

CONSULTATIONS RELATIVES AU PROJET DE LOI NO 44
LOI VISANT À RENFORCER LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

MÉMOIRE DU
DIRECTEUR NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE

PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

3 SEPTEMBRE 2015



INTRODUCTION

En matière de tabagisme, des gains importants ont été réalisés depuis 1998, année de l'adoption de la Loi sur le tabac. Cette loi, révisée en 2005, constitue la pierre d'assise des efforts mis de l'avant pour contrer cet important problème de santé publique. Toutefois, le tabagisme constitue encore aujourd'hui un problème à portée épidémique. Les quelque 1,4 million de Québécois dépendant du tabac, ceux exposés à la fumée de ces produits et les jeunes qui y seront initiés démontrent qu'une intervention vigoureuse est encore requise.

La révision de la Loi sur le tabac s'avère donc une étape incontournable pour consolider, voire augmenter, les acquis de la santé publique en ce domaine et, surtout, réduire le nombre de fumeurs québécois et le nombre de personnes qui sont exposées à la fumée. À ce chapitre, le statu quo est inacceptable.

Le gouvernement du Québec s'est d'ailleurs engagé à lutter contre le tabac, au côté de nombreux pays, en se déclarant lié par décret à la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la lutte antitabac.

PORTRAIT DE LA PROBLÉMATIQUE

I. Le tabac rend malade et tue

Le tabagisme constitue la principale cause évitable de mortalité et de morbidité en Amérique du Nord. Selon l'OMS, l'épidémie mondiale de tabagisme tue près de 6 millions de personnes chaque année. Plus de 5 millions d'entre elles sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs, et plus de 600 000 sont des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée. Au Québec, il est responsable d'un peu plus de 10 000 décès annuellement et 50 % de ces décès surviendront avant l'âge de 69 ans, l'espérance de vie des fumeurs à vie étant diminuée d'au moins 10 ans par rapport à celle des non-fumeurs¹. Au moins la moitié des fumeurs mourront des suites de leur consommation de tabac^{2,3}. Même une consommation quotidienne réduite de cigarettes (1 à 4) peut augmenter la mortalité⁴. Il n'y a pas de seuil sécuritaire de consommation.

Le tabagisme affecte presque chaque organe du corps humain, plusieurs pouvant être touchés simultanément. Il cause de nombreuses maladies et il affaiblit la santé du fumeur. Les systèmes respiratoire et cardiovasculaire sont particulièrement affectés^{5,6}. Il cause près du tiers de tous les cancers dans les pays industrialisés⁷, dont 85 % des cas de cancers des poumons⁸. Il affecte au fil du temps le bien-être quotidien du consommateur (toux, fatigue, souffle court, etc.)⁹.

La consommation du tabac engendre généralement une forte dépendance, et ce, parfois avant même d'en faire une consommation quotidienne¹⁰. Une consommation aussi faible d'une à cinq cigarettes par semaine pourrait être suffisante pour créer une dépendance chez un jeune¹¹. La dépendance au tabac se compare à celle associée à la consommation de l'héroïne ou de la cocaïne¹². Dès lors qu'une

dépendance de cette envergure est installée, on ne peut plus assimiler la consommation de produits du tabac à un choix libre et éclairé.

Les produits du tabac affectent également les non-fumeurs par l'intermédiaire de la fumée qu'ils produisent. Cette fumée contient plus de 7 000 substances chimiques, dont 69 substances cancérigènes¹³. L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) constitue l'un des risques environnementaux les plus dangereux pour la santé dans le monde, dépassant tous les autres agents contaminants présents dans l'air domestique¹⁴. Les risques pour la santé qui y sont associés sont sérieux et scientifiquement démontrés.

Ni la ventilation ni la filtration, même combinées, ne parviennent à ramener l'exposition à la fumée du tabac à des taux acceptables dans les lieux fermés. Seuls des espaces 100 % non fumeurs offrent une protection efficace¹⁵.

Les bébés et les jeunes enfants sont particulièrement affectés par l'exposition à la FTE^{16, 17}. De plus petite constitution, leur système immunitaire n'est pas encore parvenu à maturité et leur fréquence respiratoire est plus élevée. Ils absorbent donc plus de toxines contenues dans la fumée de tabac que les adultes ne le font. Outre les effets nocifs de la fumée elle-même, il appert que les jeunes exposés sont aussi plus susceptibles de fumer à leur tour¹⁸.

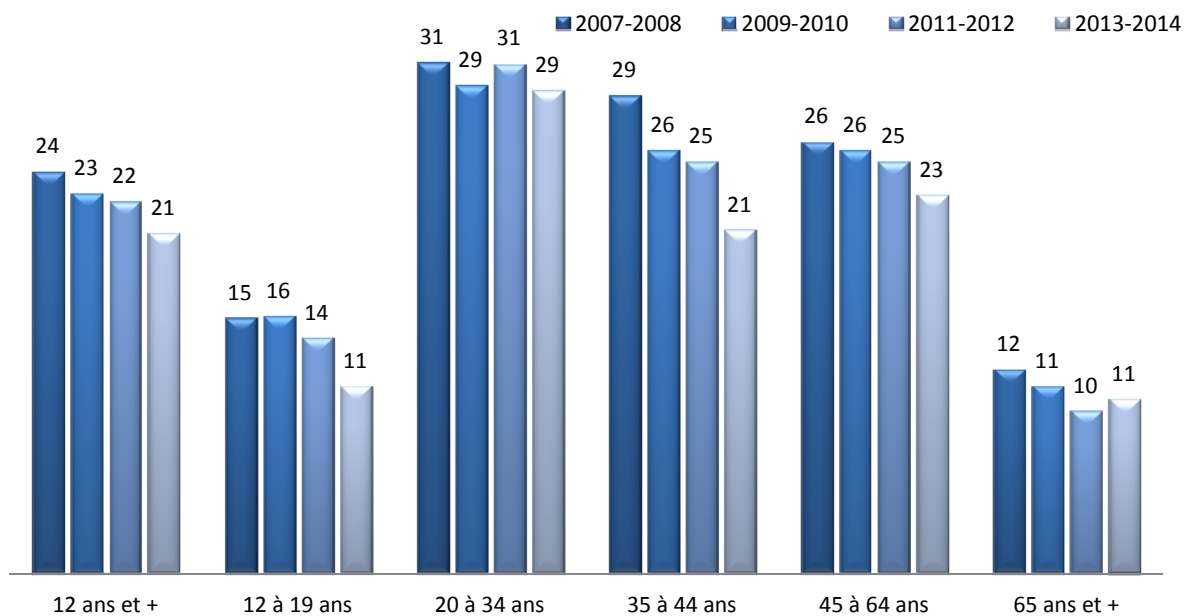
Les données démontrent que la FTE est problématique même à l'extérieur, dans certaines conditions (nombre de fumeurs, vitesse du vent, température de l'air, configuration des lieux, etc.)^{19, 20}. Comme il n'existe aucun niveau sécuritaire d'exposition²¹, même une brève exposition augmente le risque d'événements cardiaques et peut exacerber les problèmes d'asthme ou de maladies respiratoires. Une exposition à plus long terme est cause de cancer, de maladies cardiovasculaires et respiratoires²².

II. Le tabagisme au Québec : Un problème qui évolue

Au cours des dernières années, on a observé une tendance à la baisse de la proportion de la population qui fume quotidiennement ou à l'occasion. Toutefois, si on compare les données provenant des multiples enquêtes crédibles, il apparaît que le rythme de réduction du tabagisme a ralenti et a même stagné pour une partie de la dernière décennie. Au Québec, on estime pour le cycle 2013-2014, que 21 % de la population âgée de 12 ans et plus fumait, ce qui représente 1 424 380 fumeurs²³. Les données du cycle 2013-2014 révèlent également que la situation au Québec s'est améliorée par rapport aux autres provinces canadiennes. Malgré tout, la province se situe toujours au-dessus de la moyenne canadienne qui se chiffre à 19 %.

On note, selon les catégories d'âge, que les jeunes adultes de 20 à 34 ans sont ceux qui fument le plus. Au cours du cycle 2013-2014, 29 % d'entre eux fumaient. Une statistique alarmante, si l'on considère que, malgré les gains populationnels, le taux de tabagisme est relativement stagnant chez les jeunes adultes.

