

Mémoire

Projet de loi n° 44

Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme

Soumis à la Commission de la santé et des services sociaux

Le 3 septembre 2015

Mémoire

Projet de loi n° 44

Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme

Soumis à la Commission de la santé et des services sociaux

André Gervais, M.D.

Nancy Haley, M.D., F.R.C.P(C) F.A.A.P, M. Adm.

Johanne Harvey, M.D., M.P.H.

Jennifer O'Loughlin, Ph. D.

3 septembre 2015

Auteurs

André Gervais, M.D.

Pneumologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Médecin-conseil, Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

Professeur agrégé de médecine clinique, Université de Montréal

Nancy Haley, M.D., F.R.C.P(C) F.A.A.P, M. Adm.

Pédiatre, Département de pédiatrie, CHU Sainte-Justine, Montréal

Médecin-conseil, Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

Professeure titulaire de pédiatrie clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Professeure adjointe de pédiatrie, Faculté de Médecine, Université McGill

Johanne Harvey, M.D., M.P.H.

Pédiatre, spécialiste en médecine de l'adolescence

Chef du service en médecine de l'adolescence, Département de Pédiatrie, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Hôpital de Chicoutimi

Administratrice du Québec au conseil d'administration de la Société canadienne de pédiatrie

Professeure associée Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)

Professeure, Enseignement clinique, Université de Sherbrooke

Jennifer O'Loughlin, Ph. D.

Épidémiologiste, Centre de recherche du CHUM

Chaire de recherche du Canada

Professeure titulaire, École de santé publique, Université de Montréal

Les auteurs désirent remercier Mesdames Marie Jacques et Luigia Ferrazza pour la relecture du mémoire.

Avant-propos

Je remercie les groupes parlementaires d'avoir accepté ma demande de participation aux auditions de la Commission de la santé et des services sociaux et de me permettre de m'exprimer sur le projet de loi n° 44, Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme, présenté le 5 mai 2015 par la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique, Madame Lucie Charlebois.

J'ai commencé ma carrière de pneumologue il y a 35 ans en soignant des patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique et de cancer du poumon causés par le tabagisme et trop souvent déjà incurables. J'ai réalisé que je devais m'adresser à la véritable cause de leurs maladies pour améliorer la santé des Québécois, à l'époque champions du tabac au Canada. À l'hôpital Notre-Dame, j'ai tenté en vain de créer des espaces sans fumée et d'organiser des services d'abandon du tabagisme. Ce n'est qu'après la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics*, en 1986, que des locaux sans fumée et des services d'aide à l'abandon du tabac sont devenus réalité. Depuis, j'ai été appelé à soutenir de nombreux établissements de santé qui sont devenus sans fumée. À ma clinique hebdomadaire d'abandon du tabac, j'accompagne encore des fumeurs découragés dans leur démarche d'abandon du tabac. Convaincu de l'importance de l'impact des lois, j'ai participé aux campagnes menant à l'adoption de la Loi sur le tabac en 1998 et en 2005, et en 2013 aux auditions publiques concernant le *Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010*.

J'ai eu l'occasion de travailler avec de nombreux professionnels de la santé et chercheurs sur différents volets du tabagisme. C'est pourquoi j'ai demandé au Dre Jennifer O'Loughlin épidémiologiste chercheur spécialiste en dépendance au tabac et au Dre Johanne Harvey, pédiatre spécialisée en médecine de l'adolescence de m'accompagner pour appuyer le projet de loi n° 44 et pour vous proposer des amendements et recommandations.

Vous reconnaîtrez dans ce mémoire les grandes lignes du mémoire des directeurs régionaux de santé publique dont je suis co-auteur^[1]. Ce mémoire présente cependant les positions personnelles des quatre auteurs et non celles des organismes, associations, fédérations, hôpitaux ou universités auxquels nous sommes associés. En cette fin de commission parlementaire, nous désirons vous proposer des amendements et recommandations pour prévenir la dépendance des jeunes, et assurer une meilleure protection de la population. Nous aborderons les risques de devenir dépendant du tabac et de la nicotine, et les enjeux associés la cigarette électronique.

