

Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010

CONSTATS, INTERROGATIONS ET ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

Mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux
dans le cadre des auditions publiques les 20 et 21 août 2013

Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010

CONSTATS, INTERROGATIONS ET ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

Mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux
dans le cadre des auditions publiques les 20 et 21 août 2013

Direction du développement des individus
et des communautés

Août 2013

AUTEURES

Michèle Tremblay, M.D.
Direction du développement des individus et des communautés

Annie Montreuil, Ph. D.
Direction du développement des individus et des communautés

AVEC LA COLLABORATION DE

Denise Koubanioudakis, M. A.
Direction du développement des individus et des communautés

Benoit Lasnier, M. Sc.
Direction du développement des individus et des communautés

Rachèle Planet, M. Sc.
Direction du développement des individus et des communautés

Hélène Poirier, M. Sc.
Direction du développement des individus et des communautés

Christine Stich, Ph. D.
Direction du développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

Johanne Laguë, M.D., M. Sc., FRCPC
Direction du développement des individus et des communautés

Alain Poirier, M.D., M. Sc., FRCPC
Vice-présidence aux affaires scientifiques

France Filiatrault, M. Sc., D.E.S.S.
Direction du secrétariat général, des communications et de la documentation

Geneviève Lapointe, M. A.
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Réal Morin, M.D., M.B.A., FRCPC
Direction du développement des individus et des communautés

AVANT-PROPOS

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

L'INSPQ a participé à plusieurs consultations portant sur la Loi sur le tabac ou sur des réglementations visant à préciser certains aspects de la Loi. Ainsi, en février et mai 2005, deux mémoires relatifs à la Loi sur le tabac ont été rédigés et l'INSPQ a présenté ses recommandations à la Commission des affaires sociales le 1^{er} juin 2005. L'Institut a aussi fait part de sa position sur deux projets de règlements déposés en mars 2008.

C'est donc avec plaisir que l'Institut a examiné le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en septembre 2010. Vous trouverez dans les pages qui suivent les constats qui émanent de la lecture du rapport, les interrogations suscitées de même que certains éléments de réflexion.

FAITS SAILLANTS

L'adoption de la Loi sur le tabac en juin 2005 est un jalon important de la lutte contre le tabagisme au Québec. Elle a pour objectifs de renforcer la protection de la santé des non-fumeurs dans divers lieux qui n'étaient pas visés par la loi précédente (milieux de travail, restaurants, bars, lieux servant à la garde d'enfants, terrains des écoles primaires et secondaires, 9 mètres de certains établissements, etc.), de réduire les possibilités d'achats de produits du tabac par les mineurs (réduction du nombre de points de vente, interdiction de l'étalage des produits du tabac) et de restreindre davantage la publicité et la promotion de ces produits hautement néfastes pour la santé pour ainsi modifier les normes sociales quant à l'usage du tabac.

Selon le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 publié en septembre 2010 :

- les travailleurs et les clients des lieux intérieurs tels que milieux de travail, restaurants, bars, brasseries et tavernes et salles de bingo semblent bien protégés de la fumée de tabac;
- l'accès aux produits du tabac a nettement diminué;
- la visibilité des produits du tabac dans les points de vente a pratiquement disparu;
- et les commerçants respectent mieux l'interdiction de vendre du tabac à des mineurs qu'au début des années 2000 (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2010b).

Toutefois, il existe plusieurs situations problématiques qui ont pour effet d'exposer les non-fumeurs, incluant les enfants, à la fumée de tabac :

- des difficultés réelles d'application de l'interdiction de fumer ont été observées sur les terrains des écoles primaires et secondaires;
- les enfants ne sont pas protégés des résidus de la fumée de tabac dans les lieux servant à la garde d'enfants si l'on y fume en dehors des heures de garde;
- les citoyens qui vivent dans des immeubles à logements sont exposés à la fumée de tabac qui s'infiltre dans leur logement;
- la fumée de tabac se disperserait dans les lieux où des personnes sont hébergées du fait que les chambres fumeurs ne sont pas regroupées;
- certains établissements touristiques ne respectent pas la loi;
- la zone du 9 mètres pourrait être encore mieux respectée.

De plus, certaines stratégies ont pris de l'ampleur pour attirer de nouveaux fumeurs :

- ajout d'additifs aromatisants dans de nombreux produits du tabac;
- modification des cigarillos, échappant ainsi à la loi canadienne qui interdit l'ajout d'arômes aux cigarillos et la vente de cigarillos dans des paquets de moins de 20 cigarillos;
- promotion de la cigarette électronique et de la pipe à eau (chicha);
- apparition de nouveaux modes promotionnels sur les paquets de cigarettes;
- apparition de plusieurs salons de chicha non reconnus par le gouvernement.

Enfin, les enfants peuvent être exposés à des niveaux élevés de particules néfastes pour la santé dans un espace clos et restreint comme le véhicule.

Les interdictions de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail ont certainement contribué à faire réfléchir les citoyens sur la pertinence de ne pas fumer à l'intérieur de leur domicile ou de leur véhicule. Toutefois, près de 120 000 jeunes non-fumeurs québécois âgés de 12 à 17 ans auraient été exposés à la fumée de tabac dans leur domicile presque quotidiennement en 2009-2010 et plus de 90 000 jeunes de ce groupe d'âge l'auraient été lors d'un déplacement dans un véhicule privé (Lasnier, données non publiées).

Par ailleurs, il est particulièrement préoccupant de constater que la prévalence du tabagisme au Québec ne diminue pas au même rythme depuis le milieu des années 2000 qu'au cours des années 1990. La problématique du tabagisme n'est donc pas réglée : plus de 1,5 million de Québécois et Québécoises font actuellement usage du tabac. Lorsque l'on sait qu'un fumeur sur deux décède de maladies reliées à son tabagisme et que plusieurs tentatives de renoncement sont souvent nécessaires pour réussir à cesser de fumer à long terme, il est d'autant plus urgent de multiplier la variété d'interventions afin d'inciter et soutenir les fumeurs à renoncer au tabac et afin de protéger la santé des non-fumeurs exposés malgré eux à la fumée de tabac. Mais surtout, il est essentiel de mettre en place des stratégies pour éviter le recrutement de nouveaux fumeurs.

Ainsi, l'INSPQ est convaincu que de nouvelles mesures législatives s'avèrent nécessaires et suggère de considérer les mesures suivantes :

1. Pour protéger la santé des enfants et des jeunes d'une exposition à la fumée de tabac :
 - interdire de fumer en tout temps dans les lieux servant à la garde d'enfants (garderies publiques, privées, et en milieu familial; centres de la petite enfance);
 - interdire de fumer dans un véhicule en présence de jeunes âgés de moins de 16 ans.
2. Pour protéger la santé des non-fumeurs d'une exposition à la fumée de tabac :
 - permettre la mise en place uniquement de fumoirs avec ventilation indépendante dans les lieux où des personnes sont hébergées (CHSLD, résidences pour personnes âgées, etc.);
 - réviser à la baisse la proportion de chambres pouvant être allouées à des fumeurs dans les établissements d'hébergement touristique et envisager de permettre uniquement la présence de fumoirs ventilés de façon indépendante;
 - étendre à tous les établissements qui reçoivent du public l'interdiction de fumer à moins de 9 mètres des portes;
 - interdire de fumer à moins de 7 mètres des fenêtres qui s'ouvrent et des entrées d'air de tous les établissements qui reçoivent du public;
 - interdire de fumer sur les terrasses et patios des bars et restaurants.

3. Pour rendre moins attrayants les produits du tabac, en particulier chez les jeunes :
- interdire l'ajout d'additifs aromatisants, incluant le menthol, dans tout produit du tabac (indépendamment de son poids) et dans tout autre produit qui y est assimilé en vertu du règlement d'application;
 - considérer la cigarette électronique sans nicotine au même titre qu'un produit du tabac;
 - obliger les compagnies de tabac à présenter leurs produits dans des emballages neutres, selon un format prédéterminé;
 - interdire toute promotion sur des ajouts éventuels aux paquets de cigarettes et de produits du tabac (feuille insérée, pellicule plastique, etc.);
 - interdire toute forme de publicité des produits du tabac et des produits s'apparentant à des produits du tabac par tout moyen de communication incluant l'utilisation des nouveaux médias comme Internet, Facebook, Twitter, etc.

Les mesures suivantes devraient être poursuivies, intensifiées ou mises en œuvre par le gouvernement :

- intensifier les activités de sensibilisation auprès du personnel scolaire et auprès des responsables de l'application de la loi en milieu scolaire pour que l'interdiction de fumer sur les terrains des écoles primaires et secondaires soit davantage respectée;
- intensifier les activités visant à faire respecter l'interdiction de vente de tabac aux mineurs;
- faire respecter l'interdiction d'étalage des pipes à eau dans les divers points de vente;
- sévir contre les salons de chicha non reconnus par le gouvernement et surveiller l'émergence de nouveaux salons de ce type;
- hausser le prix des produits du tabac à un niveau comparable à celui des provinces limitrophes avec une indexation automatique à l'inflation.

Enfin, le gouvernement devrait analyser les actions à entreprendre pour protéger la santé des non-fumeurs vivant dans des immeubles comportant deux logements ou plus.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 MESURES VISANT L'INTERDICTION DE FUMER DANS DIVERS LIEUX —	
CHAPITRE II.....	5
1.1 Lieux publics	5
1.1.1 Milieux de travail, restaurants, bars, salles de bingo, stationnements intérieurs.....	5
1.1.2 Établissements d'hébergement touristique.....	5
1.1.3 Salons de cigares	7
1.1.4 Entrée des édifices : zone du 9 mètres	7
1.1.5 Terrasses et patios de bars et de restaurants	8
1.2 Écoles et lieux servant à la garde d'enfants	9
1.2.1 Terrains des écoles primaires et secondaires	9
1.2.2 Lieux servant à la garde d'enfants	10
1.3 Lieux privés.....	11
1.3.1 Aires communes des immeubles d'habitation comportant six logements ou plus	11
1.3.2 Lieux où des personnes sont hébergées.....	13
1.3.3 Lieux privés non couverts par la loi : véhicules	13
2 MESURES CONCERNANT LA VENTE DE PRODUITS DU TABAC —	
CHAPITRE III.....	17
2.1 Points de vente et étalage des produits du tabac	17
2.2 Vente de produits du tabac à un mineur.....	17
2.3 Produits séduisants pour les jeunes.....	18
2.3.1 Additifs aromatisants.....	18
2.3.2 Cigarillos	20
2.3.3 Cigarette électronique.....	21
2.3.4 Chicha ou Pipe à eau.....	22
3 MESURES SE RAPPORTANT À LA PROMOTION DU TABAC — CHAPITRE IV.....	25
3.1 Emballage.....	25
3.2 Publicité des produits du tabac et des produits s'apparentant aux produits du tabac	26
3.3 Commerce illicite des produits du tabac.....	26
CONCLUSION	29
RÉFÉRENCES.....	33

INTRODUCTION

Le tabagisme est une épidémie mondiale pour laquelle le gouvernement du Québec a consenti des budgets importants et récurrents en réponse à l'annonce du premier plan de lutte contre le tabagisme en 1994 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1994). Cet engagement gouvernemental s'est poursuivi avec la reconnaissance de la lutte contre le tabagisme comme l'une des sept priorités nationales de santé publique en 1997, l'adoption des *Plans québécois de lutte contre le tabagisme* 2001-2005 et 2006-2010, la définition du *Plan québécois d'abandon du tabagisme* en 2002 et l'adoption du *Plan québécois de prévention du tabagisme* en 2010 (MSSS, 1997; 2001; 2002; 2006; 2010a).

Les efforts de lutte contre le tabagisme au Québec doivent se poursuivre et s'intensifier pour les raisons suivantes :

- l'usage du tabac demeure la principale cause de décès évitable dans le monde;
- un fumeur régulier sur deux mourra d'une maladie qui y est liée, perdant en moyenne une dizaine d'années de vie (Doll et coll., 2004);
- au Québec, environ 10 000 personnes en meurent chaque année, ce qui représente près de 1 décès sur 5 (Rehm et coll., 2006);
- le tabagisme est associé à de nombreuses maladies, dont les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, diverses formes de cancers, etc.;
- il est établi scientifiquement depuis au moins 30 ans (Hirayama, 1981) que la fumée de tabac a des effets nocifs chez les non-fumeurs qui y sont exposés (cancers, maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, effets sur le développement du fœtus) (Guérin et coll., 2006; CalEPA, 1997, 2005; U.S.Department of Health and Human Services, 2006);
- aucun niveau d'exposition à la fumée de tabac n'est jugé sécuritaire (U.S.Department of Health and Human Services, 2006; 2010);
- les enfants sont particulièrement sensibles aux effets de la fumée de tabac en raison de leur système immunitaire moins développé, et parce qu'ils inhalent plus de produits chimiques nocifs qu'un adulte relativement à leur poids (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 1999);
- la nicotine contenue dans le tabac entraîne rapidement une dépendance chez la majorité de ses utilisateurs;
- selon des études récentes, 25 % des jeunes éprouvent leur premier symptôme de dépendance, très souvent une forte envie de fumer, quelques mois seulement après avoir inhalé leur première bouffée de cigarette (O'Loughlin et coll., 2009);
- or, l'âge moyen lors de la première bouffée de cigarette chez les élèves du secondaire est de 12,7 ans (Dubé et coll., 2009);
- la majorité des fumeurs ont au moins une tentative de renoncement à leur actif et près d'un fumeur québécois sur deux tente de cesser de fumer au cours d'une année (Lasnier et Leclerc, 2012);

- malheureusement, la plupart de ces essais se soldent par un échec : moins de 10 % des fumeurs qui abandonnent le tabac sans aide sont toujours abstinents un an plus tard (Cahall, 2004; Hughes, Keely et Naud, 2004);
- en 2002, les coûts des soins de santé reliés au tabagisme s'élevaient à environ 991 millions de dollars (Rehm et coll., 2006).