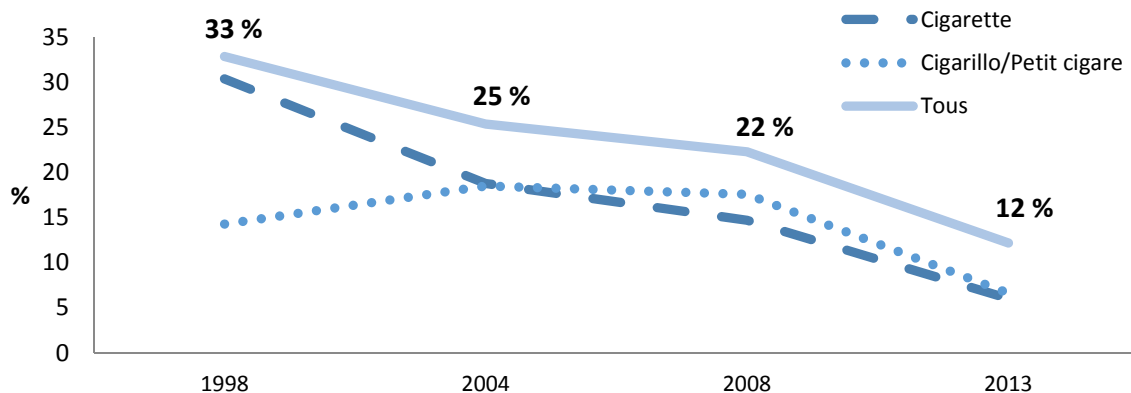
Figure 1 – Fumeurs actuels par catégorie d'âge au Québec (%)



Source : Statistique Canada, tableaux CANSIM 105-0502. Extraction : juillet 2015

La situation du tabagisme chez les élèves du secondaire doit, quant à elle, être analysée dans le détail. Depuis 1998, les gains ont été importants. Toutefois, le portrait de la consommation des produits du tabac a profondément changé. En effet, la cigarette était le produit de prédilection des élèves du secondaire en 1998, alors que depuis 2008 le cigarillo ou petit cigare ont leur faveur²⁴.

Figure 2 – Proportion d'élèves du secondaire ayant fait usage de produits du tabac au cours des 30 derniers jours, élèves du secondaire, de 1998 à 2013

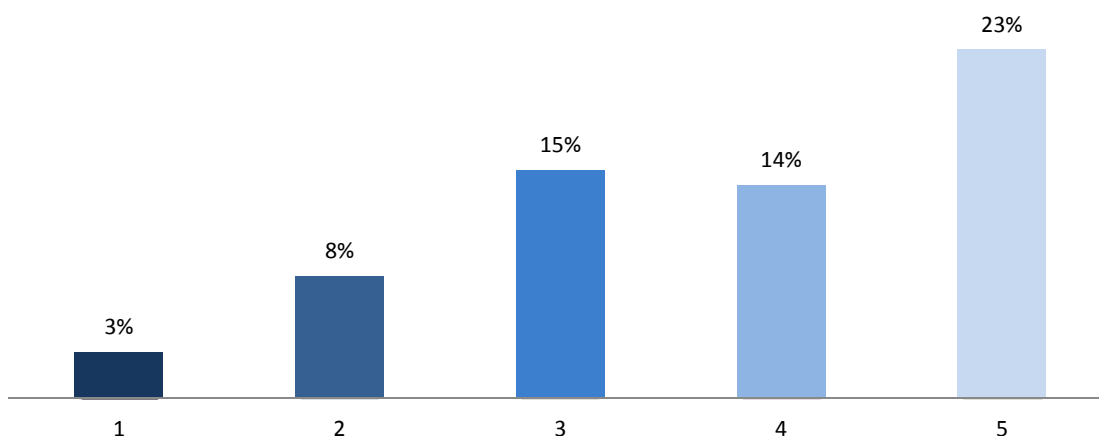


Source : Adaptée de l'Institut de la statistique du Québec, Enquête sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013.

Dans l'ensemble, en 2013, ce sont 12 % des élèves québécois du secondaire qui ont fait usage des produits du tabac au cours des 30 derniers jours, nettement moins que ce qui était observé en 1998 (33 %) et en 2008 (22 %). Malgré les gains significatifs, qui démontrent l'efficacité de mesures antérieures, la proportion de jeunes qui fument est inacceptable et une baisse de ces taux est atteignable par une intensification des mesures.

Lorsque l'on s'attarde à la progression du tabagisme au cours du secondaire, on remarque pour 2013 que la proportion d'élèves faisant usage de produits du tabac passe de 3 % à 23 % entre la première et la cinquième année du secondaire. L'augmentation du taux de tabagisme entre la première et la cinquième année du secondaire est alarmante et illustre que, malgré les gains obtenus pour l'ensemble des élèves du secondaire, le problème persiste.

Figure 3 - Proportion d'élèves du secondaire par niveau ayant fait usage de produits du tabac au cours des 30 derniers jours, en 2013



Source : Adaptée de l'Institut de la statistique du Québec, Enquête sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013.

Pour le cigarillo ou le petit cigare, la popularité du produit est également confirmée chez l'ensemble de la population de 15 à 24 ans, alors qu'elle est relativement faible pour le reste de la population de consommateurs de produits du tabac²⁵. En considérant cette dernière donnée, la proportion des finissants du secondaire qui fument et celle des jeunes adultes, il devient évident que les mesures de lutte contre le tabagisme doivent cibler l'ensemble de la jeunesse québécoise, non seulement les jeunes d'âge mineur.

Depuis quelques années, de nombreux nouveaux produits du tabac aromatisés ont été mis sur le marché. D'ailleurs, les petits cigares ou cigarillos, transformés en cigares par les fabricants depuis 2009 pour contourner la réglementation fédérale, comportent généralement une saveur. On observe un intérêt marqué pour ces produits chez les jeunes. En effet, au Québec, 71 % des consommateurs de produits du tabac chez les élèves du secondaire ont consommé des produits aromatisés²⁶. En cette matière, les

élèves québécois affichent des proportions de consommation significativement plus élevées que dans le reste du Canada²⁷. Dans le cas de la cigarette mentholée, 26 % des élèves du secondaire qui font usage de cigarettes en ont fait usage au cours des 30 derniers jours²⁸. Cette statistique invalide la prétention de l'industrie et de ses représentants qui statuent que les cigarettes mentholées sont l'apanage des fumeurs adultes. De plus, les élèves fumeurs consommant des cigarettes mentholées fument davantage. Des données récentes révèlent que les élèves (de la 6^e à la 12^e année) consommateurs de cigarettes mentholées affichaient une moyenne hebdomadaire de 42 cigarettes, comparativement à 26 pour les utilisateurs de cigarettes sans menthol. Les élèves utilisateurs de cigarettes mentholées ont aussi davantage l'intention de continuer à fumer dans la prochaine année, comparativement aux utilisateurs de cigarettes sans menthol²⁹.

On remarque également que les mélanges aromatisés pour pipe à eau (shisha ou narguilé) sont très prisés des élèves du secondaire qui consomment des produits du tabac, alors de 28 % en ont fait usage au cours des 30 derniers jours³⁰.

Quant à la pipe à eau, il convient de préciser que l'intérêt pour ce produit ne se limite plus aux membres de certaines communautés socioculturelles et la problématique de santé publique qui s'y rattache n'est pas à sous-estimer³¹. En effet, les jeunes en font usage et croient à tort que le produit n'est pas nocif ou l'est moins que la cigarette. Pour les débutants, ce mode de consommation masque l'acreté du tabac et s'avère une expérience plus agréable que la cigarette, mais il peut mener à la dépendance. Son effet d'attraction et de passerelle vers le tabagisme auprès des jeunes inquiète^{32, 33}.

En 2013, 10 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir déjà essayé du tabac à narguilé. Quatorze pour cent de Canadiens âgés de 15 à 19 ans et 29 % (694 000) de jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans ont indiqué avoir déjà essayé du tabac à narguilé³⁴. Ces proportions ont donc de quoi inquiéter et confirment que le phénomène est loin d'être marginal.

Également nouveau comme tendance, mais déjà populaire : la cigarette électronique. On peut déjà constater le fort attrait qu'elle exerce auprès des élèves du secondaire et des jeunes adultes. En effet, dans le cas des élèves du secondaire, 28 % d'entre eux rapportent en avoir déjà fait l'essai³⁵. Chez les 15 à 24 ans, 30 % auraient fait de même³⁶. Autre donnée d'intérêt, 18 % des élèves du secondaire n'ayant jamais fumé la cigarette ont rapporté avoir fait l'essai de ce nouveau dispositif³⁷. Bien que cela ne confirme pas l'effet de « passerelle » vers le tabac, 46 % des élèves du secondaire n'ayant jamais fait l'expérience de la cigarette traditionnelle, mais ayant fait usage de la cigarette électronique, n'excluaient pas la possibilité d'essayer la cigarette traditionnelle dans le futur (comparativement à 25 % chez ceux n'ayant pas essayé la cigarette électronique)³⁸. Ces données confirment l'attrait exercé par ce produit chez les jeunes élèves québécois, un attrait beaucoup plus marqué que celui des jeunes d'autres pays industrialisés (France 7-8 %, Angleterre 5-10 %, États-Unis 7-8 %^{39,40}).