André Gervais

Sommaire des appuis, amendements et recommandations 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.

Amendements proposés

Protection contre la fumée de tabac

Établissements de santé et des services sociaux

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

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.

Terrains de jeux pour enfants

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

Recommandations

Cigarette électronique

- 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.
- Une fois que le gouvernement fédéral aura établi des normes fixant les concentrations maximales de nicotine et des normes d'innocuité de l'ensemble des composantes, que le gouvernement du Québec :
 - interdise les saveurs les plus attrayantes pour les jeunes « fruits, saveurs sucrées, etc. »;
 - affiche des avis de santé sur les risques des produits de cigarettes électroniques;
 - exige que des instructions détaillées sur l'utilisation et l'entretien de la cigarette électronique accompagnent le produit.

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction	1
2	Principales modifications de la loi actuellement en vigueur et amendements proposés.....	3
2.1	Interdiction de l’aromatisation.....	3
2.2	Protection contre la fumée de tabac.....	4
	<i>Véhicules automobiles.....</i>	<i>4</i>
	<i>Terrasses de bars et de restaurants</i>	<i>5</i>
	<i>Établissements de santé et des services sociaux</i>	<i>5</i>
	<i>Établissements d’éducation supérieure.....</i>	<i>7</i>
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	Interdiction de l’usage de produits du tabac sur les terrains de jeux pour enfants	13
3	Conclusion	15
4	Références.....	17

1 Introduction

La proportion de fumeurs est passée de 40 % il y a une quarantaine d'années à 19,6 % en 2014 chez les Québécois de 12 ans et plus^[2]. Ceci représente néanmoins près de 1 400 000 fumeurs^[3]. Au Québec, en 2013, 23 % des étudiants du secondaire 5 ont utilisé un produit du tabac au cours des 30 jours précédents l'enquête : la cigarette 10,3 %, cigarillo ou petit cigare 12,4 % et l'ensemble des produits aromatisés 16,5 %^[4].

Fumer demeure la première cause évitable de mortalité prématurée, de maladies chroniques et d'aggravation de l'appauvrissement des groupes sociaux les plus défavorisés^[5,6]. L'usage du tabac réduit l'espérance de vie des fumeurs de dix ans en moyenne^[7]. Le tabagisme emporte un fumeur sur deux^[7, 8], soit 10 000 Québécois chaque année^[8], ce qui correspond en moyenne à 16 % de tous les décès^[9]. Au Québec, le tabagisme coûte 3,96 milliards de dollars (coûts directs et indirects) chaque année^[10]. 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^[11].

L'initiation au tabagisme se fait durant l'adolescence, et la dépendance s'installe rapidement et insidieusement^[12-14]. Le mythe que les jeunes doivent fumer pendant deux à trois ans et avoir consommé au moins 100 cigarettes avant de devenir dépendant n'est plus valide. Le développement de la dépendance à la nicotine passe par des étapes bien définies. Les premiers symptômes de manque de nicotine sont ressentis comme une impression passagère de vouloir fumer pour devenir ensuite un désir intense et persistant (« cravings ») et finalement se transformer en un besoin incontrôlable de fumer sans lequel on ne peut fonctionner normalement et se sentir bien. L'apparition de symptômes de dépendance permet de prédire qu'il est plus difficile de cesser de fumer, et qu'un plus grand nombre de jeunes deviendront fumeurs quotidiens.

La majorité des jeunes augmentent graduellement leur consommation, mais certains l'augmentent rapidement, un comportement comparé au « coup de foudre ». Environ 30 % à 50 % des jeunes qui ont essayé au moins quelques bouffées deviendront des fumeurs adultes. Les jeunes disent vouloir cesser de fumer très tôt après avoir développé des symptômes de dépendance, mais ils continuent de croire qu'ils peuvent arrêter et ne réalisent que beaucoup plus tard qu'ils ne peuvent le faire^[15].

Des facteurs d'ordre génétique et environnementaux, comme l'exposition à la nicotine possiblement même in-utero, à des parents qui fument, prédisposent le jeune à devenir dépendant avant même qu'il n'ait pris sa première bouffée. L'exposition à la fumée secondaire de tabac parmi les jeunes non-fumeurs augmente les risques de

développer des symptômes de dépendance plus fréquemment parmi ceux qui ont vécu avec des fumeurs ou qui ont été exposés à la fumée dans une automobile^[16].