Enfin, il est important de rappeler que, malgré une baisse importante de la prévalence du tabagisme tant chez les jeunes que chez les adultes depuis le milieu des années 90, plus de 1,5 million de Québécois et Québécoises faisaient toujours usage de tabac en 2012 (Statistique Canada, 2013).

Les recommandations de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte antitabac de même que les plans de lutte contre le tabagisme de nombreux pays comme le Canada, les États-Unis, l'Australie et l'Angleterre convergent quant aux programmes, plans ou stratégies de contrôle du tabac à mettre en place pour réduire la mortalité et la morbidité attribuables à l'usage du tabac (OMS, 2003; Santé Canada, 2005; Centers for Disease Control and Prevention, 2007; Australian Government Preventative Health Taskforce, 2008; United Kingdom Department of Health, 2010). Les approches proposées sont globales, écologiques et intégrées et incluent une très grande variété de mesures complémentaires de nature législative, économique, éducative et médiatique (figure 1). Ces mesures visent à prévenir l'usage du tabac chez les jeunes, favoriser l'abandon du tabac chez les fumeurs et protéger la santé des non-fumeurs d'une exposition à la fumée de tabac. Le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme* va dans le même sens que les plans de ces pays et l'intervention gouvernementale s'actualise selon trois axes dont l'axe *Politiques et législation* qui concerne entre autres les mesures législatives adoptées par l'Assemblée nationale.

L'adoption à l'unanimité de la Loi sur le tabac, en 1998, a permis au Québec de franchir des étapes importantes : interdiction de vente de tabac aux mineurs, interdiction de fumer dans certains lieux fermés dont les établissements de santé, les établissements scolaires, les milieux de travail, encadrement de la publicité et de la promotion entourant le tabac, etc. Quelques années plus tard, en 2005, alors que plusieurs pays et provinces canadiennes s'étaient dotés de nouveaux instruments législatifs de lutte contre le tabagisme, le gouvernement du Québec adoptait une loi encore plus restrictive en vue de renforcer la protection de la santé des non-fumeurs dans divers lieux qui n'étaient pas visés par la loi précédente (milieux de travail, restaurants, bars, lieux servant à la garde d'enfants, terrains des écoles primaires et secondaires, 9 mètres de certains établissements, etc.), de réduire les possibilités d'achats de produits du tabac par les mineurs (réduction du nombre de points de vente, interdiction de l'étalage des produits du tabac) et de restreindre davantage la publicité et la promotion de ces produits hautement néfastes pour la santé pour ainsi modifier les normes sociales quant à l'usage du tabac.

Les sections suivantes présentent les constats, interrogations et éléments de réflexion issus de la lecture du rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 publié par le MSSS en septembre 2010.

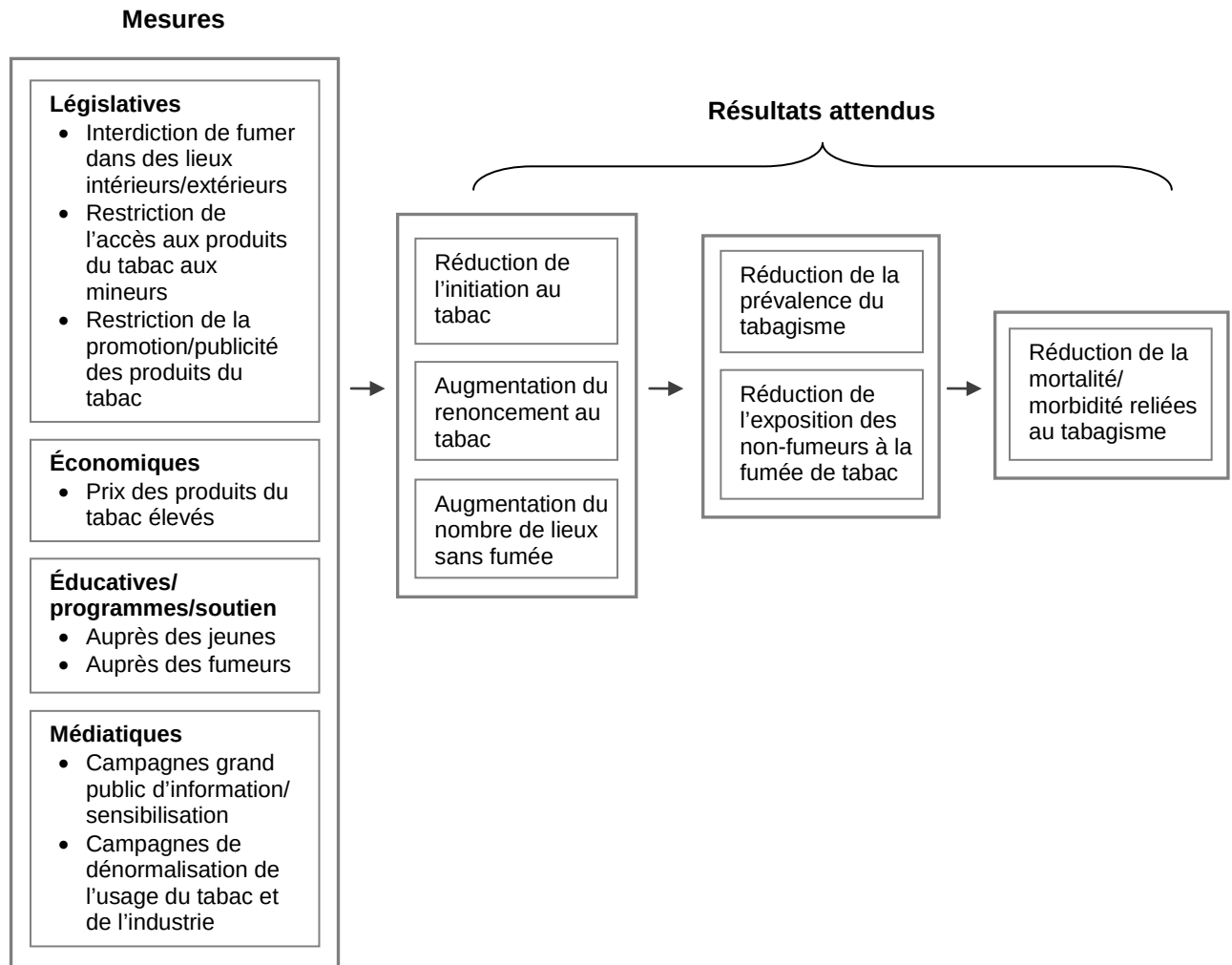


Figure 1 Approche de lutte contre le tabagisme

1 MESURES VISANT L'INTERDICTION DE FUMER DANS DIVERS LIEUX — CHAPITRE II

Comparativement à la loi précédente, la Loi sur le tabac adoptée en juin 2005 couvre un éventail beaucoup plus large de lieux intérieurs et extérieurs où il est interdit de fumer. Le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac dresse un constat du respect de la loi et des problèmes rencontrés (MSSS, 2010b). Par ailleurs, depuis 2008, le règlement d'application de la Loi sur le tabac stipule qu'« est assimilé à du tabac, tout produit qui ne contient pas de tabac, mais qui est destiné à être fumé ».

1.1 LIEUX PUBLICS

1.1.1 Milieux de travail, restaurants, bars, salles de bingo, stationnements intérieurs

Les activités de surveillance du MSSS quant au respect des mesures visant l'interdiction de fumer dans des lieux publics intérieurs indiquent que le taux de conformité à la Loi sur le tabac serait de :

- 95 % dans les milieux de travail,
- 92 % dans les restaurants,
- 97 % dans les bars, brasseries et tavernes,
- 80 % dans les salles de bingo,
- et de 92 % dans les stationnements intérieurs (MSSS, 2010b).

Ces constats fort encourageants sont corroborés par des données recueillies par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) auprès d'un échantillon représentatif de 1 337 fumeurs et ex-fumeurs récents (deux ans ou moins) québécois interrogés en mai 2006, quelques semaines avant l'entrée en vigueur de la loi, et 18 mois plus tard, en décembre 2007. Selon ces données :

- 84 % des fumeurs et ex-fumeurs récents rapportaient en 2007 qu'il était complètement interdit de fumer à leur lieu de travail;
- la proportion de fumeurs qui fument au restaurant est passée de 96 % à 48 %; ainsi, un fumeur sur deux qui fumait à l'intérieur du restaurant lorsque c'était permis ne fume plus du tout lorsqu'il va au restaurant depuis l'interdiction de fumer; il ne sort même pas à l'extérieur du restaurant pendant son repas pour fumer;
- 90 % des fumeurs qui fréquentaient des bars ont affirmé continuer de fumer en sortant à l'extérieur pour le faire; par contre, le nombre de cigarettes fumées lors d'une sortie dans un bar est passé de 11 à 5 en moyenne (Kairouz, Montreuil et Lasnier, 2010).

1.1.2 Établissements d'hébergement touristique

Selon le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac, seulement 22 % (n=72) des exploitants des 327 établissements interrogés (échantillon prélevé à partir de 3 855 établissements) s'étaient prévalu de leur droit d'aménager des chambres pour fumeurs, **ce qui est une très bonne nouvelle** (MSSS, 2010b). Les auteurs du rapport mentionnent toutefois que 29 de ces 72 établissements ne respectaient pas la Loi sur le tabac : soit qu'ils

allouaient plus de 40 % des chambres à des fumeurs (le maximum autorisé par la Loi), soit qu'ils ne regroupaient pas les chambres fumeurs afin de mieux protéger les non-fumeurs de l'exposition à la fumée de tabac.

Depuis quelques années, les chercheurs s'intéressent à la « fumée tertiaire », constituée des composantes résiduelles de la fumée de tabac qui se retrouvent sur les surfaces ou dans la poussière. Celles-ci sont remises en circulation dans l'air ou réagissent avec d'autres composantes de l'environnement pour former de nouveaux polluants (Matt et coll., 2011a). Au contact de l'acide nitrique présent dans l'air, les particules de fumée forment des nitrosamines spécifiques au tabac qui sont cancérogènes (Matt et coll., 2011a). Plusieurs autres composantes de la fumée tertiaire ont été identifiées dont la nicotine, du phénol, du formaldéhyde, etc. (Matt et coll., 2011a). Selon une étude réalisée dans 40 hôtels californiens, le niveau de nicotine prélevée sur les surfaces de chambres réservées à des non-fumeurs était significativement plus élevé dans les établissements qui permettaient de fumer comparativement aux hôtels complètement sans fumée (Matt et coll., 2013). C'était également le cas pour le niveau de nicotine retrouvé sur les doigts des non-fumeurs qui avaient passé une nuit dans une chambre non-fumeur d'un établissement où il était permis de fumer comparativement à un hôtel sans fumée. Bien que les effets à long terme de l'exposition à la fumée tertiaire et le degré d'exposition associé à des problèmes de santé ne soient pas très bien connus, sa nature carcinogène et le fait que ces substances soient difficiles à éliminer sont préoccupants (Matt et coll., 2011a, b).

L'on retrouve de plus en plus d'hôtels complètement sans fumée au Québec, dont les chaînes Westin et Marriott. Le Manitoba et le Nouveau-Brunswick permettent de fumer dans des chambres dont la ventilation est séparée du reste du système de ventilation de l'hôtel ou du motel (Non Smokers'Rights Association/Smoking and Health Action Foundation, 2012). Aux États-Unis, selon des données de 2013, sur un total de 27 états possédant une législation concernant les hôtels et motels, 23 requièrent que 75-80 % des chambres soient réservées à des non-fumeurs (American Non Smokers' Rights Foundation, 2013).

En 2005, l'INSPQ proposait de réduire la proportion de chambres où il était permis de fumer de 40 % à 20 %, plus en lien avec la prévalence du tabagisme qui prévalait à cette époque, et de « prévoir la possibilité de réajuster cette norme en fonction de la baisse de prévalence qui sera observée au cours des prochaines années » (Tremblay et Gervais, 2005). Puisque, selon les données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, la prévalence du tabagisme au Québec se situait autour de 24 % en 2012 (Statistique Canada, 2013), **le législateur devrait réviser à la baisse la proportion de chambres pouvant être allouées à des fumeurs. Il devrait même envisager de permettre uniquement la présence de fumeurs ventilés de façon indépendante** afin de mieux circonscrire les lieux contaminés et ainsi diminuer l'exposition à la fumée du tabac des travailleurs et des clients de ces lieux d'hébergement.

1.1.3 Salons de cigares

En 2006, le gouvernement a reconnu le droit à 30 exploitants de continuer d'exploiter leur salon de cigares, dont 14 salons de type chicha ou pipe à eau. Or, le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac de 2010 ne fournit aucune donnée sur la situation prévalant dans les salons de cigares ou de chicha.

