155.
- Association des centres en réadaptation en dépendance du Québec (2015). Profil des clientèles. Disponible au: <http://www.acrdq.qc.ca/les-centres/profil-des-clienteles>
- Association des centres jeunesse du Québec (2015). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux, 2015* Québec, Canada: Association des centres jeunesse du Québec.
- Association pour les droits des non-fumeurs (2012). *Usage de la pipe à eau au Canada. Nouvelle tendance, tradition ancestrale.*
- Association pour les droits des non-fumeurs. (2013). *Quelle suite donner au rapport de la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010?*
- Australian Government Preventative Health Taskforce (2008). *Tobacco Control in Australia: Making smoking history. Technical report No2.*
- Azagba, S. (2015). Effect of smoke-free patio policy of restaurants and bars on exposure to second-hand smoke. *Preventive Medicine.*
- Azagba, S., Minaker, L.M., Sharaf, M.F., Hammond, D., & Manske, S. (2014). Smoking intensity and intent do continue smoking among menthol and non-menthol adolescent smokers in Canada. *Cancer Causes Control.*
- Bahl, V., Lin, S., Xu, N., Davis, B., Wang, Y., & Talbot, P. (2012). Comparison of electronic cigarette refill fluid cytotoxicity using embryonic and adult models. *Reproductive Toxicology*, 34, 529-537.
- Banque Mondiale (2003). *La lutte anti-tabac en un clin d'œil* Banque Mondiale.
- Barnoya, J. & Navas-Acien, A. (2013). Protecting the world from secondhand tobacco smoke exposure: Where do we stand and where do we go from here? *Nicotine and Tobacco Research*, 15, 789-804.
- Barrington-Trimis, J., Samet, J., & McConnell, R. (2014). Flavorings in electronic cigarettes – An unrecognized respiratory health hazard? *Journal of American Medical Association.*
- Bayer, R. & Bachynski, K. E. (2013). Banning smoking in parks and on beaches: Science, policy, and the politics of denormalization. *Health Affairs*, 32, 1291-1298.
- Beck, L. F. & Shults, R. A. (2009). Seat belt use in states and territories with primary and secondary laws – United States, 2006. *Journal of Safety Research*, 40, 469-472.

- Blaser, J. & Cornuz, J. (2015). Experts' consensus on use of electronic cigarettes: a Delphi survey from Switzerland. *BMJ Open*.
- Borland, R. & Savvas, S. (2014). The effects of variant descriptors on the potential effectiveness of plain packaging. *Tobacco Control*, 23, 58-63.
- Brennan, E., Durkin, S., Coomber, K., Zacher, M., Scollo, M., & Wakefield, M. (2015). Are quitting-related cognitions and behaviours predicted by proximal responses to plain packaging with larger health warnings? Findings from a national cohort study with Australian adult smokers. *Tobacco Control*, 24, ii33-ii41.
- Brown, C. & Cheng, J. (2014). Electronic cigarettes: product characterisation and design considerations. *Tobacco Control*, 23, ii4-ii10.
- Brown, J., Beard, D., Kotz, D., Michie, S., & West, R. (2014a). Real-world effectiveness of e-cigarettes when used to aid smoking cessation: a cross-sectional population study. *Addiction*.
- Brown, J., Luo, W., Isabelle, L., & Pankow, J. (2014b). Candy Flavourings in Tobacco. *New Zealand Medical Journal*, 370, 2250-2252.
- Bullen, C., Howe, C., Laugesen, M., McRobbie, H., Parag, V., & Williman, J. e. al. (2013). Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet*, 382, 1629-1637.
- California Environmental Protection Agency (1997). *Report: Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*.
- California Environmental Protection Agency (2005). *Air resources board, Office of environmental health hazard assessment. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant*.
- Callahan-Lyon, P. (2014). Electronic cigarettes: human health effects. *Tobacco Control*, 23, ii36-ii40.
- CAN-ADAPTT (2011). *Specific populations: Mental Health and/or Other Addiction(s)*.
- Caponnetto, P., Campagna, D., Cibella, F., Morjaria, J., Caruso, M., Russo, C. et coll. (2013). Efficiency and safety of an electronic cigarette (ECLAT) as tobacco cigarettes substitute: a prospective 12-month randomized control design study. *Plos One*, 8.
- Carpenter, C., Wayne, G., Pauly, J., Koh, H., & Connolly, G. (2005). New cigarette brands with flavors appeal to youth: Tobacco marketing strategies. *Health Affairs*, 24, 1610.
- Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Best practices for comprehensive tobacco control programs* Atlanta: U.S.: 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.
- Centre for Tobacco Control Research (2012). *The packaging of tobacco products* Stirling: The Centre for Tobacco Control Research, University of Stirling.
- Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (2013). *Le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire engagé pour devenir un établissement sans tabac. Projet de mise en œuvre d'une politique-tabac: Un cj sans fumée*.
- Chartrand, R. & Lemieux, M. J. (2014). Le CJM-IU sans fumée: Des jeunes et des adultes en santé. In *Journées annuelles de santé publique, Québec, novembre 2014*.
- Chatham-Stephens, K., Law, R., Taylor, E., Melstrom, P., Bunnell, R., Wang, B. et coll. (2014). Calls to Poison centers for exposures to electronic cigarettes – United States, September 2010-February 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63, 292-293.

