



Montréal sans tabac

Mise en oeuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 :
observations et recommandations
pour la mise à jour de la Loi

Mémoire du directeur de santé publique de Montréal



Soumis à la Commission de la santé et des services sociaux
de l'Assemblée nationale du Québec, le 20 août 2013



Montréal sans tabac

Mise en oeuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 :
observations et recommandations
pour la mise à jour de la Loi

Mémoire du directeur de santé publique de Montréal



Soumis à la Commission de la santé et des services sociaux
de l'Assemblée nationale du Québec, le 20 août 2013

Québec 

Une réalisation de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal avec la collaboration du secteur Services préventifs en milieu clinique

Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal, (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514-528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Rédaction

André Gervais
Marie Jacques
Simon Tessier

Collaboration

Richard Massé
Francine Hubert
Mylène Drouin
Ak'ingabe Guyon
Monique Lalonde
Nancy Haley
Véronique Allaire
Marie Pinard
Mireille Gaudreau
Karima Hallouche
Marie-Ève Simoneau
Élisabeth Pérès

Mise en page et révision

Isabelle Rioux

Graphisme

Paul Cloutier

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2013)
Tous droits réservés
ISBN 978-2-89673-306-4 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2013



Mot du directeur

Le tabac est la principale cause de décès évitable, emportant un fumeur sur deux et réduisant leur espérance de vie de 10 ans en moyenne. À Montréal, près de 2400 décès seraient annuellement attribuables au tabagisme. Environ 340 000 Montréalais, soit un adulte sur cinq, fument encore aujourd'hui, 15 ans après l'adoption de la première Loi sur le tabac par le Gouvernement du Québec. Préoccupée par l'impact important du tabagisme sur les maladies chroniques et par les inégalités sociales de santé qui y sont liées, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP de l'ASSSM) a priorisé la lutte au tabagisme en 2013.

Le Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015, lancé en février dernier, a pour objectif de réduire la prévalence du tabagisme à Montréal à 16 % chez les adultes et à 13 % chez les jeunes d'ici 2015, en déployant des actions soutenues et concertées avec les partenaires du réseau montréalais de l'éducation, de la santé, des services sociaux, ainsi que du milieu communautaire. Nous espérons que l'intensification des mesures de prévention, de protection et de cessation tabagique auprès de clientèles vulnérables contribuera à accélérer la baisse de la prévalence du tabagisme et la réduction des inégalités sociales de santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces engagements montréalais, plusieurs de nos partenaires, notamment les établissements de santé et de services sociaux, confirment que les dispositions actuelles de la Loi sur le tabac sont insuffisantes pour protéger la santé de leurs clientèles. Face aux efforts renouvelés de l'industrie du tabac pour développer de nouveaux produits, l'encadrement législatif actuel apparaît particulièrement inadapté pour protéger efficacement les jeunes de l'initiation au tabagisme. Cette année, la DSP de l'ASSSM s'est d'ailleurs prononcée publiquement sur l'importance d'un renforcement de certaines mesures de la Loi sur le tabac, notamment sur l'aromatisation des produits du tabac.

L'étude du rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 est une étape importante dans le processus de mise à jour de la Loi, pour identifier les nouveaux enjeux et pour proposer des recommandations. C'est donc en vertu des responsabilités qui me sont conférées et afin de soutenir l'adoption de politiques publiques permettant de lutter contre le tabagisme que je dépose ce mémoire à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale du Québec.

Le directeur de santé publique,

Richard Massé, M.D.

Résumé

Ce mémoire, déposé à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale du Québec par le directeur de santé publique (DSP) de Montréal, se veut une réponse à l'étude du rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010. Les constats qui y sont présentés s'appuient sur les difficultés rencontrées par les partenaires montréalais du réseau de la santé, des services sociaux et de l'éducation pour l'application de cette loi. Quant aux recommandations, elles visent à actualiser la loi afin de permettre, entre autre, l'atteinte des objectifs du Plan montréalais de lutte contre le tabagisme 2012-2015 et la réduction des inégalités sociales liées au tabagisme.

Le DSP rappelle que 340 000 Montréalais sont toujours fumeurs - soit 1 Montréalais sur 5 - et que chaque année à Montréal, près de 2 400 décès sont attribuables aux maladies liées au tabagisme. Il note également que la population défavorisée est plus nombreuse à commencer à fumer, à fumer plus longtemps, à éprouver plus de difficultés à cesser de fumer, à être exposée à la fumée de tabac et à mourir prématurément.

La vente et la promotion des produits du tabac

Pour contrer les stratégies de marketing développées par l'industrie du tabac, qui visent surtout les jeunes, le DSP recommande d'interdire l'aromatisation des produits, d'imposer un moratoire sur les nouveaux produits et d'obliger l'industrie à adopter un emballage neutre pour la vente de ses produits.

Puisque les données sur les points de vente des produits du tabac ne sont pas actualisées et ne permettent pas d'en déterminer le nombre, l'emplacement et de s'assurer qu'ils respectent la loi, le DSP propose la mise en place d'un système efficace de surveillance des points de vente.

Comme l'achat de produits de tabac à l'unité - autres que les cigarettes - est encore possible lorsque le total de la vente est supérieur à 10 \$, le DSP recommande d'augmenter à au moins 20 \$ le montant minimum pour l'achat de produits autres que les cigarettes.

Les cigarettes électroniques et les salons de chicha

Comme les risques à la santé que présente la cigarette électronique ne sont pas encore connus, le DSP recommande que celle-ci soit assujettie aux dispositions de la Loi sur le tabac quant aux points de vente, à la publicité, à l'interdiction de vendre aux mineurs et à son non-usage dans les milieux de travail et les lieux publics.

Préoccupé par la popularité grandissante de l'usage de la pipe à eau (chicha) – considérée à tort comme moins dangereuse que la cigarette – et la possibilité accrue de transmission de maladies contagieuses telles la méningite, la tuberculose, l'hépatite et la grippe, le DSP recommande l'interdiction des salons de chicha.

L'usage du tabac et la protection des non-fumeurs dans certains milieux

La Loi sur le tabac permet aux patients de fumer dans des chambres désignées et des fumeurs dans les établissements de soins en psychiatrie et en toxicomanie, dans les CHSLD et les centres de réadaptation. Dans ces milieux, assurer la protection des non-fumeurs -

qu'ils soient patients, membres du personnel ou visiteurs - est difficile, sinon impossible. De plus, l'usage du tabac hors de la zone de 9 mètres peut constituer une menace à la sécurité des patients fumeurs hospitalisés et impose des contraintes au personnel. Cette tolérance au tabac est également contraire à la mission de santé des établissements.

Le DSP recommande donc d'interdire de fumer à l'intérieur et dans le périmètre des établissements de santé et de services sociaux, incluant les centres jeunesse et les institutions de santé mentale et de toxicomanie, tout en prévoyant des mesures d'aide à la cessation. De plus, le DSP recommande d'interdire de fumer dans les automobiles en présence de personnes de moins de 16 ans. Le Québec est la seule province qui n'interdit pas de fumer en présence d'un enfant dans une automobile.

Le prix des produits du tabac

Même si cette mesure ne relève pas de la Loi sur le tabac, le DSP recommande au gouvernement d'augmenter le prix des produits du tabac, en soulignant que l'OMS considère cette mesure comme la plus efficace pour réduire l'usage du tabac, tant chez les jeunes que chez les adultes. Étant donné que le prix des cigarettes au Québec est toujours le plus bas au Canada, le DSP recommande une augmentation progressive de la taxe sur les produits du tabac, accompagnée d'un mécanisme permettant de se rapprocher de la moyenne des taxes canadiennes en prenant en considération le prix des cigarettes des provinces et des états limitrophes.

Le DSP rappelle que la forme actuelle de la loi freine l'efficacité des efforts déployés par les réseaux de la santé, des services sociaux, de l'éducation et des ONG et souligne l'urgence d'adopter une loi révisée. L'ensemble de ses recommandations, si elles sont retenues, devraient être accompagnées de mesures pour en faciliter la mise en œuvre. Les revenus provenant d'une augmentation de la taxe permettraient, par exemple, d'assurer les ressources nécessaires aux services d'inspection et à la mise en place des services de cessation dans les établissements de santé et services sociaux et les centres jeunesse appelés à devenir sans tabac.