Outre les changements notés dans les types de produits offerts et consommés, il apparaît que le tabagisme n'affecte pas tous les Québécois de la même façon. Certains groupes populationnels sont plus vulnérables et affectés par ce problème de santé publique que d'autres. Par exemple, on observe des taux de tabagisme plus élevés chez les élèves de certains cheminements scolaires au secondaire et

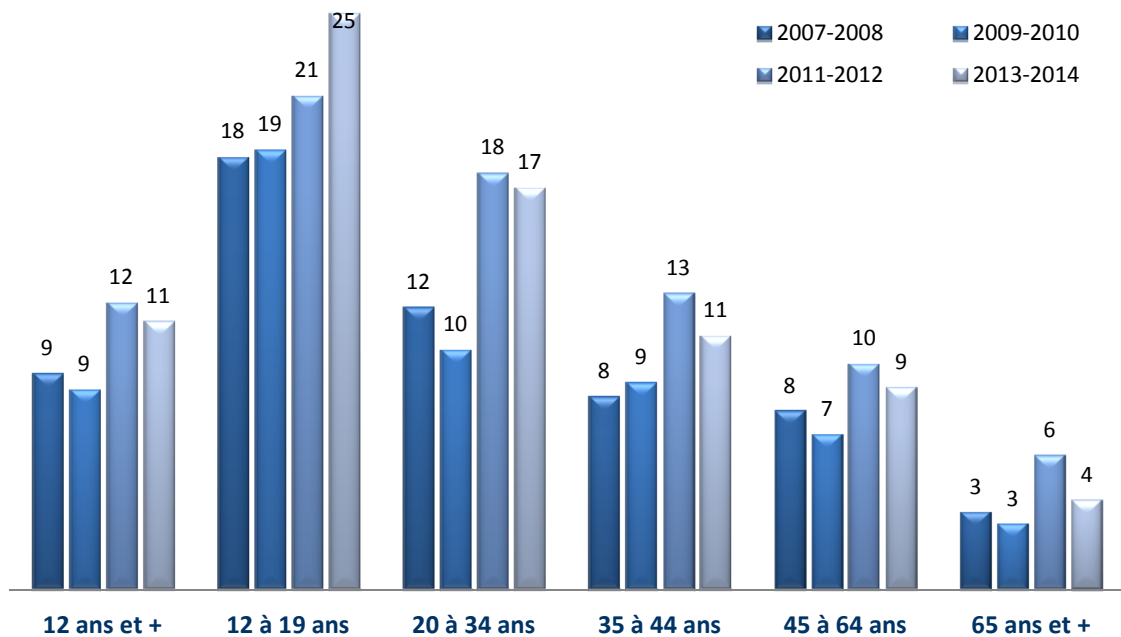
chez ceux vivant dans des structures familiales non conventionnelles⁴¹. L'expression d'inégalités sociales de santé ne se limite pas qu'aux jeunes, les plus démunis de notre société fument plus que les groupes populationnels plus éduqués et mieux nantis⁴². Dans ce contexte, gardons à l'esprit que les groupes les plus affectés par le tabagisme sont aussi ceux à qui profitent le plus les mesures de lutte contre le tabagisme.

En somme, le portrait du tabagisme a changé significativement depuis l'adoption de la Loi sur le tabac en 1998. Toutes ces nouvelles réalités doivent être prises en compte dans le cadre de la révision de la Loi sur le tabac.

III. La fumée de tabac dans l'environnement

L'exposition des non-fumeurs québécois à la FTE au domicile et dans les véhicules a diminué au cours des dernières années. Le Québec se situe toutefois toujours au-dessus des moyennes canadiennes à ce chapitre⁴³. Dans le cas de l'exposition des mineurs à la FTE dans les véhicules, 38 % des élèves de la 6^e année du primaire à la 5^e année du secondaire en sont affectés hebdomadairement⁴⁴. En ce qui concerne l'exposition dans les lieux publics, on observe une tendance à la hausse entre 2007-2008 et 2013-2014 et les 12 à 19 ans constituent le groupe le plus affecté. À ce chapitre, malgré les diverses restrictions d'usage dans les lieux publics, la FTE affecte encore 11 % de la population québécoise⁴⁵.

Figure 4 - Proportion de la population québécoise exposée à la FTE au cours des 30 derniers jours dans des lieux publics (%)



Source : Statistique Canada, tableaux CANSIM 105-0502. Extraction : juillet 2015

IV. Des coûts importants

Des coûts sociaux importants sont imputables au tabagisme. Il entraîne un plus grand absentéisme au travail et une utilisation accrue des services de santé. Le facteur « tabac » expliquait à lui seul une large part du fardeau accru de l'incapacité observable au Québec au cours des années 1990 à 2000⁴⁶. En 2002, au Québec, les coûts généraux encourus par l'usage du tabac ont été estimés à près de 4 G\$, dont 1 G\$ en coûts directs pour le système de santé⁴⁷. Ces mêmes coûts directs ont été portés à 1,6 G\$ en 2013-2014 par le ministère des Finances du Québec⁴⁸. On estime que chaque baisse d'un point de pourcentage du tabagisme fait économiser annuellement 41 M\$ en coûts de soins de santé directs et 73 M\$ en coûts indirects, pour un total de 114 M\$⁴⁹.

V. L'industrie des produits du tabac : Le vecteur du problème

Il y a quelques années, l'ancienne directrice générale de l'OMS, la docteure Gro Harlem Brundtland, a déclaré que les fabricants de produits du tabac sont aux méfaits du tabagisme ce que le moustique est à la malaria : ils constituent le vecteur du problème et disséminent la maladie⁵⁰. L'OMS a étudié les stratégies mises de l'avant par l'industrie pour résister aux mesures de contrôle du tabac⁵¹. Les tactiques suivantes sont parmi celles qui ont été inventoriées :

- les entreprises, en principe concurrentes, se sont systématiquement concertées au plan international;
- la subversion de la connaissance, la manipulation de l'information, la négation de faits bien établis et la déformation de résultats de recherche;
- le lancement et le soutien d'activités de diversion en matière de recherche;
- l'attaque de la crédibilité des chercheurs;
- la promotion de la responsabilité corporative afin de promouvoir des mesures d'autorégulation dans le but de donner l'illusion d'une évolution dans la mentalité de l'industrie et de créer des partenariats avec le milieu de la santé;
- le recrutement de scientifiques dociles et le recours à des consultants prétendument indépendants pour critiquer les mesures antitabac;
- le soutien ou l'implication directe dans des activités de lobbying;
- la création et le soutien à des groupes de défense des fumeurs pour tenter de démontrer une certaine forme de soutien populaire;
- les alliances stratégiques avec des groupes d'intérêt et la création/soutien de groupes de façade dans le but d'influencer l'encadrement législatif et réglementaire des produits du tabac;

- l'intimidation des opposants en ayant recours à divers moyens juridiques ou économiques;
- la mise en œuvre de programmes de prévention auprès des jeunes et d'éducation auprès des détaillants pour faire croire à une participation de l'industrie dans la prévention du tabagisme chez les jeunes et la présentation des produits du tabac comme des produits réservés aux adultes;
- le recours aux ententes et aux traités commerciaux transfrontaliers pour contester des mesures de contrôle;
- l'exagération de la problématique de la contrebande de cigarettes pour réduire l'intérêt des autorités publiques pour les hausses de taxe sur les produits du tabac.

Au fil des dernières années, et de manière plus intensive récemment, l'industrie a déployé certaines de ses manœuvres au Québec et au Canada.

Les compagnies de produits du tabac présentes au Québec peuvent compter sur un réseau d'environ 7 500 points de vente de leurs produits qui assure l'interface avec les consommateurs. Bien que l'on parle d'un réseau de vente légal, ce réseau assure un accès facile et continu aux produits mortels et dépendogènes que sont les produits du tabac. Il apparaît donc tout à fait justifié que ce réseau soit strictement encadré, tout comme l'industrie du tabac, par diverses dispositions législatives et réglementaires visant à réduire le tabagisme.

Il convient ici de rappeler que le gouvernement du Québec, en se déclarant lié à la Convention-cadre de l'OMS (CCLAT), un traité fondé sur des données factuelles qui réaffirme le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible, a reconnu que l'élaboration de politiques de lutte contre le tabagisme doit évaluer les mesures uniquement dans la perspective d'améliorer la santé de la population⁵². À cet effet, l'article 5.3 de la CCLAT, stipule que les Parties doivent veiller à ce que la définition et l'application des politiques de santé publique de lutte contre le tabagisme ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, conformément à la législation nationale. Dans les faits, les mesures de lutte contre le tabagisme sont inconciliables avec les intérêts économiques de l'industrie du tabac et de ses partenaires.