- Choi, K., Fabian, L., Mottey, N., Corbett, A., & Forster, J. (2012). Young Adults' Favorable Perceptions of Snus, Dissolvable Tobacco Products, and Electronic Cigarettes: Findings From a Focus Group Study. *Am J Public Health, 102*, 2088-2093.
- Connolly, G. N., Wayne, G. D., Lymperis, D., & Doherty, M. C. (2000). How cigarette additives are used to mask environmental tobacco smoke. *Tobacco Control, 9*, 283-291.
- Corey, C., Wang, B., Johnson, S., Apelberg, B., Husten, C., King, B. et coll. (2014). Notes from the field: Electronic cigarette use among middle and high school students - United States, 2011-2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 62*, 729-730.
- Czoli, D., Reid, J., Rynard, V., & Hammond, D. (2015). *E-cigarettes in Canada – Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2015 Edition, Special Supplement* Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.
- Danish Cancer Society. (2008). Tobacco Additives: A Study of the Available Literature.
- Dautzenberg, B., Birkui, P., Noel, M., Dorsett, J., Osman, M., & Dautzenberg, M. D. (2013). E-cigarette: a new tobacco product for schoolchildren in Paris. *Open Journal of Respiratory Diseases, 31*, 21-24.
- Davis, B., Dang, M., Kim, J., & Talbot, P. (2015). Nicotine concentrations in electronic cigarette refill and do-it-yourself fluids. *Nicotine and Tobacco Research, 134*-141.
- Dinh-Zarr, T. B., Sleet, D. A., Shults, R. A., Zaza, S., Elder, R. W., Nichols, J. L. et coll. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to increase the use of safety belts. *American Journal of Preventive Medicine, 21*, 48-65.
- Doll, R., Peto, R., Boneham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal, 328*, 1519-1533.
- Duke, J., Lee, Y., Kim, A., Watson, K., Arnold, K., Nonnemaker, J. et coll. (2014). Exposure to electronic cigarette television advertisements among youth and young adults. *Pediatrics*.
- Dunlop, S. M., Dobbins, T., Young, J. M., Perez, D., & Currow, D. C. (2014). Impact of Australia's introduction of tobacco plain packs on adult smokers' pack-related perceptions and responses: results from a continuous tracking survey. *BMJ Open, 4*, e005836.
- Dunn, J., Greenbank, S., McDowell, M., Mahoney, C., Mazerolle, P., Occhipinti, S. et coll. (2008). Community knowledge, attitudes and behaviours about environmental tobacco smoke in homes and cars. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal Of Australian Association Of Health Promotion Professionals, 19*, 113-117.
- Durkin, S., Brennan, E., Coomber, K., Zacher, M., Scollo, M., & Wakefield, M. (2015). Short-term changes in quitting-related cognitions and behaviours after the implementation of plain packaging with larger health warnings: findings from a national cohort study with Australian adult smokers. *Tobacco Control, 24*, ii26-ii32.
- Durmowicz, E. (2014). The impact of electronic cigarettes on the paediatric population. *Tobacco Control, 23*, ii41-ii46.
- El-Zaatari, Z., Chami, H., & Zaatari, G. (2015). Health effects associated with waterpipe smoking. *Tobacco Control, 24*, i31-i43.
- Fagerström, K. O. & Aubin, H. (2009). Management of smoking cessation in patients with psychiatric disorders. *Current Medical Research and Opinions, 25*, 511-518.
- Farsalinos, K., Kistler, K., Gillman, G., & Voudris, V. (2014a). Evaluation of electronic cigarette liquids and vapour for the presence of selected inhalation toxins. *Nicotine and Tobacco Research*.

- Farsalinos, K. & Polosa, R. (2014). Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. *Therapeutic Advances in Drug Safety*.
- Farsalinos, K., Romagna, G., Tsiapras, D., Kyrzopoulos, S., & Voudris, V. (2014b). Characteristics, perceived side effects and benefits of electronic cigarette use: A worldwide survey of more than 19,000 consumers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11, 4356-4373.
- Farsalinos, K., Romagna, G., & Voudris, V. (2015a). Factors associated with dual use of tobacco and electronic cigarettes: A case control study. *International Journal of Drug Policy*, 26, 600.
- Farsalinos, K., Spyrou, A., Stefopoulos, C., Tsimopoulou, K., Kourkoveili, P., Tsiapras, D. et coll. (2015b). Nicotine absorption from electronic cigarette use: comparison between experienced consumers (vapers) and naive users (smokers). *Scientific Reports*.
- Farsalinos, K., Spyrou, A., Tsimopoulou, K., Stefopoulos, C., Romagna, G., & Voudris, V. (2014c). Nicotine absorption from electronic cigarette use: comparison between first and new-generation devices. *Scientific Reports*, 4.
- Ford, A., MacKintosh, A. M., Moodie, C., Richardson, S., & Hastings, G. (2013). Cigarette pack design and adolescent smoking susceptibility: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 3, e003282.
- Ford, A. (2012). The role of packaging for consumer products: Understanding the move towards 'plain' tobacco packaging. *Addiction Research & Theory*, 20, 339-347.
- Frappier, J. Y., Duchesne, M., Lambert, Y., & Chartrand, R. (2015). *Santé des adolescent(e)s hébergé(e)s en centres de réadaptation des centres jeunesse au Québec* Montréal, Canada: Association des centres jeunesse du Québec, Hopital Sainte-Justine.
- Gallopel-Morvan, K., Jacques, O., Mathias, W., & Pino, J. M. R. (2012). Demarketing tobacco products: the influence of plain packs on smokers and non-smokers perceptions and behavioural intentions. 30, 322-331.
- Gallopel-Morvan, K., Moodie, C., Hammond, D., Eker, F., Beguinot, E., & Martinet, Y. (2011). Consumer perceptions of cigarette pack design in France: a comparison of regular, limited edition and plain packaging. *Tobacco Control*, tobaccocontrol-050079.
- Germain, D., Wakefield, M. A., & Durkin, S. J. (2010). Adolescents' Perceptions of Cigarette Brand Image: Does Plain Packaging Make a Difference? *Journal of Adolescent Health*, 46, 385-392.
- German Cancer Research Center (2012). *Additives in tobacco products: contribution of carob bean extract, cellulose fibre, guar gum, liquorice, menthol, prune juice concentrate and vanillin to attractiveness, addictiveness and toxicity of tobacco smoking* Germany: German Cancer Research Center.
- Gervais, A., Jacques, M., & Tessier, S. (2013). *Montréal sans tabac: Mise en oeuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010: observations et recommandations pour la mise à jour de la Loi* Montréal, Canada: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Gouvernement du Québec (2006a). *Bulletin d'information: Interdiction de fumer à l'extérieur dans un rayon de neuf mètres de toute porte communiquant avec certains lieux*.
- Gouvernement du Québec (2006b). *Bulletin d'information: Lignes directrices pour l'application de l'article 2.1 (2) de la Loi sur le tabac – Tentes, chapiteaux et autres installations semblables montés de façon temporaire ou permanente qui accueillent le public* Gouvernement du Québec.
- Grant, B., Hasin, D., Chou, S., Stinson, F., & Dawson, D. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 61, 1107-1115.