Des données québécoises recueillies en 2007-2008 auprès d'élèves âgés de 18 à 24 ans suivis depuis 1999 indiquent que 23 % d'entre eux avaient fumé la chicha au cours de l'année précédant l'enquête (Dugas et coll., 2010). En 2012, lors d'une présentation de la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, on apprenait que 150 salons de chicha non reconnus par le gouvernement avaient été répertoriés dans la région de Montréal et à Laval (Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, 2012). Ce phénomène semble donc en pleine expansion et **il apparaît urgent de suivre de très près l'évolution de la situation, de sévir contre les salons de chicha non reconnus et de surveiller l'émergence de nouveaux salons.**

1.1.4 Entrée des édifices : zone du 9 mètres

L'interdiction de fumer à moins de 9 mètres des portes de certains lieux (cégeps et universités, centres de formation professionnelle et d'éducation aux adultes, établissements de santé et de services sociaux, lieux où se déroulent des activités de loisirs destinées aux mineurs) serait respectée dans 67 % des lieux visités (MSSS, 2010b). Le taux de conformité est donc beaucoup moins élevé que celui observé dans les lieux intérieurs. De plus, cette interdiction conduirait certains fumeurs à fumer près des fenêtres, exposant ainsi les personnes qui se trouvent à l'intérieur de l'immeuble à la fumée de tabac lorsque les fenêtres sont ouvertes. Enfin, l'affichage de l'interdiction de fumer dans une zone de 9 mètres serait particulièrement problématique dans le cas d'écoles à vocation multiple (centre de formation professionnelle ou d'éducation aux adultes le soir et école secondaire le jour). Certains exploitants auraient clairement délimité la zone visée par l'interdiction de fumer, ce qui aurait facilité le respect de la loi. Cette solution à la portée de tous pourrait être promue auprès des exploitants.

Avec l'instauration grandissante des interdictions de fumer dans les lieux intérieurs, de plus en plus de chercheurs se sont intéressés à l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac dans des lieux extérieurs tels que les entrées des édifices et les terrasses, car ce sont maintenant dans ces endroits où les fumeurs se regroupent pour fumer. Bien que la recherche soit récente dans ce domaine, certaines observations convergent. Ainsi, selon une revue de 18 études menées entre 2005 et 2012 en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis et en Europe ayant mesuré certains marqueurs de la fumée de tabac dans l'air extérieur dont les particules de diamètre $\leq 2,5$ micromètres ($PM_{2,5}$)¹ (Sureda et coll., 2013) :

¹ Étant donné leur petite taille, les $PM_{2,5}$ pénètrent profondément dans les poumons. Plusieurs études ont démontré que la présence de ces particules augmentait le risque de maladies cardiaques et respiratoires (Apelberg et coll. 2013).

- les niveaux moyens de PM_{2,5} mesurés sont variables : de 4,6 µg/m³ à 17,8 µg/m³ dans les endroits extérieurs et de 8,3 µg/m³ à 124 µg/m³ sur les terrasses;
- les concentrations maximales de PM_{2,5} détectées sont elles aussi variables : de 128 µg/m³ à 496 µg/m³ avec des niveaux pouvant dépasser les 1 000 µg/m³; les concentrations maximales sont observées en général sur une très courte période de temps;
- à titre de référence, selon les lignes directrices de l'OMS, la concentration moyenne quotidienne de PM_{2,5} ne devrait pas dépasser 25 µg/m³ dans l'air extérieur et la concentration annuelle devrait demeurer en deçà de 10 µg/m³; au-delà de ces limites, l'on observerait une hausse de la mortalité par maladies cardiaques et pulmonaires (World Health Organization [WHO], 2005);
- plusieurs facteurs influencent les niveaux de composantes de la fumée de tabac mesurés à l'extérieur : la direction du vent, sa vitesse, le nombre de fumeurs, le nombre de cigarettes fumées, la présence de barrières à l'évacuation de la fumée (structure semi-ouverte);
- plus le non-fumeur est loin de la source d'exposition, plus son niveau d'exposition est faible; bien que les chercheurs ne s'entendent pas sur la distance sécuritaire, à une distance de 7 mètres, le niveau de PM_{2,5} approcherait le niveau de base retrouvé dans l'environnement;
- les niveaux mesurés de PM_{2,5} seraient plus élevés à l'intérieur des édifices où les fumeurs fument près des entrées comparativement à ceux où l'on ne fume pas près des entrées.

Certaines provinces ont étendu l'interdiction de fumer à tous les établissements publics et commerciaux, incluant les lieux de travail, et l'appliquent aux entrées et sorties, mais également aux fenêtres qui s'ouvrent et aux entrées d'air pour la ventilation. C'est le cas de l'Alberta et du Yukon (dans un rayon de 5 mètres des entrées/sorties, fenêtres qui s'ouvrent et entrées d'air), de la Nouvelle-Écosse (4 mètres), de la Colombie-Britannique et du Nunavut (3 mètres) (Nonsmokers' Rights Association, 2013).

Notons qu'au Québec, en 2011, 53 % des non-fumeurs québécois rapportaient avoir été exposés à la fumée de tabac à l'entrée d'un bâtiment au cours du mois précédant l'enquête (Statistique Canada, 2012). Par ailleurs, près de 60 % des fumeurs et des ex-fumeurs récents sondés en 2007 étaient en accord avec une interdiction de fumer à l'entrée des édifices (Kairouz, Montreuil et Lasnier, 2010).

Afin de protéger tout non-fumeur des effets à court terme sur sa santé d'une exposition à la fumée de tabac, **le législateur devrait envisager d'étendre à tous les établissements qui reçoivent du public l'interdiction de fumer à moins de 9 mètres des portes. Il devrait aussi considérer interdire de fumer à moins de 7 mètres des fenêtres qui s'ouvrent et des entrées d'air des édifices qui reçoivent du public.**

1.1.5 Terrasses et patios de bars et de restaurants

Selon la Loi sur le tabac, « il est interdit de fumer dans les tentes, chapiteaux et autres installations semblables... qui accueillent le public... lorsque l'installation est une structure constituée d'un toit et de cloisons amovibles munies d'un dispositif qui en permet la

fermeture complète ou partielle ». Toutefois, un parasol, un toit et un auvent ne sont pas des installations visées par la loi, installations qui se trouvent fréquemment sur les terrasses et patios des bars et restaurants.

Selon la recension des études sur les mesures de l'exposition à la fumée de tabac à l'extérieur décrite à la section précédente, l'intensité de l'exposition à la fumée de tabac sur les terrasses et les patios de bars et de restaurants peut être très importante quand certaines conditions sont réunies : une faible distance entre le fumeur et le non-fumeur, un grand nombre de fumeurs et de cigarettes fumées, peu de vent ou un vent qui se dirige vers le bas plutôt que vers le haut, une structure qui ne permet pas à la fumée d'être dispersée (parasol, toit, auvent) (Sureda et coll., 2013). De plus, certains chercheurs ont mesuré des niveaux de PM_{2,5} élevés à l'intérieur des restaurants et des bars dû au fait que la fumée de tabac présente sur les terrasses ou patios s'infiltre dans ces lieux, en particulier quand les portes demeurent ouvertes l'été.

Au Canada, des mesures d'interdiction de fumer sur les terrasses et patios de bars et de restaurants sont en vigueur ou en voie de l'être en Alberta, au Manitoba, à Terre-Neuve et Labrador, en Nouvelle-Écosse, au Yukon, et dans plusieurs municipalités en Colombie-Britannique et en Ontario, dont Vancouver et Ottawa (Nonsmokers' Rights Association, 2013).

En 2011, 22 % des non-fumeurs québécois rapportaient avoir été exposés à la fumée de tabac sur une terrasse de restaurant ou de bar au cours du mois précédant l'enquête (Statistique Canada, 2012). Cette donnée dissimule une réalité différente pour les travailleurs des restaurants et des bars qui sont exposés à de la fumée de tabac durant plusieurs heures lorsqu'ils servent la clientèle sur une terrasse enfumée. Mentionnons qu'en 2007, un peu plus de 40 % des fumeurs et ex-fumeurs récents étaient en accord avec une restriction de fumer dans les endroits extérieurs comme les terrasses ou files d'attente (Kairouz, Montreuil et Lasnier, 2010). Il est plausible de croire que cette donnée ait évolué, et qu'une telle mesure reçoive l'accord d'une proportion plus importante de la population fumeuse.

Ainsi, afin de protéger la santé des travailleurs des restaurants et des bars, **le législateur devrait envisager d'interdire de fumer sur les terrasses et patios des bars et restaurants.**

1.2 ÉCOLES ET LIEUX SERVANT À LA GARDE D'ENFANTS

1.2.1 Terrains des écoles primaires et secondaires

Selon le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac, « l'interdiction de fumer sur le terrain (des écoles primaires et secondaires) n'était pas très bien respectée ». Un sondage réalisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux en juin 2010 auprès de 275 des 829 écoles secondaires du Québec indique qu'environ 80 % des écoles se conformeraient à la loi. Il faut noter toutefois que le taux de réponse n'était que de 50 %, limitant ainsi la portée des résultats et soulevant des questions sur la représentativité des données (MSSS, 2010b).

Par ailleurs, les données d'une étude québécoise récente indiquent qu'en 2006-2007, au cours de l'année ayant suivi l'implantation de la loi interdisant de fumer sur les terrains des écoles, la proportion d'élèves rapportant avoir vu des membres du personnel scolaire fumer avait nettement diminué par rapport à 2005 (O'Loughlin et coll., 2013). Malheureusement, cet effet semble s'être dissipé avec le temps, les élèves ayant observé des membres du personnel fumer en 2008-2009 et en 2010-2011 dans des proportions similaires qu'en 2005. De plus, les élèves ont aperçu des membres du personnel fumer dans des endroits où il était interdit de fumer dans des proportions de 19 % (2006-2007), 32 % (2008-2009) et 33 % (2010-2011) (O'Loughlin et coll., 2013).

L'interdiction de fumer sur les terrains des écoles par les professeurs, employés, élèves et toute personne fréquentant ces milieux avait pour objectif de diminuer substantiellement le temps et les opportunités sociales pour les élèves de s'initier au tabac. Une telle interdiction avait aussi pour but d'éviter de rendre visible le statut tabagique des professeurs qui sont des modèles importants pour les jeunes. **Il apparaît donc très important d'intensifier les activités de sensibilisation auprès du personnel scolaire et auprès des responsables de l'application de la loi en milieu scolaire pour que l'interdiction de fumer sur les terrains des écoles primaires et secondaires soit davantage respectée.**

Malgré l'offre en 2005-2006 d'activités d'éducation et d'accompagnement aux directions des écoles, l'interdiction de fumer en milieu scolaire a amené des élèves à sortir des limites des terrains d'écoles pour fumer, créant ainsi des inquiétudes en matière de sécurité, de même que des préoccupations quant à l'envahissement, la propreté et le vandalisme des terrains avoisinants. Certains abribus près des écoles secondaires deviendraient même des fumoirs à certains moments de la journée. Les interdictions de fumer sur les terrains des écoles provoqueraient également « la présence de personnes indésirables... et la vente de tabac de contrebande ou de drogues sur le terrain de l'école ou aux environs » (MSSS, 2010b). Il est malheureusement difficile d'estimer l'ampleur de ce problème avec les données exposées dans le rapport du ministère. Il serait souhaitable de mieux documenter cette situation de même que les solutions qui peuvent avoir été mises en place par certaines écoles.

1.2.2 Lieux servant à la garde d'enfants

La Loi sur le tabac interdit depuis 2006 de fumer dans les garderies publiques, privées et en milieu familial, les centres de la petite enfance et tout autre établissement qui sert à la garde des enfants aux heures où les personnes qui offrent les services y reçoivent des enfants. **Il devrait plutôt être interdit de fumer en tout temps dans ces lieux en raison de la fumée tertiaire qui persiste longtemps dans ces milieux** (Matt et coll., 2011b; Winickoff et coll., 2009).

La fumée tertiaire désigne les particules toxiques provenant de la fumée de tabac qui se déposent sur les cheveux, les mains, les vêtements, et les surfaces poreuses comme les tapis et les fauteuils (Matt et coll., 2011a). Les particules de fumée forment des nitrosamines spécifiques au tabac qui sont cancérogènes lorsqu'elles entrent en contact avec l'acide nitrique présent dans l'air (Matt et coll., 2011a). Ces substances sont transmises à l'organisme par inhalation, par contact avec la peau ou par ingestion (Matt et coll., 2013).

Les enfants sont particulièrement vulnérables lorsqu'ils rampent, jouent à terre, et portent les objets à leur bouche, car ils ingèrent des composantes toxiques directement par la bouche (Matt et coll., 2013). La composition de la fumée tertiaire porte à croire que l'exposition pourrait poser des risques à la santé, mais le manque de données provenant d'études cliniques nous empêche d'en connaître la portée sur la santé publique (Matt et coll., 2013). Notons qu'une étude récente a révélé que la fumée tertiaire pourrait endommager l'ADN humain (Hang et coll., 2013).

La présence de composantes de la fumée tertiaire peut être décelée grâce à des prélèvements réalisés sur des surfaces potentiellement contaminées à l'aide d'un coton-ouate (Quintana et coll., 2013). Cette méthode a été utilisée dans divers types d'environnements (domiciles, hôtels, véhicules) et il serait possible de l'utiliser pour s'assurer qu'un lieu servant à la garde d'enfants est réellement exempt de contaminants de fumée de tabac lors d'une visite d'inspection.

1.3 LIEUX PRIVÉS

1.3.1 Aires communes des immeubles d'habitation comportant six logements ou plus

Les immeubles de six logements ou plus n'ont pas fait l'objet d'activités de surveillance au même titre que les autres lieux intérieurs visés par la loi. Ainsi, le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac ne traite que de quelques plaintes reçues concernant les aires communes et ne fait pas état de plaintes de citoyens non-fumeurs qui seraient incommodés par de la fumée de tabac se retrouvant dans leur logement. Or, la presque totalité des plaintes reçues par l'Association pour les droits des non-fumeurs provient de locataires ou propriétaires non-fumeurs préoccupés par une exposition à la fumée de tabac dans leur logement ou condominium (Association pour les droits des non-fumeurs [ADNF], 2012a).