VI. La contrebande : Un effet secondaire contrôlable et contrôlé

Tel que soulevé précédemment, l'exagération de l'amplitude du phénomène de la contrebande est une stratégie connue et systématique de l'industrie du tabac pour se prémunir contre les hausses de taxes et, plus récemment, contre les mesures visant la réduction du tabagisme. Il n'est donc pas surprenant que certains groupes profitant de la vente de tabac évoquent le spectre d'une recrudescence marquée de la contrebande en réaction au PL-44.

Selon les données du ministère des Finances du Québec, la part de marché des produits du tabac de contrebande est passée de 30 % à moins de 15 % du marché total des produits du tabac entre

2009 et 2014⁵³. Ce résultat est le fruit des diverses mesures mises en œuvre par le gouvernement du Québec, dont plus particulièrement le programme ACCÈS Tabac.

L'interdiction du menthol est la mesure qui, de l'avis de certains opposants au PL-44, devrait se traduire par une augmentation dramatique de la contrebande, laquelle ferait en sorte que les jeunes fumeraient plus, selon les dires de ces mêmes opposants. On peut se surprendre que ces inquiétudes ne portent que sur les produits mentholés et non sur l'ensemble des produits aromatisés, alors que l'attrait de l'ensemble des saveurs chez les jeunes est documenté et connu. Indépendamment de l'incohérence du discours des défenseurs des produits mentholés, il importe de préciser que l'intérêt des jeunes pour les produits de contrebande est faible. Par ailleurs, l'examen des saisies de tabac de contrebande issues du programme ACCÈS Tabac révèle que la contrebande de cigarettes mentholées est dérisoire et que le volume des autres produits de contrebande pouvant être aromatisés est marginal⁵⁴.

On ne peut éliminer la possibilité qu'un certain transfert du marché des produits aromatisés vers la contrebande s'opère. Toutefois, ce transfert serait vraisemblablement limité et le gouvernement dispose des outils et des moyens pour intervenir, tel que le démontre la réduction du phénomène entre 2008 et 2014. Il convient ici d'ajouter que la contrebande constitue seulement l'une des quatre options des fumeurs de cigarettes au menthol qui n'auront plus accès à ce produit. En effet, ces fumeurs pourront se tourner vers les produits du tabac non aromatisés, vers la cigarette électronique aromatisée ou non ou encore choisir d'arrêter de fumer.

LE PROJET DE LOI VISANT À RENFORCER LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

I) Interdire les saveurs dans les produits du tabac

La mesure proposée par le gouvernement prévoit l'interdiction de vente et de distribution de tous les produits du tabac actuels qui comportent une saveur ou un arôme autre que ceux du tabac. Aucune saveur n'est exclue et seules les cigarettes électroniques ne sont pas touchées par la mesure. De plus, aucun produit ne pourra être mis en marché d'une façon qui laisse croire qu'il comporte une saveur ou un arôme.

Le Directeur national de santé publique (DNSP) appuie sans réserve cette mesure telle que proposée compte tenu que :

- la problématique de la consommation des produits aromatisés chez les jeunes est une réalité au Québec;
- les produits du tabac comportant une saveur attirent les jeunes et facilitent leur initiation au tabac⁵⁵, les rendant ainsi à risque de devenir dépendants du tabac, avec les conséquences sur la santé que cela comporte :
 - » Il est démontré que les saveurs rendent les premières expériences du tabagisme plus agréables et facilitent la consommation⁵⁶. Cette mesure réduirait

substantiellement l'attrait des produits pour les jeunes et les non-fumeurs, et ferait en sorte que le tabac goûte et ressemble à du tabac, et non à un dessert ou à une friandise.

- La mention d'un ajout de saveurs dans la mise en marché des produits du tabac a également des impacts importants sur la population, puisqu'elle peut laisser croire à tort que le produit est moins dangereux :
 - » Malgré les preuves scientifiques formelles démontrant le contraire, plusieurs personnes croient encore que certaines marques de cigarettes ou certains produits sont moins dommageables que d'autres et se basent sur des caractéristiques du produit telles que le goût^{57,58}. Les jeunes seraient plus enclins à penser que les produits avec saveur sont moins dommageables pour la santé et, par conséquent, leur consommation plus acceptable⁵⁹.
- La saveur de menthol dans les cigarettes est ciblée par l'interdiction :
 - » Contrairement aux prétentions de l'industrie, les produits au menthol sont consommés par une proportion non négligeable de fumeurs mineurs et ces produits peuvent favoriser une consommation d'une plus grande quantité de cigarettes quotidiennement et annuellement^{60,61}. Il apparaît également que leur usage pourrait être encore plus dangereux que celui des autres produits du tabac déjà extrêmement mortels⁶². Avec l'interdiction des cigarettes mentholées, en plus de prévenir l'initiation des jeunes, une proportion significative des consommateurs optera pour l'arrêt tabagique^{63,64}.

Il s'agit en outre d'une mesure clairement recommandée aux Parties dans la CCLAT et ses directives d'application. En effet, selon les directives d'application des articles 9 et 10 : « Les Parties devraient réglementer, en la limitant ou en l'interdisant, l'utilisation d'ingrédients pouvant servir à améliorer le goût des produits du tabac. »⁶⁵.

II) La cigarette électronique : Encadrer plutôt qu'interdire

D'après l'OMS, la distribution et la vente d'inhalateurs de nicotine, dont les cigarettes électroniques (CE), sont en plein essor dans de nombreux pays. Cette hausse coïnciderait avec l'application de l'article 8 de la CCLAT (protection contre l'exposition à la fumée du tabac) qui entraîne la mise en place d'environnements non-fumeurs dans plusieurs pays et le besoin d'aide pour cesser de fumer⁶⁶. Le Québec n'échappe pas à cette nouvelle réalité. Il existe une grande variété de dispositifs sur le marché québécois. Ceux-ci ont d'ailleurs évolué au cours des dernières années, notamment pour améliorer la ressemblance de l'expérience de consommation avec celle des produits du tabac brûlés ou pour administrer plus efficacement la nicotine.

Les experts en santé divergent d'opinion quant aux risques et aux bénéfices de la CE pour la santé publique. Alors que certains considèrent qu'elle constitue un outil de cessation ou une alternative

moins dommageable à la santé que la cigarette conventionnelle pour les fumeurs, d'autres appréhendent qu'elle devienne une porte d'entrée vers la cigarette conventionnelle pour les jeunes et qu'elle renormalise l'usage de tabac, sapant ainsi les efforts déployés depuis plus de 20 ans. Ces derniers remettent également en question le potentiel du produit pour la cessation, indiquant qu'une utilisation combinée du produit avec la cigarette conventionnelle détournerait les fumeurs d'une réelle cessation tabagique, l'option la plus efficace pour réduire la morbidité et la mortalité associées au tabagisme.

Sur la base de l'état actuel des connaissances, le DNSP estime :

- qu'on ne peut statuer sur l'efficacité des CE comme outils de cessation, mais que les CE avec nicotine présentent un certain potentiel :
 - » Il a été observé que la CE aide à gérer les symptômes de sevrage lors de l'arrêt tabagique⁶⁷. D'autres observent que la CE donne de bons résultats pour la cessation à 30 jours⁶⁸, alors que certains chercheurs en arrivent à des conclusions moins intéressantes en ce qui concerne les taux d'abstinence après 6 mois ou 12 mois^{69,70,71}. Dans certains cas, il a pu être établi que la CE était aussi efficace que les autres moyens d'aide à la cessation⁷². Des chercheurs ont également révélé qu'un nombre significatif de fumeurs n'arrêtent pas nécessairement de fumer, mais combinent leur utilisation de CE à la consommation de tabac brûlé, notamment pour contourner les restrictions d'usage du tabac ou pour réduire la quantité de cigarettes consommées^{73,74}. La consommation associée de cigarettes électroniques et de produits de tabac conventionnels n'écarte pas les risques à la santé pour les individus. Il est important de rappeler qu'il n'existe aucun seuil sécuritaire de consommation de produits de tabac conventionnels.
 - » Par ailleurs, des études évoquent que l'usage de la CE en public peut inciter des fumeurs à fumer⁷⁵ ou encore que les publicités de CE donnent l'envie de fumer aux fumeurs et aux ex-fumeurs⁷⁶. Il s'agirait d'un effet peu souhaitable dans le contexte où on tente ardemment de soutenir la cessation du tabagisme.
 - » En somme, bien que les travaux et les observations de certains experts soutiennent que la CE est efficace pour la cessation tabagique, notamment pour des fumeurs malades qui ont essayé sans succès d'autres moyens pour arrêter de fumer, force est de constater qu'il n'y a pas de consensus scientifique à ce sujet.
- qu'il est plausible que les CE soient moins dommageables pour la santé des fumeurs que les cigarettes conventionnelles, mais qu'on ne peut affirmer qu'elles sont inoffensives pour la santé des utilisateurs et des personnes étant exposées à leur vapeur :
 - » L'impact de la CE sur la santé à long terme des utilisateurs et sur celle des personnes qui en respirent les vapeurs est mal connu en raison du manque de données

scientifiques fiables sur ce produit, dont l'arrivée est relativement récente sur le marché⁷⁷.

