

Amendements proposés au projet de loi n° 44 Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme

Mémoire des directrices et des directeurs régionaux de santé publique

Soumis à la Commission de la santé et des services sociaux
de l'Assemblée nationale du Québec, le 20 août 2015



Amendements proposés au projet de loi n° 44
Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme

**Mémoire des directrices et des directeurs
régionaux de santé publique**

Soumis à la Commission de la santé et des services sociaux
de l'Assemblée nationale du Québec, le 20 août 2015



Le document **Amendements proposés au projet de loi n° 44 - Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme, Mémoire des directrices et directeurs régionaux de santé publique du Québec**

est une production de la Direction régionale de santé publique
du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.dsp.santemontreal.ca

Rédaction

Marie Jacques
André Gervais

Coordination

Richard Massé
Mireille Gaudreau

Communications

Marie Pinard

Révision

Luigia Ferrazza
Francine Hubert

Mise en page

Anne Théorêt

Graphisme

Linda Daneau

Remerciements

Aux directrices et directeurs de santé publique et aux professionnel(le)s qui ont
collaboré à la rédaction du mémoire.

Ce document est disponible en format électronique (PDF) à l'adresse
www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications

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

© CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, 2015
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-497-9 (version imprimée)
ISBN 978-2-89673-498-6 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2015

Mot des directrices et directeurs régionaux de santé publique

Fumer demeure la première cause évitable de mortalité prématurée, de maladies chroniques et d'aggravation de l'appauvrissement des groupes sociaux les plus défavorisés^[1].

Depuis plus de 30 ans, les directions régionales de santé publique sont engagées dans lutte contre le tabac. Les directrices et directeurs régionaux de santé publique (DRSP) ont notamment la responsabilité d'identifier les situations susceptibles de mettre la santé de la population en danger, afin de voir à la mise en place de mesures nécessaires à sa protection^[2]. Plus précisément, ces derniers doivent « promouvoir l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de la santé et du bien-être de la population auprès des divers intervenants, dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population en général, ou de certains groupes »^[3].

Ils ont également le mandat de déployer ou de soutenir la mise en œuvre des actions de lutte au tabagisme inscrites dans les plans nationaux, en collaboration avec différents partenaires intersectoriels aux niveaux national, régional et local :

- Le *Programme national de santé publique 2015-2025* (PNSP)^[4] en voie d'être publié;
- Le *Plan québécois de lutte au tabagisme* (PQLT) 2006-2010^[5];
- Le *Plan québécois de prévention du tabagisme* (PQPT) 2010-2015^[6];
- La *Politique de périnatalité 2008-2018*^[7];
- Le *Programme québécois de lutte contre le cancer - Orientations 2007 - 2012* (PQLCC)^[8].

Les DRSP ont participé à plusieurs consultations portant sur la Loi sur la protection des non-fumeurs, la Loi sur le tabac ou sur des réglementations visant à préciser certains aspects de la loi^[9, 9a, 10]. Ils ont également accompagné plusieurs acteurs locaux et territoriaux dans la mise en oeuvre de politiques novatrices sur le tabac.

C'est donc en vertu des responsabilités qui leur sont conférées que les DRSP ont analysé le projet de loi n° 44 (P44), Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme, déposé par madame Lucie Charlebois, ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique, en mai 2015.

Les DRSP appuient le projet de loi n° 44 et présentent dans ce mémoire quelques propositions d'amendements adressés aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux pour considération dans le cadre de leurs travaux associés à la révision de la Loi sur le tabac. Ils remercient les groupes parlementaires d'avoir accueilli leur demande de participation aux auditions de la Commission.

Les directrices et directeurs régionaux de santé publique du Québec :



M. Sylvain Leduc, M.D.
Coordonnateur médical
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent (01)



M. Donald Aubin, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)



M. François Desbiens, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux de la Capitale-Nationale (03)



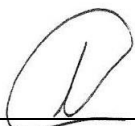
Mme Isabelle Goupil-Sormany, M.D.
Directrice de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-
Québec (04)



Mme Mélissa Généreux, M.D., M. Sc., FRCPC
Chef de département intérimaire de santé
publique
Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux de l'Estrie (05)



M. Richard Massé, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal
(06)



M. Jean-Pierre Courteau, M.D., M. Sc., FRCPC
Adjoint médical au directeur régional de
santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux
de l'Outaouais (07)



M. Éric Lampron-Goulet, M.D., M. Sc., FRCPC
Médecin spécialiste en santé publique et
médecine préventive
Centre intégré de santé et de services sociaux de
l'Abitibi-Témiscamingue (08)



M. François Desbiens, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Côte-Nord (09)



M. Éric Goyer, M.D., M. Sc., FRCPC
Directeur de santé publique
Centre régional de santé et des services sociaux
de la Baie-James (10)



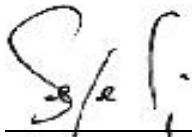
Mme Ariane Courville, M.D.
Coordonnatrice médicale
Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Gaspésie (11)



M. Claude Prévost, M.D., CCMF, FRCPC
Coordonnateur médical
Centre intégré de santé et de services sociaux
de Laval (13)



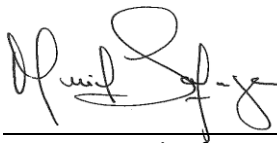
M. Éric Goyer, M.D., M. Sc., FRCPC
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux
des Laurentides (15)



M. Serge Déry, M.D.
Directeur de santé publique
Régie régionale de la santé et des services
sociaux du Nunavik (17)



M. Philippe Lessard, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de
Chaudière-Appalaches (12)



Mme Muriel Lafarge, M.D.
Directrice de santé publique par intérim
Centre intégré de santé et de services sociaux de
Lanaudière (14)



M. Jean Rodrigue, M.D.
Directeur de santé publique par intérim
Centre intégré de santé et de services sociaux de
la Montérégie-Centre (16)

Sommaire des appuis et amendements proposés

Appuis aux mesures législatives proposées dans le projet de loi n° 44

- Interdiction de toutes les saveurs, incluant le menthol;
- Interdiction de fumer dans un rayon de 9 mètres de toute porte d'un établissement public;
- Interdiction de fumer dans les lieux communs d'édifices de deux logements ou plus;
- Interdiction de fumer sur les terrains mis à la disposition de divers établissements d'enseignement recevant des mineurs dont les centres de la petite enfance ou les garderies;
- Interdiction de fumer dans les véhicules en présence de mineurs de moins de 16 ans;
- Interdiction de fumer sur les terrasses de bars et de restaurants;
- Élimination de l'obligation d'harmoniser les normes sur l'emballage, l'étiquetage et la fabrication avec les normes fédérales;
- Assujettissement de la cigarette électronique à la Loi sur le tabac.

Principaux amendements proposés

Aromatisation

- Retrait de l'exclusion des produits destinés exclusivement à l'exportation;
- Entrée en vigueur le plus tôt possible après l'adoption de la loi.

Protection contre la fumée de tabac

Établissements de santé et de services sociaux

- Interdiction des chambres pour fumeurs dans tous les établissements de santé et de services sociaux;
- Interdiction des fumeurs dans tous les établissements de santé et de services sociaux, sauf en CHSLD;
- Obligation pour les CIUSSS, les CISSS et les établissements non fusionnés d'élaborer et de mettre en œuvre une politique intégrée et globale sur le tabagisme afin qu'ils deviennent sans fumée et qu'ils offrent systématiquement du soutien à l'abandon du tabagisme.

Établissements d'éducation supérieure

- Ajout des cégeps, des collèges et des universités à la liste des lieux visés par l'interdiction de fumer dans les établissements d'enseignement et sur les terrains, en tout temps.

Abris extérieurs pour les fumeurs

- Retrait de la loi du pouvoir d'aménager des abris pour fumeurs;
- Interdiction des abris extérieurs.

Salons de cigares ou de pipe à eau

- Interdiction des salons de cigares ou de pipe à eau;
- Retrait des avis de reconnaissance émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux salons exemptés par la loi.

Prix minimum

- Augmentation à au moins 20 \$ le montant minimum payé pour l'achat d'un ou plusieurs produits du tabac autres que la cigarette.

Autres amendements

Points de vente

- Mise en place d'un système efficace de surveillance des points de vente.

Emballage

- Standardisation des mises en garde sur les paquets (incluant une taille minimale pour celles-ci) par voie réglementaire à la suite de l'adoption du projet de loi no 44.

Terrains de jeux pour enfants

- Interdiction de l'usage de produits du tabac sur les terrains de jeux pour enfants.

Recommandations

- Augmentation progressive de la taxe sur les produits du tabac, permettant de se rapprocher de la moyenne canadienne, en prenant en considération le prix des cigarettes des provinces et des états limitrophes et réinvestissement dans la lutte au tabagisme.
- Que le gouvernement du Québec :
 - soutienne la recherche sur les effets des cigarettes électroniques
 - demande au gouvernement fédéral de réglementer les cigarettes électroniques et les dispositifs connexes, de fixer les concentrations maximales de nicotine des liquides et des vapeurs, de fixer des normes concernant l'innocuité de l'ensemble des composantes et d'obliger les fabricants à divulguer les renseignements relatifs aux ingrédients.