Un sondage web mené en 2012 par la firme Ipsos auprès d'un échantillon aléatoire de 1 003 Québécois dont 35 % était composé de fumeurs ou de personnes vivant avec un fumeur indique que :

- 37 % des occupants d'immeubles résidentiels interrogés ont été exposés à de la fumée de tabac dans leur domicile au moins une fois par mois, au cours des six mois précédents;
- la proportion de personnes exposées à la fumée de tabac est plus élevée chez les personnes de moins de 55 ans, les personnes moins scolarisées et celles avec des revenus plus faibles ou déboursant des montants moindres pour leur loyer ou leur hypothèque;
- les sources d'infiltration les plus fréquemment citées sont les couloirs (42 %), les fenêtres ouvertes (33 %) et les ventilateurs de salles de bain ou de cuisine (16 %);
- près de cinq foyers non-fumeurs sur dix rapportent être beaucoup dérangés par les odeurs de fumée de tabac qui s'infiltrent dans leur domicile;
- 19 % des ménages non-fumeurs et 26 % des ménages avec enfants ont déménagé ou ont considéré cette option à cause de l'infiltration de la fumée de tabac dans leur domicile (Ipsos — Association pour les droits des non-fumeurs, 2012).

Cette préoccupation des non-fumeurs quant aux effets potentiels sur leur santé de la fumée de tabac qui s'infiltre dans leur domicile est confirmée par des études ayant mesuré les niveaux de nicotine retrouvés dans des logements de non-fumeurs d'édifices où il était permis de fumer (Saltman et Coady, 2011-12; Kraev et coll., 2009; King et coll., 2010). De même, les taux de cotinine sérique mesurés chez des enfants habitant dans des logements non-fumeurs étaient plus élevés si les logements se trouvaient dans des immeubles où il était permis de fumer comparativement à des immeubles complètement sans fumée ou des maisons détachées. (Wilson et coll., 2011).

Des initiatives ont cours, en Ontario notamment, pour interdire l'usage de tabac dans les immeubles. Par exemple, la municipalité de Waterloo en Ontario interdit l'usage du tabac dans tous les immeubles à logements sociaux incluant l'intérieur du logement et l'extérieur de l'immeuble (rayon de 5 mètres) pour tout résident signant un nouveau bail, et ce, depuis le 1^{er} avril 2010. Cette mesure a été initiée à la suite de plaintes reçues de locataires exposés à la fumée de tabac par les bouches de ventilation ou par des fenêtres ouvertes (McCammon et Stich, 2010). Des programmes de renoncement au tabac sont offerts sur place aux fumeurs. Ces mesures ont pour effet d'offrir un environnement sans fumée aux bénéficiaires de logements sociaux. Les résidents bénéficient d'une clause grand-père qui leur permet de fumer dans leur logement tant qu'ils ne déménagent pas.

Au Québec, **une analyse des actions à entreprendre pour protéger la santé des non-fumeurs vivant dans des immeubles comportant deux logements ou plus s'avère nécessaire**. Celle-ci devra prendre en compte plusieurs éléments :

- les immeubles d'habitation de toutes tailles sont susceptibles d'exposer les non-fumeurs à la fumée de tabac;
- les aires communes des immeubles ne sont pas les seules sources d'exposition à la fumée du tabac, car celle-ci peut s'infiltrer par les conduits de ventilation et des fissures dans les murs ou provenir de l'extérieur du domicile par les fenêtres et les portes ouvertes;
- les enfants et les personnes souffrant de problèmes de santé respiratoires peuvent être gravement incommodés par les particules de la fumée de tabac provenant des logements voisins;
- les non-fumeurs qui vivent dans des logements sociaux risquent d'être davantage exposés à la fumée de tabac que les non-fumeurs qui vivent dans des endroits plus favorisés puisque la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les personnes défavorisées; il est probable que leur principale source d'exposition provienne de leur lieu de résidence, surtout si plusieurs locataires fumeurs sont sans emploi et qu'ils passent la majorité de leur temps dans leur logement;
- les non-fumeurs ont le droit de vivre dans des domiciles exempts de fumée de tabac même s'ils ne peuvent acheter leur propriété;
- les locataires ne devraient pas être pénalisés par rapport aux propriétaires quant à leurs possibilités de fumer à l'intérieur de leur domicile;
- le droit des fumeurs moins favorisés à un logement de qualité doit être respecté;
- différents scénarios doivent être envisagés incluant la possibilité d'avoir des immeubles complètement sans fumée, des fumeurs ventilés de façon indépendante, etc.

1.3.2 Lieux où des personnes sont hébergées

Le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac fait état des règles applicables en matière d'usage du tabac (type de fumoir, proportion de chambres où il est permis de fumer) dans différents types de milieux de vie (centre hospitalier, CHSLD, centre hospitalier psychiatrique, résidence privée pour personnes âgées, etc.). Dans cette section du rapport, l'on ne présente aucune donnée recueillie lors de visites d'inspection ni de plaintes reçues à l'égard de ces endroits. Il est donc difficile d'estimer l'état de la situation.

Deux situations problématiques sont toutefois présentées : l'aménagement de fumoirs dans des pièces qui ne remplissent pas les exigences prévues à la Loi et la dispersion plutôt que le regroupement de chambres fumeurs dans les installations du réseau de la santé, ce qui permet à la fumée de tabac d'être présente un peu partout dans l'établissement quand les portes des chambres sont ouvertes. De plus, les médias ont rapporté des cas de résidents de centres d'hébergement pour personnes âgées décédés des suites de brûlures causées par la cigarette ou la pipe. Ces résidents ne portaient pas les tabliers ignifuges prévus pour empêcher la cendre d'enflammer les vêtements ou les culottes d'incontinence, hautement inflammables.

En 2005, l'INSPQ estimait que « **la mise en place de fumoirs avec ventilation indépendante respectant les critères les plus stricts permettrait de mieux circonscrire les lieux contaminés dans ces établissements et de diminuer l'exposition de tous ses occupants.** » (Tremblay et Gervais, 2005). Le législateur devrait examiner à nouveau cette suggestion.

1.3.3 Lieux privés non couverts par la loi : véhicules

Les lois successives qui ont interdit de fumer dans les lieux de travail et les lieux publics protègent les non-fumeurs d'une exposition à la fumée de tabac. Toutefois, les principales sources d'exposition des enfants et des adolescents sont leur domicile et les véhicules privés.

Plusieurs arguments plaident en faveur d'une interdiction de fumer dans les véhicules en présence d'enfants de moins de 16 ans :

- les niveaux de particules néfastes pour la santé dans un espace clos et restreint comme le véhicule peuvent être très élevés : la fumée dégagée par seulement deux cigarettes avec les fenêtres fermées, mais avec la climatisation activée, génère une exposition à des PM_{2,5} plus élevée que les normes de l'OMS, 42 µg/m³ versus 25 µg/m³ sur une période de 24 heures (Ott, Klepeis et Switzer, 2008); plusieurs études arrivent à des conclusions similaires (Northcross et coll., 2012; Sendzik et coll., 2009; Semple et coll., 2012);
- les taux très élevés de particules auxquels des jeunes peuvent être exposés dans les véhicules peuvent nuire sérieusement à leur santé même si le temps passé dans le véhicule est relativement court (Northcross et coll., 2012);
- les concentrations sont moins élevées lorsque les fenêtres sont ouvertes mais, au Québec, en raison du climat, les fenêtres des véhicules sont fermées près de six mois par année;

- les enfants ne peuvent se soustraire à un véhicule enfumé;
- en 2009-2010, un peu plus de 90 000 Québécois non-fumeurs âgés de 12 à 17 ans (18 %) rapportaient être exposés chaque jour ou presque à de la fumée de tabac dans un véhicule (Statistique Canada, 2011); cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle rapportée en 2007-2008 (21 %);
- l'exposition à la fumée de tabac touche une plus grande proportion de jeunes âgés de 12 à 17 ans que de personnes âgées de 18 ans ou plus et elle augmente selon le niveau de défavorisation;
- ainsi, en 2007-2008, 27 % des jeunes non-fumeurs âgés de 12 à 17 ans issus de milieux défavorisés versus 16 % des jeunes vivant en milieu favorisé rapportaient être exposés à la fumée de tabac dans un véhicule tous les jours ou presque, alors que chez les non-fumeurs âgés de 18 ans ou plus, ces proportions étaient de 9 % (milieux défavorisés) et 5 % (milieux favorisés) (Lasnier, Leclerc et Hamel, 2012);
- en 2007, 30 % des fumeurs quotidiens et occasionnels interdisaient complètement de fumer dans leur véhicule, 36 % interdisaient de fumer dans certaines conditions dont la majorité en présence d'enfants, et 34 % permettaient de fumer sans restriction (Kairouz, Montreuil et Lasnier, 2010);
- selon des données québécoises recueillies en 2011-2012, très peu de changements seraient survenus depuis (Montreuil, données non publiées) et ce, malgré une campagne annuelle qui invite depuis 2003 les fumeurs à faire de leur véhicule un véhicule sans fumée.

Enfin, une loi qui interdit de fumer dans les véhicules privés en présence d'enfants permettrait de réduire l'exposition des enfants à la fumée de tabac et ne favoriserait pas une augmentation du tabagisme dans la maison (Nguyen, 2013). L'analyse de données provenant de plusieurs cycles d'enquêtes canadiennes a permis à Nguyen d'affirmer que les lois interdisant de fumer dans les véhicules en présence d'enfants réduisent de 5 à 10 points de pourcentage la proportion des jeunes visés par la Loi exposés à la fumée de tabac dans les véhicules.

Selon des données préliminaires provenant d'une étude réalisée auprès de fumeurs québécois en 2012 (Montreuil, données non publiées) :

- un fumeur quotidien sur deux qui avait voyagé dans un véhicule en présence d'un jeune âgé de moins de 16 ans croyait qu'il était déjà interdit par la loi de fumer dans ce lieu alors que plus d'un tiers des fumeurs interrogés savaient qu'il était permis de fumer dans un véhicule, peu importe la présence d'un jeune; les autres répondants ont admis ignorer l'état de la loi ou croyaient qu'il était permis de fumer sous certaines conditions;
- un fumeur quotidien sur quatre qui avait voyagé en présence d'un jeune a admis avoir fumé en sa présence;
- toutefois, cette proportion variait grandement selon la croyance du fumeur à l'égard de la loi : parmi les fumeurs qui croyaient qu'une loi interdisait de fumer dans un véhicule en présence d'un jeune, seulement un sur dix transgressait une loi qu'ils croyaient en application, alors que plus d'un tiers des fumeurs qui savaient qu'aucune loi ne les empêchait de fumer dans leur véhicule mentionnaient avoir effectivement fumé dans un véhicule en présence d'un jeune.

Ainsi, l'interdiction de fumer dans les véhicules privés en présence de jeunes semble déjà intégrée par la moitié des fumeurs québécois que cette loi voudrait cibler et les fumeurs qui savent qu'aucune loi ne les empêche de fumer en véhicule sont plus susceptibles de fumer que ceux qui pensent qu'une loi l'interdit. De plus, près de la moitié des fumeurs quotidiens qui avaient voyagé dans un véhicule en présence d'un jeune croyaient qu'une loi qui interdirait de fumer dans les véhicules privés en présence de jeunes de moins de 16 ans serait un moyen très efficace pour éviter d'exposer les jeunes à la fumée du tabac. Seulement un sur dix pensait qu'une telle mesure serait inefficace.

Les mesures qui visent l'interdiction de fumer soulèvent un questionnement de nature éthique, compte tenu des valeurs d'autonomie et de liberté présentes dans la société québécoise. Les mesures adoptées jusqu'à maintenant ont su démontrer que la contrainte imposée à la liberté des fumeurs était raisonnable et justifiée étant donné l'impact sur la santé d'une exposition à la fumée de tabac chez des non-fumeurs involontairement exposés en milieu de travail. Une interdiction de fumer dans un lieu privé comme un véhicule dans le but de protéger les enfants ravive le questionnement éthique, en ajoutant aux valeurs d'autonomie et de liberté le souci de la vie privée, associé aussi, dans le cas présent, au respect de l'autorité parentale.

La Loi sur la Protection de la jeunesse stipule que la responsabilité d'assumer le soin, l'entretien et l'éducation d'un enfant et d'en assurer la surveillance incombe en premier lieu à ses parents. On reconnaît ici les valeurs accordées à la famille et à la parentalité comme sources premières du bien de l'enfant. Une loi interdisant de fumer dans un véhicule privé en présence d'un mineur constitue une intervention coercitive de l'État dans l'exercice du rôle parental. Toutefois, l'intervention de l'État quant à la responsabilité du parent face à son enfant qui voyage dans un véhicule existe déjà depuis 1990 alors que la loi oblige à ce qu'un enfant soit assis dans un siège d'auto pour enfants jusqu'à ce qu'il puisse utiliser correctement la ceinture de sécurité. Une infraction à cette loi est passible d'une amende variant de 115 \$ à 154 \$ et de la perte trois points d'inaptitudes (Société de l'assurance automobile du Québec, 2013).

Au Canada, seul le Québec n'a pas adopté une interdiction de fumer dans les véhicules en présence d'enfants, malgré le fait que 84 % des fumeurs et ex-fumeurs récents étaient en accord avec une telle mesure en 2007 (Kairouz, Montreuil et Lasnier, 2010). **Le législateur devrait envisager d'interdire de fumer dans les véhicules en présence de jeunes de moins de 16 ans.**

2 MESURES CONCERNANT LA VENTE DE PRODUITS DU TABAC — CHAPITRE III

2.1 POINTS DE VENTE ET ÉTALAGE DES PRODUITS DU TABAC

Il est heureux de constater que le nombre de points de vente soit passé de 19 500 à 7 500 entre 2003 et 2008 limitant par le fait même l'accessibilité aux produits du tabac. De plus, l'interdiction d'étalages des produits du tabac dans les points de vente semble bien respectée, le taux de conformité atteignant 89 % selon le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac (MSSS, 2010b).