- Guérin, D., Guyon, L., Fournier, M., Gillet, M., Payette, Y., & Laguë, J. (2006). *La fumée de tabac secondaire: Effets sur la santé et politiques de contrôle de l'usage du tabac dans les lieux publics* Montréal, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- Hajek, P., Etter, J. F., Benowitz, N., Eissenberg, T., & McRobbie, H. (2014). Electronic cigarettes: review of use, content, safety, effects on smokers and potential for harm and benefit. *Addiction*.
- Hal, G. V., Roosbroeck, S. V., Vriesacker, B., Arts, M., Hoeck, S., & Fraeyman, J. (2012). Flemish adolescents' perceptions of cigarette plain packaging: a qualitative study with focus group discussions. *BMJ Open*, 2, e001424.
- Hall, S. & Prochaska, J. (2009). Treatment of smokers with co-occurring disorders: Emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 431.
- Hammond, D. (2014). *Standardized packaging of tobacco products: evidence review* Prepared on behalf of the Irish Department of Health.
- Hammond, D., White, C., Anderson, W., Arnott, D., & Dockrell, M. (2014). The perceptions of UK youth of branded and standardized, 'plain' cigarette packaging. *Eur J Public Health*, 24, 537-543.
- Haut conseil de la santé publique (2014). Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. Paris, France: Haut conseil de la santé publique.
- Hersey, J., Ng, S., Nonnemaker, J., Mowery, P., Thomas, K., Vilsaint, M. et coll. (2006). Are menthol cigarettes a starter product for youth? *Nicotine & Tobacco Research*, 8, 403-413.
- Hirayama, T. (1981). Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*, 282, 183-185.
- Hitchman, S., Brose, L., Brown, J., Robson, D., & McNeill, A. (2015). Associations between e-cigarette type, frequency of use, and quitting smoking: Findings from a longitudinal online panel survey in Great Britain. *Nicotine and Tobacco Research*.
- Hitchman, S. C., Fong, G. T., Zanna, M. P., Hyland, A., & Bansal-Travers, M. (2011). Support and correlates of support for banning smoking in cars with children: findings from the ITC Four Country Survey. *Eur.J Public Health*, 21, 360-365.
- Hood, N. E., Ferketich, A. K., Klein, E. G., Pirie, P., & Wewers, M. E. (2014). Associations between self-reported in-home smoking behaviours and surface nicotine concentrations in multiunit subsidised housing. *Tobacco Control*, 23, 27-32.
- Huang, J., Tauras, J., & Chaloupka, F. (2014). The impact of price and tobacco control policies on the demand for electronic nicotine delivery systems. *Tobacco Control*, 23, iii41-iii47.
- Hwang, J. & Lee, K. (2014). Determination of outdoor tobacco smoke exposure by distance from a smoking source. *Nicotine and Tobacco Research*, 16, 478-484.
- Institut de la statistique du Québec (2014). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011. Fichier maître*.
- Jarvie, J. A. & Malone, R. E. (2008). Children's secondhand smoke exposure in private homes and cars: An ethical analysis. *American journal of public health*, 98, 01.
- Johns, M., Coady, M. H., Chan, C. A., Farley, S. M., & Kansagra, S. M. (2013). Evaluating New York city's smoke-free parks and beaches law: A critical multiplist approach to assessing behavioral impact. *American Journal of Community Psychology*, 51, 254-263.
- Kabir, Z., Manning, P. J., Holohan, J., Keogan, S., Goodman, P. G., & Clancy, L. (2009). Second-hand smoke exposure in cars and respiratory health effects in children. *Eur.Respir.J*, 34, 629-633.

- Kairouz, S., Montreuil, A., & Lasnier, B. (2010). *Habitudes tabagiques des fumeurs québécois après l'interdiction de fumer visant certains lieux publics* Montréal, Québec, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- Kairouz, S. & Nadeau, L. (2007). Tabac et alcool: Le tout est-il plus grand que la somme de ses parties? *Drogues, santé et société*, 6, 179-210.
- Kaufman, P., Griffin, K., Cohen, J., Perkins, N., & Ferrence, R. (2010). Smoking in urban outdoor public places: Behaviour, experiences, and implications for public health. *Health and Place*, 16, 961-968.
- Kaufman, P., Zhang, B., Bondy, S. J., Klepeis, N., & Ferrence, R. (2011). Not just 'a few wisps': real-time measurement of tobacco smoke at entrances to office buildings. *Tobacco Control*, 20, 212-218.
- Kennedy, R., Ellens-Clark, S., Nagge, L., Douglas, O., Madill, C., & Kaufman, P. (2015). A smoke-free community housing policy: Changes in reported smoking behaviour - Findings from Waterloo Region, Canada. *Journal of Community Health*.
- Kennedy, R. D., Zummach, D., Filsinger, S., & Leatherdale, S. T. (2014). Reported municipal costs from outdoor smokefree by-laws-experience from Ontario, Canada. *Tobacco Induced Diseases*, 12.
- King, B., Patel, R., Nguyen, K., & Dube, S. (2015). Trends in awareness and use of electronic cigarettes among US adults, 2010-2013. *Nicotine and Tobacco Research*, 17, 219-227.
- King, B., Travers, M., Cummings, M., Mahoney, M., & Hyland, A. (2010). Secondhand smoke transfer in multiunit housing. *Nicotine and Tobacco Research*, 12, 1133-1141.
- Klepeis, N. E., Ott, W. R., & Switzer, P. (2007). Real-time measurement of outdoor tobacco smoke particles. *Journal of the Air and Waste Management Association*, 57, 522-534.
- Kotnowski, K. & Hammond, D. (2013). The impact of cigarette pack shape, size and opening: evidence from tobacco company documents. *Addiction*, 108, 1658-1668.
- Kraev, T. A., Adamkiewicz, G., Hammond, S. K., & Spengler, J. D. (2009). Indoor concentrations of nicotine in low-income, multi-unit housing: Associations with smoking behaviours and housing characteristics. *Tobacco Control*, 18, 438-444.
- Kreslake, J., Wayne, G., Alpert, H., Koh, H., & Connolly, G. (2008). Tobacco industry control of menthol in cigarettes and targeting of adolescents and young adults. *Journal Information*, 98.
- Kruger, J., Jama, A., Homa, D., Babb, S., & King, B. (2015). Smoke-free home and vehicle rules by tobacco use status among US adults. *Preventive Medicine*, 78, 9-13.
- Lambert, G., Haley, N., Jean, S., Tremblay, C., Frappier, J. Y., Otis, J. et coll. (2012). *Sexe, drogue et autres questions de santé: Étude sur les habitudes et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec* Montréal, Canada: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Lasnier, B. (2015a). *L'exposition à la fumée de tabac dans les véhicules privés chez les élèves québécois: 2012-2013* Montréal, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- Lasnier, B., Leclerc, B. S., & Hamel, D. (2012). *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec* Montréal, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- Lasnier, B. & Montreuil, A. (2014). *L'usage de la cigarette électronique chez les élèves québécois du secondaire: 2012-2013* Montréal, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- Lasnier, B. (2015b). *L'usage de produits du tabac aromatisés chez les élèves québécois: 2012-2013*. Montréal, Canada, Institut national de santé publique du Québec.