TABLE DES MATIÈRES

MOT DES DIRECTRICES ET DIRECTEURS RÉGIONAUX DE SANTÉ PUBLIQUE	I
SOMMAIRE DES APPUIS ET AMENDEMENTS PROPOSÉS	V
1. INTRODUCTION	1
2. PRINCIPALES MODIFICATIONS DE LA LOI ACTUELLEMENT EN VIGUEUR ET AMENDEMENTS PROPOSÉS	2
2.1 Interdiction de l’aromatisation	2
2.2 Protection contre la fumée de tabac	3
2.3 Abris extérieurs pour fumeurs	8
2.4 Étendue du champ d’application de la loi à la cigarette électronique	8
2.5 Salons de cigares ou de pipe à eau	12
2.6 Prix minimum	12
3. AUTRES AMENDEMENTS	13
3.1 Points de vente	13
3.2 Emballage	14
3.3 Interdiction de l’usage de produits du tabac sur les terrains de jeux pour enfants	15
4. PRIX DES PRODUITS DU TABAC	16
5. CONCLUSION	17
6. RÉFÉRENCES	19

1. Introduction

Il y a 25 ans, près de 40 % des Québécois fumaient. En 2014, cette proportion est passée à 19,6 % chez les 12 ans et plus ^[11], ce qui représente près de 1 400 000 fumeurs^[12]. En l'espace d'une génération, la perception sociale du tabagisme a changé du tout au tout. Alors que fumer la cigarette était glorifié, de nos jours, fumer est de moins en moins accepté. Ces changements sont le résultat de l'amélioration des connaissances sur l'effet du tabac sur la santé des fumeurs et des non-fumeurs, du rôle de l'industrie sur l'épidémie mondiale du tabagisme et des efforts constants déployés par les acteurs engagés dans la lutte contre le tabac. Celle-ci s'est notamment traduite par la mise en œuvre de plusieurs campagnes de communication, programmes, innovations, politiques, et mesures économiques et législatives, notamment la *Loi sur le tabac* adoptée en 1998 et bonifiée en 2005^[13].

Les efforts pour réduire le tabagisme et améliorer la protection des non-fumeurs doivent se poursuivre, car fumer demeure la première cause évitable de mortalité prématurée, de maladies chroniques et d'aggravation de l'appauvrissement des groupes sociaux les plus défavorisés^[1, 17].

L'usage du tabac réduit l'espérance de vie des fumeurs de dix ans en moyenne^[14]. Le tabagisme emporte un fumeur sur deux^[14,15], soit 10 000 Québécois chaque année^[16], ce qui correspond en moyenne à 16 % de tous les décès. Aucun niveau d'exposition à la fumée de tabac n'est jugé sécuritaire^[17].

Le tabagisme et l'exposition à la fumée de tabac engendrent des carences et des problèmes de santé à toutes les étapes de la vie : faible poids à la naissance et syndrome de la mort subite du nourrisson, asthme de l'enfant et de l'adolescent, maladies chroniques respiratoires, cardiopathie et cancer à l'âge adulte^[17]. Au Québec, le tabagisme, chaque année, coûte 3,96 milliards de dollars (coûts directs et indirects)^[18]. Chaque baisse de 1 % du taux de tabagisme au Québec se traduit par une économie annuelle de 41 millions de dollars en frais de soins de santé et de 73 millions de dollars en coûts indirects^[19]. L'impact du tabagisme sur la santé des individus et le fardeau économique qu'il représente pour le réseau de la santé sont indéniables.

Les DRSP appuient le projet de loi n° 44 (PI44). Ils présentent dans ce mémoire certaines propositions d'amendements adressés aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux pour considération dans le cadre de leurs travaux associés à la révision de la Loi sur le tabac. Ils souhaitent soulever particulièrement les enjeux liés à l'amélioration de la protection, à l'égard de la fumée du tabac, des jeunes et des gens plus vulnérables hébergés dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'aménagement d'endroits désignés à l'extérieur pour fumeurs, l'interdiction d'utiliser la pipe à eau et l'emballage neutre. Ils souhaitent également faire connaître les besoins de la population, les enjeux et les initiatives régionales et territoriales innovatrices en matière de protection contre la fumée de tabac.

Les mesures contenues dans le projet de loi ainsi que les amendements proposés, s'ils sont adoptés augmenteront assurément la capacité d'agir efficacement dans la lutte contre le tabac. Avec l'adoption d'une loi forte sur le tabac, les DRSP pourront concentrer leurs efforts sur les groupes plus vulnérables, contribuer avec d'autres acteurs à mettre en place des conditions optimales permettant de réduire les inégalités sociales de santé et poursuivre les mesures et engagements déjà en place pour soutenir la cessation tabagique, promouvoir les environnements sans fumée et prévenir l'initiation au tabagisme tel que défini dans certains plans d'action régionaux comme le *Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015 – Montréal sans tabac* et le *Rapport du directeur de santé publique de Montréal 2014 – Pour une génération de non-fumeurs*^[20].

2. Principales modifications de la loi actuellement en vigueur et amendements proposés

2.1 Interdiction de l'aromatisation

Le projet de loi propose d'interdire les saveurs, incluant le menthol, des produits du tabac en excluant toutefois la cigarette électronique et les produits destinés à l'exportation. L'entrée en vigueur de l'interdiction de distribution et de vente des produits aromatisés est prévue 6 à 9 mois après la sanction de la loi.

L'Organisation mondiale de la Santé affirme que les saveurs ajoutées aux produits du tabac favorisent l'initiation des jeunes au tabac^[21]; les documents internes de l'industrie du tabac viennent aussi confirmer l'attrait et l'importance des produits aromatisés et soulignent les avantages de l'aromatisation pour favoriser l'initiation des jeunes. L'industrie précise que « les saveurs suscitent la curiosité des jeunes » et que « différents choix donnent l'impression d'être en mode "expérimentation" plus longtemps »^[22].

Au Québec, la mise en marché des cigarillos aromatisés au milieu des années 2000 a renversé la tendance à la baisse du tabagisme chez les jeunes des quelque dix années antérieures. Alors que le tabagisme mesuré par l'usage de la cigarette diminuait, le tabagisme dû aux cigarillos était en hausse, annulant ainsi le progrès effectué. À partir de 2008, les petits cigares aromatisés sont devenus plus populaires chez les jeunes que les cigarettes traditionnelles^[23].

Selon les résultats de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ) de la 1^{re} à la 5^e secondaire 2012-2013, 26 % d'élèves du Québec avaient fait usage de produits du tabac aromatisés au cours de leur vie alors que 13 % des élèves du reste du Canada l'avaient fait. Au Québec, 7 % des jeunes avaient fumé des cigarillos et 6 % des cigares aromatisés au cours du mois précédant l'enquête, alors que 3 % des jeunes du reste du Canada avaient fumé des cigarillos et 2 % des cigares aromatisés^[24].

La situation demeure problématique : les petits cigares sont aujourd'hui consommés en même proportion que la cigarette, agissant essentiellement comme un deuxième type de cigarettes qui sont souvent ignorées dans les enquêtes sur le tabagisme. D'autres produits de tabac comme le tabac sans fumée (p. ex. tabac à chiquer) et le tabac consommé à l'aide d'une pipe à eau (chicha/hookah/narguilé, etc.) sont aussi aromatisés et moins documentés.

Le menthol utilisé dans les produits aromatisés anesthésie et réduit les effets irritants de la fumée, facilitant l'inhalation chez les fumeurs débutants^[25]. Les données chez les jeunes illustrent bien ce phénomène : parmi les élèves québécois du secondaire 3 à 5 qui avaient fumé la cigarette au cours du mois précédant l'enquête, 31 % avaient fumé la version mentholée, saveur la plus populaire chez les jeunes^[27]. Chez ceux qui fument tous les jours, la moitié consomment les cigarettes mentholées (47 %)^[28]. Le menthol est un produit d'initiation : 1 jeune fumeur sur 3 (1 sur 2 dans le cas des fumeurs quotidiens) utilise la version au menthol, alors que, chez les adultes, ce n'est que 1 fumeur sur 20^[27,28,29].

La loi fédérale sur le tabac adoptée en 2009 interdisant les cigarillos aromatisés permet toujours la vente de cigarettes au menthol, de petits cigares aromatisés (pesant plus de 1,4 g) ainsi que l'aromatisation de catégories entières de produits du tabac comme le tabac sans fumée, le tabac utilisé pour la pipe à eau et les « gros » cigares. Plusieurs provinces ont récemment légiféré sur cette question. Ainsi, la Nouvelle-Écosse a non seulement déjà adopté une loi à cet effet, mais elle est en vigueur, depuis le 31 mai 2015; l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et l'Alberta ont aussi adopté une interdiction des produits aromatisés récemment, et l'Île-du-Prince-Édouard a, comme le Québec, déposé il y a quelques semaines un projet de loi à cette fin.

Les DRSP appuient l'interdiction de l'aromatisation couvrant non seulement tous les produits du tabac, mais également toutes les saveurs dont le menthol.

Amendements proposés

Retrait de l'exclusion des produits destinés exclusivement à l'exportation.

Entrée en vigueur le plus tôt possible après l'adoption de la loi.

2.2 Protection contre la fumée de tabac

Le projet de loi propose d'interdire de fumer dans les véhicules automobiles en présence d'un mineur de moins de 16 ans, sur les terrasses et les autres aires extérieures exploitées dans le cadre d'une activité commerciale, dans un rayon de neuf mètres de toute porte communiquant avec un lieu public où il est

interdit de fumer, dans les aires communes des immeubles d'habitation comportant 2 logements ou plus, et sur les terrains mis à la disposition de divers établissements d'enseignement recevant des mineurs dont les centres de la petite enfance ou les garderies. L'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer sera de 6 mois après la sanction de la loi.

Véhicules automobiles

La fumée de cigarette est cancérigène, et les enfants sont particulièrement vulnérables à ses méfaits, étant donné leur système encore en développement, leur métabolisme plus élevé et leur respiration plus rapide^[31].