La situation actuelle contraste en effet avec l'ampleur de la promotion des produits du tabac dans les dépanneurs du Québec qui prévalait avant l'entrée en vigueur de la loi. Un portrait réalisé par l'INSPQ au printemps 2008 à partir de visites dans 341 points de vente du Québec indique que la promotion du tabac était très visible dans les dépanneurs. Neuf dépanneurs sur dix arboraient un mur promotionnel derrière le comptoir-caisse, de deux mètres sur trois mètres en moyenne, décoré de fonds de tablettes et de bordures colorés, et très souvent bonifié d'un panneau additionnel en haut du mur (Montreuil et coll., 2011). De plus, des présentoirs de cigarillos, très attrayants pour les jeunes, étaient placés sur le comptoir-caisse de plus des trois quarts des dépanneurs, souvent près des friandises et des jouets. Or, l'usage du cigarillo chez les jeunes gagnait en popularité au cours des années entourant l'adoption de la loi, passant de 15 % en 2002 à 22 % en 2006 (Dubé et coll., 2009). **Que l'interdiction d'étaler les produits du tabac soit respectée est donc une très bonne nouvelle.**

Bien que cette interdiction soit bien respectée, il faut toutefois souligner l'étalage des pipes à eau (chicha) dans plusieurs points de vente du Québec, en particulier dans la grande région de Montréal. Étant donné l'engouement pour ce produit de plus en plus populaire chez les adolescents et les jeunes adultes et vu que nombre d'entre eux croient que cette façon de fumer est plus « naturelle » et moins néfaste que la cigarette, **il apparaît urgent de faire respecter l'interdiction d'étalage de ce dispositif**, qui utilise très fréquemment du tabac.

2.2 VENTE DE PRODUITS DU TABAC À UN MINEUR

Selon des données de Santé Canada, en 2009, 15 % des commerçants québécois transgressaient la loi en vendant des produits du tabac à des mineurs alors qu'ils étaient 63 % à le faire en 2003 (MSSS, 2010b). Toutefois, des données recueillies en 2008 auprès d'élèves québécois de 17 ans et moins présentent un portrait différent. Selon ces données, 33 % des jeunes fumeurs rapportaient acheter habituellement leurs cigarettes eux-mêmes dans un commerce, une situation qui n'a pas changé depuis 2002 (Dubé et coll., 2009). Toujours selon cette enquête, près de la moitié des élèves mineurs ne s'étaient jamais fait demander leur âge et, lors de l'achat de cigarettes dans un commerce, la même proportion n'avait jamais essuyé de refus (Dubé et coll., 2009). Des données récentes confirment ce constat : entre avril 2011 et mars 2012, 38 % des détaillants québécois ayant fait l'objet d'une vérification transgressaient la loi en acceptant de vendre du tabac à un mineur (Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, 2013). **Il apparaît donc essentiel que le**

gouvernement poursuive et intensifie ses activités visant à faire respecter l'interdiction de vente de produits du tabac aux mineurs.

2.3 PRODUITS SÉDUISANTS POUR LES JEUNES

Certains produits du tabac comme les cigarillos, la cigarette électronique et la chicha ou pipe à eau gagnent en popularité auprès des jeunes pour plusieurs raisons : ils sont aromatisés de saveurs agréables, peuvent donner l'impression d'être moins nocifs que la cigarette, et seraient plus acceptables socialement que la cigarette (O'Connor, 2012). Ces nouveaux produits aromatisés sont offerts dans des paquets aux couleurs attrayantes et dans des formats qui rappellent les gadgets technologiques à la mode ou des produits de maquillage (Pierce, White et Emery, 2012).

2.3.1 Additifs aromatisants

Plus de 200 additifs sont directement ajoutés aux produits du tabac : des substances qui permettent de réguler la combustion, des hydratants, des agents de conservation ou des solvants, mais la grande majorité des additifs ont plutôt une fonction aromatique (Danish Cancer Society, 2008). Depuis quelques années, on retrouve de plus en plus de produits du tabac aromatisés qui incluent des saveurs particulièrement prisées par les adolescents (fruits, bonbons). Selon l'OMS, la production et la promotion récentes des produits du tabac aromatisés est une préoccupation majeure de santé publique, car ces extensions de marques sont fortement commercialisées auprès des jeunes et des minorités, dans des emballages colorés et élégants et utilisant des saveurs qui masquent les propriétés irritantes et toxiques de la fumée de tabac (WHO, 2007).

Selon les publications existantes :

- les additifs aromatisants masquent les propriétés irritantes de la fumée de tabac rendant ainsi les premières expériences de fumer plus agréables (Carpenter, 2005 ; WHO, 2007);
- les arômes camouflent le goût et l'odeur désagréables de la fumée de tabac (WHO, 2007);
- les différentes saveurs stimulent la curiosité des jeunes à essayer et à partager ces produits entre eux; les jeunes sont plus susceptibles d'essayer les cigarettes aromatisées que les fumeurs plus âgés et ils sont plus ouverts aux saveurs uniques et exotiques (Carpenter et coll., 2005);
- ainsi, l'utilisation de saveurs de fruits et de bonbons favoriserait l'initiation au tabagisme chez les jeunes (SCENIHR, 2010 ; Freiberg, 2012);
- enfin, les jeunes sont la clientèle ciblée par l'ajout d'additifs aromatisants aux produits du tabac (Dachille, 2009).

Le pouvoir d'attraction des saveurs a également été mis en évidence dans une étude qualitative menée au Minnesota auprès de 66 jeunes âgés de 18 à 26 ans. Les participants réunis en groupes de discussion percevaient de façon positive le fait que les nouveaux produits soient disponibles dans différentes saveurs (Choi et coll., 2012). Selon les auteurs

de cette étude, les jeunes adultes sont intéressés à expérimenter des produits aromatisés et l'élimination des saveurs pourrait diminuer leur intention d'essayer de tels produits.

Le menthol est le seul additif explicitement déclaré au consommateur. Il est ajouté à la plupart des cigarettes en petites quantités, mais, dans certaines cigarettes, la quantité est suffisante pour devenir un « arôme caractérisant ² » (Freiberg, 2012). Le menthol possède des propriétés refroidissantes, anesthésiques et analgésiques qui modèrent l'irritation causée par le tabac et qui contribuent aux qualités sensorielles de la fumée de tabac (Yerger et McCandless, 2011 ; SCENIHR, 2010). Selon plusieurs chercheurs, dont certains ayant analysé des documents de l'industrie du tabac, le menthol faciliterait l'initiation au tabac (Yerger et McCandless, 2011 ; Kreslake, 2008 ; Hersey et coll., 2006) et si le menthol était interdit, les fumeurs débutants pourraient choisir de ne pas fumer plutôt que de subir l'irritation de la fumée de tabac (Yerger et McCandless, 2011). Aux États-Unis, la consommation de cigarettes au menthol est plus populaire chez les fumeurs novices et plus jeunes (Hersey et coll., 2006).

Autre fait troublant : certains additifs pourraient avoir un effet indirect sur la dépendance au tabac (Talhout, Opperhuizen et van Amsterdam, 2006; SCENIHR, 2010). En effet, lors de la combustion du tabac, les sucres génèrent la formation d'aldéhydes incluant l'acétaldéhyde qui, lorsqu'injecté chez des animaux de laboratoire, potentialise l'effet addictif de la nicotine, probablement en inhibant l'enzyme qui dégrade la nicotine, la monoamine-oxydase (MAO) (SCENIHR, 2010). Vu que chez l'humain l'acétaldéhyde n'est pas absorbé dans le sang, les chercheurs croient que ce sont d'autres aldéhydes issus de la combustion des sucres qui seraient responsables de l'inhibition de la MAO (SCENIHR, 2010).

En mars 2012, le Brésil annonçait l'interdiction d'ajout, dans les produits du tabac, de saveurs comme le menthol, le miel, la cerise ou le chocolat et d'additifs tels que l'ammoniac, les édulcorants, les couleurs, les vitamines et les acides gras essentiels (Framework Convention Alliance, 2012). Les fabricants disposeront de 18 mois pour adapter leurs produits et répondre aux exigences de la nouvelle loi, mais auront six mois supplémentaires pour permettre l'écoulement des produits aromatisés. L'interdiction s'étend aux produits importés, qui ne peuvent entrer au Brésil s'ils ne sont pas conformes à la nouvelle réglementation (WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2012). L'Union européenne a aussi adopté en décembre 2012 une proposition de révision de la directive sur les produits du tabac. Elle souhaite interdire l'ajout d'arômes caractérisants dans les cigarettes, le tabac à rouler et les produits de tabac sans combustion. La proposition devrait être adoptée en 2014 et entrer en vigueur en 2015 ou 2016 (Commission Européenne, 2012).

En 2010-2011, parmi les élèves du secondaire ayant fait usage de tabac au cours des 30 jours précédant l'enquête, 65 % avaient consommé un produit du tabac aromatisé (Lasnier, communication personnelle). Les produits aromatisés les plus populaires étaient les cigarillos ou petits cigares (35 % des élèves ayant fait usage de tabac au cours des 30 derniers jours), suivis des cigares (26 %), des cigarettes mentholées (19 %), de la pipe à eau

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

(14 %) et du tabac sans fumée³ (5 %). Dans l'ensemble, la consommation de produits aromatisés était plus élevée au Québec que dans le reste du Canada. Certains produits du tabac aromatisés étaient toutefois consommés par une plus grande proportion d'élèves dans le reste du Canada, soit les cigarettes mentholées (25 % dans le reste du Canada contre 19 % au Québec) et le tabac sans fumée (13 % contre 5 %).

La loi canadienne interdit depuis avril 2010 l'ajout d'additifs aromatisants aux cigarettes, petits cigares et feuilles d'enveloppe (Loi sur le tabac, 1997). Toutefois, plusieurs additifs ne sont pas visés par la loi comme le menthol et plusieurs produits du tabac échappent à cette loi. Bien qu'il existe des clauses d'harmonisation des lois canadienne et québécoise sur les produits du tabac et les emballages, le Québec devrait pouvoir être autonome en la matière. Ainsi, **le législateur québécois devrait considérer sérieusement interdire l'ajout d'additifs aromatisants incluant le menthol dans tout produit du tabac (indépendamment de son poids) et dans tout produit qui y est assimilé en vertu du règlement d'application.**

2.3.2 Cigarillos

L'usage du cigare, cigarillo ou du petit cigare a connu une popularité grandissante chez les élèves québécois du secondaire entre les années 2000 et 2006, avec une prévalence (au cours des 30 derniers jours) passant de 13 % à 22 %, dépassant même la prévalence de l'usage de la cigarette (15 %). En 2008, la proportion de consommateurs de cigarillos ou petits cigares était de 18 % (Dubé et coll., 2009).

En 2010-2011, selon des données recueillies auprès d'élèves du secondaire dans le cadre de l'enquête canadienne sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ), 8 % des élèves rapportaient avoir fait usage du cigarillo ou petit cigare au cours des 30 jours précédant l'enquête (excluant le cigare) (Lasnier, communication personnelle). C'était le cas de 13 % des élèves de secondaire 5 (8 % avaient fait usage à la fois du cigarillo et de la cigarette et 5 % du cigarillo uniquement) (Lasnier, communication personnelle). Ainsi, malgré une baisse de la prévalence de l'usage du cigarillo entre 2000 et 2010, le cigarillo est encore populaire chez les élèves plus âgés.

Bien que, depuis 2010, la loi fédérale interdise l'ajout d'additifs aromatisants aux cigarillos (définis par leur poids en grammes), peu de temps après l'adoption de cette loi, les fabricants et importateurs de cigares ont modifié de quelques grammes leurs cigarillos aromatisés afin d'échapper à la définition légale de « petits cigares » et donc à la loi. Les nouveaux « cigares aromatisés » sont presque impossibles à distinguer des anciens « cigarillos aromatisés », maintenant interdits. Ils ont la même apparence, des noms de marques similaires et sont offerts dans une gamme de saveurs sucrées et de fruits. Ils échappent aussi à l'obligation d'avoir un minimum de 20 unités par emballage, tel que prescrit par la loi canadienne. Tout ce qui les distingue des anciens produits, c'est que le filtre de cigarette a été remplacé et qu'ils pèsent plus que 1,4 grammes.

³ Les produits du tabac sans fumée se présentent sous diverses formes, sont utilisés de façon orale ou nasale et contiennent de la nicotine et des substances cancérogènes.

2.3.3 Cigarette électronique

La cigarette électronique est un dispositif qui simule l'acte de fumer. Apparue sur le marché depuis quelques années seulement, ce dispositif est muni d'une pile et d'un microprocesseur qui diffuse une solution liquide sous forme de vapeur qui est inhalée par l'utilisateur puis expirée. Un voyant lumineux situé à l'extrémité simule une fausse combustion. La solution liquide est habituellement composée à 90 % de propylène glycol (un additif alimentaire), d'alcool, d'eau et d'arômes. La cigarette électronique peut aussi contenir de la nicotine.

Les cigarettes électroniques qui contiennent de la nicotine sont interdites au Canada, tandis que les cigarettes électroniques sans nicotine sont en vente libre, et ne sont pas soumises à la Loi sur le tabac. Elles ne doivent toutefois pas prétendre être une aide au renoncement au tabac. Les cigarettes électroniques sans nicotine sont vendues à l'unité dans différents points de vente au Québec, comme les dépanneurs et les stations d'essence. Elles sont placées dans un présentoir près de la caisse, à l'endroit anciennement occupé par les cigarettes et les cigarillos.