- Lasser, K., Boyd, J., Woolhandler, S., Himmelstein, D., McCormick, D., & Bor, D. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*, *284*, 2606-2610.
- Lawn, S. & Champion, J. (2013). Achieving smoke-free mental health services: Lessons from the past decade of implementation research. *International Journal of Research in Public Health*, *10*, 4244.
- Leaune, V., Gervais, A., & Jacques, M. (2014). *Montréal sans tabac: Enquête sur la cigarette électronique à Montréal 2014* Montréal, Canada: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Léger Marketing (2013). *Interdiction de fumer sur les terrasses extérieures des bars et des restaurants du Québec* Coalition québécoise pour le contrôle du tabac.
- Léger Marketing (2015). *Perceptions des Québécois à l'égard de mesures pour le contrôle du tabac*.
http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2015/SOND_15_07_17_LegerMarketing_Terasses.pdf
- Leung, R., Mallya, G., Dean, L. T., Rizvi, A., Dignam, L., & Schwarz, D. F. (2013). Instituting a smoke-free policy for city recreation centers and playgrounds, Philadelphia, Pennsylvania, 2010. *Preventing Chronic Disease*, *10*.
- Lorillard (1993). *Newport 930000 strategic marketing plan*.
- Manzoli, L., Flacco, M., Fiore, M., La Vecchia, C., Marzuillo, C., Gualano, M. et coll. (2015). Electronic cigarettes efficacy and safety at 12 months: Cohort study. *Plos One*, *10*.
- Matt, G., Quintana, P., Fortmann, A., Zakarian, J., Galaviz, V., Chatfield, D. et coll. (2013). Thirdhand smoke and exposure in California hotels: Non-smoking rooms fail to protect non-smoking hotel guests from tobacco smoke exposure. *Tobacco Control*, *23*, 264-272.
- Matt, G. E., Quintana, P. J., Destailats, H., Gundel, L. A., Sleiman, M., Singer, B. C. et coll. (2011). Thirdhand tobacco smoke: Emerging evidence and arguments for a multidisciplinary research agenda. *Environmental Health Perspectives*, *119*, 1218-1226.
- Maziak, W., Ben Taleb, Z., Bahelah, R., Islam, F., Jaber, R., Auf, R. et coll. (2014). The global epidemiology of waterpipe smoking. *Tobacco Control*.
- McCammon-Tripp, L., Stich, C., & The Region of Waterloo Public Health and Waterloo Region Housing Smoke-free Multi-unit Dwelling Committee (2011). *The development of a smoke-free housing policy in the region of Waterloo: Key success factors and lessons learned from practice* Toronto, Canada: Program Training and Consultation Center, LEARN Project.
- McCool, J., Webb, L., Cameron, L. D., & Hoek, J. (2012). Graphic warning labels on plain cigarette packs: Will they make a difference to adolescents? *Social Science & Medicine*, *74*, 1269-1273.
- McMillen, R., Gottlieb, M., Whitmore Shaefer, R., Winickoff, J., & Klein, J. (2014). Trends in electronic cigarette use among US adults: Use is increasing in both smokers and nonsmokers. *Nicotine and Tobacco Research*, *ntu213*.
- McRobbie, H., Bullen, C., Hartmann-Boyce, J., & Hajek, P. (2014). Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Mead, E. L., Rimal, R. N., Ferrence, R., & Cohen, J. E. (2014). Understanding the sources of normative influence on behavior: The example of tobacco. *Social Science and Medicine*, *115*, 139-143.
- Minaker, L., Ahmed, R., Hammond, D., & Manske, S. (2014). Flavored tobacco use among Canadian students in grades 9 through 12: Prevalence and patterns from the 2010-2011 Youth Smoking Survey. *Preventing Chronic Disease*, *11*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Plan d'action de lutte au tabagisme* Québec, Canada: Gouvernement du Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010*. Gouvernement du Québec.
- Montreuil, A. (2015a). *Interdiction de fumer dans des immeubles résidentiels: Exposition, mesures législatives et acceptabilité sociale* Montréal, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- Montreuil, A. (2015b). *Interdiction de fumer dans des lieux publics extérieurs: Exposition, mesures législatives et acceptabilité sociale* Montréal, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- Montreuil, A., Tremblay, M., Cantinotti, M., Leclerc, B. S., Lasnier, B., & O'Loughlin, J. (2014). *Fumer dans la voiture en présence d'enfants: comportements de fumeurs québécois et croyances au sujet d'une éventuelle loi* Montréal, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- Moodie, C. & Hastings, G. B. (2011). Making the Pack the Hero, Tobacco Industry Response to Marketing Restrictions in the UK: Findings from a Long-Term Audit. *Int J Ment Health Addiction*, 9, 24-38.
- Moodie, C., Stead, M., Bauld, L., McNeill, A., Angus, K., Hinds, K. et coll. (2012). *Plain tobacco packaging: a systematic review* London: Public Health Research Consortium.
- Morris, C., Waxmonsky, J., May, M., Giese, A., & Martin, L. (2007). *Smoking cessation for persons with mental illnesses: A toolkit for mental health providers* Denver, US: Tobacco Disparities Initiatives of the State Tobacco Education and Prevention Partnership, Colorado Department of Public Health and Environment.
- Murphy-Hoefer, R., Madden, P., Maines, D., & Coles, C. (2014). Prevalence of smoke-free car and home rules in Maine before and after passage of a smoke-free vehicle law, 2007-2010. *Prev.Chronic.Dis.*, 11, 130132.
- Nabi-Burza, E., Regan, S., Drehmer, J., Ossip, D., Rigotti, N., Hipple, B. et coll. (2012). Parents smoking in their cars with children present. *Pediatrics*, 130, e1471-e1478.
- Neergaard, J., Singh, P., Job, J., & Montgomery, S. (2007). Waterpipe smoking and nicotine exposure: a review of the current evidence. *Nicotine and Tobacco Research*, 9, 987-994.
- Newfoundland and Labrador. (2011). Smoke-free Environment Act, 2005.
- Nguyen, H. V. (2013). Do smoke-free car laws work? Evidence from a quasi-experiment. *J Health Econ.*, 32, 138-148.
- Non-smokers' rights association (2014a). Provincial and territorial smoke-free legislation summary. Non-Smoker's Rights Association [En ligne]. Disponible au: https://www.nsr-aadnf.ca/cms/file/files/Prov-Terr_Summary_Table_March_2014.pdf
- Non-smokers' rights association. (2014b). Smoke-free laws database.
- Northcross, A. L., Trinh, M., Kim, J., Jones, I. A., Meyers, M. J., Dempsey, D. D. et coll. (2014). Particulate mass and polycyclic aromatic hydrocarbons exposure from secondhand smoke in the back seat of a vehicle. *Tob.Control.*, 23, 14-20.
- O'Loughlin, J., Gervais, A., Dugas, E., & Meshefedjian, G. (2009). Milestones in the process of cessation among novice adolescent smokers. *American journal of public health*, 99, 499-504.
- Office français de prévention du tabagisme (2013). *Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette* Paris, France: Office français de prévention du tabagisme.
- Ontario. (2008). Smoke-Free Ontario Act.
- Organisation mondiale de la Santé (1999). *International consultation on environmental tobacco smoke and child health* Geneve, Suisse.