Bien que la nicotine ne soit pas la cause des multiples maladies dont souffrent les fumeurs, c'est la principale cause de la dépendance. La nicotine a des effets sur le cerveau en développement prédisposant possiblement à devenir dépendant à la nicotine et même à d'autres drogues^[17,18]. Il n'y a pas encore de moyen fiable de prédire quel jeune qui n'a pas encore fumé deviendra un fumeur. La compréhension de l'histoire naturelle de l'usage du tabac et du développement de la dépendance à la nicotine chez les jeunes nous montre qu'il faut tout faire pour que le jeune ne prenne pas cette première bouffée.

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 de 6 à 9 mois après la sanction de la loi.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) affirme que les saveurs ajoutées aux produits du tabac favorisent l'initiation des jeunes au tabac^[19]. 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 rapporte que « les saveurs suscitent la curiosité des jeunes » et que « différents choix donnent l'impression d'être en mode "expérimentation" plus longtemps »^[20].

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 de 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^[4].

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 ont fait usage de produits du tabac aromatisés au cours de leur vie contre 13 % des élèves du reste du Canada. Au Québec, 7 % des jeunes ont fumé des cigarillos et 6 % des cigares aromatisés au cours du mois précédant l'enquête, alors que 3 % des jeunes du reste du Canada ont fumé des cigarillos et 2 % des cigares aromatisés^[21].

Le menthol utilisé dans les produits aromatisés anesthésie et réduit les effets irritants de la fumée, facilitant l'inhalation chez les fumeurs débutants^[22]. Les données chez les jeunes illustrent bien ce phénomène : parmi les élèves québécois de la 3^e à la 5^e du secondaire qui ont fumé la cigarette au cours du mois précédant l'enquête, 31 % ont fumé la version mentholée, saveur la plus populaire auprès des jeunes^[23]. Parmi ceux qui fument tous les jours, la moitié consomme les cigarettes mentholées (47 %)^[24]. 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, parmi les adultes, ce n'est que 1 fumeur sur 20^[23-25].

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

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.

Les principes encadrant la protection de la santé contre la fumée secondaire de tabac imposent de réduire à zéro toute exposition aux agents cancérigènes reconnus dans la fumée secondaire pour tous, surtout pour les jeunes vulnérables, les gens qui souffrent de troubles de santé mentale ou de dépendance et les gens âgés^[26]. 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^[6, 27] et protègent les non-fumeurs.

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^[29].

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^[28]. 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 étant deux fois plus élevé que celui du reste du Canada (34 % contre 17 %)^[29].

Le Québec est actuellement la seule province canadienne où il est encore permis de fumer avec un enfant à bord d'une voiture. 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^[30].

Nous appuyons 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^[31], surtout dans certaines conditions météorologiques^[32, 33], 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^[8].

Montréal est la seule grande ville canadienne où il est encore permis de fumer sur les terrasses^[34]. 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^[35].

Quatre provinces canadiennes et le Yukon ont des politiques de patios sans fumée entrées en vigueur depuis 2005. Une étude sur l'effet des politiques provinciales au Canada démontre une diminution significative de l'exposition à la fumée de tabac secondaire à la suite de l'interdiction totale de fumer sur les patios en Alberta et en Nouvelle-Écosse entre 2005 et 2012^[36].

Nous appuyons 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.

Établissements de santé et des 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 (fumeur et chambre fumeur) 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 de vapoter dans tous ces espaces désignés.

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 »^[37].

Les fumeurs créent 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^[38].

Les chambres pour les fumeurs, autorisées dans les CHSLD, les centres de réadaptation, les centres jeunesse, 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 ces centres. Le rapport de la Commission de la santé et des services sociaux^[38] a également noté cette situation.

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 fumée de tabac (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.

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 actuellement 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 exemple, les politiques sont maintenant toutes différentes à l'intérieur d'un même CIUSSS/CISSS, entre les CIUSSS/CISSS et entre les établissements non fusionnés).