Table des matières

Mot du directeur	iii
Résumé	v
1. Introduction	1
1.1 Mandats du directeur régional de santé publique.....	1
1.2 Le tabagisme à Montréal – un enjeu préoccupant.....	2
1.2.1 La prévalence	2
1.2.2 Des inégalités persistantes	3
1.2.3 Les jeunes	4
1.2.4 L’exposition à la fumée de tabac dans l’environnement (FTE).....	5
1.2.5 Les transformations du tabagisme chez les jeunes.....	5
1.2.6 Le prix des cigarettes	5
1.3 Montréal sans tabac - Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015	6
2. Constats sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac	7
2.1 Les activités d’implantation pour assurer le respect de la loi (Chapitre I)	7
2.2 Restriction de l’usage du tabac dans certains lieux (Chapitre II)	8
2.2.1 Milieux hospitaliers et établissements de soins psychiatriques et en toxicomanie.....	8
2.2.2 Établissements scolaires	9
2.2.3 Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire	9
2.3 Vente de tabac, étalage et affichage (Chapitre III)	10
2.4 Promotion, publicité et emballage (Chapitre IV)	11
2.5 Nouveau produit non couvert par la loi : cigarette électronique.....	11
3. Position du directeur de santé publique de Montréal : 10 enjeux et recommandations	12 12
Produits	12
1. Les produits aromatisés	12
2. Les nouveaux produits du tabac.....	13
3. Les emballages des produits du tabac.....	13
4. Les cigarettes électroniques sans nicotine	14
5. Les salons de pipe à eau (chicha)	14
6. La vente de paquets de moins de 10 « petits cigares »	15
Fumée de tabac dans l’environnement	16
7. L’usage du tabac dans les automobiles en présence d’enfants.....	16
8. La permission de fumer à l’intérieur des établissements de santé et de services sociaux et à l’extérieur d’une zone de 9 mètres des entrées	16
L’accessibilité.....	18
9. Les points de vente	18
10. Le prix des produits du tabac.....	19
4. Conclusion	20
5. Références	21

Liste des Figures

Figure 1	Proportion (%) de fumeurs actuels de 15 ans et plus selon l'année. Montréal, ensemble du Québec et Canada, 1987 à 2009-2010.....	2
Figure 2	Proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus dans plusieurs villes canadiennes, 2009-2010	2
Figure 3	Nombre et proportion (%) de fumeurs actuels de 18 ans et plus. Montréal et CSSS, 2007-2010	3
Figure 4	Proportion (%) de fumeurs de cigarettes et de cigarillos chez les jeunes du secondaire selon le niveau scolaire, Québec, 2008	4
Figure 5	Prix pour une cartouche de 200 cigarettes au Canada, avril 2013	6

1. Introduction

Le tabac est la principale cause de décès évitable, emportant un fumeur sur deux et réduisant leur espérance de vie de 10 ans en moyenne^{1,2}. À Montréal, près de 2400 décès seraient annuellement attribuables au tabagisme³. Environ 340 000 Montréalais, soit un adulte sur cinq, fument encore aujourd'hui, 15 ans après l'adoption de la première Loi sur le tabac par le Gouvernement du Québec⁴.

Préoccupée par l'impact important du tabagisme sur les maladies chroniques et par les inégalités sociales de santé qui y sont liées, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP de l'ASSSM) a priorisé la lutte au tabagisme en adoptant, en 2013, le Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015⁵.

1.1 Mandats du directeur régional de santé publique

Le directeur de santé publique a notamment la responsabilité d'identifier les situations susceptibles de mettre la santé de la population en danger, afin de voir à la mise en place de mesures nécessaires à sa protection⁶. Plus précisément, le directeur peut « promouvoir l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de la santé et du bien-être de la population auprès des divers intervenants, dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population en général, ou de certains groupes »⁷.

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

- Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) mis à jour 2008⁸
- Le *Plan québécois de lutte au tabagisme (PQLT) 2006-2010*⁹
- Le *Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) 2002*¹⁰
- Le *Plan québécois de prévention du tabagisme (PQPT) 2010-2015*¹¹
- La *Politique de périnatalité 2008-2018*¹²
- Le *Programme québécois de lutte contre le cancer - Orientations 2007 - 2012* (PQLCC)¹³

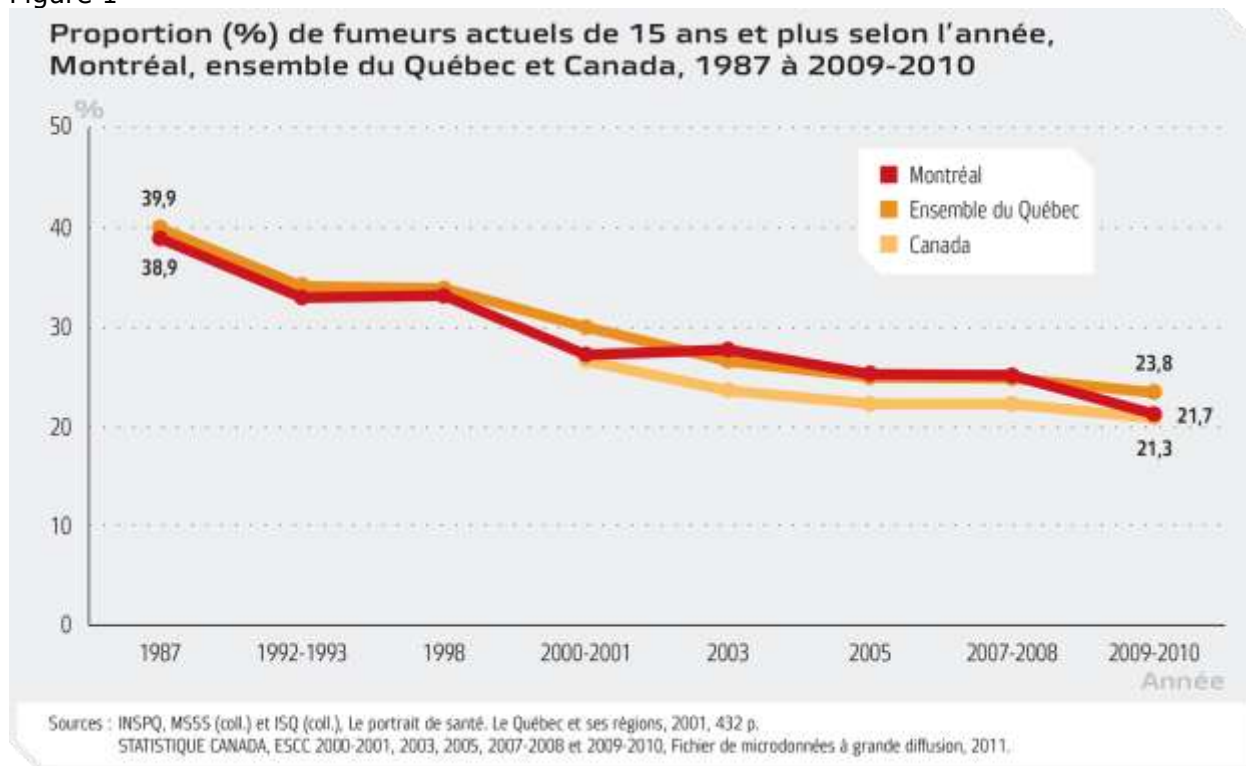
Le tabagisme étant une menace préoccupante pour la santé des Montréalais, le renforcement de la Loi sur le tabac permettrait de mieux soutenir les directeurs locaux et régionaux de santé publique dans la réalisation de leurs mandats.

1.2 Le tabagisme à Montréal – un enjeu préoccupant

1.2.1 La prévalence

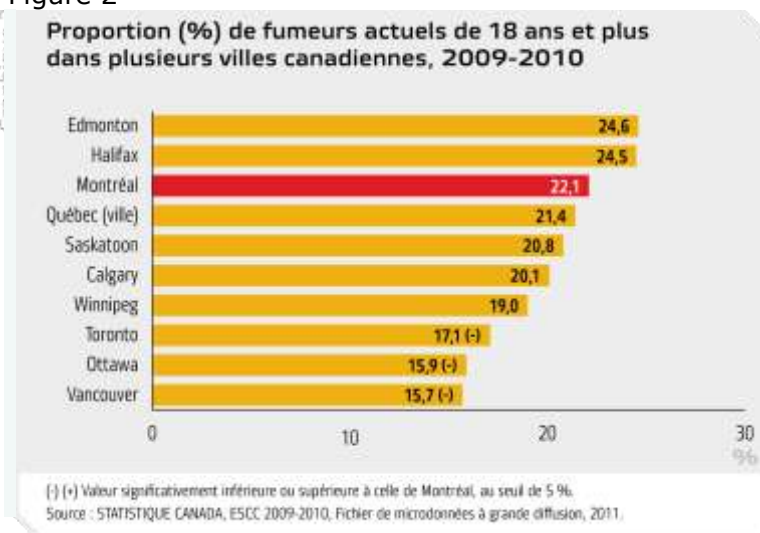
La prévalence du tabagisme chez les Montréalais de 15 ans et plus est passée de 39 % en 1987 à 22 % en 2009-2010. Il n'y a eu qu'une baisse de 26 % à 22 % entre 2005 et 2009-2010. Les jeunes adultes de 18 à 34 ans constituent le groupe d'âge de la population montréalaise qui fume le plus, avec une prévalence de 26 %¹⁴.

Figure 1



Montréal se classe au troisième rang parmi les grandes villes canadiennes qui affichent les plus fortes proportions de fumeurs, significativement plus élevées que celles de Toronto, d'Ottawa et de Vancouver.