Selon les études recensées par l'INSPQ, il n'existe que des informations partielles sur les composantes chimiques des cigarettes électroniques avec ou sans nicotine. La nature précise de leur contenu n'est pas bien connue, il n'y a aucune norme de fabrication et les fabricants utilisent différentes techniques de fabrication et une variété d'ingrédients (Poirier, 2013). De plus, comme la cigarette électronique est relativement récente, le manque d'études rigoureuses ne permet pas d'estimer d'une part, les effets sur la santé d'un usage à long terme de ce produit et d'autre part, son efficacité comme aide au renoncement au tabac (Poirier, 2013). Les limites méthodologiques des études disponibles et le conflit d'intérêts potentiel des auteurs de plusieurs études impliquant des fabricants de cigarettes électroniques ne permettent pas de tirer de conclusions solides.

Au début de 2012, l'utilisation de la cigarette électronique sans nicotine par des jeunes à l'école a été une source de préoccupation pour les professionnels de lutte contre le tabagisme au Québec. Ces derniers se questionnaient sur la possibilité que ce nouveau produit, qui ressemble à la cigarette, puisse devenir une nouvelle façon de s'initier au tabagisme. Ce type de produit, accessible aux jeunes, pourrait en effet contrarier les efforts de dénormalisation des produits du tabac. Les études ne permettent pas, pour l'instant, de confirmer ou d'infirmer ce risque appréhendé.

A l'instar de Santé Canada, le ministère de la Santé et des Services sociaux a émis en 2012 une mise en garde contre l'usage de la cigarette électronique sans nicotine : « Tout comme Santé Canada, le directeur national de santé publique du Québec invite donc la population à s'abstenir de consommer les cigarettes électroniques ainsi que tous les autres produits comparables, qu'ils contiennent ou non de la nicotine, jusqu'à ce que soient mieux compris les impacts de leur consommation sur la santé. » (MSSS, 2012).

En France, la ministre de la Santé a proposé de soumettre la cigarette électronique aux mêmes règles que les produits du tabac : interdiction de vente aux moins de 18 ans; interdiction de publicité et interdiction de l'usage dans les lieux intérieurs publics où il est interdit de fumer (Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2013). Au Royaume-Uni, la

cigarette électronique sera réglementée comme un médicament à partir de 2016, bien que la vente ne soit pas interdite d'ici là (Action on Smoking and Health, 2013).

Étant donné le nombre limité d'études rigoureuses permettant d'estimer les effets de la cigarette électronique sur la santé, de statuer sur le risque que celle-ci entraîne les jeunes à s'initier au tabac et finalement, de connaître son efficacité comme aide au renoncement au tabac, **le législateur devrait considérer la cigarette électronique sans nicotine au même titre qu'un produit du tabac**. Ainsi, celle-ci ne se trouverait pas étalée dans les points de vente de produits du tabac et il serait interdit d'en vendre aux mineurs. De plus, il ne serait pas permis d'en faire usage dans les endroits visés par la Loi sur le tabac. Advenant le cas où des études démontreraient que la cigarette électronique est efficace pour aider les fumeurs à renoncer au tabac, ce dispositif devrait répondre à certaines normes permettant de s'assurer de la qualité des ingrédients la composant et des normes de fabrication. Des règles entourant sa mise en marché et son utilisation devraient également être définies.

2.3.4 Chicha ou Pipe à eau

La pipe à eau, d'usage courant depuis des siècles au Moyen-Orient, gagne en popularité en Amérique du Nord depuis les années 2000. Pour fumer la pipe à eau, l'on dépose un mélange à chicha, à base de tabac ou d'herbes, sur une douille couverte d'une feuille d'aluminium trouée sur laquelle est placé un morceau de charbon incandescent. Le charbon permet alors de chauffer le mélange à chicha et lorsque le fumeur aspire au moyen d'un tuyau, la fumée passe à travers le corps de la pipe à eau puis dans un vase rempli d'eau avant d'être inhalée.

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

Les arômes fruités agréables de la chicha, de même que le contexte social dans lequel ce produit est fumé ont tout pour séduire, d'où l'engouement pour ce produit. Contrairement à la croyance répandue que l'usage de la chicha est moins néfaste pour la santé que l'usage de la cigarette dû au fait que l'eau filtrerait les substances toxiques (Neergaard et coll., 2007), les études réalisées à ce jour indiquent que la fumée de chicha contient de nombreuses composantes dommageables pour la santé telles que le monoxyde de carbone, des substances cancérigènes, du goudron et des métaux lourds comme l'arsenic, le cobalt ou le plomb (Maziak et coll., 2008). Bien que les effets de la chicha sur la santé soient moins documentés que pour la cigarette, les chercheurs estiment que l'usage de la chicha serait relié à des risques plus élevés de maladies cardiaques, de cancer du poumon et de maladies infectieuses (Maziak et coll., 2008).

Selon des données québécoises recueillies en 2007-2008 auprès d'élèves âgés de 18 à 24 ans, 23 % d'entre eux rapportaient avoir fumé la chicha au cours de l'année précédant

l'enquête (Dugas et coll., 2010). Chez les élèves du secondaire ayant fait usage de tabac au cours des 30 jours précédant l'enquête, 14 % avaient fumé la chicha en 2010-2011.

3 MESURES SE RAPPORTANT À LA PROMOTION DU TABAC — CHAPITRE IV

Le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac fait état de cinq plaintes visant la mise en marché des produits du tabac dont l'utilisation d'emballage tape-à-l'œil, de produit au nom évocateur de mode ou de santé et l'utilisation d'autocollant promotionnel sur les emballages. Toutefois, **l'on ne retrouve aucun détail concernant ces plaintes, qui auraient mérité d'être abordées plus en profondeur.**

3.1 EMBALLAGE

Malgré les lois québécoise et canadienne limitant considérablement la promotion des produits du tabac, nous voyons régulièrement apparaître sur le marché de nouveaux modes promotionnels : formes de paquets qui se distinguent, couleurs attrayantes, noms évocateurs de santé, etc. En raison des restrictions de plus en plus importantes de la publicité et de la promotion des produits du tabac imposées aux fabricants de tabac, le paquet de cigarettes est devenu l'outil marketing clé pour attirer et fidéliser les clients, en particulier les jeunes, pour cultiver et promouvoir l'identité de marque et pour encourager la consommation (Wakefield et coll., 2002). Au Québec, les formes de publicités interdites par la loi québécoise s'appliquent aux paquets de cigarettes. Toutefois, certaines compagnies de tabac ont récemment présenté, sur la pellicule plastique qui emballe le paquet de cigarettes, des descripteurs qui mettent en valeur l'histoire de l'entreprise, la qualité du tabac et des caractéristiques uniques de la marque.

Selon l'OMS, les pouvoirs publics doivent « limiter ou interdire l'utilisation de logos, de couleurs, d'images de marque ou de textes promotionnels sur les emballages hormis le nom de la marque et celui du nom du produit imprimés en caractères normaux et dans une couleur standardisée (emballages neutres) ». L'emballage neutre donnerait plus de relief et d'efficacité aux mises en garde sanitaires et aux messages (OMS, 2008). De plus, les cigarettes emballées dans des paquets neutres seraient perçues par les fumeurs et les jeunes comme étant moins attrayantes, moins agréables, moins satisfaisantes, et de qualité inférieure (Wakefield, Germain et Durkin, 2008; Germain, Wakefield, et Durkin, 2009; Moodie et coll., 2011; Wakefield et coll., 2012).

Le législateur devrait inclure, lors de la révision de la Loi sur le tabac, une mesure obligeant les compagnies de tabac à présenter les produits du tabac dans des emballages neutres selon un format prédéterminé. Une interdiction de toute forme de promotion sur des ajouts éventuels aux paquets de cigarettes et de produits du tabac devrait également être envisagée (feuille insérée, pellicule plastique, etc). De telles mesures contribueraient ainsi à :

- réduire l'attrait des produits du tabac aux consommateurs, en particulier les jeunes;
- accroître l'efficacité des mises en garde sur l'emballage des produits du tabac;
- réduire la capacité de l'emballage à tromper les consommateurs sur les effets nocifs du tabac.

En Australie, la cour a récemment adopté une loi qui rend obligatoires les emballages neutres pour tous les produits du tabac. Cette loi est entrée en vigueur en décembre 2012. Des pays tels que la Nouvelle-Zélande, la Grande-Bretagne, l'Inde et la Norvège envisagent d'inclure cette mesure dans leur stratégie de lutte contre le tabagisme (Zappone, 2012).

3.2 PUBLICITÉ DES PRODUITS DU TABAC ET DES PRODUITS S'APPARENTANT AUX PRODUITS DU TABAC

La publicité et la promotion des produits du tabac de même que les commandites augmentent la consommation de tabac chez les fumeurs et sont associées à l'initiation au tabagisme chez les jeunes (Paynter et Edwards, 2009; Hanewinkel et coll., 2011; Lovato, Watts et Stead, 2011). L'article 13 de la convention-cadre de la lutte contre le tabagisme de l'OMS recommande d'interdire toute forme de publicité, de promotion ou de parrainage des produits du tabac (OMS, 2003).

La publicité qui vise à communiquer des renseignements factuels sur un produit du tabac (par exemple sur le prix, les caractéristiques intrinsèques du produit du tabac, les marques de produits) est permise au Québec dans la mesure où il ne s'agit pas d'une publicité ou d'une forme de publicité faisant l'objet d'une interdiction (Loi sur le tabac, Article 23). Malgré cette loi, de nouvelles formes de marketing des produits du tabac sont apparues. Par exemple, des employés de compagnies de tabac utilisent des médias sociaux comme Facebook pour faire de la publicité de produits du tabac, d'événements et d'articles promotionnels du tabac (Freeman et Chapman, 2009). De plus, les images liées au tabagisme continuent d'apparaître sur les écrans, incluant dans les films destinés à un public de moins de 18 ans (Zolty, 2012).

En général, il semble que lorsqu'une forme de publicité du tabac est interdite, un autre type de publicité apparaît afin d'entretenir une image acceptable du tabagisme et d'inciter les jeunes à fumer.

C'est pourquoi le législateur devrait envisager une interdiction de toute forme de publicité des produits du tabac et des produits s'apparentant à des produits du tabac par tout moyen de communication incluant l'utilisation des nouveaux médias comme Internet, Facebook, Twitter, etc.

3.3 COMMERCE ILLICITE DES PRODUITS DU TABAC

Le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac fait état du commerce illicite des produits du tabac, un phénomène dont il situait la prévalence à 30 % en 2008 (MSSS, 2010b). Cependant, en 2010, selon l'Enquête sur les habitudes tabagiques des Québécois, 13,5 % des fumeurs québécois de 15 ans et plus rapportaient avoir fumé « des cigarettes de contrebande » au cours des trois mois précédant l'enquête (Laprise et Bordeleau, 2010). Cette proportion est du même ordre que celle constatée en 2008-2009 chez les élèves québécois de 6^e année primaire à secondaire 5 (Lasnier et Leclerc, 2012). Le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac rapporte également certaines limites constatées dans le renforcement de l'application de la loi. L'on y déplore notamment la lourdeur du processus associé à la délivrance de certains constats d'infraction à la loi.

D'un point de vue de santé publique, il apparaît important de mettre en place des mesures pour contrer le commerce illicite des produits du tabac, dans la mesure où les gouvernements sont réticents à hausser les taxes lorsque ce phénomène est présent. L'augmentation des taxes sur les produits du tabac est une des mesures les plus efficaces pour lutter contre le tabagisme (Lalonde et Heneman, 2004). De nombreuses études d'économistes et de chercheurs, menées dans des pays favorisés aux plans social et économique, ont démontré qu'une hausse de 10 % du prix du tabac faisait baisser la demande, donc la consommation globale de tabac, de 4 % (U. S. Department of Health and Human Services, 2000; Chaloupka, Yurekli et Fong 2012). Cette baisse de la consommation serait attribuable à la diminution de la quantité de cigarettes fumées par certains fumeurs et à l'abandon complet de l'usage du tabac par d'autres fumeurs. Il est à noter que l'effet serait plus important chez les populations défavorisées (Chaloupka, Yurekli et Fong 2012). Chez les jeunes, une augmentation de 10 % du prix du tabac entraînerait une baisse de la demande de deux à trois fois plus grande que celle observée chez la population générale (U. S. Department of Health and Human Services, 2000; Chaloupka, Yurekli et Fong 2012). Selon Chaloupka et ses collègues, des prix plus élevés éviteraient la progression de l'expérimentation des produits du tabac vers la dépendance (Chaloupka, Yurekli et Fong 2012). L'OMS recommande d'ailleurs l'instauration de mesures financières et fiscales pour réduire la consommation de tabac, en particulier chez les jeunes (OMS, 2003). Enfin, au-delà de son efficacité, l'augmentation des taxes et du prix des produits du tabac est un moyen d'intervention avantageux sur le plan économique, car elle génère des revenus substantiels en dépit des dépenses associées à sa mise en œuvre.