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 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 de santé et des services sociaux, à l'exception des CHSLD qui pourraient avoir des fumeurs. Cette politique devrait intégrer des mesures pour systématiser des interventions en cessation tabagique au sein des établissements de santé et des 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 de chambres pour fumeurs dans tous les établissements de santé et des services sociaux.

Interdiction des fumeurs dans tous les établissements de santé et des 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

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, 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, des collèges et des 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.

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 des 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^[40]. Nous appuyons toutes les interdictions de fumer qui protégeront les jeunes et les adultes de la fumée de tabac et nous ne croyons pas que l'aménagement d'abris extérieurs devrait être stipulé dans la loi.

Amendement proposé

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

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

Le projet de loi no 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 Direction de santé publique (DSP) 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^[41]. Quelque 14 % des répondants au sondage vapotaient (avaient déjà utilisé la CE), environ 5 % au cours des 30 jours précédant le sondage, et un peu moins de 2 % quotidiennement. Ce sont donc surtout les fumeurs qui vapotaient : 55 % de fumeurs actuels et 21 % d'anciens fumeurs. Parmi les fumeurs de cigarettes conventionnelles, 47 % ont vapoté au moins une fois, 20 % au cours des 30 jours précédant et 8 % tous les jours. La CE contenant de la nicotine a été utilisé par 71 % de ceux qui ont vapoté au cours des 30 derniers jours, et 70 % d'entre eux ont aussi consommé la cigarette conventionnelle en même temps. Parmi les non-fumeurs à vie qui avaient déjà vapoté aucun ne l'utilisait 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^[4]. 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 à vie 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 %^[42].

Il est possible que ce qui rend la CE attrayante pour les fumeurs fasse en sorte que le tabagisme devienne à nouveau acceptable, le *renormalise* et perpétue ainsi l'épidémie de tabagisme. L'effet passerelle, possibilité que les enfants et les non-fumeurs commencent à consommer de la nicotine avec la CE pour passer à la cigarette conventionnelle à un rythme plus important que celui escompté si ces dispositifs n'existaient pas, n'a cependant pas encore été démontré.

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^[43-46]. Il est aussi accepté que les cigarettes électroniques avec nicotine permettent au vapoteur d'absorber de la nicotine. L'expérience d'utilisation joue un rôle important sur l'habileté du vapoteur à atteindre des niveaux sanguins de nicotine similaires à ce qu'il obtenait en fumant la cigarette conventionnelle^[47].

L'apparition constante de nouveaux produits sur le marché ainsi que l'absence de réglementation ne nous permettent pas de connaître ce que renferme les produits sur le marché au Québec. La compagnie Philip Morris annonçait au début d'août 2015 la mise en marché en Suisse et en Italie d'un inhalateur de tabac chauffé iQOS^[48]. Ce dispositif

qui utilise du tabac chauffé plutôt qu'une solution de nicotine présentera peut-être plus de risques à la santé que la cigarette électronique.

Une analyse réalisée en 2014^[49], à partir de deux essais contrôlés randomisés (Bullen^[50], Caponnetto^[51]), 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 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. Onze études ont dû être exclues de cette métaanalyse à cause du manque de qualité de la méthodologie de ces études^[49].

La réduction des risques chez le vapoteur qui a totalement cessé les produits de combustion du tabac et qui continue à vapoter semble probable. 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^[52, 53].

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^[54-57]. Bien que cette vapeur se dissipe rapidement, il peut y avoir absorption de composés organiques volatils, de particules fines et ultrafines, puisqu'on a démontré par la présence de cotinine, un métabolite de la nicotine, que le vapoteur passif absorbe de la vapeur^[57-58].

L'exposition du fœtus et de l'adolescent à la nicotine pourrait avoir des conséquences à long terme sur le développement du cerveau et pourrait agir comme drogue de passage à la nicotine et à d'autres drogues^[6, 17, 52].

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. 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.

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. 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^[59]. 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^[60-62]. 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^[63]. 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 des dispositifs connexes, des concentrations maximales de nicotine dans les liquides et les 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.

La Nouvelle-Écosse, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont adopté des lois interdisant 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.