- » L'aérosol produit par la cigarette électronique qui est inhalé et exhalé n'est pas qu'une simple vapeur d'eau. Il peut comporter certaines substances toxiques, de la nicotine et d'autres types de particules, bien qu'elles se retrouvent en quantité moindre que dans la fumée de tabac⁷⁸. Par ailleurs, il apparaît que le niveau de particules ou de substances problématiques émis soit plus élevé pour certains dispositifs modifiés ou encore pour certains modèles de nouvelle génération^{79,80,81}.
 - » La nicotine affecte la santé. L'OMS a d'ailleurs jugé l'état des connaissances suffisant pour mettre en garde les enfants et les adolescents, les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer contre l'utilisation des CE contenant de la nicotine⁸². L'exposition du fœtus à la nicotine a des effets sur le développement du cerveau, affecte la santé du fœtus et de la mère pendant la grossesse et peut mener à des accouchements prématurés et provoquer la naissance d'enfant mort-né⁸³. L'exposition à la nicotine pendant l'adolescence pourrait avoir des conséquences néfastes sur le développement du cerveau⁸⁴.
 - » Il convient de préciser que toutes les CE avec nicotine et celles sans nicotine comportant des allégations thérapeutiques doivent faire l'objet d'approbation par les autorités gouvernementales fédérales avant d'être offerts en vente au Canada⁸⁵. À ce jour, Santé Canada n'a approuvé aucun de ces produits. Dans ce contexte, les produits disponibles sur le marché québécois ne font donc l'objet d'aucune norme ou de contrôle indépendant et crédible de fabrication. Les produits ne contenant pas de nicotine, bien que n'exigeant pas cette autorisation préalable de vente, ne font pas non plus l'objet de contrôles indépendants. Il apparaît donc impossible de garantir l'innocuité, la qualité et l'efficacité des produits.
- qu'on ne peut éliminer le potentiel d'effet « passerelle » vers les produits du tabac, comme la cigarette, que peuvent exercer les CE chez les jeunes :
 - » Tel qu'indiqué précédemment, la CE exerce un attrait confirmé sur les jeunes québécois et ceux qui l'ont essayé sont plus ouverts à consommer des produits du tabac conventionnels, leur intérêt étant d'ailleurs plus marqué que dans les autres pays industrialisés.
 - » La similarité du produit, qu'il contienne ou non de la nicotine, avec les cigarettes, les cigarillos et les petits cigares traditionnels, pave la voie à la « normalisation » des produits du tabac comme la cigarette. L'usage des CE constitue une forme de promotion du geste de fumer. La réduction de l'exposition des jeunes au geste de fumer diminue la probabilité qu'ils s'initient au tabagisme⁸⁶.

- » Certains types de publicité arrivent à convaincre les adolescents de faire l'essai de la CE⁸⁷. Il importe donc d'encadrer la promotion des produits, au même titre que la vente et l'usage. La communication d'information sur le produit doit clairement cibler les fumeurs adultes sans exercer d'attrait pour les jeunes et les non-fumeurs. Ainsi, les restrictions relatives à la promotion actuellement incluses dans la Loi sur le tabac du Québec devraient s'appliquer également à la CE.

Compte tenu de ce qui précède, le DNSP recommande d'adopter une approche prudente eu égard à la CE. À cet effet, il appuie sans réserve la mesure proposée dans le PL-44.

La forme d'encadrement proposée constitue une avenue adéquate qui réduit les risques divers associés à son utilisation à grande échelle. Comme la mesure n'a pas pour effet d'éliminer le produit du marché, elle tient donc également compte de son potentiel pour réduire la morbidité et la mortalité associées à l'usage des produits du tabac, de même que l'aide qu'il pourrait fournir aux fumeurs désireux de se défaire de leur dépendance. Sur ce point, le DNSP estime acceptable que les saveurs soient permises dans les CE, compte tenu qu'elles pourraient constituer un attrait pour convaincre des fumeurs adultes de s'inscrire dans une démarche de cessation, surtout dans le contexte où les saveurs dans les produits du tabac seront éliminées. Toutefois, le gouvernement doit avoir la capacité d'éliminer les saveurs qui seront prisées des jeunes et des non-fumeurs ou encore qui sont dangereuses pour la santé. À ce chapitre, le pouvoir réglementaire prévu au PL-44 constitue une nécessité.

La consommation de la CE au sein de la population québécoise, et plus particulièrement chez les jeunes, devra être assidûment surveillée par les autorités publiques. Dans la même veine, les restrictions relatives à la publicité qui seront applicables à la CE, les mêmes que celles prévues pour les autres produits du tabac, sont incontournables.

Dans le contexte actuel, il est de la responsabilité de l'État de s'appuyer sur des publications qui émanent d'autorités de santé publique et d'organismes scientifiques reconnus et crédibles. À cet effet, rappelons que l'OMS invite les législateurs à encadrer rapidement ce type de dispositifs. Plus spécifiquement, l'OMS recommande notamment d'interdire l'usage dans les lieux publics, de restreindre la promotion, la publicité et le parrainage et d'interdire la vente aux mineurs. Il convient également de rappeler que l'engagement pris en vertu de la CCLAT ne vise pas uniquement à prévenir et à réduire la consommation de tabac, mais aussi l'addiction nicotinique, quelle qu'en soit la source (article 5.2 b)⁸⁸. De ce fait, l'usage thérapeutique de la nicotine est une option acceptable, mais non son usage récréatif. Le DNSP estime d'ailleurs que l'usage récréatif de la CE ne peut que nuire à la santé publique.

Ultimement, la mesure proposée vise à faire en sorte que ces produits ne contribueront pas à perpétuer le phénomène du tabagisme.

III) De nouvelles restrictions d'usage nécessaires

La création de lieux sans fumée constitue le meilleur moyen pour protéger efficacement les non-fumeurs de la fumée de tabac. Ce type de mesure contribue également à « dénormaliser » le tabagisme et, incidemment, à prévenir l'initiation puis stimuler la cessation tabagique⁸⁹. Le DNSP ne peut donc qu'être favorable à toutes les mesures visant à restreindre l'usage du tabac dans des lieux intérieurs comme extérieurs.

La création d'aires pour les non-fumeurs doit être progressive, mais continue, soutenue et significative. Pour ce faire, il faut encourager les exploitants de lieux publics à se doter de politique sans fumée. Toutefois, puisqu'on ne peut miser uniquement sur des mesures volontaires, de nouvelles restrictions légales d'usage doivent être mises en œuvre. Au Québec, il y a déjà près de 10 ans que les dernières restrictions d'usage ont été adoptées. En cette matière, il s'agit d'une période beaucoup trop longue. Les mesures proposées par le gouvernement dans le PL-44 sont substantielles mais, compte tenu de l'évolution de la situation depuis 2005, pourraient être bonifiées.

Compte tenu de ce qui précède, le DNSP appuie sans réserve :

- l'interdiction de fumer dans les voitures en présence d'un enfant de moins de 16 ans :
 - » Comme expliqué précédemment, les enfants sont touchés plus sérieusement que les adultes par la FTE. Par ailleurs, sur la base de l'expérience des autres provinces canadiennes qui ont déjà mis en place cette interdiction, il s'agit clairement d'une mesure efficace pour réduire l'exposition des enfants à la FTE⁹⁰.
- l'élargissement de la portée de l'interdiction de fumer dans les aires communes des immeubles d'habitation pour couvrir les immeubles de deux à cinq logements :
 - » Comme soulevé précédemment, certaines personnes, comme les enfants et celles souffrant de maladies chroniques, sont particulièrement vulnérables à la FTE. Ces personnes vivent également dans les immeubles de deux à cinq logements et doivent être protégées contre la FTE, au même titre que celles habitant dans des immeubles de six logements ou plus.
- l'interdiction de fumer pour toutes les formes de terrasses commerciales et l'élargissement de l'interdiction de fumer dans un rayon de neuf mètres aux portes de tous les lieux intérieurs qui accueillent le public :
 - » La nocivité de la FTE est incontestable, même à l'extérieur dans des conditions particulières (nombre de fumeurs, présence de parasol, auvent ou muret, etc.). Par ailleurs, les personnes plus vulnérables, comme celles souffrant d'asthme et les personnes âgées, sont plus susceptibles d'être affectées par des conditions enfumées dans ces lieux. Les employés desservant les terrasses constituent également une

clientèle plus vulnérable compte tenu du temps qu'ils y passent. Ils doivent être protégés comme l'ensemble des travailleurs québécois.