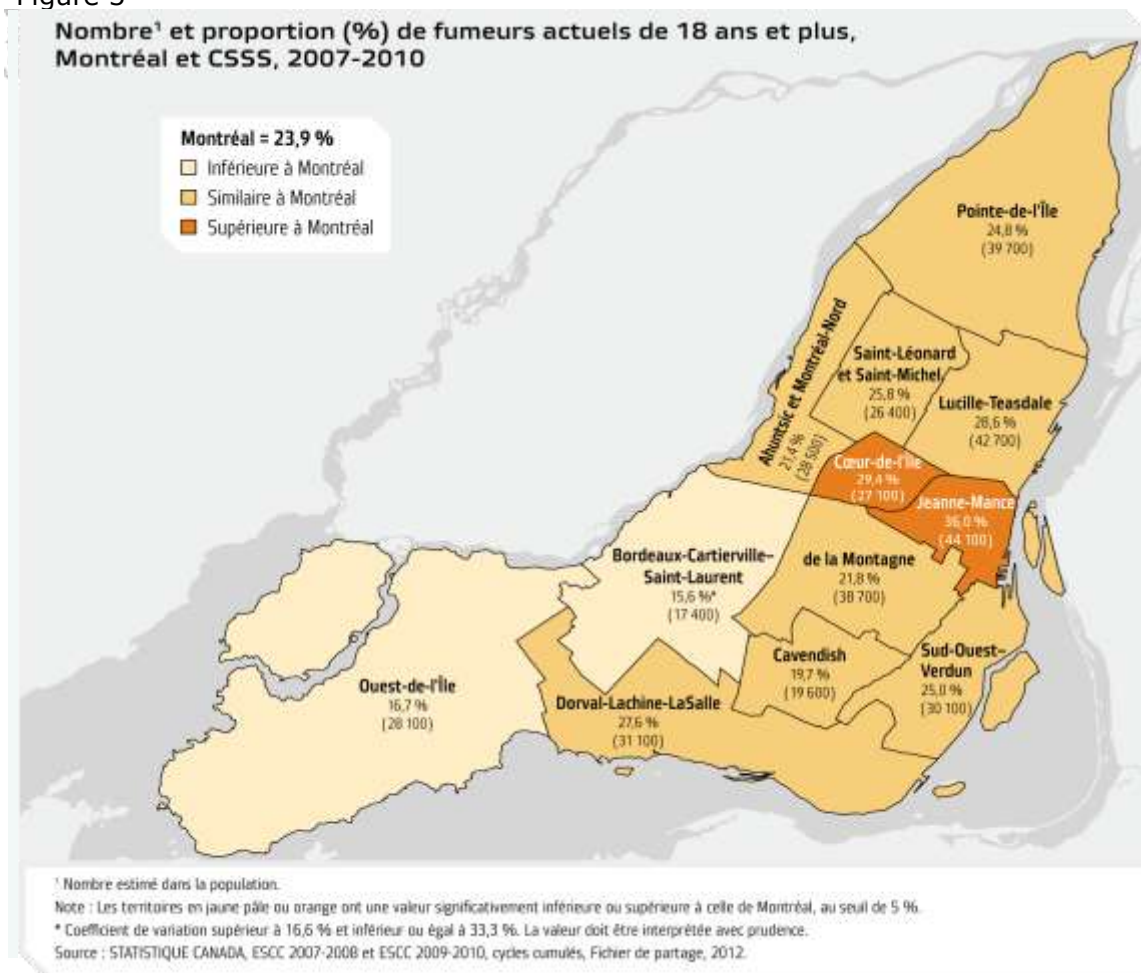
Figure 2



1.2.2 Des inégalités persistantes

- Des écarts de santé entre les riches et les pauvres persistent à Montréal. Ces écarts sont liés au fait que la population défavorisée sur les plans économique et social est plus nombreuse à commencer à fumer, à fumer plus longtemps, à éprouver des difficultés à cesser de fumer, à être exposée à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) et à mourir prématurément¹⁵.
- Des écarts importants subsistent entre les douze centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Montréal quant à la prévalence du tabagisme, variant de 16 % pour le CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent à 36 % pour le CSSS Jeanne-Mance.

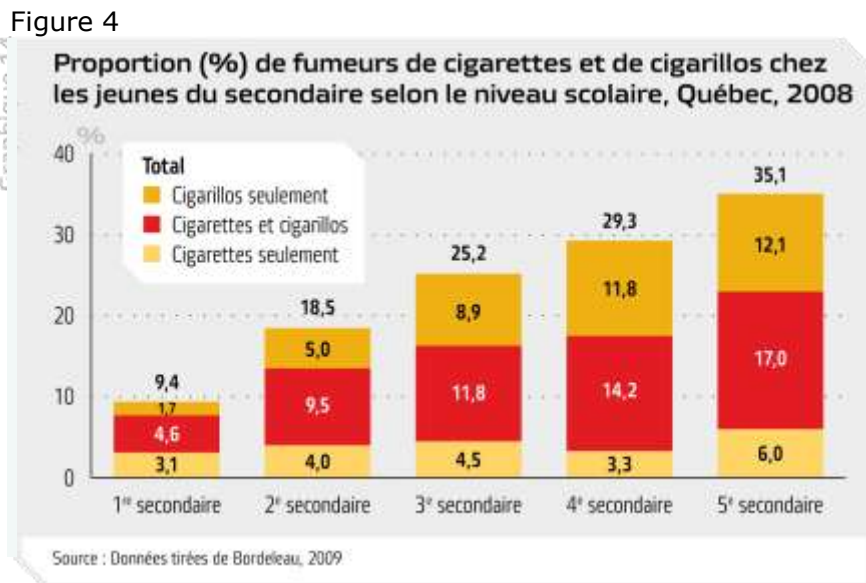
Figure 3



- L'écart de l'espérance de vie entre les francophones et les anglophones les plus défavorisés et les francophones et les anglophones les plus favorisés était de 5 ans chez les hommes et 1,6 an chez les femmes¹⁶ :
 - L'écart entre les francophones les plus défavorisés et les francophones les plus favorisés s'est accru entre 1989-1993 et 2002-2006 de 0,3 année chez les hommes et de 2,8 années chez les femmes, à cause d'une diminution plus faible de la mortalité causée par le tabac (maladies cardiovasculaires, cancer et maladies respiratoires).
 - L'écart entre les anglophones les plus défavorisés et les anglophones les plus favorisés s'est amoindri entre 1989-1993 et 2002-2006 d'une année chez les hommes et de 0,6 année chez les femmes, à cause d'une diminution plus marquée de la mortalité causée par le tabac (maladies cardiovasculaires, cancer et maladies respiratoires).

1.2.3 Les jeunes

- À Montréal en 2010-2011, environ 17 000 élèves du secondaire (17 %) se sont initiés au tabac (ont fumé une cigarette au complet) et plus d'un jeune montréalais sur 10 (13 %) est fumeur de cigarettes en quatrième et cinquième secondaire¹⁷.
- En 2008, au Québec, presque la moitié des élèves fumeurs au secondaire avaient consommé au cours des 30 jours précédents, à la fois des cigarettes et des cigarillos, maintenant appelés des « petits cigares ». La proportion de jeunes qui avaient consommé cigarettes, cigarettes et cigarillos, et cigarillos s'élevait de 9,4 % en première secondaire à 35 % en cinquième secondaire¹⁸.



- Les deux tiers des jeunes de 14 à 17 ans, hébergés en centre jeunesse, au Québec, fument tous les jours et plus du tiers consomment plus de dix cigarettes par jour¹⁹.

1.2.4 L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE)

- En 2006, 12 % des enfants montréalais, âgés de six mois à 12 ans, étaient exposés à la FTE quotidiennement au domicile et 5 % dans un véhicule²⁰;
- À cette même période, 22 % des jeunes montréalais, de 12 à 17 ans, étaient exposés à la FTE au domicile et 16 % l'étaient dans un véhicule²⁰.

1.2.5 Les transformations du tabagisme chez les jeunes

Le tabagisme chez les jeunes est en transformation constante. Les jeunes ont adapté leur comportement aux récentes pratiques de l'industrie, qui a notamment mis en marché des nouveaux produits aromatisés. En dépit de l'interdiction de l'aromatisation des cigarillos et des cigarettes, stipulée par la loi fédérale C-32 en vigueur depuis 2010, de nombreux produits du tabac aromatisés se retrouvent sur le marché québécois²¹ et visent spécifiquement les jeunes²². Ces nouveaux produits, des petits cigares (un peu plus gros que les cigarillos, qui sont maintenant interdits au Canada), sont consommés presque exclusivement par les jeunes de 15 à 24 ans²³. L'OMS confirme que les saveurs ajoutées aux produits du tabac favorisent l'initiation des jeunes au tabagisme.

Les jeunes se sont également laissés séduire par d'autres produits. La cigarette électronique sans nicotine, souvent aromatisée, est facilement accessible pour les jeunes, même les mineurs, sur internet et dans différents magasins, notamment les magasins électroniques et même les pharmacies. En 2007, 23 % des jeunes montréalais ont consommé de la chicha au cours de l'année précédente²⁴. L'émergence de ces nouveaux produits implique de revoir les législations encadrant le contenu, l'emballage et la vente des produits du tabac, afin de protéger les jeunes, en prévenant leur initiation au tabagisme. À ce jour, les données disponibles ne nous permettent pas d'avoir une analyse précise du phénomène de l'usage de ces nouveaux produits par les jeunes.