Quelque 91 000 jeunes de 12 à 19 ans au Québec sont presque quotidiennement exposés à la fumée de tabac à bord d'une voiture^[30]. La proportion d'élèves québécois touchés par ce phénomène en 2012-2013 est significativement plus élevée que celle répertoriée pour l'ensemble des autres provinces canadiennes, le taux obtenu pour le Québec (34 %) étant deux fois plus élevé que celui du reste du Canada (17 %)^[31].

Le Québec est actuellement la seule province canadienne où il est encore permis de fumer avec un enfant à bord d'une voiture. Tous les états australiens, plusieurs états américains, l'Angleterre, l'Irlande, l'Afrique du Sud, Chypre et plusieurs autres juridictions ont déjà interdit de fumer à bord d'un véhicule transportant des enfants. Selon un sondage mené au Québec, en 2014, 80 % de la population adulte estimait urgent que le gouvernement interdise de fumer dans les voitures en présence d'enfants de moins de 16 ans^[32].

Les DRSP appuient l'interdiction de fumer dans les véhicules en présence d'enfants de moins de 16 ans.

Terrasses de bars et de restaurants

Les emplacements extérieurs comme les terrasses de bars et de restaurants^[33], surtout dans certaines conditions météorologiques^[34, 34a], exposent les clients et les employés à des concentrations importantes de fumée de tabac pendant de longues périodes, soit à des substances cancérigènes pour lesquelles l'OMS recommande une exposition nulle^[15].

Certaines provinces canadiennes (Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Alberta et l'Ontario), le territoire du Yukon et de nombreuses villes (p. ex. Vancouver et Saskatoon) interdisent de fumer sur les terrasses des restaurants et des bars. La Colombie-Britannique a aussi des règles à cet effet, et le Nouveau-Brunswick a récemment déposé un projet de loi à ce sujet. Cette mesure est aussi en vigueur dans plusieurs états américains et près de 200 villes des États-Unis. Montréal est la seule grande ville canadienne où il est encore permis de fumer sur les terrasses^[35]. Selon un sondage mené en 2013, 63 % de la population adulte était favorable à l'interdiction de fumer sur les terrasses extérieures des restaurants et bars^[36]. De plus en plus de propriétaires de terrasses ont pris l'initiative de demander de ne pas fumer le cigare ou tout autre produit du tabac pour le respect des clients.

Les DRSP appuient l'interdiction de fumer sur les terrasses et les autres aires de repos exploitées dans le cadre d'une activité commerciale et qui sont aménagées pour y permettre le repos, la détente ou la consommation de produits (art. 5, alinéa 5).

Établissements d'éducation supérieure

Le projet de loi ne propose aucune mesure d'amélioration pour restreindre davantage l'usage du tabac sur les terrains des installations des établissements d'éducation supérieure. Comme les jeunes fréquentent les cégeps dès l'âge de 17 ans et qu'ils sont encore mineurs et qu'au moins 15 % des jeunes s'initient au tabac après leur secondaire^[37], l'interdiction de fumer sur les terrains des établissements devrait s'appliquer autant aux cégeps qu'aux collèges. Les jeunes adultes qui fréquentent les universités sont encore en période d'initiation au tabagisme et en tant qu'institution d'éducation supérieure, l'université devrait également promouvoir la santé en offrant un environnement complètement sans tabac. L'importance d'offrir un environnement qui véhicule des messages cohérents de protection des non-fumeurs tout au long du parcours éducatif de façon équitable et sans exception devrait guider la décision d'élargir l'interdiction de fumer sur les terrains des cégeps, collèges et universités.

Amendement proposé

Ajout des cégeps, des collèges et des universités à la liste des lieux visés par l'interdiction de fumer dans les établissements d'enseignement et sur les terrains, en tout temps.

Établissements de santé et de services sociaux

Le projet de loi ne propose aucune mesure d'amélioration pour restreindre davantage l'usage du tabac à l'intérieur et à l'extérieur des installations et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, centres jeunesse, « ressources intermédiaires », unités ou départements de psychiatrie, centres de réadaptation, hôpitaux psychiatriques et centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Il maintient la désignation d'espaces pour fumer à l'intérieur (fumoir et chambre fumeur) pour fumer à l'intérieur permettant donc des fumoirs et l'aménagement d'un maximum de 40 % de chambres fumeurs pour les gens hébergés. Comme le projet de loi étend le champ d'application de la loi à la cigarette électronique, cette mesure pourrait susciter l'ouverture de chambres pour fumeurs permettant ainsi devapoter dans tous ces espaces désignés.

Les principes encadrant la protection de la santé publique contre la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) imposent de réduire à zéro, lorsque c'est possible, toute exposition aux agents cancérogènes reconnus dans la FTE pour tous, surtout pour les jeunes vulnérables, les gens qui souffrent de troubles de santé mentale ou de dépendance et les gens âgés^[38]. Les environnements

complètement sans fumée préviennent l'initiation, aident les fumeurs qui veulent arrêter de fumer et diminuent la consommation de tabac, soit le nombre de cigarettes fumées par jour^[17, 39] et protègent les non-fumeurs.

Les politiques sur le tabac sont bien moins efficaces, voire sans effet quand il est permis de fumer dans des zones désignées. L'industrie du tabac elle-même reconnaît l'efficacité des environnements sans tabac et sait que, en faisant des exceptions, on compromet leurs effets. Dans un rapport à usage interne de Philip Morris de 1992, on peut lire que l'interdiction complète de fumer sur le lieu de travail réduit fortement le volume des ventes, et que les restrictions moins sévères sur le lieu de travail, comme l'autorisation de fumer dans les zones désignées, ont bien moins d'influence sur le taux d'abandon de la cigarette et très peu d'effets sur la consommation. « Total prohibition of smoking in the workplace strongly affects industry volume. Smokers facing these restrictions consume 11 % - 15 % less than average and quit at a rate that is 84 % higher than average »^[40].

Continuer à autoriser les fumeurs crée une situation d'iniquité sur le plan de la santé et de la sécurité pour les jeunes et les adultes hébergés. De plus, les fumeurs ne respectant pas les exigences de la loi sont inadéquats pour la santé des gens hébergés et des employés. Selon le Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 et les informations recueillies lors des visites d'inspection, les exploitants des établissements de santé et de services sociaux ont aménagé des fumeurs dans des locaux qui ne respectaient pas toujours les exigences prévues à la loi en matière de système de ventilation et de porte à fermeture automatique^[41]. Dans les édifices du réseau autres que les centres hospitaliers, soit les CHSLD, les centres de réadaptation, les centres jeunesse, les chambres pour l'usage des fumeurs sont rarement regroupées. Cette dispersion et le fait que les portes sont souvent ouvertes font en sorte que la fumée est présente dans les chambres adjacentes aux chambres fumeurs. Cette situation a été maintes fois dénoncée au Service de lutte contre le tabac par les employés, les usagers, les bénévoles et les visiteurs qui fréquentent les centres qui accueillent des gens hébergés. Le rapport de la Commission de la santé et des services sociaux^[42] a également noté cette situation.

Contrairement aux fumeurs qui peuvent représenter la seule solution dans certaines circonstances, les chambres « fumeurs » dans les centres d'hébergement ne sont plus justifiables — que ce soit dans les centres d'hébergement pour jeunes, les départements de psychiatrie, les centres de santé spécialisés en santé mentale, les centres de réadaptation, ou les centres d'hébergement publics et privés pour les personnes âgées.

Le fait de permettre de fumer dans les chambres occasionne plus d'un problème : cela expose les employés à la FTE (de même que les autres personnes hébergées et les visiteurs) et exacerbe le risque d'incendie. Pour ce qui est des CHSLD, si nécessaire, le recours aux fumeurs devrait prévaloir sur les chambres « fumeurs », malgré les problèmes d'efficacité et de coûts associés aux fumeurs.

En somme, la loi ne devrait donc plus permettre des chambres « fumeurs ». Il serait fort décevant si, après 10 années sans progrès législatifs à ce sujet, le gouvernement décidait de maintenir le *statu quo*.

À Montréal, de plus en plus de milieux de santé et de services sociaux ont complètement éliminé les chambres pour fumeurs et les fumoirs, notamment l'Institut Philippe-Pinel (2005)^[43], le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (2014)^[44], l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (2015), le pavillon de psychiatrie Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur. Le fumoir du département de psychiatrie du Centre hospitalier St. Mary a été fermé en 2011, à la suite du décès d'un patient asphyxié lors d'un incendie dans un fumoir^[45]. Ces décisions sont formalisées au sein de politiques d'établissements sans fumée adoptées par les comités de direction et les conseils d'administration.

L'adoption en février 2015 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, a un impact sur la pérennité de ces politiques. Par exemple, dans chacun des 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des 9 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), il existe présentement plusieurs politiques distinctes qui sont en vigueur dans les multiples installations. Cette disparité engendre une problématique d'iniquité car le niveau de protection contre la fumée de tabac varie pour les patients, le personnel et les visiteurs d'un lieu à l'autre (par ex. : à l'intérieur d'un même CIUSSS/CISSS, entre les CIUSSS/CISSS et entre les établissements non fusionnés, les politiques sont maintenant toutes différentes).