- » Des données associent l'autorisation de fumer sur les terrasses de restaurants et de bars à une diminution des tentatives d'arrêt tabagique et l'augmentation du risque de rechutes lors de l'arrêt tabagique⁹¹.
- l'application du rayon de neuf mètres sans fumée à l'ensemble des édifices qui accueille le public :
 - » En plus des impacts en matière de santé publique, cette mesure réduira la confusion induite par des règles actuellement différentes d'un édifice à l'autre.

Le DNSP recommande les amendements suivants :

Afin de protéger les usagers du réseau de la santé et des services sociaux non-fumeurs et les travailleurs ainsi que pour prévenir les rechutes chez les anciens fumeurs hébergés dans les établissements du réseau, le DNSP recommande que soient ajoutés au PL-44 :

- l'interdiction de fumer sur le terrain des établissements du réseau de la santé identifiés à l'article 2 de la Loi sur le tabac :
 - » Compte tenu que les usagers qui les fréquentent sont souvent plus vulnérables à la FTE, il est nécessaire d'augmenter le niveau de protection des non-fumeurs dans ces lieux.
 - » On observe une densité de fumeurs importante dans des zones à l'extérieur du neuf mètres, mais située sur le terrain des établissements. Ces endroits sont souvent les principaux lieux de passage pour accéder aux établissements. Les non-fumeurs fréquentant ces établissements sont donc exposés à la FTE.
 - » L'interdiction complète sur le terrain constitue la forme de mesure la plus simple à appliquer.
 - » Ce type de mesure, qui contribue à la « dénormalisation » du tabagisme, pourrait également avoir comme effet de réduire l'initiation au tabagisme dans les établissements dont le mandat est de desservir les jeunes, dont plus particulièrement les centres jeunesse. À cet effet, notons que les deux tiers des jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec fument quotidiennement et que 30 % des jeunes s'initient au tabagisme lors de leur passage dans ces établissements⁹².
- de planifier l'élimination des chambres pour fumeurs dans tous les établissements du réseau de la santé;
 - » Dans les faits, une minorité d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont identifié des chambres fumeurs et pour ceux qui l'ont fait, le volume identifié

est minimale. Comme aucune mesure technique ne peut empêcher la fumée de se propager à l'extérieur d'une chambre, l'élimination des chambres fumeurs protégerait les usagers non-fumeurs hébergés dans les établissements de la FTE. Cette mesure protégerait également les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux.

- l'ajout d'un pouvoir réglementaire permettant d'identifier de nouveaux lieux extérieurs et intérieurs sans fumée :
 - » Tel qu'indiqué précédemment, des mesures de restrictions d'usage doivent être introduites progressivement, mais régulièrement, pour mieux protéger les non-fumeurs et également maximiser la portée des efforts investis dans la lutte contre le tabagisme.

Le DNSP recommande de recourir à ce nouveau pouvoir réglementaire, lorsque l'implantation des mesures prévues au PL-44 (incluant l'interdiction de fumer sur le terrain des établissements du réseau de la santé et des services sociaux) sera suffisamment avancée. Les lieux fréquentés par les clientèles vulnérables, particulièrement les jeunes, devraient faire l'objet des premières restrictions d'usage à mettre de l'avant par voie réglementaire.

IV) Faciliter l'application de la Loi et en motiver le respect

Le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 a fait état de certains enjeux dans son application qui compliquent le travail des personnes chargées de la faire respecter et celui de ceux qui ont à s'y conformer. Ce même rapport et les données du ministère de la Santé et de Services sociaux révèlent également que certaines mesures prévues à la Loi ne sont pas intégralement respectées⁹³. Il convient aussi d'ajouter que la lutte contre le tabagisme n'est pas uniquement l'affaire des intervenants de la santé, mais bien de l'ensemble des acteurs de la société. À cet effet, la Loi doit motiver l'ensemble des acteurs à assumer leur responsabilité afin d'optimiser la portée des mesures légales en matière de lutte contre le tabagisme.

Dans ce contexte, le DNSP appuie sans réserve l'ensemble des mesures visant à faciliter l'application de la Loi et à en motiver le respect dont, notamment :

- l'ensemble des hausses d'amendes envisagées : les amendes prévues à la Loi doivent être aussi dissuasives que possible, et ce, plus particulièrement dans le cas de vente aux mineurs;
- l'ajout d'une interdiction de location de produits du tabac ou d'accessoires : cette mesure réduira l'accessibilité aux produits ou aux moyens de les consommer. Il s'agit d'un moyen efficace pour prévenir le tabagisme.

V) Intervenir au niveau des emballages

L'emballage est un élément important de promotion et de publicité des produits du tabac et sa valeur s'est accrue avec les différentes interdictions de promotion entrées en vigueur ces dernières années^{94,95}. Cet élément joue un rôle de premier plan dans l'identification liée à la marque, particulièrement chez les jeunes et jeunes adultes⁹⁶.

Les emballages peuvent notamment induire les consommateurs en erreur en laissant croire, par différentes méthodes, que le produit est moins nocif^{97,98}. En effet, malgré les preuves scientifiques démontrant le contraire qui sont largement diffusées, plusieurs personnes croient encore que certaines marques de cigarettes sont moins dommageables que d'autres et se basent sur des caractéristiques du produit, telles la couleur du paquet⁹⁹. Il apparaît également que le « design » de l'emballage diminuerait l'impact des mises en garde imprimées^{100,101}.

En Australie, l'emballage neutre et standardisé a fait l'objet de nombreuses études avant d'être introduit sur le marché en décembre 2012. L'état actuel des connaissances démontre que l'emballage neutre¹⁰² :

- réduit l'attrait des produits;
- rehausse l'impact des mises en garde de santé;
- aide à réduire la survenue de perceptions trompeuses quant à la nocivité des produits.

Les dernières données australiennes font état d'une chute significative des taux de tabagisme ainsi que d'une augmentation de l'âge moyen d'initiation entre 2010 et 2013, période durant laquelle l'emballage neutre fut introduit¹⁰³. Certaines analyses attribuent l'essentiel de ces résultats à cette mesure¹⁰⁴.

Évidemment, l'industrie du tabac plaide que l'évidence n'est pas crédible et que rien ne prouve que cette mesure aura un impact sur le taux de tabagisme. Cette position apparaît toutefois paradoxale, si on considère les efforts et les investissements de l'industrie du tabac pour s'opposer à cette mesure partout dans le monde.

Le DNSP estime que l'état des connaissances démontre clairement que les interventions sur les conditionnements, comme les emballages, réduisent l'attrait des produits du tabac. À cet effet, le DNSP recommande au gouvernement du Québec d'intervenir sur les emballages aussi rapidement que possible. La mesure doit pouvoir résister à la contestation pour avoir un effet utile et durable. En conséquence, si cela s'avérait nécessaire, l'intervention de l'État pourrait être progressive, mais devrait tout de même s'inscrire dans la perspective d'imposer un emballage neutre et standardisé pour l'ensemble des produits du tabac. À cet effet, le DNSP estime que l'imposition d'un format minimal pour mises en garde constitue une étape valable de cheminement vers l'emballage neutre et standardisé.

POUR LE FUTUR

I) Poursuivre le déploiement d'une approche globale de lutte contre le tabagisme

La lutte contre le tabagisme est exigeante et ne peut se limiter qu'aux mesures législatives ou réglementaires. Ces interventions sont certes d'une importance de premier plan, mais pour avoir une portée optimale, elles doivent être combinées à d'autres stratégies. Des stratégies diverses et complémentaires, attaquant en synergie toutes les facettes du problème, doivent donc être déployées intensivement et simultanément. Une approche globale et intégrée apparaît comme la voie à suivre et fait consensus au sein de la communauté scientifique^{105,106}. C'est d'ailleurs la voie que privilégie le gouvernement du Québec depuis de nombreuses années avec la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme¹⁰⁷.

Le DNSP recommande donc :

- que le gouvernement poursuive l'ensemble de ses interventions de lutte contre le tabagisme, dont celles de prévention, comme les activités d'éducation et de sensibilisation, et de soutien à la cessation tabagique, à la suite de la révision de la Loi sur le tabac.

II) Utiliser systématiquement tous nos pouvoirs réglementaires

Le problème du tabagisme évolue continuellement et rapidement. Tous les leviers d'intervention disponibles doivent être utilisés pour s'y adapter. À cet effet, le gouvernement dispose notamment de puissants pouvoirs réglementaires en vertu de la Loi sur le tabac. Ces pouvoirs peuvent permettre à la lutte contre le tabagisme d'évoluer à un rythme plus soutenu.