Nous appuyons l'assujettissement de la cigarette électronique à la Loi sur le tabac assortie de règlements à être formulés.

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 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.*

Une fois que le gouvernement fédéral aura établi des normes fixant les concentrations maximales de nicotine et des normes d'innocuité de l'ensemble des composantes, que le gouvernement du Québec :

- *interdise les saveurs les plus attrayantes pour les jeunes « fruits, saveurs sucrées, etc. »;*
- *affiche des avis de santé sur les risques des produits de cigarettes électroniques;*
- *exige que des instructions détaillées sur l'utilisation et l'entretien de la cigarette électronique accompagnent les produits.*

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^[64]. 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 ont 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^[65]. Un fumeur de pipe à eau quotidien peut fumer en nicotine l'équivalent d'une dizaine de cigarettes par jour^[66]. Les effets sur la santé sont similaires à ceux des autres produits inhalés du tabac^[67]. 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^[65, 68, 69]. De plus, quelques cas d'intoxications au monoxyde de carbone ont été

rapportés^[67]. 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, nous recommandons 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 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.

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

Le projet de loi prévoit de 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 ont adopté une loi provinciale protégeant notamment les enfants de la fumée de tabac sur les terrains de jeux, soit 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 un appui de près de neuf Québécois sur dix (87 %) dont une importante majorité de fumeurs

(72 %)^[70], selon un sondage Léger Marketing réalisé en 2015 pour le compte de la Coalition québécoise sur le contrôle du tabac.

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.

3 Conclusion

Nous appuyons le projet de loi n° 44 qui aidera certainement à prévenir l'expérimentation et l'initiation au tabagisme et au vapotage, à protéger les enfants et les adultes des risques de l'exposition à la fumée de tabac et à soutenir de nombreux fumeurs qui tentent de cesser de fumer. Nous appuyons l'assujettissement de la cigarette électronique à la loi contre le tabagisme pour protéger les jeunes de l'initiation à la nicotine.

Nous avons proposé des amendements pour éliminer l'exposition à la fumée de tabac dans les établissements de santé et des services sociaux, cégeps, collèges et universités, terrains de jeux pour enfants, et pour interdire l'utilisation de la pipe à eau où l'usage du tabac est interdit.

Afin que le Québec redevienne un leader dans la lutte contre le tabagisme, nous espérons l'adoption et la mise en œuvre rapide du projet de loi n° 44 et que nos propositions d'amendements et recommandations seront retenues.

4 Références

- [1] Jacques M, Gervais A. (2015). Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal. Amendements proposés au projet de loi no 44 - Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme, Mémoire des directrices et directeurs régionaux de santé publique du Québec. ISBN 978-2-89673-497-9 (version imprimée), ISBN 978-2-89673-498-6 (version PDF). Repéré à http://www.dsp.santemontreal.gc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Services_preventifs/Tabagisme/VFINALE_Memoire_PL44_DRSP_19082015.pdf
- [2] 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>
- [3] 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>
- [4] 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>
- [5] 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
- [6] 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>
- [7] 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>
- [8] OMS. (Juillet 2015). *Tabagisme*, Aide-mémoire n° 339. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>
- [9] 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
- [10] 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>
- [11] 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>