Afin de protéger de façon équitable l'ensemble de la population et d'agir comme établissements modèles en cohérence avec nos missions, il est proposé d'amender la loi pour y inclure l'obligation pour chaque CIUSSS, CISSS et établissement non fusionné d'élaborer et de mettre en œuvre une politique intégrée et globale sur le tabagisme afin qu'ils deviennent des environnements sans fumée, à l'intérieur des édifices et sur les terrains des établissements, à l'exception des CHSLD qui pourraient avoir des fumoirs. Cette politique devrait intégrer des mesures pour systématiser des interventions en cessation tabagique au sein des établissements de santé et de services sociaux, et ce globalement, à tous les points de contact du continuum de soins et de services (par ex. : identification à l'accueil de l'hôpital, en préhospitalier, durant le séjour, dans les services ambulatoires, lors du congé). Ce faisant, assurer le lien avec les services offerts dans la communauté.

Amendements proposés

Interdiction des chambres pour fumeurs dans tous les établissements de santé et de services sociaux.

Interdiction des fumeurs dans tous les établissements de santé et de services sociaux, sauf en CHSLD.

Obligation pour les CIUSSS, les CISSS et les établissements non fusionnés d'élaborer et de mettre en œuvre une politique intégrée et globale sur le tabagisme afin qu'ils deviennent sans fumée et qu'ils offrent systématiquement du soutien à l'abandon du tabagisme.

2.3 Abris extérieurs pour fumeurs

Le projet de loi propose des normes pour l'aménagement d'abris extérieurs pour fumeurs. Si elle est adoptée, la loi permettrait la construction d'abris à neuf mètres des terrasses des restaurants et des bars. Cette mesure ne s'appliquerait pas aux établissements de santé et de services sociaux. Ces abris encouragent l'usage des produits du tabac. Un regroupement de fumeurs à l'intérieur d'un espace clos peut générer des concentrations très élevées de produits toxiques, dont le monoxyde de carbone, représentant des risques supplémentaires à la santé des fumeurs ou des non-fumeurs qui pourraient s'y trouver. De plus, la prolifération de ces abris pourrait ne pas convenir à l'aménagement urbain, serait une source de concurrence déloyale entre les tenanciers qui peuvent offrir ces abris et ceux qui ne peuvent pas et pourrait contrevenir aux règlements municipaux qui gèrent l'espace public. L'hiver, l'effondrement d'un toit d'abri extérieur pour fumeurs a déjà entraîné un décès et trois blessés sous l'effet de l'accumulation de la neige combinée à la chaleur dégagée par la fumée^[43a]. Les DRSP appuient toutes les interdictions de fumer qui protégeront les jeunes et les adultes de la fumée de tabac et ne croient pas que l'aménagement d'abris extérieurs devrait être stipulé dans la loi.

Amendements proposés

Retrait de la loi du pouvoir d'aménager des abris pour fumeurs.

Interdiction des abris extérieurs.

2.4 Étendue du champ d'application de la loi à la cigarette électronique

Le projet de loi n° 44 propose de changer le champ d'application de la loi en y incluant la cigarette électronique (CE) et les dispositifs d'inhalation de cette

nature. La loi interdirait ainsi la publicité, la promotion et la vente aux mineurs, les étalages dans les commerces, la démonstration et le vapotage dans les boutiques spécialisées et interdirait l'utilisation de la cigarette électronique dans les lieux intérieurs ou extérieurs où la cigarette est interdite.

La cigarette électronique, souvent appelée inhalateur électronique, est de plus en plus utilisée dans les endroits où la loi interdit de fumer. Les « vapes shops » se multiplient et font maintenant partie du paysage. Les cigarettes électroniques sont accessibles aux mineurs dans plusieurs commerces. La DRSP de Montréal a mené un sondage téléphonique auprès de 2 501 personnes âgées de 15 ans et plus au cours du mois d'août 2014^[46]. Il révèle que la CE est connue par près de 90 % des répondants. Pour un grand nombre d'entre eux, l'utilisation de la CE est motivée par le désir de réduire leur consommation de tabac ou, encore, la volonté de cesser de fumer, deux motivations favorables à l'amélioration de leur santé. Quelque 14 % des répondants au sondage avaient déjà utilisé la CE, environ 5 % l'avaient utilisée au cours des 30 jours précédant le sondage, et un peu moins de 2 % en faisaient un usage quotidien. Ces proportions sont significativement plus élevées parmi les fumeurs actuels. Ainsi, 47 % l'ont utilisée au moins une fois, 20 % au cours des 30 jours précédant le sondage et 8 % l'utilisent tous les jours. L'utilisation de la CE apparaît donc comme un comportement associé surtout aux fumeurs. Parmi les utilisateurs récents de la CE, près des trois quarts (70 %) avaient aussi consommé la cigarette conventionnelle^[46]. Parmi les gens qui n'avaient jamais fumé de leur vie et qui avaient déjà utilisé la cigarette électronique, 6 % l'avaient utilisée au moins une fois, 1 % au cours des 30 jours précédant le sondage et aucun ne l'avait utilisée tous les jours.

Selon l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES 2013), 28 % des élèves ont déjà essayé la cigarette électronique au cours de leur vie^[23]. De plus, 4 % des élèves en avaient fait usage au cours des 30 jours précédant l'enquête. Selon les données de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues 2013 (ECTAD), l'usage parmi les jeunes de 15 à 19 ans est de 31 % au Québec, deux fois plus que les jeunes ontariens (environ 15 %) et bien au-delà de la moyenne canadienne, d'environ 20 %^[47].

Les cigarettes électroniques peuvent contenir des saveurs. Plus de 7 000 ont d'ailleurs été répertoriées et on en retrouve plusieurs attrayantes pour les enfants, par exemple des saveurs de friandises (barbe à papa, gomme balloune, etc.), de desserts (tarte aux pommes) ou de fruits (cerises).

Bien que les connaissances concernant le profil de sécurité des cigarettes électroniques ou de leur efficacité comme méthode de cessation ne soient pas encore complètes, il se crée un consensus sur le fait qu'elles présentent moins de risques à la santé que la fumée de tabac combustible^[48, 49] et qu'il y a un potentiel d'aide à la cessation du tabac^[50, 51].

Une analyse réalisée en 2014 à partir de deux essais contrôlés randomisés (Bullen^[50a], Caponnetto^[50b]) démontre que la cigarette électronique avec

nicotine augmente de façon significative les chances de cesser complètement de fumer et de réduire le nombre de cigarettes fumées d'au moins 50 % comparativement à la cigarette électronique sans nicotine après six mois d'utilisation. L'une de ces études démontre une efficacité similaire à un timbre nicotinique. Les auteurs de cette revue systématique Cochrane attribuent cependant un faible niveau de certitude à ces résultats provenant seulement de deux études, d'un faible nombre de fumeurs ayant réussi à cesser de fumer et d'un intervalle de confiance très large du point de vue statistique. Ils concluent que d'autres essais contrôlés randomisés sont requis pour confirmer que la cigarette électronique est efficace comme aide à l'arrêt tabagique^[51]. L'importance de la réduction des risques pour la santé en réduisant le nombre de cigarettes fumées tout en poursuivant l'usage de la cigarette conventionnelle (double usage) demeure incertaine et controversée^[52,52a].

De plus contrairement à la cigarette conventionnelle, il n'y a pas de courant secondaire qui se dégage de l'extrémité de la cigarette électronique et la vapeur qui se retrouve dans l'air provient de ce qui est expiré par le vapoteur. Les concentrations de substances toxiques sont beaucoup plus faibles que dans les émissions d'une cigarette conventionnelle. Bien que cette vapeur se dissipe rapidement, il peut y avoir absorption de composés organiques volatils, de particules fines et ultrafines et de nicotine démontrée par la mesure de la cotinine, un métabolite de la nicotine retrouvé chez le vapoteur passif^[53-57].

L'exposition du fœtus et de l'adolescent à la nicotine peut avoir des conséquences à long terme sur le développement du cerveau et pourrait agir comme drogue de passage à la cigarette et à d'autres drogues^[17, 58]. Les cigarettes électroniques avec nicotine ne devraient pas être vendues aux mineurs, ni faire l'objet de publicité susceptible de promouvoir le tabagisme, ni être consommées dans les endroits où la cigarette est interdite. Toutes ces recommandations sont soutenues par l'Organisation mondiale de la Santé^[52]. Un encadrement législatif est donc souhaitable pour protéger le public, surtout les jeunes, des risques et des effets négatifs démontrés ou potentiels^[52]. En assujettissant la cigarette électronique à la Loi sur le tabac, ces trois aspects seraient pris en compte. Il ne s'agit que de précautions minimales qui n'affecteraient en rien l'accès aux produits pour les adultes désireux de les utiliser.

La Nouvelle-Écosse, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont adopté des lois qui interdisent la vente de la CE aux mineurs, la consommation de la cigarette électronique là où l'usage du tabac n'est pas permis, et qui encadrent la publicité. Le Manitoba vient aussi de déposer un projet de loi visant les mêmes objectifs. Au Québec, plusieurs villes, commissions scolaires, universités et sociétés de transport ont déjà réglementé l'usage de la cigarette électronique.

Les DRSP appuient l'assujettissement de la cigarette électronique à la Loi sur le tabac assortie de règlements à être formulés.

Bien que non homologuée par Santé Canada, la cigarette électronique avec nicotine est accessible sur le marché. À l'heure actuelle, rien n'encadre donc le

contenu des cigarettes électroniques, leur étiquetage, la sécurité des contenants et leur volume de même que la concentration des liquides de recharge et des dispositifs électroniques diffusant de la vapeur. Par contre, malgré l'interdiction, les ventes sont en progression un peu partout au pays. Une analyse de la quantité de nicotine contenue dans le liquide de recharge de cinq marques populaires au Royaume-Uni a démontré une variation du contenu de nicotine considérée comme acceptable sans corrélation entre le contenu de nicotine du liquide et la concentration de nicotine trouvée dans la vapeur^[59]. Les caractéristiques de la cigarette électronique et la façon de l'utiliser influencent le contenu de nicotine dans la vapeur.