- Organisation mondiale de la Santé. (2003). Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2005). Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Organisation mondiale de la Santé. 6-25-2015.
- Organisation mondiale de la Santé (2006a). *Air quality guidelines, Global update 2005, Particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide*. Copenhague.
- Organisation mondiale de la Santé (2006b). *Le tabac: mortel sous toutes ses formes* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé (2008). *Directives pour l'application de l'article 11 (conditionnement et étiquetage des produits du tabac) de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac* Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé (2014). *Inhalateurs électroniques de nicotine: Rapport de l'OMS (à l'intention de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, Moscou, octobre 2014)* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé.
- Ott, W., Klepeis, N., & Switzer, P. (2008). Air change rates of motor vehicles and in-vehicle pollutant concentrations from secondhand smoke. *J Expo.Sci.Environ.Epidemiol.*, 18, 312-325.
- Parlement européen et Conseil de l'Union européenne. (2014). Directive 2014/40/UE du Parlement européen et du conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE.
- Poirier, H. (2013). *La cigarette électronique: état de situation* Montréal, Canada. Institut national de santé publique du Québec.
- Pope, C. A., Burnett, R. T., Thun, M. J., Calle, E. E., Krewski, D., Kazuhiko, I. et coll. (2002). Lung cancer, cardiopulmonary mortality, and long-term exposure to fine particulate air pollution. *Journal of American Medical Association*, 287, 1132-1141.
- Prince Edward Island. (2009). Smoke-free Places Act.
- Prochaska, J. (2010). Failure to treat tobacco use in mental health and addiction treatment settings: A form of harm reduction? *Drug and Alcohol Dependence*, 110, 177-182.
- Raouf, S., Agaku, I., & Vardavas, C. (2015). A systematic review of secondhand smoke exposure in a car: Attributable changes in atmospheric and biological markers. *Chronic Respiratory Disease*, 12, 120-131.
- Rees, V. W. & Connolly, G. N. (2006). Measuring air quality to protect children from secondhand smoke in cars. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 363-368.
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J. et coll. (2006). *The cost of substance abuse in Canada 2002* Ottawa, Canada: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Royer, A. & Cantinotti, M. (2006). *Évaluation du processus d'implantation et de l'impact d'un programme de cessation tabagique en milieu de traitement des dépendances* Québec, Canada: Université Laval, Unité québécoise de recherche sur le tabagisme.
- Royer, A. & Tremblay, M. (2010). *Les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique. Analyse des recommandations actuelles pour les fumeurs souffrant de schizophrénie ou de dépression* Québec, Canada: Agence de la santé et des services sociaux, Direction régionale de santé publique.

Russo, E. T., Hulse, T. E., Adamkiewicz, G., Levy, D. E., Bethune, L., Kane, J. et coll. (2014). Comparison of indoor air quality in smoke-permitted and smoke-free multiunit housing: Findings from the Boston Housing Authority. *Nicotine and Tobacco Research*.

Santé Canada (2005). *La stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme – Mise à jour*.

Santé Canada (2009). Avis - A toutes les personnes qui souhaitent importer, annoncer ou vendre des cigarettes électroniques au Canada. Avis numéro: 09-108446-55, consulté en août 2014. Santé Canada [En ligne]. Disponible au: http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/applc-demande/pol/notice_avis_e-cig-fra.php

Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks of the European Commission. (2010). Addictiveness and Attractiveness of Tobacco Additives. 6-12-2015.

Scollo, M., Occleston, J., Bayly, M., Lindorff, K., & Wakefield, M. (2014). Tobacco product developments coinciding with the implementation of plain packaging in Australia. *Tobacco Control*, tobaccocontrol-051509.

Semple, S., Apsley, A., Galea, K. S., Maccalman, L., Friel, B., & Snelgrove, V. (2012). Secondhand smoke in cars: assessing children's potential exposure during typical journey conditions. *Tob. Control*, 21, 578-583.

Sendzik, T., Fong, G. T., Travers, M. J., & Hyland, A. (2009). An experimental investigation of tobacco smoke pollution in cars. *Nicotine Tob. Res*, 11, 627-634.

Shihadeh, A., Schubert, J., Klaiany, J., El Sabban, M., Luch, A., & Saliba, N. (2015). Toxicant content, physical properties and biological activity of waterpipe tobacco smoke and its tobacco-free alternatives. *Tobacco Control*.

Smith, C. N., Kraemer, J. D., Johnson, A. C., & Mays, D. (2015). Plain packaging of cigarettes: do we have sufficient evidence? *Risk Manag Health Policy*, 8, 21-30.

Société d'habitation du Québec (2010). Logements privés selon le type de construction résidentielle, 2006. Statistique Canada, recensement 2006, compilation spéciale pour le compte de la SHQ (CO-1049), tableau n.42, calculs de la SHQ [En ligne].

Société de l'assurance automobile du Québec (2013). Sécurité routière. Société de l'assurance automobile du Québec [En ligne]. Disponible au : http://www.saaq.gouv.qc.ca/securete_routiere/siege_enfants/loi.php

Sokol, N., Kennedy, R., & Connolly, G. (2014). The role of cocoa as a cigarette additive: Opportunities for product regulation. *Nicotine and Tobacco Research*, 16, 984-991.

St.Helen, G., Bernert, J. T., Hall, D. B., Sosnoff, C. S., Xia, Y., Balmes, J. R. et coll. (2012). Exposure to secondhand smoke outside a bar and a restaurant and tobacco exposure biomarkers in nonsmokers. *Environmental Health Perspectives*, 120, 1010-1016.

Stafford, J., Daube, M., & Franklin, P. (2010). Second hand smoke in alfresco areas. *Health Promotion Journal of Australia*, 21, 99-105.

Statistique Canada (2001). Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2000. Fichier de microdonnées à grande diffusion.

Statistique Canada. (2012). Enquête de surveillance de l'usage de tabac au Canada (ESUTC) 2011. Fichier de microdonnées à grande diffusion.

Statistique Canada. (2013). Enquête de surveillance de l'usage de tabac au Canada (ESUTC) 2012. Fichier de microdonnées à grande diffusion.

Statistique Canada (2014). Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) 2013. Fichier de microdonnées à grande diffusion.