Les travaux de la commission des finances publiques sur le commerce illicite des produits du tabac à l'automne 2011 démontrent assurément la préoccupation du gouvernement relativement à cette problématique. Une des recommandations issues de ces travaux est la création d'une commission mixte sur la contrebande de tabac formée de cinq parties (gouvernements québécois, canadien, américain, ontarien et nation mohawk) qui aurait pour mandat de proposer un plan d'action intégré portant, entre autres, « sur une entente "gagnant gagnant" entre les gouvernements et les Autochtones afin que cesse la vente de tabac sans taxe à grande échelle aux non autochtones » (Commission des finances publiques, 2012). **Une telle démarche** prendra probablement un certain temps à se concrétiser et **ne devrait en aucun cas empêcher une augmentation du prix des produits du tabac à un niveau comparable à celui des provinces limitrophes avec une indexation automatique à l'inflation.**

Notons que parmi les provinces canadiennes, c'est au Québec où l'on retrouve les produits du tabac les moins dispendieux. À titre d'exemple, en avril 2013, la cartouche de 200 cigarettes coûtait 76,95 \$ au Québec, 80,41 \$ en Ontario et plus de 100 \$ au Saskatchewan, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse, à l'Île du Prince Édouard et dans les Territoires du Nord-Ouest (Smoking and Health Action Foundation, 2013).

CONCLUSION

L'adoption de la Loi sur le tabac en juin 2005 est un jalon important de la lutte contre le tabagisme au Québec. Elle a pour objectifs de renforcer la protection de la santé des non-fumeurs dans divers lieux qui n'étaient pas visés par la loi précédente, de réduire les possibilités d'achats de produits du tabac par les mineurs et de restreindre davantage la publicité et la promotion de ces produits hautement néfastes pour la santé pour ainsi modifier les normes sociales quant à l'usage du tabac.

Selon le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 :

- les travailleurs et les clients des lieux intérieurs tels que milieux de travail, restaurants, bars, brasseries et tavernes et salles de bingo semblent bien protégés de la fumée de tabac;
- l'accès aux produits du tabac a nettement diminué;
- la visibilité des produits du tabac dans les points de vente a pratiquement disparu;
- et les commerçants respectent mieux l'interdiction de vendre du tabac à des mineurs qu'au début des années 2000 (MSSS, 2010b).

Toutefois, il existe plusieurs situations problématiques qui ont pour effet d'exposer les non-fumeurs, incluant les enfants, à la fumée de tabac :

- des difficultés réelles d'application de l'interdiction de fumer ont été observées sur les terrains des écoles primaires et secondaires;
- les enfants ne sont pas protégés de la fumée tertiaire dans les lieux servant à la garde d'enfants si l'on y fume en dehors des heures de garde;
- les citoyens qui vivent dans des immeubles à logements sont exposés à la fumée de tabac qui s'infiltre dans leur logement;
- la fumée de tabac se disperserait dans les lieux où des personnes sont hébergées du fait que les chambres fumeurs ne sont pas regroupées;
- certains établissements touristiques ne respectent pas la loi;
- la zone du 9 mètres pourrait être encore mieux respectée.

De plus, certaines stratégies ont pris de l'ampleur pour attirer de nouveaux fumeurs :

- ajout d'additifs aromatisants dans de nombreux produits du tabac;
- modification des cigarillos, échappant ainsi à la loi canadienne qui interdit l'ajout d'arômes aux cigarillos et la vente de cigarillos dans des paquets de moins de 20 cigarillos;
- promotion de la cigarette électronique et de la pipe à eau;
- apparition de nouveaux modes promotionnels sur les paquets de cigarettes;
- apparition de plusieurs salons de chicha non reconnus par le gouvernement.

Enfin, les enfants peuvent être exposés à des niveaux élevés de particules néfastes pour la santé dans un espace clos et restreint comme le véhicule.

Les interdictions de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail ont certainement contribué à faire réfléchir les citoyens sur la pertinence de ne pas fumer à l'intérieur de leur domicile ou de leur véhicule. Ainsi, en 2010, 82 % des non-fumeurs québécois vivant dans

un ménage ne comprenant aucun fumeur rapportaient vivre dans un domicile où il était totalement interdit de fumer comparativement à 47 % en 2000 (Lasnier, données non publiées). Toutefois, dans les ménages comportant au moins un fumeur, ces proportions étaient respectivement de 55 % en 2010 et de 21 % en 2000 (Lasnier, données non publiées). Une étude américaine récente abonde dans le même sens : les domiciles où les deux parents fument sont 25 fois moins susceptibles d'être entièrement sans fumée comparativement aux domiciles où les deux parents sont non-fumeurs (Zhang et coll., 2012). Même si on observe au Québec une augmentation depuis les dix dernières années des domiciles sans fumée, l'adoption de mesures volontaires pour protéger les enfants dans leur domicile semble avoir rejoint surtout les non-fumeurs, là où les enfants sont moins exposés à la fumée de tabac. Ainsi, en 2009-2010 près de 120 000 jeunes non-fumeurs québécois âgés de 12 à 17 ans étaient exposés à la fumée de tabac dans leur domicile presque quotidiennement et c'était le cas de plus de 90 000 jeunes de ce groupe d'âge lors d'un déplacement dans un véhicule privé (Lasnier, données non publiées).

Par ailleurs, il est particulièrement préoccupant de constater que la prévalence du tabagisme au Québec ne diminue pas au même rythme depuis le milieu des années 2000 qu'au cours des années 1990. La problématique du tabagisme n'est donc pas réglée : plus de 1,5 million de Québécois et Québécoises font actuellement usage du tabac. Lorsque l'on sait qu'un fumeur sur deux décède de maladies reliées à son tabagisme et que plusieurs tentatives de renoncement sont souvent nécessaires pour réussir à cesser de fumer à long terme, il est d'autant plus urgent de multiplier la variété d'interventions afin d'inciter et soutenir les fumeurs à renoncer au tabac et afin de protéger la santé des non-fumeurs exposés malgré eux à la fumée de tabac. Mais surtout, il est essentiel de mettre en place des stratégies pour éviter le recrutement de nouveaux fumeurs.

Ainsi, l'INSPQ est convaincu que de nouvelles mesures législatives s'avèrent nécessaires et suggère de considérer les mesures suivantes :

1. Pour protéger la santé des enfants et des jeunes d'une exposition à la fumée de tabac :
 - interdire de fumer en tout temps dans les lieux servant à la garde d'enfants (garderies publiques, privées, et en milieu familial; centres de la petite enfance);
 - interdire de fumer dans un véhicule en présence de jeunes âgés de moins de 16 ans.
2. Pour protéger la santé des non-fumeurs d'une exposition à la fumée de tabac :
 - permettre la mise en place uniquement de fumeurs avec ventilation indépendante dans les lieux où des personnes sont hébergées (CHSLD, résidences pour personnes âgées, etc.);
 - réviser à la baisse la proportion de chambres pouvant être allouées à des fumeurs dans les établissements d'hébergement touristique et envisager de permettre uniquement la présence de fumeurs ventilés de façon indépendante;
 - étendre à tous les établissements qui reçoivent du public l'interdiction de fumer à moins de 9 mètres des portes;
 - interdire de fumer à moins de 7 mètres des fenêtres qui s'ouvrent et des entrées d'air de tous les établissements qui reçoivent du public;
 - interdire de fumer sur les terrasses et patios des bars et restaurants.

3. Pour rendre moins attrayants les produits du tabac, en particulier chez les jeunes :
- interdire l'ajout d'additifs aromatisants, incluant le menthol, dans tout produit du tabac (indépendamment de son poids) et dans tout autre produit du tabac qui y est assimilé en vertu du règlement d'application;
 - considérer la cigarette électronique sans nicotine au même titre qu'un produit du tabac;
 - obliger les compagnies de tabac à présenter leurs produits dans des emballages neutres, selon un format prédéterminé;
 - interdire toute promotion sur des ajouts éventuels aux paquets de cigarettes et de produits du tabac (feuille insérée, pellicule plastique, etc.);
 - interdire toute forme de publicité des produits du tabac et des produits s'apparentant à des produits du tabac par tout moyen de communication incluant l'utilisation des nouveaux médias comme Internet, Facebook, Twitter, etc.

Les mesures suivantes devraient être poursuivies, intensifiées ou mises en œuvre par le gouvernement :

- intensifier les activités de sensibilisation auprès du personnel scolaire et auprès des responsables de l'application de la loi en milieu scolaire pour que l'interdiction de fumer sur les terrains des écoles primaires et secondaires soit davantage respectée;
- intensifier les activités visant à faire respecter l'interdiction de vente de tabac aux mineurs;
- faire respecter l'interdiction d'étalage des pipes à eau dans les divers points de vente;
- sévir contre les salons de chicha non reconnus par le gouvernement et surveiller l'émergence de nouveaux salons de ce type;
- hausser le prix des produits du tabac à un niveau comparable à celui des provinces limitrophes avec une indexation automatique à l'inflation.

Enfin, le gouvernement devrait analyser les actions à entreprendre pour protéger la santé des non-fumeurs vivant dans des immeubles comportant deux logements ou plus;

En terminant, l'INSPQ tient à remercier le gouvernement de lui avoir offert l'opportunité de faire valoir son point de vue sur cette problématique de la plus haute importance.

RÉFÉRENCES

Action on Smoking and Health (2013). *The regulation of e-cigarettes and other nicotine products in the UK - Q&A*. Disponible à : http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_897.pdf

Apelberg, B. J., Hepp, L. M., Avila-Tang, E., Gundel, L., Hammond, S. K., Hovell, M. F. ... et Breysse, P. N. (2013). Environmental monitoring of secondhand smoke exposure. *Tobacco control*, 22(3), 147-155.

American Nonsmokers' Rights Foundation. (2013). *Smoking Laws status in Major U.S. Travel Destinations*. Disponible à : <http://www.no-smoke.org/pdf/traveldestinations.pdf>

Association pour les droits des non-fumeurs (ADNF). (2012a). *Les infiltrations de fumée de tabac secondaire représentent un réel problème dans les immeubles résidentiels au Québec*. Communiqué de presse. Disponible à : http://www.nsra-adnf.ca/adnf/file/files/120523_CDP_ADNF_sondage.pdf

Association pour les droits des non-fumeurs (ADNF). (2012b). *Usage de la pipe à eau au Canada. Nouvelle tendance, tradition ancestrale*. Disponible à : http://www.nsra-adnf.ca/adnf/file/files/ADNF_pipe_eau.pdf

Australian Government Preventative Health Taskforce (2008). *Tobacco Control in Australia: making smoking history*. Technical report No2.

Cahall, E. J. (2004). Assisting with tobacco cessation. *Journal of Vascular Nursing*. 22, 4, 117-123.

California Environmental Protection Agency (CalEPA). (1997). Report: *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. Disponible à : <http://www.epa.gov/smokefre/healtheffects.html>

California Environmental Protection Agency (CalEPA). (2005). *Air resources board, Office of environmental health hazard assessment*. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant. Disponible à : <http://www.epa.gov/smokefre/healtheffects.html>

Carpenter, C. M., Wayne, G. F., Pauly, J. L., Koh, H. K. et Connolly, G. N. (2005). New cigarette brands with flavors that appeal to youth: Tobacco marketing strategies. *Health Affairs* (Millwood) 24:1601-10.

Chaloupka, F. J., Yurekli, A. et Fong, G. T. (2012). Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tobacco Control*, 21, 172-180.

Choi, K., Fabian, L., Mottey, N., Corbett, A. et Forster, J. (2012). Young Adults' Favorable Perceptions of Snus, Dissolvable Tobacco Products, and Electronic Cigarettes: Findings From a Focus Group Study. *American journal of public health*, 102(11), 2088-2093.

Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*. Atlanta: 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.

Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (CQCT). (2012). *Stratégies de promotion courantes employées par l'industrie du tabac et autre marketing favorisant le tabagisme*. Présentation orale.

Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (CQCT). (2013). *Interdiction de la vente de tabac aux mineurs : Détaillants encore délinquants, 20 ans après l'adoption de la loi*. Communiqué de presse. Disponible à : http://cqct.qc.ca/Communiqués_docs/2013/PRSS_13_04_12_Vente_mineurs.pdf

Commission des finances publiques. (2012). *Étude des mesures pour contrer la consommation du tabac de contrebande. Observations, conclusions et recommandations*. Assemblée nationale du Québec.

Commission Européenne. (2012). Communiqué de presse. http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-12-1005_fr.htm?locale=en

Dachille, K. (2009). Pick Your Poison: Responses to the Marketing and Sale of Flavored Tobacco Products. *Tobacco Control Legal Consortium*.

Danish Cancer Society. (2008). *Tobacco Additives – A Study of the Available Literature*.

Doll, R., Peto, R., Boneham, J. et Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*. 328, 7455, 1519-1533.

Dubé, G., Bordeleau, M., Cazale, L., Fournier, C., Traoré, I., Plante, N., Courtemanche, R. et Camirand, J. (2009). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008, Québec*. Institut de la Statistique du Québec.

Dugas, E., Tremblay, M., Low, N. C. P., Cournoyer, D. et O'Loughlin, J. (2010) Water-Pipe Smoking Among North American Youths. *Pediatrics* 125(6): 1184-9.

Framework Convention Alliance. (2012). *Brazil bans flavoured tobacco*. <http://www.fctc.org/index.php/news-blog-list-view-of-all-214/product-regulation/728-brazil-bans-flavoured-tobacco>

Freeman, B. et Chapman, S. (2009). British American Tobacco on Facebook: undermining article 13 of the global World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control. *Tobacco Control*, 19, e1-e9.

Freiberg, M. (2012). Options for State and Local Governments to Regulate Non-Cigarette Tobacco Products. *Annals Health L.*, 21, 407.