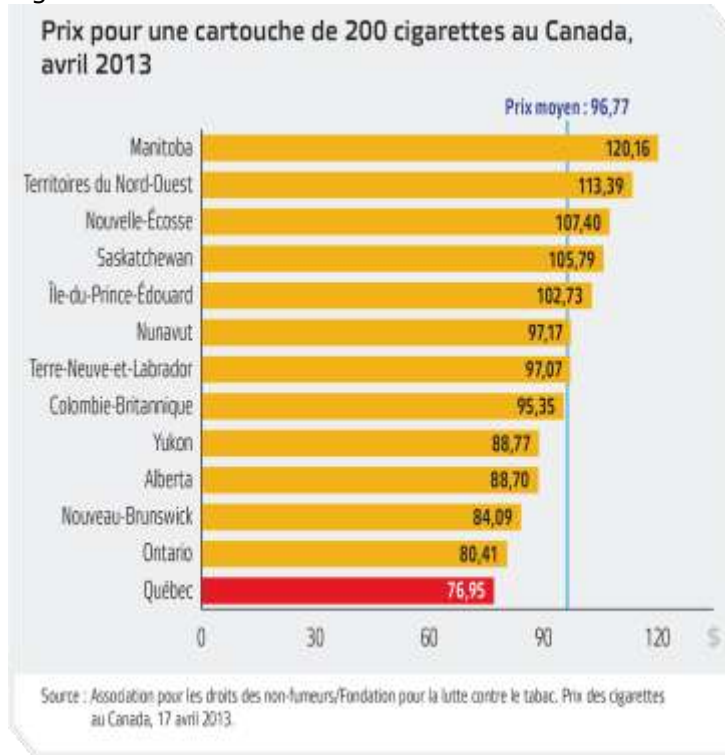
Le défi de prévention est de faire converger les efforts de lutte contre le tabagisme face à une industrie du tabac puissante, qui entretient la demande, en consacrant des sommes colossales au marketing de ses produits et en ciblant les jeunes²⁵.

1.2.6 Le prix des cigarettes

Montréal est la grande ville canadienne où les cigarettes sont les moins coûteuses. La cartouche de 200 cigarettes coûte en moyenne 76,95 \$, ce qui est bien en dessous du prix moyen canadien de 96,00 \$ et de celui de Winnipeg (120,16 \$) ou de Vancouver (95,35 \$).

Le Québec et ses voisins, l'Ontario et le Nouveau-Brunswick, offrent les cigarettes les moins chères au Canada. Leurs coûts sont tous inférieurs à la moyenne canadienne.

Figure 5



1.3 Montréal sans tabac – Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015

La DSP de l'ASSSM a récemment réitéré son engagement dans la lutte contre le tabagisme, en adoptant son Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015⁶. Des actions de prévention, de protection, de soutien à la cessation tabagique et de surveillance sont menées, en collaboration avec différents partenaires, notamment avec l'ensemble des établissements de santé montréalais, dont les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, ainsi qu'avec les partenaires du milieu scolaire, des organismes communautaires et des organisations non gouvernementales (ONG).

La DSP collabore également à l'identification des meilleures pratiques préventives en milieu scolaire et au déploiement de programmes de prévention dans ces milieux. Des campagnes de sensibilisation populationnelle sont aussi diffusées annuellement, pour favoriser la protection contre la FTE. En matière de cessation, une gamme de services pour la population et d'interventions auprès des professionnels de la santé sont également offerts. Par ailleurs, des activités de surveillance sont réalisées de façon continue, pour suivre l'évolution du tabagisme à Montréal. Un portrait régional vient d'être publié au printemps 2013²⁶.

2. Constats sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac

Le rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2006-2010 (RMO)²⁷ fait le bilan de l'application de la Loi suite aux modifications apportées en 2005. Il souligne qu'en 2010, dans l'ensemble, les principales dispositions de la loi étaient respectées. Le RMO porte surtout sur la restriction de l'usage du tabac dans certains lieux (chapitre 2), omet toute analyse sur le respect de l'esprit de la loi et n'aborde pas les pratiques douteuses de l'industrie du tabac. Ce bilan partiel, déjà décalé de trois ans, ne traite pas des lacunes de la loi, n'est pas accompagné d'une évaluation détaillée et ne fait pas de recommandations pour la mettre à jour.

La mise en œuvre de la Loi sur le tabac au cours des huit dernières années, en même temps que l'évolution des normes sociales et des pratiques de marketing de l'industrie, ont fait émerger certaines problématiques liées à son application, ainsi que certaines incohérences. Une partie de ces problématiques sont d'ailleurs mises en évidence par le RMO publié en septembre 2010. D'autres sont apparues à travers les préoccupations de nos partenaires montréalais, notamment ceux du milieu scolaire, des services sociaux et de la santé, engagés à appliquer ou à réviser leur propre politique sur le tabac.

Au cours des dernières années, plusieurs partenaires impliqués dans la lutte au tabagisme ont sollicité le soutien de la DSP de l'ASSSM, afin de les aider à mettre en place des mesures, des interventions ou des services de prévention du tabagisme ou de soutien à la cessation. Dans le cadre de ces collaborations, plusieurs partenaires ont fait état de difficultés dans l'application des mesures prévues par la loi actuelle. Pour plusieurs, la mise en place de politiques locales sur le tabac et leur efficacité seraient améliorées avec une loi sur le tabac révisée.

2.1 Les activités d'implantation pour assurer le respect de la loi (Chapitre I)

Les activités de surveillance, d'inspection et d'émission de constats d'infraction ont permis de soutenir l'application de la Loi par les inspecteurs ministériels et locaux. En outre, le nombre de plaintes portant sur l'usage du tabac dans les lieux publics est en baisse, passant de 3 166 par an en 2007 à 1 336 en 2010. Les ressources affectées à la lutte contre le tabagisme sont passées de 71 équivalents temps plein (ETP) en 2004-2005 à 51 ETP (-28%) en 2009-2010, probablement en fonction de la diminution du nombre de plaintes. Toutefois, une diminution du nombre de plaintes ne signifie pas nécessairement que la Loi est bien respectée.

Les établissements signalent qu'il est rare de faire l'objet d'inspections externes, ce qui les oblige à nommer leurs propres inspecteurs pour faire la surveillance. La visite d'inspecteurs externes appuie les efforts locaux.

Constat 1 – Les ressources d'inspection sont insuffisantes pour assurer une inspection pro-active et indépendante des plaintes, telles que les ressources le permettaient en 2007.

2.2 Restriction de l'usage du tabac dans certains lieux (Chapitre II)

L'interdiction de fumer à l'intérieur des établissements était respectée dans plus de 90 % des lieux fermés, et ce dans la presque totalité des milieux ciblés par la Loi. Le RMO fait état d'un respect limité de la règle d'interdiction de fumer à l'intérieur d'une zone de 9 mètres des portes d'entrée dans certains lieux, avec un taux de conformité de 67 %. L'affichage de l'interdiction de fumer est absent ou insuffisant dans 63 % des lieux²⁷.

Le RMO ne fournit pas de données quantitatives sur la conformité des fumeurs, qui doivent être « *complètement fermés et munis d'un système de ventilation garantissant une pression négative et l'évacuation de la fumée directement vers l'extérieur* » et se limite à indiquer que « [ces] pièces (les fumeurs) peuvent parfois être aménagées dans une chambre ou un local qui ne remplissent pas toujours les exigences prévues à la loi en matière de système de ventilation et de porte à fermeture automatique » tout en concluant que ce « type d'installation constitue néanmoins une meilleure protection des non-fumeurs ». Le RMO ne fournit pas de données quantitatives sur l'étendue du non-respect de l'obligation de regrouper jusqu'à 40 % des chambres fumeurs dans les unités de psychiatrie, les centres d'hébergement et les centres de réadaptation.

En ce qui concerne les cours d'école, le RMO rapporte qu'au terme d'un sondage mené en 2010, 80 % des écoles sondées se conformaient à la loi. Des problèmes d'application ont été soulevés, par exemple, pour la sécurité des élèves lorsqu'ils quittent les terrains de l'école pour aller fumer, l'envahissement des terrains avoisinants et l'accès aux produits du tabac.

Selon le RMO, il existe encore 30 salons de cigares au Québec, dont 14 salons de chicha, ainsi que 15 points de vente de tabac spécialisés, mais il reste muet sur le respect de la loi dans ces lieux, qui souvent offrent de la nourriture, alors que la loi l'interdit. Aucune donnée ne permet d'apprécier la prolifération des nouveaux endroits pour consommer de la chicha, tels que des salons de thé.

À Montréal, plusieurs partenaires de la DSP font état de difficultés de mise en œuvre face à ces volets de la loi. En voici quelques exemples.

2.2.1 Milieux hospitaliers et établissements de soins psychiatriques et en toxicomanie

Plusieurs gestionnaires d'établissement soulignent que des enjeux de sécurité se posent pour certains patients, qui sortent fumer avec des conditions médicales précaires et/ou avec des « appareillages médicaux » qui ne devraient pas sortir de l'établissement. La Loi sur le tabac permet actuellement aux établissements de soins en psychiatrie, aux centres d'hébergement en soins de longue durée et aux centres de réadaptation d'aménager un fumeur et de réserver jusqu'à 40 % des chambres où il est permis de fumer. À Montréal, l'application de la loi dans les institutions psychiatriques est parfois très problématique. Plusieurs établissements ont demandé le soutien de la DSP de l'ASSSM depuis 2005, en raison d'enjeux en lien avec la sécurité des bénéficiaires, des visiteurs et du personnel et avec l'incohérence des mesures proposées avec la mission de santé des établissements. Certains établissements interpellent la DSP de l'ASSSM pour les aider à élargir la portée de leur politique interne sur le tabac, afin d'enlever les fumeurs et de soutenir l'offre de services de cessation.