- Statistique Canada. (2015). Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) 2013-2014, Fichiers-maîtres.
- Stead, M., Moodie, C., Angus, K., Bauld, L., McNeill, A., Thomas, J. et coll. (2013). Is consumer response to plain/standardised tobacco packaging consistent with framework convention on tobacco control guidelines? A systematic review of quantitative studies. *Plos One*, 8, e75919.
- Suftin, R., Reboussin, B., Debinski, B., Wagoner, K., Spangler, J., & Wolfson, M. (2015). The impact of trying electronic cigarettes on cigarette smoking by college students: A prospective analysis. *American journal of public health*.
- Sureda, X., Fernandez, E., Lopez, M. J., & Nebot, M. (2013). Secondhand tobacco smoke exposure in open and semi-open settings: A systematic review. *Environmental Health Perspectives*, 121, 766-773.
- Sureda, X., Martinez-Sanchez, J., Lopez, M., Fu, M., Agüero, F., Salto, E. et coll. (2012). Secondhand smoke levels in public building main entrances: outdoor and indoor PM2.5 assessment. *Tobacco Control*, 21, 543-548.
- Talhout, R., Opperhuizen, A., & Van Amsterdam, J. (2006). Sugars as tobacco ingredient: Effects on mainstream smoke composition. *Food and Chemical Toxicology*, 44, 1789-1798.
- Tay, S. & Thomson, G. (2008). What Wellington region city councillors think of smokefree outdoor places. *New Zealand Medical Journal*, 121, 15-28.
- Tierney, P., Karpinski, C., Brown, J., Luo, W., & Pankow, J. (2015). Flavour chemicals in electronic cigarette fluids. *Tobacco Control*.
- Traoré, I. (2014). Usage du tabac. In *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années* (pp. 37-78). Montréal, Québec, Canada: Institut de la Statistique du Québec.
- Tremblay, M. & Montreuil, A. (2013). *Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010: constats, interrogations et éléments de réflexion* Montréal, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- Tremblay, M. & Gervais, A. (2005). *Projet de loi no 112: Loi modifiant la loi sur le tabac et d'autres modifications législatives*. Montréal, Québec, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- U.S. Department of Health and Human Services (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General – Executive Summary*. U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S. Department of Health and Human Services (2010). *How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S. Department of Health and Human Services (2014). *The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S. Environmental Protection Agency. (2013). National Ambient Air Quality Standards for Particulate Matter.
- United Kingdom Department of Health (2010). *A Smokefree future: A comprehensive tobacco control strategy for England*.
- Ville de Côte Saint-Luc. (2012). Règlement régissant l'usage du tabac dans la ville de Côte St-Luc. 2374.
- Ville de Rosemère. (2013). Règlement modifiant le règlement 794 sur la qualité de vie. 794-3.
- Ville de Sainte-Adèle. (2012). Règlement numéro 1174-2012 décrétant l'interdiction de fumer dans tous les parcs et espaces verts, propriété de la Ville de Sainte-Adèle, incluant la plage Jean-Guy-Caron. 1174-2012.

- Wakefield, M., Coomber, K., Zacher, M., Durkin, S., Brennan, E., & Scollo, M. (2015). Australian adult smokers' responses to plain packaging with larger graphic health warnings 1 year after implementation: results from a national cross-sectional tracking survey. *Tobacco Control, 24*, ii17-ii25.
- Wakefield, M. A., Hayes, L., Durkin, S., & Borland, R. (2013). Introduction effects of the Australian plain packaging policy on adult smokers: a cross-sectional study. *BMJ Open, 3*, e003175.
- Weisman, S. (2010). *Kids, cars and cigarettes: Policy options for smoke-free vehicles* St-Paul, Minnesota: Public Health Law Center.
- White, V., Williams, T., Faulkner, A., & Wakefield, M. (2015a). Do larger graphic health warnings on standardised cigarette packs increase adolescents' cognitive processing of consumer health information and beliefs about smoking-related harms? *Tobacco Control, 24*, ii50-ii57.
- White, V., Williams, T., & Wakefield, M. (2015b). Has the introduction of plain packaging with larger graphic health warnings changed adolescents' perceptions of cigarette packs and brands? *Tobacco Control, 24*, ii42-ii49.
- Williams, J. & Ziedonis, D. (2004). Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addictive Behaviors, 29*, 1067-1083.
- Yerger, V. & McCandless, P. (2011). Menthol sensory qualities and smoking topography: a review of tobacco industry documents. *Tobacco Control, 20*, ii37-ii43.
- Yong, H. H., Fong, G. T., Driezen, P., Borland, R., Quah, A. C. K., Sirirassamee, B. et coll. (2013). Adult Smokers' Reactions to Pictorial Health Warning Labels on Cigarette Packs in Thailand and Moderating Effects of Type of Cigarette Smoked: Findings From the International Tobacco Control Southeast Asia Survey. *Nicotine Tob Res, nts241*.
- Young, J. M., Stacey, I., Dobbins, T. A., Dunlop, S., Dessaix, A. L., & Currow, D. C. (2014). Association between tobacco plain packaging and Quitline calls: a population-based, interrupted time-series analysis. *Med.J.Aust., 200*, 29-32.
- Zhang, B., Bondy, S., & Ferrence, R. (2009). Do indoor smoke-free laws provide bar workers with adequate protection from secondhand smoke? *Preventive Medicine, 49*, 245-247.
- Zhu, S., Sun, J., Bonnevie, E., Cummins, S., Gamst, A., Yin, L. et coll. (2014). Four hundred and sixty brands of e-cigarettes and counting: implications for product regulation. *Tobacco Control, 23*, iii3-iii9.
- Ziedonis, D., Hitsman, B., Beckham, J., Zvolensky, M., Adler, L., Audrain-McGovern, J. et coll. (2008). Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine and Tobacco Research, 10*, 1691-1715.

Annexe 1

**Tableaux des mesures incluses dans le projet de loi 44
et appuyées par l'INSPQ**

Tableaux des mesures incluses dans le projet de loi 44 et appuyées par l'INSPQ

Champ d'application - Chapitre I de la Loi

Élargissement du champ d'application à la cigarette électronique	Position de l'INSPQ
<p>Considérant que la cigarette électronique est :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un produit non approuvé par Santé Canada; ■ accessible sur le marché québécois dans des boutiques et sur Internet; ■ potentiellement moins dommageable que la cigarette pour les fumeurs, malgré le manque de connaissances sur les effets à long terme; ■ utilisée par les fumeurs adultes surtout pour diminuer leur consommation de cigarettes ou cesser de fumer; ■ un produit récent dont l'efficacité pour cesser de fumer demeure à être démontrée par un nombre suffisant d'études rigoureuses; ■ un objet qui suscite la curiosité des jeunes, fumeurs et non-fumeurs, particulièrement au Québec; ■ un produit auquel une majorité de Québécois ne souhaite pas être exposée dans les lieux publics; ■ un sujet de débat dans la communauté scientifique en ce qui a trait aux risques qu'elle pose, soit l'évolution de l'expérimentation de la cigarette électronique vers un usage de produits du tabac chez les jeunes, versus les bénéfices potentiels, soit d'aider des fumeurs à cesser de fumer. 	<p>L'INSPQ appuie la mesure proposée puisqu'elle assujettit la cigarette électronique aux mesures de contrôle du tabagisme reconnues efficaces.</p> <p>L'INSPQ recommande de s'assurer que des normes de fabrication soient instaurées pour garantir la sécurité et la qualité du dispositif, de ses composantes et des liquides.</p> <p>L'étiquetage devrait aussi être conforme à ce que l'on retrouve dans les produits.</p>