Afin d'assurer une réduction continue du tabagisme, le DNSP recommande au gouvernement :

- d'utiliser de manière continue et systématique l'ensemble des pouvoirs réglementaires qui seront inscrits dans la Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme :
 - » La Loi devra à nouveau être bonifiée dans le futur, mais le recours aux pouvoirs réglementaires constitue l'un des éléments incontournables pour assurer une réduction continue et durable du tabagisme;
 - » Le gouvernement dispose aussi d'autres leviers pour appuyer la lutte contre le tabagisme, dont plus particulièrement la taxe spécifique sur les produits du tabac. Il s'agit d'un levier puissant que le gouvernement ne doit pas perdre de vue dans sa volonté de réduire le tabagisme de manière significative au Québec avec le dépôt du PL-44.

Résumé des recommandations du Directeur national de santé publique

PREMIÈRE RECOMMANDATION

QUE soit adopté l'ensemble des mesures proposées dans le projet de loi 44

DEUXIÈME RECOMMANDATION

QU'il soit interdit de fumer sur le terrain des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et que soit planifiée l'élimination des chambres fumeurs.

TROISIÈME RECOMMANDATION

QUE soit ajouté un pouvoir réglementaire pour identifier de nouveaux lieux sans fumée.

QUATRIÈME RECOMMANDATION

QUE le gouvernement intervienne sur les emballages en développant une ou plusieurs mesures aussi robustes que possible sur le plan juridique, ces mesures s'inscrivant dans un cheminement menant à l'imposition d'un emballage neutre et standardisé pour tous les produits du tabac.

CINQUIÈME RECOMMANDATION

QUE le gouvernement maintienne l'ensemble des interventions visant à lutter contre le tabagisme à la suite de la révision de la Loi.

SIXIÈME RECOMMANDATION

QUE le gouvernement utilise de manière continue et systématique l'ensemble des pouvoirs réglementaires prévus à la Loi.

Références

- ¹ BEN AMAR, M. et N. LÉGARÉ (2006), *Le tabac à l'aube du 21^e siècle : mises à jour des connaissances*, Montréal, Québec, Centre québécois de lutte aux dépendances, 181 pages et annexes.
- ² *Ibid.*
- ³ BANKS, E. et al. (2015), Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence, *BMC Medicine*;13:38.
- ⁴ BJARTVEIT, K., and A. TVERDAL (2005), Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day, *Tobacco Control*; 14:315-320.
- ⁵ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2004), *The Health Consequences of Smoking. 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.
- ⁶ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2010), *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. 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.
- ⁷ Ben Amar, M. et N. Légaré, *op. cit.*
- ⁸ GÉRIN, M. et P. BAND (2003). *Cancer*. In : Environnement et santé publique – Fondements et pratiques, Édisem, Tec & Doc, Acton Vale/Paris.
- ⁹ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1994), *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- ¹⁰ DIFRANZA, J.R. et autres (2007), *Symptoms of Tobacco Dependence After Brief Intermittent Use*, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(7):704-10.
- ¹¹ CHAREST, A. (2008), « Nouvelles données sur le tabagisme chez les jeunes : Accros dès la première cigarette », *Les actualités du cœur*, Alliance québécoise pour la santé du cœur, 11(3) : 4-5.
- ¹² U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1988), *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General*, Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- ¹³ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2010), *op. cit.*

- ¹⁴ ERIKSEN, MICHAEL, J. MACKAY et H. ROSS (2012), *Atlas du tabac*, Quatrième édition/deuxième impression. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY : World Lung Foundation.
- ¹⁵ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « *Battre en brèche les mythes de l'industrie du tabac : Comment y répondre* », http://www.who.int/features/factfiles/tobacco/tobacco_facts/fr/index4.html
- ¹⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999), Consultation Report – International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health, Tobacco Free Initiative.
- ¹⁷ TOBACCO ADVISORY GROUP OF THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS (2010), Passive smoking and children Report, London, Royal College of Physicians.
- ¹⁸ MEAD, E. et autres (2014). Understanding the sources of normative influence on behavior: The example of tobacco., *Social Science and Medicine*, 115, 139-143.
- ¹⁹ REPACE, J. et autres (2000), Banning outdoor smoking is scientifically justifiable, *Tobacco Control*, 2000;9:98.
- ²⁰ REPACE, J. (2005), Measurements of outdoor air pollution from secondhand smoke on the UMBC campus, Repace Associates Inc.
- ²¹ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2006), *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke : 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.
- ²² *Ibid.*
- ²³ STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, tableaux CANSIM 105-0502, Extraction : juillet 2015.
- ²⁴ 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.
- ²⁵ DUBÉ, G., A. LAVOIE et P. LAPRISE (2012), Zoom santé : Enquête sur les habitudes tabagiques des Québécois : Une étude portant sur des comportements méconnus face à un phénomène connu, Institut de la statistique du Québec.
- ²⁶ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2014), *op.cit.*
- ²⁷ UNIVERSITÉ DE WATERLOO (2012), *Enquête sur le tabagisme chez les jeunes 2010-2011*, Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel, Fichier de microdonnées à grande diffusion.
- ²⁸ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2014), *op.cit.*

- ²⁹ AZAGBA, S. et autres (2014), Smoking intensity and intent to continue smoking among menthol and non-menthol adolescent smokers in Canada, *Cancer Causes & Control*, Volume 25, Issue 9 , pp 1093-1099.
- ³⁰ 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*, Résultats transmis par l'Infocentre de santé publique, août 2015.
- ³¹ MAZIAK, W. et autres (2015), *The global epidemiology of waterpipe smoking*, *Tobacco Control*, 2015 Mar;24 Suppl 1:i3-i12.
- ³² MAZIAK, W. (2014), *The Waterpipe: A New Way of Hooking Youth on Tobacco*, *American Journal of Addictions*, 2014 Mar-Apr;23(2):103-7.
- ³³ MINAKER, L. et autres (2014), Flavored tobacco use among Canadian students in grades 9 through 12: Prevalence and patterns from the 2010-2011 Youth Smoking Survey, *Preventing Chronic Disease*, 2014;11:140094.11.
- ³⁴ STATISTIQUE CANADA (2014). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues 2013*. Fichier de microdonnées à grande diffusion.
- ³⁵ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2014), *op.cit.*
- ³⁶ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013), *Enquête sur les habitudes tabagiques des Québécois 2013*, réalisée pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- ³⁷ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2014), *op.cit.*
- ³⁸ LASNIER, B. et A. MONTREUIL (2014), L'usage de la cigarette électronique chez les élèves québécois du secondaire : 2012-2013, Institut national de santé publique du Québec.
- ³⁹ COREY, C. et autres (2014), Notes from the field: Electronic cigarette use among middle and high school students - United States, 2011-2012, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62, 729-730.
- ⁴⁰ DAUTZENBERG, B. (2013), *E-cigarette: a new tobacco product for schoolchildren in Paris*. *Open Journal of Respiratory Diseases*, 31, 21-24.
- ⁴¹ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2012), *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui: leur santé physique et leurs habitudes de vie, Tome 1*.
- ⁴² LASNIER, B. et autres (2012), Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- ⁴³ STATISTIQUE CANADA, tableaux CANSIM 105-0502, *op.cit.*

- ⁴⁴ UNIVERSITÉ DE WATERLOO (2014), *Enquête sur le tabagisme chez les jeunes 2012-2013 : Profil des résultats du Québec*, Waterloo, Ontario : Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel.
- ⁴⁵ STATISTIQUE CANADA, tableaux CANSIM 105-0502, *op.cit.*
- ⁴⁶ COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000), *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ⁴⁷ REHM, J. et autres (2006), *Le coût de l'abus de substances au Canada 2002*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- ⁴⁸ MINISTÈRE DES FINANCES ET DE L'ÉCONOMIE DU QUÉBEC (novembre 2012), Budget 2013-2014, Plan budgétaire, Gouvernement du Québec.
- ⁴⁹ OUELLET, P., CRÉMIEUX, P.-Y., PETIT, P. et CARTER V. (2005), Études d'impact des modifications proposées à la Loi sur le tabac, Étude de mars 2005 pour le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ⁵⁰ THE ECONOMIST (2000), *The tobacco war goes global*, Oct. 12th, 2000, http://www.economist.com/displayStory.cfm?Story_ID=393248.
- ⁵¹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2008), *Tobacco industry interference with tobacco control*, Genève, Suisse. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597340_eng.pdf
- ⁵² ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003), *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, Genève, Suisse, 2302 R.T.N.U 166 (entrée en vigueur : 27 février 2005).
- ⁵³ MINISTÈRE DES FINANCES DU QUÉBEC (juin 2014), *Budget 2014-2015, Plan budgétaire*, Gouvernement du Québec.
- ⁵⁴ MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, Données sur les saisies du tabac de contrebande sous forme de cigarillos et de produits mentholés, extraction réalisée à la demande du ministère de la Santé et de Services sociaux en juillet 2015.
- ⁵⁵ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2012), *Preventing tobacco use among youth and young adults: 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.
- ⁵⁶ SCIENTIFIC COMMITTEE ON EMERGING AND NEWLY IDENTIFIED HEALTH RISKS (2010), *Addictiveness and Attractiveness of Tobacco Additives, Pre-consultation opinion*, European Union
- ⁵⁷ U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (2010), *Fact Sheet: Flavored Tobacco Products*, Department of Health and Human Services.