De plus, la disponibilité de la nicotine sous forme liquide dans des bouteilles sans dispositif d'ouverture sécuritaire expose les enfants dans les domiciles à une augmentation du risque d'intoxication grave^[60]. L'inhalateur pose également un risque d'incendie lorsqu'il est rechargé notamment avec des chargeurs autres que celui d'origine et en présence d'oxygénothérapie; un décès a également été noté^[61-63]. Il serait souhaitable de réglementer les bouteilles de liquide et les dispositifs électroniques ainsi que la concentration de nicotine dans les liquides de recharge et la vapeur.

Le gouvernement fédéral a demandé au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes de se pencher sur la question en septembre 2014, et le Comité a publié son rapport en mars dernier^[64]. Il liste 14 recommandations spécifiques sur l'encadrement législatif de la cigarette électronique et de ses produits connexes. Plusieurs sont en lien à la promotion visant les adolescents et les adultes de même qu'à la réglementation des cigarettes électroniques et dispositifs connexes, des concentrations maximales de nicotine des liquides et des vapeurs. De plus le comité recommande de soutenir la recherche sur les effets des cigarettes électroniques et des dispositifs connexes, sur l'incidence de l'adoption des produits nicotiques chez les jeunes et sur d'autres efforts de lutte de contrôle tabagique.

Recommandations

Que le gouvernement du Québec :

- **soutienne la recherche sur les effets des cigarettes électroniques**
- **demande au gouvernement fédéral de réglementer les cigarettes électroniques et dispositifs connexes, de fixer les concentrations maximales de nicotine des liquides et des vapeurs, de fixer des normes concernant l'innocuité de l'ensemble des composantes et d'obliger les fabricants à divulguer les renseignements relatifs aux ingrédients.**

2.5 Salons de cigares ou de pipe à eau

Le projet de loi propose que les salons de cigares ou de pipe à eau (chicha) reconnus par un avis de reconnaissance émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) affichent cet avis dans un lieu accessible à tous. De plus, il définit les pièces d'identité nécessaires pour acheter du tabac ou être admis dans un salon de cigares ou de pipe à eau, interdit la location de pipe à eau et de cigarette électronique, et pénalise les exploitants et les mineurs en cas d'infraction.

Il existe encore 25 salons de cigares ou de tabac à pipe à eau reconnus légalement par le MSSS où il est permis de fumer^[65]. La prolifération des nouveaux endroits pour consommer de la chicha tels que des salons de thé est évidente mais non documentée.

L'usage de la pipe à eau est de plus en plus populaire, y compris auprès des jeunes, puisqu'en 2014, 11 % des jeunes du secondaire avaient fait usage de la chicha au cours de leur vie. La pipe à eau est attrayante et est généralement perçue comme un produit moins dangereux que la cigarette^[66]. Un fumeur de pipe à eau quotidien fume l'équivalent en nicotine d'une dizaine de cigarettes par jour^[67]. Les effets sur la santé sont similaires à ceux des autres produits inhalés du tabac^[68]. L'échange de tuyaux et l'absence de désinfection adéquate peuvent contribuer à la transmission de maladies contagieuses, comme la méningite, la tuberculose, l'hépatite et la grippe^[66, 69, 70]. De plus, quelques cas d'intoxications au monoxyde de carbone ont été rapportés^[68]. Plusieurs salons de chicha ou salons de thé accessibles à tous permettent de consommer la chicha même si la loi l'interdit.

Préoccupés par la popularité grandissante de l'usage de la pipe à eau considérée à tort comme moins dangereuse que la cigarette et par la prolifération d'endroits illégaux qui permettent l'utilisation de la pipe à eau, les DRSP recommandent d'interdire les salons de cigares et de pipe à eau et de retirer les avis de reconnaissance aux salons déjà exemptés par la loi.

Amendements proposés

Interdiction des salons de cigares et de pipe à eau.

Retrait des avis de reconnaissance émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux salons exemptés par la loi.

2.6 Prix minimum

Le projet de loi ne prévoit aucune mesure concernant le prix minimum pour l'achat de produits du tabac autre que les cigarettes. Cependant, le Règlement d'application de la Loi sur le tabac, adopté en 2008, encadre le montant minimum associé à l'achat de produits du tabac autres que les cigarettes^[71]. Entre autres, il prévoit que le consommateur peut acheter des « petits » cigares à l'unité, dans la mesure où le montant total de l'achat est supérieur à 10 \$.

Cette disposition rend les produits du tabac relativement accessibles notamment auprès des jeunes, si la loi n'est pas modifiée. En tenant compte de la prochaine loi qui sera en vigueur au moins jusqu'en 2020 et pour que cette mesure puisse avoir un impact dissuasif, les DRSP recommandent que la Loi sur le tabac augmente le montant minimum payé par un consommateur pour l'achat d'un ou de plusieurs produits du tabac, autres que les cigarettes, à au moins 20 \$ et que ce montant soit soumis au taux d'inflation en vigueur.

Amendement proposé

Augmentation à au moins 20 \$ le montant minimum payé pour l'achat d'un ou plusieurs produits du tabac autres que la cigarette.

3. Autres amendements

3.1 Points de vente

Le Pl44 propose 33 articles sur 63 pour améliorer l'inspection, la saisie et le pouvoir d'enquête. Il édicte de nouvelles dispositions pénales, hausse le montant des amendes déjà prévues à la Loi sur le tabac et renforce certaines autres dispositions pénales par une responsabilisation accrue des administrateurs et dirigeants des personnes morales, sociétés ou associations et employés. L'ensemble de ces mesures n'aura pas d'impact sur le nombre ni sur la densité et la gestion des points de vente.

Les dispositions de la Loi sur le tabac ont permis de réduire de façon importante le nombre de points de vente, passant de 19 500 en 2003 à 7 500 en 2008^[41]. Il est encore possible de se procurer des produits du tabac à l'année, presque jour et nuit, dans les stations-services, marchés d'alimentation et dépanneurs. L'emplacement et la densité des points de vente des produits du tabac dans les quartiers ont un impact sur la consommation, l'initiation au tabagisme et la cessation. Certaines études démontrent qu'il existe une association entre la densité des points de vente de tabac et la prévalence de fumeurs, en particulier dans les quartiers défavorisés^[72-74] et qu'une forte densité de points de vente autour des écoles augmente l'initiation au tabagisme et la prévalence du tabagisme chez les jeunes^[75-77].

Le récent rapport Godbout sur la fiscalité recommande d'exiger un permis de vente de produits du tabac obligatoire pour les commerçants. De plus, il souligne qu'un permis annuel de 250 \$ par commerce ou établissement de vente au détail permettrait de dégager un revenu supplémentaire de 2 millions de dollars^[78]. L'Ontario exige que chaque établissement qui vend du tabac détienne un permis^[79].

Les DRSP reconnaissent l'importance de gérer la densité des points de vente et souhaitent minimalement la mise en place d'un système efficace de surveillance

des points de vente, par exemple en prévoyant l'émission d'un permis et le retrait possible en cas d'infraction.

Amendement recommandé

Mise en place un système efficace de surveillance des points de vente.

3.2 Emballage

Le PI 44 ne s'attarde pas à l'emballage. Toutefois, il élimine l'obligation d'harmoniser les normes sur l'emballage, l'étiquetage et la fabrication avec les normes fédérales. Les DRSP appuient l'élimination de cette obligation pour que les normes provinciales puissent devenir plus sévères que celles du fédéral.

Les « éléments de marque » sur l'emballage sont à la base de toutes les stratégies de marketing de l'industrie du tabac. C'est ce « branding » qui permet à l'industrie d'accoler des « personnalités » aux différentes marques de tabac selon des études de marché sur les « besoins » des clientèles visées (jeunes, femmes, jeunes hommes, etc.) L'emballage imagé évoque des styles de vie et des valeurs positives recherchés par ces populations, soit précisément ce qui génère les motifs conscients et inconscients qui incitent les jeunes à commencer à fumer ou les fumeurs à continuer, malgré tout ce que l'on sait sur ces produits inutiles et mortels. Les formats de paquets élégants ou amusants ajoutent aux produits du tabac une allure moderne et branchée qui en minimise ou en banalise les dangers.

Selon la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac, convention signée par plus de 175 pays et entérinée par le Québec, l'emballage « est un élément important de la publicité et de la promotion. Les caractéristiques des paquets et des produits contenant du tabac sont utilisées de différentes manières pour attirer les consommateurs, promouvoir les produits et cultiver et promouvoir l'identité de marque, par exemple par l'utilisation de logos, de couleurs, de caractères, d'images, de formes et de matériels sur ou dans les paquets ou sur des cigarettes individuelles ou d'autres produits du tabac »^[80]. La standardisation des composantes d'un emballage permet de réduire ou d'éliminer ces stratégies de marketing tout en maximisant l'impact des mises en garde sur la santé.

L'Australie est devenue le premier pays au monde à imposer aux cigarettiers un emballage neutre et standardisé. Depuis l'entrée en vigueur de la standardisation des paquets en décembre 2012, le taux de tabagisme a chuté (de 15,1 % à 12,8 %), l'âge d'initiation a augmenté (de 14,2 à 15,9 ans), les appels à la ligne d'aide à la cessation ont augmenté rapidement, et les cigarettes goûtent moins bon selon les fumeurs. L'Irlande, le Royaume-Uni et la France ont depuis adopté leur propre loi en ce sens, et la Nouvelle-Zélande, la Finlande, la

Suède et la Norvège ont toutes annoncé qu'elles considéraient la mesure ou entamé le processus y menant^[81].