- [12] O'Loughlin J, Dugas EN, Brunet J, DiFranza J, Engert JC, Gervais A, Gray-Donald K, Karp I, Low NC, Sabiston C, Sylvestre MP, Tyndale RF, Auger N, Belanger M, Barnett T, Chaiton M, Chenoweth MJ, Constantin E, Contreras G, Kakinami L, Labbe A, Maximova K, McMillan E, O'Loughlin EK, Pabayo R, Roy-Gagnon MH, Tremblay M, Wellman RJ, Hulst A, Paradis G (2014). Cohort Profile: The Nicotine Dependence in Teens (NDIT) Study. *Int J Epidemiol* Jul 13. pii: dyu135
- [13] Smoking Trajectories of Adolescent Novice Smokers in a Longitudinal Study of Tobacco Use. Karp I, O'Loughlin J, Paradis G et al. *Ann Epidemiol* 2005;15:445–452.
- [14] Gervais A, O'Loughlin J, Meshefedjian G, et al. Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents. *CMAJ* 2006;175(3):255–61.
- [15] O'Loughlin J, Gervais A, Dugas E, Meshefedjian G. Milestones in the Process of Cessation Among Novice Adolescent Smokers. *American Journal of Public Health* 2009; 99(3):499-504.
- [16] Bélanger M, O'Loughlin J, Okoli CT, Setia M, Guyon L, Gervais A Nicotine dependence symptoms among young never-smokers exposed to secondhand tobacco smoke *Addict Behav.* 2008 Jul 23.
- [17] 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, p. 932-943. Repéré à doi : 10.1056/NEJMsa1405092
- [18] DiFranza JR (2015) A 2015 Update on The Natural History and Diagnosis of Nicotine Addiction *Current Pediatric Reviews* 11 :1-8
- [19] 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
- [20] Philip Morris International, « New Flavors Qualitative Research Insights », 1992. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/btp04j00/pdf>
- [21] 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
- [22] 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/
- [23] 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
- [24] 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
- [25] Minaker L, Manske S, Rynard VL, Reid JL et 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
- [26] 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

- [27] OMS. (2003). *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT)*. Repéré à <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242591017.pdf?ua=1>
- [28] Santé Canada. (2013). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011-2012 : Fichier de microdonnées à grande diffusion*.
- [29] 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
- [30] 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_2014STAT_14_05_22_Tableaux_Sondage_LegerMarketing_TaxesMesures.pdf
- [31] 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.
- [32] 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.
- [33] 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.
- [34] 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>
- [35] 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
- [36] Azagba S. (2015). Effect of smoke-free patio policy of restaurants and bars on exposure to second-hand smoke *Preventive Medicine*, 76 :74–78
- [37] 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>
- [38] 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>
- [39] 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

- [40] 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) ltée au 795, boulevard Industriel à Granby. RAP0539130. 16 juillet 2008. <https://www.centredoc.csst.qc.ca/pdf/ed003731.pdf>
- [41] Leaune, 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
- [42] 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
- [43] 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.
- [44] Goniewicz, M.L., Knysak, J. et al. (2014). Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tobacco Control*, 23(2), p. 133–139. Repéré à doi :10.1136/tobaccocontrol-2012-050859.
- [45] 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.
- [46] Editorial. (2015). E-cigarettes: Public Health England'evidence-based confusion. *Lancet* 386:829.
- [47] Schroeder MJ, Hoffman AC. (2014). Electronic cigarettes and nicotine clinical pharmacology. *Tob Control* 23 :ii30-ii35.
- [48] iQOS Phillip Morris <http://vaperanks.com/phillip-morris-launches-new-type-of-smokeless-cigarette/> Repéré le 20 août 2015.
- [49] 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.
- [50] 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.
- [51] 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
- [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
- [53] Britton J, Bogdanovica I. Public Health England. (2014). Electronic cigarettes. A report commissioned by Public Health England. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/311887/Ecigarettes_report.pdf.
- [54] 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

- [55] 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), p. 655-662. Repéré à doi : 10.1093/ntr/ntt203 ou <http://ntr.oxfordjournals.org/content/16/6/655.full.pdf+html>
- [56] 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), p. 850-857. Repéré à doi : 10.3109/08958378.2012.724728
- [57] 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), p. 91-101. Repéré à doi : 10.3109/08958378.2012.758197
- [58] 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
- [59] 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-February 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 63(13), pages 292-293. Repéré à <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6313a4.htm>
- [60] U.S. Fire Administration. (2014). *Electronic Cigarette Fires and Explosions* (FEMA). Repéré à https://www.usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/electronic_cigarettes.pdf
- [61] 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>.
- [62] Direction de santé publique de l’Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2014). *Cigarette électronique et oxygénothérapie. Appel à la vigilance*. Communiqué du 21 novembre 2014. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/appel-vigilance-21-nov-2014.pdf>
- [63] 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/xc62-1/XC62-1-1-412-9-fra.pdf
- [64] 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>
- [65] 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/
- [66] 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
- [67] 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

- [68] 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), p. 860-865.
- [69] 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>
- [70] 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