- ⁵⁸ U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (2013), *FDA Parental Advisory on Flavored Tobacco Products – What You Need to know*, Department of Health and Human Services.
- ⁵⁹ SCIENTIFIC COMMITTEE ON EMERGING AND NEWLY IDENTIFIED HEALTH RISKS (2010), *op.cit.*
- ⁶⁰ AZAGBA S. et autres (2014), *op.cit.*
- ⁶¹ DELNEVO, C.D. et autres (2015), The influence of menthol, e-cigarettes and other tobacco products on young adults self-reported changes in past year smoking, *Tobacco Control*, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052325.
- ⁶² HOAI T.T. et autres (2015), *Menthol Enhances the Desensitization of Human $\alpha 3\beta 4$ Nicotinic Acetylcholine Receptors*, *Molecular Pharmacology*, May 11, 2015 as doi: 10.1124/mol.115.098285
- ⁶³ WACKOWSKI, O.A., M. T. MANDERSKI, C.D. DELNEVO, "Young adults' behavioral intentions surrounding a potential menthol cigarette ban", *Nicotine & Tobacco Research*, 2014, 16(6):876-80.
- ⁶⁴ PEARSON, J. L. et al. (2012), *A Ban on Menthol Cigarettes: Impact on Public Opinion and Smokers Intention to Quit*, *American Journal of Public Health*, 2012, 102(11), e107–e114.
- ⁶⁵ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2010), *Directives partielles pour l'application des articles 9 et 10 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, version avec les amendements adoptés en 2012 lors de la cinquième session de la COP.
- ⁶⁶ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2010), *Lutte contre les produits du tabac sans fumée et les cigarettes électroniques : Rapport du Secrétariat de la Convention*, Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, FCTC/COP/4/12, 15 septembre 2010.
- ⁶⁷ POIRIER, H (2013), *La cigarette électronique : État de situation*, Institut national de santé publique du Québec.
- ⁶⁸ CARNEY, S., G. OSTIGUY, S. GILMAN et M. LEBEL (2015), *A review of electronic cigarette usage and outcomes in clients followed in a hospital-based ambulatory smoking cessation clinic*, Montreal Chest Institute, McGill University Health Center, Affiche présentée à la 7e Conférence annuelle d'Ottawa, tenue les 23 et 24 janvier 2015 à Ottawa.
- ⁶⁹ AL-DELAIMY, W.K. et autres (2015), *E-cigarette use in the past and quitting behavior in the future: a population-based study*, *Am J Public Health*, 105(6):1213-9. doi: 10.2105/AJPH.2014.
- ⁷⁰ GRANA, R. A. et autres (2014), *A longitudinal analysis of e-cigarette use and smoking cessation*, *JAMA Intern Med.*, 174(5):812–813.
- ⁷¹ ORR, K. K. et N.J. ASAL (2014), *Efficacy of electronic cigarettes for smoking cessation*, *Annals of pharmacotherapy*, 48(11):1502-6. doi :10.1177/1060028014547076.

- ⁷² BULLEN, C. et autres (2013) Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomized controlled trial, *Lancet* 382:1629–1637.
- ⁷³ BROSE, L. et autres (2015), Is the use of electronic cigarettes while smoking associated with smoking cessation attempts, cessation and reduced cigarette consumption? A survey with a 1-year follow-up, *Addiction*, 110;7:1160-1168. doi: 10.1111/add.12917.
- ⁷⁴ PEARSON, J. et autres (2012), *E-Cigarette awareness, use, and harm perceptions in US adults*, *Am J Public Health*, 102(9):1758-1766.
- ⁷⁵ KING, A. et autres (2014), Passive exposure to electronic cigarette use increase desire for combustible and e-cigarettes in young adult smokers, *Tobacco Control*. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-051563.
- ⁷⁶ MALONEY, E et J. CAPELLA (2015), Does Vaping in E-Cigarette Advertisements Affect Tobacco Smoking Urge, Intentions, and Perceptions in Daily, Intermittent, and Former Smokers?, *Health Commu*, 11:1-10. doi: 10.1080/10410236.2014.993496.
- ⁷⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2014), *Inhalateurs électroniques de nicotine: Rapport de l'OMS*, Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, FCTC/COP/6/10, 21 juillet 2014.
- ⁷⁸ *Ibid.*
- ⁷⁹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2014), op.cit.
- ⁸⁰ BROWN, C. et J. CHENG (2014), *Electronic cigarettes: product characterization and design considerations*, *Tobacco Control*, 23, ii4-ii10 (supplement 2).
- ⁸¹ KOSMIDER, L. et autres (2014), *Carbonyl compounds in electronic cigarette vapors - Effects of nicotine solvent and battery output voltage*, *Nicotine and Tobacco Research*, 2014 Oct;16(10):1319-26. doi: 10.1093/ntr/ntu078.
- ⁸² ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2014), op.cit.
- ⁸³ 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.
- ⁸⁴ *Ibid.*
- ⁸⁵ SANTÉ CANADA (2009). *Avis - A toutes les personnes qui souhaitent importer, annoncer ou vendre des cigarettes électroniques au Canada*. Avis numéro: 09-108446-55, Santé Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/applic-demande/poll/notice_avis_e-cig-fra.php

- ⁸⁶ NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2013). *Tobacco: harm-reduction approaches to smoking*, National Institute of Health and Care Excellence.
- ⁸⁷ FARRELLY M.C. et autres (2015), *Randomized Trial of the Effect of E-cigarette TV Advertisements on Intentions to Use E-cigarettes*, *Am J Prev Med*, publié en ligne 6 juillet 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2015.05.010>.
- ⁸⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003), op.cit.
- ⁸⁹ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2006), op.cit.
- ⁹⁰ MONTREUIL, A. et autres (2014), Fumer dans la voiture en présence d'enfants: comportements de fumeurs québécois et croyances au sujet d'une éventuelle loi. Institut national de santé publique du Québec
- ⁹¹ CHAITON, M. et autres (2014), *Exposure to smoking on patios and quitting: a population representative longitudinal cohort study*, *Tobacco Control* 2014;0:1–6. doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-051761
- ⁹² LAMBERT, G. et autres (2011), *Sexe drogue et autres questions de santé : étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*, Rapport, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec.
- ⁹³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010, Gouvernement du Québec.
- ⁹⁴ MOODIE, C. et autres, *Plain tobacco packaging: a systematic review*, Public Health Research Consortium: London. http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC_006_Final_Report.pdf
- ⁹⁵ HASTINGS, G. (2008), *The plain truth about tobacco packaging*, *Tobacco Control*, 2008; 17: 361-362.
- ⁹⁶ SCHEFFELS, J. (2008), A difference that makes a difference : young adult smokers' accounts of cigarette brands and package design, *Tobacco Control*, 2008; 17 :118-122.
- ⁹⁷ BORLAND R. et autres (2013), The effects of variant descriptors on the potential effectiveness of plain packaging, *Tobacco Control*, 2013; 00 :1-6.
- ⁹⁸ MUTTI S. et autres (2011), Beyond light and mild :cigarette brand descriptors and perceptions of risk in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey, *Addiction*, doi :10.1111/j.1360-0443.2011.03402.x
- ⁹⁹ DOXEY, J. et D. HAMMOND (2011), *Deadly in pink : the impact of cigarette packaging among young women*, *Tobacco Control*, doi :10.1136/tc.2010.038315
- ¹⁰⁰ GOLDBERG M.E. et autres (1999), *The effect of plain packaging in response to health warnings*, *Am J Public Health* 1999 :89 :1434-5.

- ¹⁰¹ BEEDE, P. et R. LAWSON (1992), The effect of plain packages on the perception of cigarette health warnings, *Public Health*, 1992 :106 :315-22
- ¹⁰² MOODIE C. et autres, op cit
- ¹⁰³ AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, National Drugs Strategy Household Surveys (NDSHS), <http://www.aihw.gov.au/alcohol-and-otherdrugs/ndshs/>
- ¹⁰⁴ CANCER COUNCIL VICTORIA, Questions and answers on plain packaging, Fact sheet no. 4 : What is happening to the prevalence of smoking in Australia. https://www.cancervic.org.au/downloads/plainfacts/Facts_sheets/Facts_Sheet_no_4_Prevalence.pdf
- ¹⁰⁵ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2000), *Reducing Tobacco Use – A Report of the Surgeon General*, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health.
- ¹⁰⁶ LALONDE, M., et B. HENEMAN (2004), *La prévention du tabagisme chez les jeunes*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- ¹⁰⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006), Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010, Gouvernement du Québec.