Constat 2 – Difficulté d’application de la réglementation concernant l’interdiction de fumer dans un rayon de 9 mètres de l’entrée des établissements.

Constat 3 – Difficulté d’application de la réglementation sur la conformité des fumeurs dans les établissements de soins en psychiatrie et en toxicomanie.

2.2.2 Établissements scolaires

Les représentants des cinq commissions scolaires de Montréal font état de difficultés d’application de la loi interdisant de fumer sur les terrains des écoles, principalement pour les écoles secondaires de milieux défavorisés, de métiers et celles qui offrent des cours aux adultes. La difficulté de baliser les limites des terrains, ainsi que l’exercice d’une surveillance adéquate, rendent l’application de la loi difficile dans certains milieux. De plus, face à la montée croissante des nouveaux produits du tabac (produits aromatisés, produits du tabac sans fumée, cigarette électronique), les milieux scolaires ne se sentent pas outillés pour encadrer plus systématiquement l’utilisation de ces produits sur leur terrain et dans leurs établissements.

Constat 4 – Dans certains milieux, l’interdiction de fumer sur les terrains d’école est difficile à appliquer.

2.2.3 Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Chaque année, le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU) intervient auprès de 13 000 enfants et familles et offre de l’hébergement à 2 352 enfants et jeunes. Le CJM-IU joue un rôle de premier plan auprès des enfants, des jeunes et des familles les plus vulnérables de Montréal, afin qu’ils puissent aspirer à un mieux-être et à un avenir prometteur²⁸. La prévalence du tabagisme dans les centres jeunesse du Québec est très élevée, plus des deux tiers des jeunes de 14 ans et plus sont des fumeurs quotidiens (65,4 % filles, 65 % garçons)¹⁹.

Bien que les différents points de service de l’établissement soient fréquentés par des mineurs, ils ne bénéficient pas de la même protection légale que celle en vigueur dans les écoles, les milieux de garde et les prisons, où l’interdiction de fumer s’applique tant à l’intérieur qu’à l’extérieur sur l’ensemble du terrain.

Le cadre législatif oblige les mineurs à obtenir une autorisation de fumer de la part des parents ou des tuteurs de ceux-ci et cette autorisation doit être accordée en considérant le pour et le contre, dans le meilleur intérêt de l’usager hébergé. Actuellement, les usagers de 15 ans et plus doivent obtenir le consentement écrit de leurs parents ou de la personne qui détient l’autorité parentale pour se voir accorder la possibilité d’utiliser des produits du tabac. De plus, les parents doivent procurer le tabac aux jeunes. Les jeunes peuvent alors fumer à 9 mètres de toutes les portes communiquant avec un immeuble.

Considérant le mandat de « surveillance » du Centre jeunesse, les périodes pour fumer ont un impact sur la programmation. Le tout se complexifie par le phénomène de la cohabitation en groupe, où malheureusement certains jeunes « apprennent » à fumer. Le CJM-IU désire assurer un milieu de vie sans tabac et bénéficierait d'un levier légal pour l'actualiser.

La DSP de l'ASSSM collabore avec le CJM-IU dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique tabac, afin de protéger l'ensemble des jeunes hébergés dans ses installations.

Constat 5 – La loi actuelle ne permet pas d'offrir un environnement sain protégeant les jeunes de l'initiation et de l'exposition au tabac au Centre jeunesse de Montréal.

2.3 Vente de tabac, étalage et affichage (Chapitre III)

Le RMO indique que les dispositions de la Loi sur le tabac ont permis de réduire de façon importante le nombre de points de vente, passant de 19 500 en 2003 à 7 500 en 2008, mais il n'offre aucune donnée pour la période entre 2008 et 2010. Nous ne sommes donc pas en mesure d'apprécier si la diminution observée entre 2003 et 2008 s'est maintenue jusqu'en 2010.

L'interdiction d'exposer un produit du tabac à la vue du public, depuis le 31 mai 2008, n'est pas respectée par 11 % des commerçants. Se basant sur une étude réalisée pour le compte de Santé Canada en 2009, le RMO précise que le taux de refus de vendre du tabac à un mineur atteignait 85 % au Québec et que ce taux était comparable à la moyenne canadienne. Des enquêtes de surveillance réalisées au Québec en 2011-2012 indiquaient plutôt que 32 % des élèves mineurs qui fument ont habituellement acheté leurs cigarettes eux-mêmes, dans un commerce²⁹.

Le RMO mentionne que l'article 6 du Règlement d'application de la Loi sur le tabac interdit de vendre du tabac dans un emballage contenant moins de dix portions unitaires. Or ce règlement ne s'applique pas lorsque, dans le cadre d'une même vente, le montant payé par un consommateur pour l'achat d'un ou de plusieurs produits du tabac, autre que des cigarettes, est supérieur à 10 \$³⁰. Le Québec permet toujours la vente de produits aromatisés, comme les petits cigares à l'unité, en autant que le total de la vente est supérieur à 10 \$. Cette échappatoire pourrait permettre à l'industrie de les remettre sur le marché. De plus, le prix fixé à 10 \$, en 2005, nécessitera une actualisation si l'on souhaite que cette mesure soit encore dissuasive au terme d'une possible prochaine Loi sur le tabac 2013- 2018.

Constat 6 – Les données sur les points de vente des produits du tabac ne sont pas actualisées et ne permettent pas de déterminer le nombre exact de points de vente, leur localisation et d'assurer une surveillance efficace.

Constat 7 – La vente de produits aromatisés, comme les petits cigares à l'unité, est encore possible parce que le règlement permet la vente de paquets de moins de 10 unités de petits cigares ou de cigares lorsque le total de la vente est supérieur à 10 \$.

2.4 Promotion, publicité et emballage (Chapitre IV)

Le RMO-2010 mentionne que quelques plaintes touchant la promotion des produits du tabac ont été reçues, sans plus élaborer. Or, la *Coalition québécoise pour le contrôle du tabac* (CQCT) a formulé de nombreuses plaintes, en lien avec la promotion des produits du tabac, depuis 2008, entre autres sur les messages trompeurs inscrits sur les emballages des produits du tabac³¹, sur la publicité de type « style de vie » sur l'emballage³². La CQCT a fait la démonstration que les emballages continuent de permettre la promotion des cigarettes, échappant ainsi à l'esprit de la loi.

Constat 8 – Les fabricants de tabac continuent de faire la promotion de leurs produits, en utilisant les emballages.

2.5 Nouveau produit non couvert par la loi : la cigarette électronique

La cigarette électronique (CE) est un nouveau produit, dont l'usage s'apparente aux cigarettes et qui n'est pas encadré par la loi. La CE permet de s'auto-administrer une vapeur, renfermant ou non de la nicotine, assortie de différents arômes. C'est un produit qui suscite la curiosité et l'expérimentation, particulièrement par les jeunes, mais aussi par les adultes.

La cigarette électronique est de plus en plus utilisée dans les endroits où la loi interdit de fumer. Les cigarettes électroniques sont accessibles aux mineurs dans plusieurs commerces. L'Ordre des pharmaciens nous a fait part de sa préoccupation face à la vente de CE en pharmacie et il a envoyé l'Avis de Santé Canada déconseillant l'usage des CE à ses membres, en 2009.

Constat 9 – La cigarette électronique n'est pas encadrée par la Loi sur le tabac.

Constat 10 – La cigarette électronique risque de compromettre les efforts de dénormalisation de la cigarette et de l'usage du tabac.

3. Position du directeur de santé publique de Montréal : 10 enjeux et recommandations

La législation constitue un moyen de premier plan pour contrer le tabagisme, protéger les non-fumeurs et créer une norme antitabac²⁵. La législation doit prendre en considération certains défis majeurs, comme le marketing persistant de l'industrie du tabac, l'usage de nouveaux produits et les inégalités sociales de santé.

Les enjeux et recommandations pour la mise à jour de la Loi sur le tabac sont regroupés sous trois rubriques : produits, fumée de tabac dans l'environnement et accessibilité.

Produits

1. Les produits aromatisés

Considérant que :

- le développement de nouveaux produits de tabac aromatisés s'inscrit dans les stratégies de marketing des compagnies de tabac visant les jeunes³³;
- selon l'OMS, les saveurs ajoutées aux produits du tabac – incluant le menthol – favorisent l'initiation des jeunes aux produits du tabac^{33,34};
- la loi canadienne C-32 n'inclut pas le menthol dans l'interdiction des saveurs³⁵;
- avant même l'entrée en vigueur des mesures prévues par la loi canadienne C-32, les fabricants et importateurs de cigares avaient déjà modifié leurs cigarillos aromatisés, afin de soustraire ces produits au champ d'application de cette loi, échappant ainsi à la définition légale de « petits cigares » qui sont maintenant des cigares;
- les « petits cigares », cigarettes au menthol et de nombreux autres produits du tabac aromatisés, comme le mélange à chicha, se retrouvent donc toujours sur le marché québécois.
- Les 27 ministres de la santé de l'Union européenne ont accepté l'interdiction des cigarettes au menthol et des autres formes de tabac aromatisé en juin 2013³⁶.