Restriction de l'usage du tabac dans certains lieux - Chapitre II de la Loi

Interdiction de fumer dans les véhicules automobiles lorsque des personnes mineures de moins de 16 ans y sont présentes	Position de l'INSPQ
<p>Considérant que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'exposition à la fumée de tabac est particulièrement concentrée dans une voiture et nuit à la santé des jeunes; ■ la proportion de jeunes Québécois exposés à la fumée de tabac dans les véhicules est plus élevée que la proportion d'adultes exposés, surtout en milieu défavorisé; ■ le quart des fumeurs québécois fume au moins à l'occasion dans leur voiture en présence d'enfants; ■ une mesure législative interdisant de fumer dans les voitures en présence d'enfants est efficace et est en vigueur dans toutes les provinces canadiennes sauf le Québec; ■ plus de huit fumeurs québécois sur dix appuient une telle mesure. 	<p>L'INSPQ appuie la mesure proposée.</p>

Restriction de l'usage du tabac dans certains lieux - Chapitre II de la Loi (suite)

<p>Interdiction de fumer dans les aires communes des immeubles d'habitation comportant deux logements ou plus</p>	<p>Position de l'INSPQ</p>
<p>Considérant que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ il est bien établi que la fumée de tabac a des effets néfastes chez les non-fumeurs qui y sont exposés et qu'aucun niveau d'exposition n'est jugé sécuritaire; ■ les personnes qui habitent des immeubles de six logements ou plus sont protégées de l'exposition à la fumée de tabac provenant des aires communes de leur immeuble depuis 2005. 	<p>L'INSPQ appuie la mesure proposée.</p>
<p>Interdiction de fumer sur les terrasses et les autres aires extérieures exploitées dans le cadre d'une activité commerciale et qui sont aménagées pour le repos, la détente ou la consommation de produits</p>	<p>Position de l'INSPQ</p>
<p>Considérant que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ il existe des risques potentiels à la santé pour les travailleurs de restaurants et de bars qui doivent servir des clients fumeurs sur la terrasse pendant plusieurs heures et de façon répétée; ■ une interdiction de fumer sur les terrasses réduit significativement l'exposition à la fumée de tabac, qui contient 70 substances cancérigènes, et offre aux travailleurs de ces lieux la même protection que dans les autres lieux de travail; ■ sept Québécois sur dix approuvent une interdiction de fumer sur les terrasses, une mesure en vigueur dans cinq provinces canadiennes et un territoire. 	<p>L'INSPQ appuie la mesure proposée.</p>
<p>Élargissement à tous les milieux de travail et tous les lieux qui accueillent le public de l'interdiction de fumer dans un rayon de neuf mètres de toute porte communiquant avec ces lieux</p>	<p>Position de l'INSPQ</p>
<p>Considérant que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ près des entrées extérieures des édifices, les fumeurs se rassemblent pour fumer et le niveau d'exposition aux polluants issus de la fumée de tabac peut y dépasser momentanément les normes dans certaines conditions; ■ dans les endroits où il est déjà interdit de fumer à neuf mètres des portes, les fumeurs se rassemblent parfois près de fenêtres qui s'ouvrent et d'entrées d'air, ce qui permet à la fumée de pénétrer à l'intérieur des établissements; ■ il importe de protéger les non-fumeurs et les enfants de l'exposition à la fumée de tabac lorsqu'ils se rendent dans des lieux qu'ils ne peuvent éviter; ■ des interdictions de fumer aux entrées des édifices, de même que près des fenêtres et des entrées d'air sont en vigueur dans plusieurs provinces. 	<p>L'INSPQ appuie la mesure proposée.</p> <p>L'INSPQ considère que l'élargissement de cette interdiction devrait également s'appliquer aux fenêtres qui s'ouvrent et aux entrées d'air de ces lieux.</p>

Mesures concernant la vente de tabac, l'étalage et l'affichage - Chapitre III de la Loi

Élargissement de l'interdiction d'étaler du tabac ou son emballage à la vue du public à tous les commerces plutôt qu'uniquement aux points de vente de produits du tabac	Position de l'INSPQ
<p>Considérant que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'étalage des produits du tabac est interdit dans les points de vente de tabac depuis 2008, mais que cette interdiction ne s'applique pas aux boutiques de pipes à eau et de cigarette électronique qui ne vendent pas de tabac; ■ la pipe à eau est un produit dommageable pour la santé dont la nocivité est de mieux en mieux documentée; ■ les effets sur la santé à long terme de l'usage de cigarette électronique sont mal connus, et que les modèles avec nicotine peuvent entraîner une dépendance; ■ au Québec, la pipe à eau et la cigarette électronique sont des produits populaires auprès des jeunes adultes et des jeunes. 	<p>L'INSPQ appuie la mesure proposée.</p>

Interdiction de donner en location une cigarette électronique ou une pipe à eau, ainsi que leurs composantes et accessoires	Position de l'INSPQ
<p>Considérant que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la pipe à eau est un produit dommageable pour la santé dont la nocivité est de mieux en mieux documentée; ■ les effets sur la santé à long terme de l'usage de cigarette électronique sont mal connus, et que les modèles avec nicotine peuvent entraîner une dépendance; ■ au Québec, la pipe à eau et la cigarette électronique sont des produits populaires auprès des jeunes adultes et des jeunes; ■ la location de ces produits pourrait faciliter l'accès économique, notamment pour les jeunes et les jeunes adultes. 	<p>L'INSPQ appuie la mesure proposée et est d'avis que cette mesure réduira l'accès des jeunes aux pipes à eau et aux cigarettes électroniques, deux produits pouvant entraîner une dépendance à la nicotine, ce qui est souhaitable et cohérent avec les efforts de prévention.</p>