La standardisation des mises en garde qui fixe des dimensions minimales, représenterait une avancée qui protégerait l'intégrité des mises en garde contre les divers stratagèmes de l'industrie cherchant à minimiser leur impact en réduisant leur grandeur ou en les déformant à l'aide de formats de paquets innovateurs.

Des précédents existent pour ce genre de mesures, par exemple dans la directive sur le tabac de l'Union européenne, qui impose des dimensions minimales pour les mises en garde sur les paquets de cigarettes (44 mm par 52 mm minimum, en plus de couvrir 65 % des surfaces). L'Inde a aussi introduit une réglementation qui fixe des dimensions minimales pour les mises en garde ainsi que des proportions stables (hauteur versus largeur) pour en assurer la lisibilité.

Le Québec possède un pouvoir réglementaire en matière d'emballage et légifère déjà en y interdisant certains éléments promotionnels (ce qui va au-delà de la loi fédérale). Les lois provinciales confèrent au gouvernement un pouvoir réglementaire à l'égard des emballages (cinq provinces, dont le Québec) et sur les mises en garde (trois provinces).

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), que le Canada a ratifiée, préconise de « limiter ou interdire l'utilisation de logos, de couleurs, d'images de marque ou de textes promotionnels sur les emballages, hormis le nom de la marque et celui du nom du produit, imprimés en caractères normaux et dans une couleur standardisée (emballages neutres) »^[80].

L'inclusion dans la loi québécoise de restrictions sur l'emballage permettrait au Québec de redevenir un leader mondial de la lutte contre le tabac et aurait certainement un impact positif pour prévenir l'usage du tabac auprès des jeunes.

Amendement proposé

Standardisation des mises en garde sur les paquets (incluant une taille minimale pour celles-ci) par voie réglementaire à la suite de l'adoption du projet de loi n° 44.

3.3 Interdiction de l'usage de produits du tabac sur les terrains de jeux pour enfants

Le projet de loi prévoit des nouvelles mesures qui font en sorte que les enfants québécois seraient protégés de la fumée de tabac à l'extérieur presque partout et en tout temps. Si le projet de loi est adopté, les enfants seraient protégés sur les terrains des centres de la petite enfance, de la garderie, des établissements d'éducation préscolaire ainsi que d'enseignement primaire et secondaire.

L'usage du tabac sur les terrains de jeux pour enfants deviendrait une exception qui affaiblit le message qui sous-tend l'intention du législateur : on ne fume pas près des enfants, même à l'extérieur.

Les terrains de jeux pour enfants sont souvent situés dans des parcs adjacents aux écoles, parfois même sur les terrains des écoles (parc-école). Ils sont le plus souvent fréquentés par les enfants des garderies, des centres de la petite enfance, des établissements préscolaires et d'enseignement primaire, durant la journée.

Au moins cinq municipalités ont déjà expérimenté l'interdiction de fumer sur les terrains de jeux pour enfants: Côte-Saint-Luc, Rosemère, Sainte-Adèle, L'Ancienne-Lorette et Sainte-Marcelline-de-Kildare. Deux provinces viennent d'adopter une loi provinciale protégeant notamment les enfants de la fumée de tabac sur les terrains de jeux : l'Ontario (2015) et le Nouveau-Brunswick (2015). Le Manitoba a déposé un projet de loi qui prévoit l'interdiction de fumer sur les terrains de jeux pour enfants.

L'interdiction de l'usage de produits du tabac sur les terrains de jeux destinés aux enfants est une mesure qui obtient, selon un sondage de Léger réalisé en 2015 pour le compte de la Coalition québécoise sur le contrôle du tabac, un appui de près de neuf Québécois sur dix (87 %) dont une importante majorité de fumeurs (72 %)^[80a].

L'inclusion dans la loi québécoise de l'interdiction de fumer sur les terrains de jeux pour enfants permettrait de renforcer la lutte contre la banalisation de l'usage du tabac et contre le tabagisme passif des enfants en leur offrant un environnement de qualité partout et en tout temps, exempt notamment de mégots dans les bacs de sable.

Amendement proposé

Interdiction de l'usage de produits du tabac sur les terrains de jeux pour enfants.

4. Prix des produits du tabac

Il est primordial de rappeler que l'augmentation des taxes sur les produits du tabac demeure la meilleure façon de réduire le tabagisme selon l'OMS^[82, 83]. La hausse des taxes motive certaines personnes à arrêter de fumer et en dissuade d'autres de commencer. Elle réduit aussi le nombre d'ex-fumeurs qui rechutent ainsi que la consommation de ceux qui continuent. Elle est également la mesure la plus rentable^[82, 83].

Le Québec est la province canadienne où les cigarettes sont les moins coûteuses (85,39 \$), soit 20 \$ en dessous du prix moyen canadien de la cartouche de 200 cigarettes^[84]. La contrebande a diminué de façon importante et soutenue passant de 35 % du marché québécois en 2008 à environ 15 % en 2012^[85].

En moyenne, une augmentation de 10 % du prix des cigarettes fait baisser la consommation de 4 % et la prévalence du tabagisme d'environ 2 %^[82, 83]. L'augmentation des taxes engendre une diminution plus importante de la consommation de tabac dans la population à faible revenu et auprès des jeunes que dans la population en général^[86].

Même si cette mesure ne relève pas de la Loi sur le tabac, les DRSP recommandent au gouvernement du Québec une augmentation progressive de la taxe sur les produits du tabac, permettant de se rapprocher de la moyenne canadienne, en prenant en considération le prix des cigarettes des provinces et des états limitrophes et du taux d'inflation. Ils souhaitent également que les sommes recueillies par ces taxes soient réinvesties dans la lutte au tabagisme.

Recommandation

Augmentation progressive de la taxe sur les produits du tabac, permettant de se rapprocher de la moyenne canadienne, en prenant en considération le prix des cigarettes des provinces et des états limitrophes, et réinvestissement dans la lutte au tabagisme.

5. Conclusion

Le projet de loi n° 44 comprend des mesures visant à protéger les enfants et les adultes des risques de l'exposition à la fumée de tabac, à prévenir l'expérimentation et l'initiation au tabagisme et à encadrer la vente, l'usage et la promotion de la cigarette électronique. Les DRSP appuient ce projet de loi qui permettra certainement d'améliorer la santé des Québécois.

Plusieurs mesures n'apparaissant pas au projet de loi permettraient de diminuer les difficultés de mise en œuvre déjà soulevées dans le rapport de la Commission de la santé et des services sociaux en 2013 face à certains volets de la loi actuelle. Des amendements sont ainsi proposés pour éliminer l'exposition à la fumée de tabac dans les établissements de santé et de services sociaux, pour interdire les abris extérieurs pour fumeurs, et pour interdire totalement l'utilisation de la pipe à eau là où l'usage du tabac est interdit. La standardisation de l'emballage considérée comme une mesure efficace aurait certainement un impact sur le tabagisme dans notre société. Une approche globale et cohérente qui intègre les meilleures connaissances scientifiques ne saurait être complète sans que la révision de la loi soit accompagnée d'une augmentation du prix des produits du tabac.

6. Références

- [1] OMS (Organisation mondiale de la santé). (2004). *Tabac et pauvreté : un cercle vicieux. Les pauvres et la consommation de tabac*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68705/1/WHO_NMH_TFI_04.01_fre.pdf?ua=1
- [2] Gouvernement du Québec. (2005). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q. Ch. S-4.2 art. 373, alinéa 2, 246 pages. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html
- [3] Gouvernement du Québec. (2001). *Loi sur la santé publique*, L.R.Q. Ch. S-2.2 art. 53, alinéa 5 et art. 54, 35 pages. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html
- [4] Ministère de la Santé et des Services sociaux. (sous presse). *Programme national de santé publique 2015-2025*.
- [5] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2006). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-006-17.pdf>
- [6] Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-006-06F.pdf>
- [7] Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*. Repéré à http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Politique_de_perinatalite_2008-2018.pdf
- [8] Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). *Programme québécois de lutte contre le cancer : Orientations prioritaires 2007-2012*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-902-03.pdf>
- [9] Conseil des directeurs de la santé publique de la Conférence des régions régionales de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1996). *Recommandations pour une loi globale québécoise considérant les produits du tabac*. Mémoire déposé à la direction générale de la santé et des services sociaux dans le cadre de la consultation publique pour une législation québécoise contre le tabagisme : un choix de société. Saint-Hubert. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothe...irtuelle/santecom/35567000055381.pdf>
- [9a] Conseil des directeurs de la santé publique de la Conférence des régions régionales de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1998). *Mémoire sur le projet de loi sur le tabac* Déposé à la Commission parlementaire des affaires sociales le 29 mai 1998. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothe...irtuelle/santecom/35567000033446.pdf>
- [10] Gervais, A., Jacques, M. et Tessier, S. (2013). *Montréal sans tabac – Mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 : observations et recommandations pour la mise à jour de la Loi*. Mémoire du directeur de santé publique de Montréal présenté à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale du Québec. Repéré à http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications/publications_resume.html?tx_wfqbe_pi1%5Buid%5D=1642