Recommandation 1 – Interdire la mise en marché de produits aromatisés (incluant le menthol).

Le DSP recommande que la Loi sur le tabac interdise la mise en marché de produits aromatisés, incluant le menthol, pour l'ensemble des produits du tabac, y compris ceux fumés à l'aide d'une pipe à eau, comme la chicha et les cigarettes électroniques.

2. Les nouveaux produits du tabac

Considérant que :

- le développement de nouveaux produits, ainsi que les stratégies déployées pour les rendre attrayants, ciblent surtout les jeunes, favorisent leur initiation au tabac et leur dépendance;
- l'industrie du tabac développe continuellement de nouveaux produits qui échappent aux normes réglementaires actuelles;
- selon l'OMS, « l'épidémie du tabagisme » est soutenue par le marketing et la promotion des produits du tabac par l'industrie³³;
- les nouveaux produits du tabac, tels les « petits cigares », sont consommés presque exclusivement par les jeunes²³.

Recommandation 2 – Instaurer un moratoire sur les nouveaux produits du tabac.

Le DSP recommande que la Loi sur le tabac impose un moratoire sur la vente des nouveaux produits du tabac et ceux qui s'y apparentent, afin de limiter le développement de nouveaux produits, incluant la cigarette électronique avec nicotine.

3. Les emballages des produits du tabac

Considérant que :

- les fumeurs exhibent leur paquet de cigarettes plusieurs fois par jour, faisant ainsi la promotion de la marque et du produit;
- l'industrie du tabac reconnaît dans ses documents que l'emballage des produits du tabac constitue un élément important de la promotion du produit³⁷;
- l'emballage des paquets est utilisé par l'industrie du tabac comme produit de marketing pour attirer les jeunes (format rouge à lèvres, format blackberry ou iPhone, format bonbons);
- la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), que le Canada a ratifié, préconise de « limiter ou interdire l'utilisation de logos, de couleurs, d'images de marque ou de textes promotionnels sur les emballages, hormis le nom de la marque et celui du nom du produit, imprimés en caractères normaux et dans une couleur standardisée (emballages neutres) »³⁸;
- l'emballage neutre des produits du tabac donne une plus grande portée aux mises en gardes sanitaires et élimine l'attrait des emballages racoleurs, comme le démontre l'expérience australienne où, selon les chercheurs, l'emballage neutre diminue l'attrait de fumer et augmente le désir de cesser chez les fumeurs adultes³⁹.

Recommandation 3 – Imposer une standardisation des emballages.

Le DSP recommande que la Loi sur le tabac impose un emballage neutre à tous les produits du tabac vendus au Québec.

4. Les cigarettes électroniques sans nicotine

Considérant que :

- les risques pour la santé de la e-cigarette ou cigarette électronique ne sont pas connus;
- l'OMS, la Federal Drug Agency (FDA) des États-Unis, Santé Canada et le directeur national de santé publique du Québec ont recommandé de ne pas utiliser la cigarette électronique^{34,40,41,42,43};
- la mise en marché de nouveaux produits, comme des cigarettes électroniques sans nicotine, en apparence similaires aux cigarettes conventionnelles, sont attrayantes pour les jeunes et leur montrent à fumer ou à utiliser les cigarettes électroniques avec nicotine disponibles sur Internet.

Recommandation 4 – Assujettir les cigarettes électroniques actuellement sur le marché aux dispositions de la Loi sur le tabac.

Le DSP recommande que l'utilisation et la mise en marché des cigarettes électroniques soient assujetties aux mêmes dispositions que celles des produits du tabac, notamment pour ce qui est des points de vente, incluant les pharmacies, de la publicité, de l'interdiction de vendre aux mineurs et du non usage dans les milieux de travail et les lieux publics.

5. Les salons à pipe à eau (chicha)

Considérant que :

- l'usage de la pipe à eau est de plus en plus populaire, surtout auprès des jeunes, puisque déjà en 2007, 23 % des jeunes adultes montréalais reconnaissent avoir fumé de la chicha au cours de l'année précédente²⁴;
- la pipe à eau est attrayante et est généralement perçue comme un produit moins dangereux que la cigarette⁴⁴;
- un fumeur de pipe à eau fume l'équivalent en nicotine d'une dizaine de cigarettes par jour⁴⁵;

- l'échange de tuyaux et l'absence de désinfection adéquate peuvent contribuer à la transmission de maladies contagieuses, comme la méningite, la tuberculose, l'hépatite et la grippe^{44,46,47};
- les salons de chicha ou salons de thé, où l'on peut consommer de la chicha, sont accessibles aux moins de 18 ans, bien que l'usage de la pipe à eau soit interdit aux moins de 18 ans.

Recommandation 5 – Interdire les salons de chicha.

Le DSP recommande d'interdire les salons de chicha et de retirer les permis aux salons exemptés par la loi.

6. La vente de paquets de moins de 10 « petits cigares »

Considérant que :

- l'article 6 du Règlement d'application de la Loi sur le tabac, qui interdit de vendre du tabac dans un emballage contenant moins de dix portions unitaires, ne s'applique pas lorsque, dans le cadre d'une même vente, le montant payé par un consommateur pour l'achat d'un ou de plusieurs produits du tabac, autres que des cigarettes, est supérieur à 10 \$³⁰;
- le Québec permet toujours la vente de produits aromatisés, comme les petits cigares à l'unité, en autant que le total de la vente est supérieur à 10 \$ (ex. achat d'un petit cigare aromatisé emballé à l'unité, avec une boîte de tabac à priser);
- le montant de 10 \$, pour la vente de produits du tabac, autres que des cigarettes, a été établi en 2008;
- l'industrie du cigare a décidé de s'abstenir de vendre des cigares à l'unité, mais qu'elle pourrait réintroduire des emballages unitaires de cigares sur le marché.

Recommandation 6 – Augmenter le montant minimum payé pour l'achat d'un ou de plusieurs produits du tabac, autres que des cigarettes, à au moins 20 \$.

Le DSP recommande que la Loi sur le tabac augmente le montant minimum payé par un consommateur pour l'achat d'un ou de plusieurs produits du tabac, autres que des cigarettes, à au moins 20 \$, pour tenir compte que la nouvelle loi sera en vigueur jusqu'en 2018.

Fumée de tabac dans l'environnement

7. L'usage du tabac dans les automobiles en présence d'enfants

Considérant que :

- les concentrations de substances toxiques de la fumée de tabac sont très élevées dans une automobile, même malgré une ventilation élevée^{48,49};
- les poumons immatures des jeunes enfants absorbent plus de fumée de tabac et qu'ils sont impuissants à échapper à la fumée de tabac dans une automobile;
- les enfants exposés à la fumée de tabac sont plus susceptibles de souffrir de mort subite du nourrisson, d'asthme, de problèmes respiratoires, de diminution de la capacité respiratoire, d'irritation des yeux, du nez et de la gorge, d'otite⁵⁰;
- l'exposition à la FTE peut créer des symptômes de dépendance à la nicotine chez les jeunes non-fumeurs⁵¹;
- l'ensemble des provinces canadiennes ont adopté une loi interdisant de fumer dans l'automobile en présence d'enfants;
- l'interdiction de fumer dans la voiture a diminué de 33 % l'exposition à la fumée de tabac chez les enfants dans les neuf autres provinces canadiennes⁵²;
- l'exposition à la FTE, chez les jeunes Québécois, est supérieure à celle des autres provinces canadiennes⁵³;
- la mise en place d'une réglementation interdisant de fumer dans l'automobile contribue à la dénormalisation du tabac.

Recommandation 7 – Interdire de fumer dans les automobiles en présence de personnes de moins de 16 ans, pour protéger les tout-petits et les jeunes contre la FTE.

Le DSP recommande que la Loi sur le tabac interdise de fumer en présence d'enfants de moins de 16 ans, dans l'automobile.