Mesures visant les produits du tabac - Chapitre V de la Loi

Interdiction de vente de produits du tabac aromatisés incluant le menthol	Position de l'INSPQ
<p>Considérant que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les additifs aromatisés améliorent le goût des produits du tabac, certains masquent le caractère âpre de la fumée du tabac et accroissent l'attrait des produits du tabac auprès des jeunes; ■ certains additifs pourraient avoir un effet indirect sur la dépendance aux produits du tabac; ■ les produits du tabac aromatisés et les cigarettes au menthol sont populaires auprès des jeunes Québécois; ■ plusieurs provinces canadiennes ont entrepris des démarches pour interdire les saveurs incluant le menthol. 	<p>L'INSPQ appuie la mesure proposée.</p>

Annexe 2

Tableaux des mesures additionnelles proposées par l'INSPQ

Tableaux des mesures additionnelles proposées par l'INSPQ

Restriction de l'usage du tabac dans certains lieux - Chapitre II de la Loi

Interdiction de fumer en tout temps dans les lieux servant à la garde d'enfants	Proposition de l'INSPQ
<p>Considérant que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ dans les lieux intérieurs, les résidus de fumée s'accumulent sur les surfaces et créent de nouvelles substances potentiellement cancérigènes; ■ les études ne permettent pas de déterminer les impacts sur la santé de l'exposition à ces composantes, mais les jeunes enfants qui rampent et portent des objets à leur bouche sont particulièrement vulnérables à ces résidus de fumée de tabac. 	<p>L'INSPQ propose d'interdire de fumer en tout temps dans les garderies publiques, privées et en milieu familial de même que dans tout autre établissement qui sert à la garde des enfants</p>
Révision à la baisse de la proportion de chambres pouvant être allouées à des fumeurs dans des établissements d'hébergement touristique à moins de 16 %	Proposition de l'INSPQ
<p>Considérant que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la Loi actuelle sur le tabac permet que 40 % des chambres soient allouées à des fumeurs, ce qui est beaucoup plus élevé que l'objectif de prévalence visé de 16 %; ■ les non-fumeurs qui résident dans ces chambres sont exposés aux résidus de fumée de tabac. 	<p>L'INSPQ propose de réviser à la baisse la proportion de chambres pouvant être allouées à des fumeurs dans des établissements d'hébergement touristique à moins de 16 %.</p> <p>L'INSPQ suggère d'envisager de permettre uniquement la présence de fumoirs ventilés de façon indépendante.</p>
Interdiction de fumer dans les établissements de santé et de services sociaux, sauf dans les CHSLD	Proposition de l'INSPQ
<p>Considérant que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La Loi actuelle permet aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux d'aménager des fumoirs pour les personnes qui y sont hébergées, et certains de ces lieux peuvent également offrir jusqu'à 40 % de chambres où il est permis de fumer; ■ La dispersion des chambres et l'aménagement de fumoirs dans des pièces qui ne remplissent pas les exigences stipulées exposent les non-fumeurs hébergés et le personnel à la fumée de tabac; ■ L'interdiction complète de fumer peut sembler plus difficile à respecter dans certains centres, comme ceux offrant des soins aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale, les centres de réadaptation en traitement des dépendances, les centres jeunesse et les centres d'hébergement et de soins longue durée (CHSLD); ■ malgré des taux de tabagisme plus élevés parmi les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, de dépendance à l'alcool ou aux drogues, et les jeunes hébergés en centre jeunesse, il existe de plus en plus d'évidences démontrant que la majorité de ces personnes veulent cesser de fumer; ■ il existe de plus en plus d'expériences terrain et d'études démontrant qu'il est possible d'offrir des lieux d'hébergement totalement sans fumée à ces clientèles, et que les interdictions totales de fumer sont plus efficaces que des interdictions partielles ou sélectives; ■ dans les CHSLD, il peut être particulièrement difficile d'interdire de fumer aux usagers qui demeurent en permanence dans ces établissements; des fumoirs qui respectent les exigences devraient diminuer l'exposition des personnes hébergées et du personnel. 	<p>L'INSPQ propose d'interdire les fumoirs dans tous les établissements de santé et de services sociaux, sauf dans les CHSLD, et d'y interdire les chambres où il est permis de fumer.</p> <p>Dans les centres jeunesse, l'interdiction de fumer devrait s'étendre également à l'ensemble du terrain, afin de réduire la visibilité du geste de fumer.</p> <p>L'INSPQ suggère que cette interdiction de fumer soit accompagnée de mesures d'aide à l'arrêt tabagique pour les personnes hébergées et le personnel.</p>

Restriction de l'usage du tabac dans certains lieux - Chapitre II de la Loi (suite)

<p>Interdiction de fumer sur les terrains de jeux pour enfants ainsi que sur les terrains et aménagements sportifs publics</p>	<p>Proposition de l'INSPQ</p>
<p>Considérant que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ plusieurs mesures sont actuellement en place au Québec pour favoriser le non-usage du tabac auprès des jeunes, notamment l'interdiction de fumer sur les terrains des écoles; ■ la non-exposition des jeunes au geste de fumer contribue à dénormaliser l'usage du tabac; ■ deux provinces canadiennes et quelques municipalités québécoises interdisent de fumer sur les terrains de jeux et les aménagements sportifs publics; ■ l'interdiction de fumer sur les terrains de jeux est soutenue par la population québécoise : 90 % des non-fumeurs et 72 % des fumeurs appuient une telle mesure. 	<p>L'INSPQ propose d'interdire de fumer sur les terrains de jeux pour enfants, de même que sur les terrains et aménagements sportifs publics au Québec.</p>

Mesures se rapportant à la promotion, la publicité et l'emballage - Chapitre IV de la Loi

<p>Obligation pour les compagnies de tabac à présenter leurs produits dans des emballages de format neutre prédéterminé de manière à ce que les produits et les emballages ne puissent se distinguer que par le nom de la marque.</p>	<p>Proposition de l'INSPQ</p>
<p>Considérant que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'emballage des produits du tabac est un outil promotionnel qui a pris de l'importance avec les interdictions de publicité, de commandite et d'étalage; ■ les emballages des produits du tabac peuvent susciter l'intérêt des adolescents; ■ l'emballage neutre réduit l'attrait des produits du tabac, permet une plus grande efficacité des mises en garde et contrecarre les techniques de design qui peuvent induire les usagers en erreur; ■ l'emballage neutre incite les fumeurs à arrêter de fumer; ■ l'Australie a déjà introduit l'emballage neutre et d'autres pays ont annoncé leur intention de faire de même. 	<p>L'INSPQ propose d'ajouter une mesure obligeant les compagnies de tabac à présenter leurs produits dans des emballages de format neutre et prédéterminé de manière à ce que les produits et les emballages ne puissent se distinguer que par le nom de la marque.</p> <p>L'INSPQ recommande qu'une interdiction de toute forme de promotion sur des ajouts éventuels aux paquets de cigarettes et de produits du tabac soit également instaurée.</p>

www.inspq.qc.ca