- [11] Statistique Canada. (2015). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2014*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/150617/dq150617b-fra.htm>
- [12] Statistique Canada. (2015). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2014*. Tableau des fumeurs, selon le sexe, provinces et les territoires. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health74a-fra.htm>
- [13] Gouvernement du Québec. (2005). *Loi sur le tabac*, L.R.Q. Ch. T-0.01., 21 pages. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/T_0_01/T0_01.html
- [14] Doll, R., Peto, R., Boreham, J. et Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328(1519) 9 pages. Repéré à <http://www.bmj.com/content/bmj/328/7455/1519.full.pdf>
- [15] OMS. (Juillet 2015). *Tabagisme*, Aide-mémoire n° 339. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>
- [16] Baliunas, D., Patra, J., Rehm, J., Popova, S., Kaiserman, M., et Taylor, B. (2007). Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002 : Conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques. *Maladies chroniques au Canada*, 27(4), 10 pages. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/27-4/pdf/cdic274-3_f.pdf
- [17] U.S. Department of Health and Human Services. (2014). The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. *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*, 1081 pages. Repéré à <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>
- [18] Rehm, J. et al. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 - Points saillants*. Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011333-2006.pdf>
- [19] Ouellette, P., Crémieux, P. Y., Petit, P. et Carter, V. (2005). *Étude d'impact des modifications proposées à la Loi sur le tabac : préparée pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 21 mars 2005. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/Rap-Tabac-22-03-2005.pdf>
- [20] Jacques, M., Hallouche, K., Gaudreau, M., Gervais A (2014). *Rapport du Directeur de santé publique 2014 – Montréal sans tabac– Pour une génération de non-fumeurs*. Montréal, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Repéré à http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_ assmpublications/RapDir_2014_FR_01M2_Lo w-res_aRGB.pdf
- [21] OMS. (2007). The Scientific Basis of Tobacco Product Regulation - Report of the WHO Study Group. *WHO Technical Report Series* n° 945, 120 pages. Repéré à http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/9789241209458.pdf
- [22] Philip Morris International, « New Flavors Qualitative Research Insights », 1992. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/btp04j00/pdf>
- [23] Institut de la statistique du Québec. (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013 - Évolution des comportements au cours des quinze dernières années* (Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec). Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-drogue-jeu/tabac-alcool-drogue-jeu-2013.pdf>

- [24] Lasnier, B. (2015). L'usage de produits du tabac aromatisés chez les élèves québécois : 2012-2013. *Enquête sur le tabagisme chez les jeunes*, INSPQ. n° 9, 16 pages. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1886_Tabac_Aromatises_Eleves.pdf
- [25] OMS. (2013). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship* (World Health Organization). Repéré à www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/
- [26] Santé Canada. (2013). Résumé des résultats de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes 2012-2013. Repéré à http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_survey-sondage_2012-2013/result-fra.php
- [27] Manske, S.R., Rynard, V.L. et Minaker, L.M. (2014). Flavoured Tobacco Use among Canadian Youth: Evidence from Canada's 2012/2013 Youth Smoking Survey. *Propel Centre for Population Health Impact*, 18 pages. Repéré à https://uwaterloo.ca/canadian-student-tobacco-alcohol-drugs-survey/sites/ca.canadian-student-tobacco-alcohol-drugs-survey/files/uploads/files/yss12_flavoured_tobacco_use_20140910.pdf
- [28] Propel Center for Population Health Impact, communication personnelle, 6 mai 2015. http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2015/STAT_15_05_06_Propel_Youth_GR9_11_DailySmokers_Menthol.pdf
- [29] Minaker L, Manske S, Rynard VL, Reid JL & Hammond D. (2014). Tobacco Use in Canada Patterns and Trends, Edition - Special Supplement: Flavoured Tobacco Use . Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo. Repéré à http://www.tobaccoreport.ca/2014/TobaccoUseinCanada_2014_FlavourSupplement.pdf
- [30] Santé Canada. (2013). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012 : Fichier de microdonnées à grande diffusion*.
- [31] Montreuil, A., Tremblay, M., Cantinotti, M., Leclerc, B.-S., Lasnier, B. et O'Loughlin, J. (2014). *Fumer dans la voiture en présence d'enfants : comportements de fumeurs québécois et croyances au sujet d'une éventuelle loi* (publication n° 1884). Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1884_Fumer_Voiture_Enfants.pdf
- [32] Léger. (2014). *L'opinion des Québécois à l'égard de certaines mesures d'encadrement des produits du tabac – 25 mai 2014*. Rapport de recherche produit pour la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. Repéré à http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2014/STAT_14_05_22_Tableaux_Sondage_LegerMarketing_TaxesMesures.pdf
- [33] Licht A.S., et coll. (2013). Secondhand smoke exposure levels in outdoor hospitality venues: a qualitative and quantitative review of the research literature. *Tobacco Control*, 22(3), p. 172-179.
- [34] Kennedy, R.D. et al. (2010). Understanding the impact of the Smoke-Free Ontario Act on hospitality establishments' outdoor environments: a survey of restaurants and bars. *Tobacco Control*, 19(2), p. 165-167.
- [34a] Sureda X, Martinez-Sanchez J, Lopez M, Fu M, Aguero F, Salto E. (2012) Secondhand smoke levels in public building main entrances : outdoor and indoor PM2.5 assessment. *Environmental Health Perspectives*, 121:776-773.
- [35] Association pour les droits des non-fumeurs/Non Smoker's Rights Association. *Smoke-free laws database*. Repéré à <http://www.nsra-adnf.ca/cms/sfl-database-search.html>

- [36] Léger. (2013). *Interdiction de fumer sur les terrasses extérieures des bars et des restaurants du Québec – 12 août 2013*. Rapport d'un sondage produit pour la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. Repéré à http://www.cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2013/SOND_13_08_Leger_CQCT_Terrasses.pdf
- [37] O'Loughlin, J. (2014). *Initiation au tabagisme chez les adolescents et jeunes adultes*. Communication présentée le 26 novembre 2014 aux 19^e Journées annuelles de santé publique (JASP 2014). Repéré à http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2014/JASP2014_TabacJeunes_26Nov_JO'Loughlin.pdf
- [38] OMS-Europe. (2014). *Tobacco and inequities: Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm*. Repéré à http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/247640/tobacco-090514.pdf?ua=1
- [39] OMS. (2003). *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT)*. Repéré à <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242591017.pdf?ua=1>
- [40] Philip Morris USA. (1992). Inter-office memo. Impact of Workplace Restrictions on Consumption and Incidence. Repéré à <https://industrydocuments.library.ucsf.edu/tobacco/docs/#id=sfhj0111>
- [41] Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-006-07.pdf>
- [42] Direction des travaux parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec. (2013). *Consultations particulières et auditions publiques sur le mandat conféré par l'article 77 de la Loi sur le tabac concernant l'examen du rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 - Observations, conclusions et recommandations* (Rapport de la Commission de la santé et des services sociaux). Québec, Direction des travaux parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec. Repéré à http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2013/RAPP_13_12_06_CommissionSante_LoiSurLeTabac.pdf
- [43] Institut Philippe-Pinel de Montréal. (2006). *Hôpital sans fumée : un projet visionnaire*. Montréal, Repéré à <http://www.pinel.qc.ca/Download.aspx?NavID=2644&CultureCode=fr-CA>
- [44] Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. (2014). Le CJM-IU devient un établissement sans fumée. Repéré à http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/infolettre/juin2014/juin2014_actualite10.html
- [45] Bureau du coroner. Événement : 06/10/2011. Un patient de 62 ans décède d'asphyxie dans un incendie survenu dans le fumoir de l'aile psychiatrique du Centre hospitalier de St. Mary. [file:///Users/macandre/Desktop/MemDRSP_REF_Acces150812/45.Rechercher des recommandations.html](file:///Users/macandre/Desktop/MemDRSP_REF_Acces150812/45.Rechercher_des_recommandations.html)
- [45a] Commission de la santé et de sécurité du travail du Québec(2008). Accident mortel d'un travailleur avec trois blessés survenu le 15 février à l'entreprise Transformateur Delta du Canada (1999) Itée au 795, boulevard Industriel à Granby. RAP0539130. 16 juillet 2008. <https://www.centredoc.csst.qc.ca/pdf/ed003731.pdf>

- [46] Leane, V., Gervais, A. et Jacques, M. (2014). *Montréal sans tabac - Enquête sur la cigarette électronique à Montréal 2014*. Repéré à http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/Enquete_Cig_electro_MTL_2014_FR.pdf
- [47] Czoli CD, Reid JL, Rynard VL, 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. Repéré à http://www.tobaccoreport.ca/2015/TobaccoUseinCanada_2015_EcigaretteSupplement.pdf
- [48] Farsalinos, K.E., Polosa, R. (2014). Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 5(2), p. 67-86. doi : 10.1177/2042098614524430.
- [49] Goniewicz, M.L., Knysak, J. et al. (2014). Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tobacco Control*, 23(2), pages 133–139. Repéré à doi : 10.1136/tobaccocontrol-2012-050859.
- [50] Fiore, M.C., Schroeder, S.A. et Baker, T.B. (2014). Smoke, the Chief Killer – Strategies for Targeting Combustible Tobacco Use. *New England Journal of Medicine*, 370(4), p. 297-299. Repéré à doi : 10.1056/NEJMp1314942.
- [50a] Bullen CB, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J et al. (2013). Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet*. 382(9905):1629-37.
- [50b] Caponnetto P, Campagna D, Cibella F, et al. (2013). Efficiency and safety of an electronic cigarette (ECLAT) as tobacco cigarettes substitute: a prospective 12 month randomized control design study. *PloS One*, 8 : e66317
- [51] McRobbie, H., Bullen, C., Hartmann-Boyce, J. et Hajek, P. (2014). Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 12, art. n° CD010216. Repéré à doi : 10.1002/14651858.CD010216.pub2.
- [52] OMS. (2014). *Inhalateurs électroniques de nicotine : rapport de l’OMS*. Conférence des Parties à la Convention-cadre pour la lutte antitabac, Moscou, Repéré à http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-fr.pdf?ua=1
- [52a] Britton J, Bogdanovica I. Public Health England. (2014). Electronic cigarettes. A report commissioned by Public Health England.
- [53] Schripp, T., Markewitz, D., Uhde, E. et Salthammer, T. (2013). Does e-cigarette consumption cause passive vaping?. *Indoor Air*, 23(1), pages 25-31. doi : 10.1111/j.1600-0668.2012.00792.x
- [54] Czogala, J., Goniewicz, M.L., Fidelus, B., Zielinska-Danch, W., Travers, M.J. et Sobczak, A. (2014). Secondhand Exposure to Vapors From Electronic Cigarettes. *Nicotine and Tobacco Research*, 16(6), pages 655-662. Repéré à doi : 10.1093/ntr/ntt203 ou <http://ntr.oxfordjournals.org/content/16/6/655.full.pdf+html>
- [55] McAuley, T.R., Hopke, P.K., Zhao, J. et Babaian, S. (2012). Comparison of the effects of e-cigarette vapor and cigarette smoke on indoor air quality. *Inhalation Toxicology*, 24(12), pages 850-857. Repéré à doi : 10.3109/08958378.2012.724728
- [56] Flouris, A.D., Chorti, M.S., et al. (2013). Acute impact of active and passive electronic cigarette smoking on serum cotinine and lung function. *Inhalation Toxicology*, 25(2), pages 91-101. Repéré à doi : 10.3109/08958378.2012.758197