8. La permission de fumer à l'intérieur des établissements de santé et de services sociaux et à l'extérieur d'une zone de 9 mètres des entrées

Considérant que :

- il y a absence de données quantitatives sur la conformité des fumeurs actuels, qui doivent respecter les normes en étant « *complètement fermés et munis d'un système de ventilation garantissant une pression négative et l'évacuation de la fumée directement vers l'extérieur* »;

- il est difficile d'apprécier l'impact des exigences introduites en 2005 et la conformité à leur égard, puisque le RMO se limite à indiquer que « [ces] pièces (les fumoirs) peuvent parfois être aménagées dans une chambre ou un local qui ne remplissent pas toujours les exigences prévues à la loi en matière de système de ventilation et de porte à fermeture automatique » tout en concluant que ce « type d'installation constitue néanmoins une meilleure protection des non-fumeurs »;
- en l'absence de données quantitatives sur l'étendue du non-respect de l'obligation de regrouper jusqu'à 40 % des chambres fumeurs dans les unités de psychiatrie, les centres d'hébergement et les centres de réadaptation, il est difficile d'apprécier l'impact des exigences introduites en 2005 et la conformité à leur égard;
- le RMO rapporte que l'interdiction de fumer à l'intérieur d'une zone de 9 mètres des entrées de certains lieux était seulement respectée dans 67 % des lieux visités par les inspecteurs, et aucune information ne permet d'évaluer si ceux qui fument sont des patients, des visiteurs ou des employés;
- en 2011, un patient est mort asphyxié lors d'un incendie dans un fumoir du département de psychiatrie de l'Hôpital St-Mary de Montréal, tel que rapporté par le bureau du coroner du Québec⁵⁴; ce malheureux évènement a favorisé la mobilisation du milieu, qui a fermé le fumoir et organisé des services de cessation, en collaboration avec la DSP de l'ASSSM et le CSSS de la Montagne;
- l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, un hôpital psychiatrique sans fumée, sans chambre fumeur et sans fumoir depuis le 31 octobre 2005, interdit à l'ensemble des patients de fumer, tant à l'intérieur que sur les terrains de l'établissement, mais les accompagne dans leur sevrage et que cette approche a permis une diminution de la dose de certains médicaments, notamment une réduction d'environ 20 % de la clozapine, suivie d'une baisse proportionnelle des effets secondaires reliés à l'utilisation de ces médicaments, ainsi qu'une réduction du budget de médicaments⁵⁵;
- les personnes souffrant de troubles de santé mentale ou de dépendance ont des prévalences du tabagisme deux à trois fois plus élevées que dans la population générale⁵⁶;
- les personnes souffrant de maladies mentales sévères ont une perte d'espérance de vie de 25 ans à cause du tabagisme, de l'obésité, de l'usage de substances et des problèmes d'accès aux soins médicaux⁵⁷;
- les non-fumeurs, qu'ils soient patients, membres du personnel ou visiteur, ne sont pas protégés contre la FTE;
- l'introduction d'exceptions à l'intérieur de politiques sur l'usage du tabac dans les établissements de santé ou d'hébergement peut entraver l'efficacité de ces politiques, puisque les employés sont alors forcés de négocier avec les usagers, augmentant les risques de conflits et une perception d'iniquité entre les usagers⁵⁸;
- certaines études, conduites dans les établissements de santé mentale, concluent que la constance dans l'application d'une politique tabac dans toutes les unités et sans aucune mesure d'exception, est plus efficace et réduit le nombre de plaintes et les agressions verbales de la part des usagers⁵⁹.

Recommandation 8 – Interdiction de fumer à l'intérieur des édifices et dans l'ensemble du périmètre des établissements de santé et de services sociaux.

Le DSP recommande que la Loi sur le tabac interdise de fumer à l'intérieur des édifices et dans l'ensemble du périmètre des établissements de santé et de services sociaux incluant les centres jeunesse et les institutions de santé mentale et toxicomanie et que cette interdiction soit accompagnée d'une systématisation des mesures de soutien à l'abandon.

L'accessibilité

9. Les points de vente

Considérant que :

- le RMO indique que le nombre de points de vente des produits du tabac est passé de 19 500 à 7 500 entre 2003 et 2008, mais qu'il est impossible à l'heure actuelle d'avoir le nombre réel de points de vente des produits du tabac au Québec;
- il est encore possible de se procurer des produits du tabac à l'année, presque jour et nuit, dans les stations-services, marchés d'alimentation et dépanneurs;
- l'emplacement et la densité des points de vente des produits du tabac dans les quartiers ont un impact sur la consommation, l'initiation au tabagisme et limitent la cessation;
- certaines études démontrent qu'il existe une association entre la densité des points de vente de tabac et la prévalence de fumeurs, en particulier dans les quartiers défavorisés^{60,61,62} et qu'une forte densité de points de vente autour des écoles augmente l'initiation au tabagisme et la prévalence du tabagisme chez les jeunes^{63,64,65};
- les données actuellement disponibles ne permettent pas la surveillance des points de vente.

Recommandation 9 – Mettre en place un système efficace de surveillance des points de vente des produits du tabac.

Le DSP recommande la mise en place d'un système efficace de surveillance des points de vente, basé sur des données fiables et permettant de dresser un portrait des points de vente au Québec.

10. Le prix des produits du tabac

Considérant que :

- l'augmentation des taxes sur les produits du tabac est la meilleure façon de réduire le tabagisme, selon l'OMS ^{25,66};
- la hausse des taxes motive certaines personnes à arrêter de fumer et en dissuade d'autres de commencer. Il réduit aussi le nombre d'ex-fumeurs qui rechutent, ainsi que la consommation de ceux qui continuent. Elle est également la mesure la plus rentable^{25,66};
- Montréal est la grande ville canadienne où les cigarettes sont les moins dispendieuses (76,95 \$), soit 20 \$ en dessous du prix moyen canadien de la cartouche de 200 cigarettes⁶⁷;
- la contrebande a diminué de façon importante et soutenue depuis les quatre dernières années, passant de 35 % du marché québécois en 2008 à environ 15 % en 2012⁶⁸;
- en matière de prévention du tabagisme chez les jeunes, les campagnes de sensibilisation médiatiques, combinées aux programmes en milieu scolaire et à une hausse de taxes sur les produits, sont plus efficaces^{69,70,71,72};
- en moyenne, une augmentation de 10 % du prix des cigarettes fait baisser la consommation de 4 % et la prévalence du tabagisme d'environ 2 %^{25,66}. L'augmentation des taxes engendre une diminution plus importante de la consommation de tabac dans la population à faible revenu et auprès des jeunes que dans la population en général⁷³.

Recommandation 10 - Augmenter la taxe sur les produits du tabac.

Même si la taxation ne relève pas de la Loi sur le tabac, le DSP recommande au Gouvernement du Québec une augmentation progressive de la taxe sur les produits du tabac, permettant de se rapprocher de la moyenne canadienne, en prenant en considération le prix des cigarettes des provinces et des états limitrophes.

4. Conclusion

L'étude du rapport de mise en œuvre est une étape essentielle à l'évaluation de l'application de l'actuelle Loi sur le tabac et à sa mise à jour. L'obligation de déposer périodiquement une telle étude devrait continuer de faire partie des dispositions de la loi. Cette évaluation devrait être réalisée de façon exhaustive. À cette obligation devrait s'ajouter celle de réviser périodiquement la loi.

Nous avons émis 10 constats à partir du rapport de mise en œuvre et de l'expérience vécue avec nos partenaires. Nous avons formulé 10 recommandations pour permettre à la Loi sur le tabac de relever les défis du XXI^{ème} siècle. Si elles sont retenues, les recommandations devraient être accompagnées de mesures pour en faciliter la mise en œuvre. L'augmentation des revenus provenant de la taxe permettrait, par exemple, d'assurer les ressources nécessaires à une inspection proactive des lieux visés par la loi et à systématiser des services de cessation dans les établissements de santé et services sociaux, appelés à devenir sans tabac.

D'un point de vue de santé publique, il faut accélérer la diminution du tabagisme à Montréal et au Québec. La mise à jour de la loi est donc urgente et mérite d'être considérée comme une priorité à inscrire à l'agenda du Gouvernement du Québec dès la prochaine session parlementaire.

5. Références

1. OMS. Tabagisme. Aide-mémoire no 339. Juillet 2013.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>. Page consultée le 1 août 2013.
2. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519-2
3. Baliunas D, Patra J, Rehm J, Popova S, Kaiserman M, Taylor B. Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002: Conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques. *Maladies chroniques au Canada*. Calcul fait à partir fichier des décès du Québec, DSP Montréal. 2007;27:168-176.
4. Gouvernement du Québec. Loi sur le tabac (L.R.Q, ch. T-0.01). Québec.
5. Tessier S, Drouin M, Simoneau ME. Montréal sans tabac: Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux. Montréal, 2013.
6. Gouvernement du Québec. Loi sur les services de santé et les services sociaux. Québec, 2005.
7. Gouvernement du Québec. Loi sur la santé publique. L.R.Q. Ch. S-2.2 art. 53, alinéa 5 et art. 54. Québec, 2001.
8. MSSS. Programme national de santé publique 2003-2012 mise à jour 2008. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2008.
9. MSSS Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Québec, 2006.
10. MSSS Plan québécois d'abandon du tabagisme. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Québec, 2002.
11. MSSS Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Québec, 2010.
12. MSSS Politique de périnatalité 2008-2018. Québec: Direction générale des services de santé et médecine universitaire. Québec, 2008.
13. MSSS. Programme québécois de lutte contre le cancer: Orientations prioritaires 2007-2012. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Québec, 2007
14. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2009-2010. Ottawa, 2011.
15. Lasnier B, Leclerc BS, Hamel D. Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec. Institut national de santé publique du Québec. Montréal, 2012.
16. Auger N, Harper S, Barry AD. Diverging socioeconomic inequality in life expectancy of Francophones and Anglophones in Montréal, Québec: Tobacco to blame? *Journal of Public Health* 2013; 21:317-324.