- Germain, D., Wakefield, M.A. et Durkin, S.J. (2009). Adolescents' perceptions of cigarette brand image: does plain packaging make a difference? *Journal of Adolescent Health*, 46, 4, 385-92.
- Guérin, D., Guyon, L., Fournier, M., Gillet, M., Payette, Y. et Laguë, J. (2006). *La fumée de tabac secondaire : Effets sur la santé et politiques de contrôle de l'usage du tabac dans les lieux publics*. Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- Hanewinkel, R., Isensee, B., Sargent, J.D. et Morgenstern, M. (2011). Cigarette advertisement and teen smoking initiation. *Pediatrics*, 127, e271-e278.
- Hang, B., Sarker, A. H., Havel, C., Saha, S., Hazra, T. K., Schick, S., ... et Gundel, L. A. (2013). Thirdhand smoke causes DNA damage in human cells. *Mutagenesis*, 28(4), 381-391.
- Hersey, J. C., Ng, S. W., Nonnemaker, J. M., Mowery, P., Thomas, K. Y., Vilsaint, M. C., ... et Haviland, M. L. (2006). Are menthol cigarettes a starter product for youth? *Nicotine & Tobacco Research*, 8(3), 403-413.
- Hirayama, T. (1981). Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*, 282, 183-185.
- Hughes, J. R., Keely, J. et Naud, S. (2004). Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*, 99, 1, 29-38.
- Ipsos et Association pour les droits des non-fumeurs (ADNF). (2012). *Logements et fumée secondaire*. Disponible à : http://www.habitationssansfumeegc.ca/hsfq/file/files/ADNF_sondage_Ipsos_Reid.pdf
- Kairouz, S., Montreuil, A. et Lasnier, B. (2010). *Habitudes tabagiques des fumeurs québécois après l'interdiction de fumer visant certains lieux publics*. Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.
- King, B. A., Travers, M. J., Cummings, K. M., Mahoney, M. C. et Hyland, A. J. (2010). Secondhand smoke transfer in multiunit housing. *Nicotine & tobacco research*, 12(11), 1133-1141.
- Kraev, T. A., Adamkiewicz, G., Hammond, S. K. et Spengler, J. D. (2009). Indoor concentrations of nicotine in low-income, multi-unit housing: associations with smoking behaviours and housing characteristics. *Tobacco Control*, 18(6), 438-444.
- Kreslake, J. M., Wayne, G. F., Alpert, H. R., Koh, H. K. et Connolly, G. N. (2008). Tobacco industry control of menthol in cigarettes and targeting of adolescents and young adults. *Journal Information*, 98(9).
- Lalonde, M. et Heneman, B. (2004). *La Prévention du tabagisme chez les jeunes*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction Développement des individus et des communautés.

Laprise, P. et Bordeleau, M. (2010). *Enquête sur les habitudes tabagiques des Québécois 2010. Faits saillants*. Institut de la statistique du Québec. Direction des statistiques de santé.

Lasnier, B. et Leclerc, B. S. (2012). *Monitorage du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2012*. Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.

Lasnier, B., Leclerc, B. S. et Hamel D. (2012). *Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*. Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.

Lavato, C., Watts, A. et Stead, L. F. (2011). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviour. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, 10, CD003439

Loi sur le tabac, L.C. 1997, ch. 13. Sanctionnée 1997-04-25, <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/T-11.5/TexteCompleet.html>

Matt, G. E., Quintana, P. J., Destailats, H., Gundel, L. A., Sleiman, M., Singer, B. C., ... et Hovell, M. F. (2011a). Thirdhand Tobacco Smoke: Emerging Evidence and Arguments for a Multidisciplinary Research Agenda. *Environmental Health Perspectives*. 119(9): 1218–1226.

Matt, G. E., Quintana, P. J., Zakarian, J. M., Fortmann, A. L., Chatfield, D. A., Hoh, E., ... et Hovell, M. F. (2011b). When smokers move out and non-smokers move in: residential thirdhand smoke pollution and exposure. *Tobacco Control*, 20(1), e1-e1.

Matt, G. E., Quintana, P. J., Fortmann, A. L., Zakarian, J. M., Galaviz, V. E., Chatfield, D. A., ... et Winston, C. (2013). Thirdhand smoke and exposure in California hotels: non-smoking rooms fail to protect non-smoking hotel guests from tobacco smoke exposure. *Tobacco control*.

Maziak, W., Ward, K. D., Soweid, R. A. et Eissenberg, T. (2004). Tobacco smoking using a waterpipe: a re-emerging strain in a global epidemic. *Tobacco control*, 13(4), 327-333.

McCammon, L. et Stich, C., Region of Waterloo Public Health et Waterloo Region Housing Smoke Free Multi Unit Dwelling Committee. (2010). *The development of a smoke free housing policy in the Region of Waterloo: Key success factors and lessons learned from practice*. Toronto, Canada: Program Training and Consultation Centre, LEARN Project.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (1994). *Plan d'action de lutte au tabagisme*, Québec, Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Direction générale de la santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2001). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, Québec, Service de lutte contre le tabagisme, Direction générale de la santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2002). *Plan québécois d'abandon du tabagisme* – Cadre de référence. Document de travail, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2006). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*, Québec, Service de lutte contre le tabagisme, Direction générale de la santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2010a). *Plan québécois de prévention du tabagisme, 2010-2015*, Québec, Service de lutte contre le tabagisme, Direction générale de la santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2010 b). *Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2012). *Mise en garde contre la cigarette électronique ou d'autres produits équivalents*.

<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?mise-en-garde-contre-la-cigarette-electronique>

Ministère des Affaires sociales et de la santé. (2013). *Cigarette électronique : l'interdiction de vente aux mineurs votée par les députés*. http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse_42/communiqués_2322/cigarette-electronique-I_15985.html

Moodie, C., MacKintosh, A. M., Hastings, G. et Ford, A. (2011). Young adult smokers' perceptions of plain packaging: A pilot naturalistic study. *Tobacco Control*, 20, 5, 367–373.

Montreuil, A., Tremblay, M., Cloutier, G., Papineau, E. et Cohen, J. (2011). *Promotion des produits du tabac dans les points de vente du Québec au printemps 2008 : état de la situation*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

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), 987-994.

Nguyen, H. (2013) Do smoke-free car laws work? Evidence from a quasi-experiment. *Journal of Health Economics*, 32, 138-148.

Nonsmokers' Rights Association (2013). Provincial and Territorial Smoke-free Legislation Summary. Disponible à : http://www.nsra-adnf.ca/cms/file/files/Prov-Terr_Summary_Table_March_2013-FINAL.pdf

Northcross, A. L., Trinh, M., Kim, J., Jones, I. A., Meyers, M. J., Dempsey, D. D., ... et Hammond, S. K. (2012). Particulate mass and polycyclic aromatic hydrocarbons exposure from secondhand smoke in the back seat of a vehicle. *Tobacco control*.

O'Connor, R. (2012). Non-cigarette tobacco products: what have we learnt and where are we headed. *Tobacco Control*, 21, 181-190.

O'Loughlin, E. K., Tremblay, M., Dugas, E. K., Barry, A. et O'Loughlin, J. L. (2013). Effect of anti-smoking legislation on school staff smoking may dissipate over time. *The European Journal of Public Health*

O'Loughlin, J., Gervais, A., Dugas, E. et Meshefedjian, G. (2009). Milestones in the process of cessation among novice adolescent smokers. *American Journal of Public Health*, 99, 3, 499-504.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1999) *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke and Child Health*, Geneva, Switzerland. Disponible à : https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/65930/1/WHO_NCD_TFI_99.10.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2003). *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). *Directives pour l'application de l'article 13 (Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage) de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Disponible à : http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13_fr.pdf

Ott, W., Klepeis, N. et Switzer, P. (2008). Air change rates of motor vehicles and in-vehicle pollutant concentrations from secondhand smoke. *Journal of exposure science and environmental epidemiology*, 18(3), 312-325.

Paynter, J. et Edwards, R. (2009). The impact of tobacco promotion at the point of sale: a systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(1), 25-35.

Pierce, J., White, V. et Emery, S. (2012). What public health strategies are needed to reduce smoking initiation? *Tobacco Control*, 21, 258-264.

Poirier, H. (2013). *La cigarette électronique : État de la situation*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Quintana, P., Matt, G., Chatfield, D., Zakarian, J., Fortmann, A., et Hoh, E. (2013). Wipe sampling for nicotine as a marker of Thirdhand tobacco smoke contamination on surfaces in homes, cars and hotels. *Nicotine and tobacco research*.

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., ... et Taylor, B. (2006). The cost of substance abuse in Canada 2002. *Ottawa: Canadian center on substance abuse*.

Saltman, D. et Coady, K. (2012). Smoke-Free Multiunit Housing in Canada. REPORT CARD ON CANCER IN CANADA, 2011–12. Disponible à : <http://www.canceradvocacy.ca/reportcard/2012/Smoke-Free%20Multiunit%20Housing%20in%20Canada.pdf>

Société de l'assurance automobile du Québec. (2013). *Sécurité routière*. http://www.saaq.gouv.qc.ca/securite_routiere/siege_enfants/loi.php.

Santé Canada. (2005). *La stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme – Mise à jour*. Disponible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/report-rapport/index-fra.php>. Accédé le 18 janvier 2013.

SCENIHR (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks). (2010). *Addictiveness and Attractiveness of Tobacco Additives*. Disponible à : http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/emerging/docs/scenihr_o_029.pdf

Semple, S., Apsley, A., Galea, K. S., MacCalman, L., Friel, B. et Snelgrove, V. (2012). Secondhand smoke in cars: assessing children's potential exposure during typical journey conditions. *Tobacco Control*, 21(6), 578-583.

Sendzik, T., Fong, G. T., Travers, M. J. et Hyland, A. (2009). An experimental investigation of tobacco smoke pollution in cars. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(6), 627-634.

Smoking and Health Action Foundation. (2013). *Cigarette prices in Canada*. Disponible à : http://www.nsra-adnf.ca/cms/file/files/130404_map_and_table.pdf

Statistique Canada. (2011). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010*. Fichier de microdonnées à grande diffusion. Ottawa, ON : Statistique Canada.

Statistique Canada. (2012). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2011*, fichier de microdonnées à grande diffusion, Ottawa, Canada : Statistique Canada.

Statistique Canada. (2013). *Tabagisme, 2012*. Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2013001/article/11844-fra.htm>

Sureda, X., Fernández, E., López, M. J. et Nebot, M. (2013). Second-Hand Tobacco Smoke Exposure in Open and Semi-Open Settings: A Systematic Review. *Environmental health perspectives*.

Talhout, R., Opperhuizen, A. et van Amsterdam, J. G. (2006) Sugars as tobacco ingredient: Effects on mainstream smoke composition. *Food and Chemical Toxicology*, 44(11), 1789-1798.

Tremblay, M. et Gervais, A. (2005). *Projet de loi no 112, loi modifiant la Loi sur le tabac et d'autres modifications législatives*. Mémoire présenté à la commission des affaires sociales. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec. ISBN 2-550-44595-3.

United Kingdom Department of Health. (2010). *A Smokefree Future: a comprehensive tobacco control strategy for England*.

US Department of Health and Human Services. (2000). *Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: US 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.

U.S. Department of Health and Human Services. (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

Wakefield, M., Morley, C., Horan, J.K. et Cummings, K.M. (2002). The cigarette pack as image: new evidence from tobacco industry documents. *Tobacco Control*, 11, suppl.1, i73 – i80. Disponible à : http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/abstract/11/suppl_1/i73

Wakefield, M., Germain, D. et Durkin, S. (2008). How does increasingly plainer cigarette packaging influence adult smokers' perceptions about brand image? An experimental study. *Tobacco Control*, 17, 6, 416–21. Disponible à : <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/abstract/17/6/416>

Wakefield, M., Germain, D., Durkin, S., Hammond, D., Goldberg, M. et Borland, R. (2012). Do larger pictorial health warnings diminish the need for plain packaging of cigarettes?. *Addiction*, 107(6), 1159-1167.

WHO Framework Convention on Tobacco Control. (2012). Communiqué. Site : http://www.who.int/fctc/implementation/news/news_brazil/en/index.html

Wilson, K. M., Klein, J. D., Blumkin, A. K., Gottlieb, M. et Winickoff, J. P. (2011). Tobacco-smoke exposure in children who live in multiunit housing. *Pediatrics*, 127(1), 85-92.

Winickoff, J. P., Friebely, J., Tanski, S. E., Sherrod, C., Matt, G. E., Hovell, M. F. et McMillen, R. C. (2009). Beliefs about the health effects of “thirdhand” smoke and home smoking bans. *Pediatrics*, 123(1), e74-e79.

World Health Organization (WHO). (2005). *WHO air quality guidelines global update 2005. Report on a working group meeting, Bonn, Germany, 18--20 October 2005*. Disponible à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/147851/E87950.pdf

World Health Organization (WHO). (2007). *Scientific basis of tobacco product regulation : report of a WHO study group (The)*. WHO. Disponible à : http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/who_tsr.pdf

Yerger, V. B. et McCandless, P. M. (2011). Menthol sensory qualities and smoking topography: a review of tobacco industry documents. *Tobacco Control*, 20(Suppl 2), ii37-ii43.

Zappone, C. (2012). Tobacco fight not over, Phillip Morris says. *Business Day*, August 15.
Disponible à : <http://www.theage.com.au/business/tobacco-fight-not-over-phillip-morris-says-20120815-2488s.html#poll>

Zhang, X., Martinez-Donate, A. P., Kuo, D., Jones, N. R. et Palmersheim, K. A. (2012). Trends in home smoking bans in the USA, 1995–2007: prevalence, discrepancies and disparities. *Tobacco control*, 21(3), 330-336.

Zolty, B. (2012). Smoke-free movies: an important component of a comprehensive ban on tobacco advertising, promotion and sponsorship. *European Journal of Public Health*, 22, 2, 168.