- [57] Ballbè, M., Martínez-Sánchez, J.M., Sureda, X., Fu, M., Pérez-Ortuño, R., Pascual, J.A., Saltó, E. et Fernández, E. (2014). Cigarettes vs. e-cigarettes: Passive exposure at home measured by means of airborne marker and biomarkers. *Environmental Research*, vol. 135, pages 76-80. Repéré à doi :10.1016/j.envres.2014.09.005
- [58] Kandel, E.R. et Kandel, D.B. (2014). A Molecular Basis for Nicotine as a Gateway Drug. *The New England Journal of Medicine*, n° 371, pages 932-943. Repéré à doi : 10.1056/NEJMsa1405092
- [59] Goniewicz, M.L., Hajek, P. et McRobbie, H. (2013). Nicotine content of electronic cigarettes, its release in vapour and its consistency across batches : regulatory implications. *Addiction*, 109(3), pages 500-507. Repéré à doi : 10.1111/add.12410
- [60] Chatham-Stevens, K., Law, R., Taylor, E. et al. (2014). Notes from the Field: Calls to Poison Centers for Exposures to Electronic Cigarettes – United States, September 2010-Ferbruary 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 63(13), pages 292-293. Repéré à <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6313a4.htm>
- [61] U.S. Fire Administration. (2014). *Electronic Cigarette Fires and Explosions* (FEMA). Repéré à https://www.usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/electronic_cigarettes.pdf
- [62] Dearden, L. (2014). *Calls for safety warnings after ‘exploding’ e-cigarette chargers cause more than 100 fires* (The Independent). Repéré à <http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/calls-for-safety-warnings-after-exploding-ecigarette-chargers-cause-morethan-100-fires-9862857.html>.
- [63] Direction de santé publique de l’Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (21 novembre 2014). *Cigarette électronique et oxygénothérapie. Appel à la vigilance*. Communiqué. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/appel-vigilance-21-nov-2014.pdf>
- [64] Comité permanent de la santé de la Chambre des communes du Canada. (2015). *Rapport du Comité permanent de la santé - Vapotage : vers l’établissement d’un cadre réglementaire sur les cigarettes électroniques*. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/parl/x62-1/XC62-1-1-412-9-fra.pdf
- [65] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Salons de cigares – feuillet associé à la Loi sur le tabac. Consulté le 3 août 2015. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?salons-cigares>
- [66] OMS. (2005). *Advisory Note: Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators* (WHO Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg). Repéré à http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/waterpipe/en/
- [67] Neergaard, J., Singh, P., Job, J. et Montgomery, S. (2007). Waterpipe smoking and nicotine exposure: a review of the current evidence. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(10), pages 987–994. Repéré à doi : 10.1080/14622200701591591
- [68] El-Zaatari, Z.M., Chami, H.A. et Zaatari, G.S. (2015). Health effects associated with waterpipe smoking. *Tobacco Control*, 24:i31–i43. Repéré à http://tobaccocontrol.bmj.com/content/24/Suppl_1/i31.full.pdf+html
- [69] Munckhof, W.J., Konstantinos, A., Wamsley, M., Mortlock, M. et Gilpin, C. A. (2003). A cluster of tuberculosis associated with use of a marijuana water pipe. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 7(9), pages 860-865.

- [70] Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. (2013). *Cas de tuberculose au Nunavik*. Communiqué, 19 juin 2013. Repéré à <http://www.cssspnql.com/nouvelles-media/unique/2013/05/09/cas-de-tuberculose-active-au-nunavik>
- [71] Gouvernement du Québec. (2008). *Règlement d'application de la Loi sur le tabac*, L.R.Q. c. T-0.01, a. 19, a. 25, par. 1°, 2° et 4° et 29.1, 2 pages. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/download.php?f=01d894825bce63a37c1e101527e3dfa6>
- [72] Chaiton, M.O., Mecredy, G. C., Cohen, J.E. et Tilson, M.L. (2013). Tobacco Retail Outlets and Vulnerable Populations in Ontario, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(12), pages 7299-7309. Repéré à doi :10.3390/ijerph10127299
- [73] Wood, L.J., Pereira, G., Middleton, N. et Foster, S. (2013). Socioeconomic area disparities in tobacco retail outlet density: a Western Australian analysis. *Medical Journal of Australia*, 198(9), pages 489-491.
- [74] Novak, S.P., Reardon, S.F., Raudenbush, S.W. et Buka, S.L. (2006). Retail tobacco outlet density and youth cigarette smoking: a propensity-modeling approach. *American Journal of Public Health*, 96(4), pages 670-676. Repéré à doi : 10.2105/AJPH.2004.061622
- [75] Chan, W.C. et Leatherdale, S.T. (2011). Tobacco retailer density surrounding schools and youth smoking behaviour: a multi-level analysis. *Tobacco Induced Diseases*, 9(1). Repéré à doi : 10.1186/1617-9625-9-9
- [76] McCarthy, W.J., Mistry, R., Lu, Y., Patel, M., Zheng, H. et Dietsch, B. (2009). Density of Tobacco Retailers Near Schools: Effects on Tobacco Use Among Students. *American Journal of Public Health*, 99(11), pages 2006-2013. Repéré à doi : 10.2105/AJPH.2008.145128
- [77] Henriksen, L., Feighery, E.C., Schleicher, N.C., Cowling, D.W., Kline, R.S. et Fortmann, S.P. (2008). Is adolescent smoking related to the density and proximity of tobacco outlets and retail cigarette advertising near schools?. *Prev Med*, 47(2), pages 210-214. Repéré à doi : 10.1016/j.ypmed.2008.04.008
- [78] Rapport final de la Commission d'examen sur la fiscalité québécoise. (2015). Une réforme touchant tous les modes d'imposition. *Se tourner vers l'avenir du Québec*, vol. 2, 222 pages. Repéré à http://www.examenfiscalite.gouv.qc.ca/uploads/media/Volume2_.pdf
- [79] Gouvernement de l'Ontario. (2010). *Loi de la taxe sur le tabac*, L.R.O. 1990, chap. T.10. annexe 30, art.2
- [80] OMS. (2008). Directives pour l'application de l'article 13 (Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage) de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, 20 pages. Repéré à http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13_fr.pdf
- [80a] Léger Marketing. (2015). Perceptions des Québécois à l'égard de mesures pour le contrôle du tabac. Rapport d'un sondage produit pour la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. Repéré à http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2015/SOND_15_07_17_LegerMarketing_Voitures_TerraInsJeux.pdf
- [81] Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. (2015). *L'emballage neutre et standardisé en Australie : un impact substantiel*. Repéré à http://www.cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2015/DOCU_15_04_10_Impacts_Australie_EmballagesNeutres.pdf

- [82] OMS. (2008). MPOWER: un programme de politiques pour inverser le cours de l'épidémie. *Organisation mondiale de la santé*. 42 pages. Repéré à http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_french.pdf
- [83] Chaloupka, F.J., Hu, T., Warner, K. E., Jacobs, R. et Ayda Yurekli. (2000). The taxation of tobacco products. *Tobacco control in developing countries*, 36 pages. Repéré à <https://catalogue.polytechnique.fr/site.php?id=298&fileid=4705>
- [84] Association pour les droits des non-fumeurs/Fondation pour la lutte contre le tabac. (2015). Carte des prix de cigarettes au Canada. Ottawa. Juin 2015. Repéré à https://www.nsra-adnf.ca/adnf/file/files/150619_carte_et_tableau.pdf
- [85] Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. (2013). Document-synthèse : Indicateurs du taux de contrebande de tabac au Québec et au Canada. Québec, Mise à jour juillet 2013. Repéré à http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2012/DOCU_12_09_24_IndicateurReductionContrebande.pdf
- [86] Thomas, S., Fayter, D., Misso, K., Ogilvie, D., Petticrew, M., Sowden, A., Whitehead, M. et Worthy, G. (2008). Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco Control*, 17(4), pages 230-237. Repéré à <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/17/4/230.short> ou doi :10.1136/tc.2007.023911