17. Institut national de santé publique du Québec. L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011. Québec, 2012
18. Bordeleau M. Usage du tabac. Dans Dubé, G., et al. Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008. Institut de la statistique du Québec, chapitre 3. Québec, 2009, pp. 41-91.
http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/tabac_alcool.htm
19. Lambert G, Haley N, Jean S, Tremblay C, Frappier JY, Otis J, Roy E. Sexe, drogue et autres questions de santé. Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec. Montréal, 2012.
20. Jacques L, Plante C, Goudreau S, Deger L, Fournier M, Smargiassi A, Perron S, Thivierge RL. Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans. Rapport synthèse régional. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal Montréal, 2011.
21. Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. Une loi ignorée par les fabricants et oubliée par le fédéral. Communiqué, 4 juillet 2012.
http://cqct.qc.ca/Communiques_docs/2011/PRSS_11_07_04_AnniversaireC32.pdf
22. Carpenter CM, Wayne GF, Pauly JL, Koh HK, Connolly GN. New cigarette brands with flavors that appeal to youth: Tobacco marketing strategies. Health Affairs 2005; 24(6): 1601-1610.
23. Reid JL, Hammond D, Burkhalter R, Rynard VL, Ahmed R. Tobacco use in Canada: Patterns and trends, 2013 Edition. Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.
24. Dugas E, Tremblay M, Low NCP, Cournoyer D, O'Loughlin J. Water-pipe smoking among North American youths. Pediatrics 2010; 125:1184-1119.
25. OMS. MPOWER: un programme de politiques pour inverser le cours de l'épidémie de tabagisme. Organisation mondiale de la santé. Genève, 2008.
26. Simoneau ME, Leane V. Le point sur le tabagisme. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Montréal, 2013.
27. MSSS. Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2006-2010. Direction générale des communications du MSSS. Québec, 2010.
28. CJM-IU. Rapport annuel de gestion 2012-2013. Protéger notre avenir. Centre jeunesse de Montréal– Institut universitaire. Montréal, 2013.
29. Leclerc BS, Lasnier B. Surveillance de l'usage du tabac au Québec. INSPQ. Québec, 2011, pp. 68-69.
30. Gouvernement du Québec. Règlement d'application de la Loi sur le tabac. L.R.Q. chapitre T-0.01, a. 19, 25 et 29.1. Québec, 2008.
<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/download.php?f=01d894825bce63a37c1e101527e3dfa6>.

31. Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. Plainte concernant les cigarettes VitaCig et AZUR. Montréal, 13 février 2007.
http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2007/MEMO_07_02_13_PlaintesVitacigAZUR.pdf.
32. Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, Plainte concernant la nouvelle marque « Vogue ». Montréal, 28 octobre 2009.
http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2009/MAIL_09_10_28_PlainteVogue.pdf
33. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. World Health Organization. Luxembourg, 2013.
34. FCTC/COP. Lutte contre les produits du tabac sans fumée et les cigarettes électroniques. Rapport du Secrétariat de la Convention. Organisation mondiale de la santé. Genève, 2010.
35. Gouvernement du Canada. Loi modifiant la Loi sur le tabac. C -32. Ottawa, 2009.
36. Commission européenne. Proposition de directive du parlement européen et du conseil relative au rapprochement des disposition législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente du tabac et de ses produits. Commission européenne. Bruxelles, 2012.
37. Freeman B, Chapman S, Rimmer M. The case for the plain packaging of tobacco products. *Addiction* 2008;103:580-90.
38. OMS. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), cahier de directive, article 11, 46e directive. Genève, 2003.
39. Wakefield MA, Hayes L, Durkin S, Borland R. Introduction effects of the Australian plain packaging policy on adult smokers: A cross-sectional study. *British Medical Journal Open* 2013; 3:e003175. doi:10.1136/bmjopen-2013-003175.
40. U.S. Food and Drug Administration. FDA and public health experts warn about electronic cigarettes. FDA News Release. Silver Spring, 2009.
<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm173222.htm>
41. AVIS Santé Canada 27 mars 2009. Notre numéro de dossier: 09-108446-55. À toutes les personnes qui souhaitent importer, annoncer ou vendre des cigarettes électroniques au Canada
http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/prodpharma/applic-demande/pol/notice_avis_e-cig-fra.pdf
42. Santé Canada déconseille l'usage des cigarettes électroniques
http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/_2009/index-fra.php.
43. MSSS. Mise en garde contre la cigarette électronique. Québec, 2012.
<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?mise-en-garde-contre-la-cigarette-electronique>. Page consultée le 31 juillet 2013.
44. TobReg. Advisory note: Waterpipe tobacco smoking: Health effects, research needs and recommended actions by regulators. WHO Study Group on Tobacco Product Regulation Geneva, 2005.

45. Neergaard J, Singh P, Job J, Montgomery S. Waterpipe smoking and nicotine exposure: A review of the current evidence. *Nicotine & Tobacco Research* 2007; 9:987-994.
46. Munckhof WJ, Konstantinos A, Wamsley M, Mortlock M, Gilpin C. A cluster of tuberculosis associated with use of a marijuana water pipe. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2003; 7(9): 860-865.
47. DSP de RRSSS Nunavik. Cas de tuberculose au Nunavik. Communiqué, 19 juin 2013.
48. Rees VW, Connolly GN. Measuring air quality to protect children from second-hand smoke in cars. *American Journal of Preventive Medicine* 2006; 31(5):363-8.
49. Sendzik T, Fong GT, Travers MJ, Hyland A. An experimental investigation of tobacco smoke pollution in cars. 2009; 6:627-634.
50. Miller MD, Broadwin R, Green S, Marty MA, Polakoff J, Salmon AG, Winder B. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant. Part B: Health effects. California Environmental Protection Agency, Air Resources Board.. San Francisco, 2005.
http://www.oehha.org/air/environmental_obacco/2005etsfinal.html
51. Racicot S, McGrath JJ, Karp I, O'Loughlin J. Predictors of nicotine dependence symptoms among never-smoking adolescents: A longitudinal analysis from the Nicotine Dependence in Teens Study. *Drug and Alcohol Dependence* 2013;130(1-3):38-44.
52. Nguyen HV. Effectiveness of bans against smoking inside private vehicles in Canada. *Report Card on Cancer in Canada* 2012; 13:10-11.
53. Lasnier B, Cantinotti M. L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement chez les élèves québécois: 2008-2009. Institut national de santé publique du Québec. Québec: 2011.
54. Bureau du coroner. Événement: 06/10/2011. Un patient de 62 ans décède d'asphyxie dans un incendie survenu dans le fumoir de l'aile psychiatrique du Centre hospitalier de St. Mary.
http://www.coroner.gouv.qc.ca/index.php?id=108&tx_msprecommandation_pi1%5Bsubmit_button%5D=Click%20here%20to%20submit%20value&tx_msprecommandation_pi1%5Buid_recomm%5D=2470
55. Institut Philippe-Pinel de Montréal. Hôpital sans fumée: un projet visionnaire. Montréal, 2006.
<http://www.pinel.qc.ca/contentt.aspx?navid=72&CultureCode=fr-CA>
56. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284:2606-2610.
57. Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti ME. Morbidity and mortality in people with serious mental illness. Technical Report 13, National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Council. Alexandria, 2006.
58. NHS Health Scotland. Smoke-free mental health services in Scotland: Implementation guidance. NHS Health Scotland. Glasgow, 2011.
www.healthscotland.com/documents/5041.aspx

59. Lawns SJ, Pols R. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005; 39:866-885
60. Chuang YC, Cubbin C, Ahn D, Winkleby MA. Effects of neighborhood socioeconomic status and convenience store concentration on individual level smoking. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005; 59:568-573.
61. Wood LJ, Pereira G, Middleton N, Foster S. Socioeconomic area disparities in tobacco retail outlet density: A Western Australian analysis. *Medical Journal of Australia* 2013; 98:489-91.
62. Novak SP, Reardon SF, Raudenbush SW, Buka SL. Retail tobacco outlet density and youth cigarette smoking: A propensity-modeling approach. *American Journal of Public Health* 2006; 96: 670-676.
63. Chan WC, Leatherdale ST. Tobacco retailer density surrounding schools and youth smoking behaviour: A multi-level analysis. *Tobacco Induced Diseases* 2011; 9(1):1-7.
64. McCarthy WJ, Mistry R, Lu Y, Patel M, Zheng H, Dietsch B. Density of tobacco retailers near schools: Effects on tobacco use among students. *American Journal of Public Health* 2009; 99:2006-2013.
65. Henriksen L, Feighery EC, Schleider NC, Cowling DW, Kline RS, Fortmann SP. Is adolescent smoking related to the density and proximity of tobacco outlets and retail cigarette advertising near schools? *Preventive Medicine* 2008; 47:210-214
66. Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:2737-2772.
67. Association pour les droits des non-fumeurs/Fondation pour la lutte contre le tabac. *Prix des cigarettes au Canada*. Ottawa 2013.
68. Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. Document-synthèse : Indicateurs du taux de contrebande de tabac au Québec et au Canada. Québec, 2012.
69. Hopkins DP, Fielding JE. Task force on community preventive services recommendations regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine* 2001; 20:10-15.
70. Brinn MP, Carson KV, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD001006. DOI: 10.1002/14651858.CD001006.pub2.
71. Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 4. Art. No.: CD005992. DOI: 10.1002/14651858.CD005992.pub2.
72. Tworek C, Yamaguchi R, Kloska DD, Emery S, Barker D, Giovino GA, O'Malley PM, Chaloupka FJ. State-level tobacco control policies and youth smoking cessation measures. *Health Policy*. 2010; 97(121):136-144.

73. Thomas S, Fayer D, Misso K, Ogilvie D, Petticrew M, Sowden A, Whitehead M, Worthy G. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review, *Tobacco Control* 2008;17:230-237.

