



information



formation



recherche



coopération
internationale

RÉVISION DE LA LOI SUR LE TABAC

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ AU MINISTÈRE DE
LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

RÉVISION DE LA LOI SUR LE TABAC

DIRECTION DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS

FÉVRIER 2005

AUTEURS

Daniel Guérin, Ph. D., consultant pour l'Institut national de santé publique du Québec

Michèle Tremblay, M.D., médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec

Kabengele Mbuyi, stagiaire, Institut national de santé publique du Québec

Daniela Jukic, Ph. D., conseillère scientifique, Institut national de santé publique du Québec

Pierre Pelletier, hygiéniste du travail, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Céline Michel, agente de recherche, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Louise Guyon, M.A., coordonnatrice scientifique de l'équipe de recherche et d'évaluation sur le tabagisme, Institut national de santé publique du Québec

Johanne Laguë, M.D., M. Sc., FRCPC, coordonnatrice scientifique de l'unité Habitudes de vie, Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Comité aviseur :

André Gervais, médecin-conseil, Direction de santé publique de Montréal

Francine Hubert, conseillère scientifique, Direction de santé publique de Montréal

Louis Jacques, Direction de santé publique de Montréal

Maurice Poulin, coordonnateur, Institut national de santé publique du Québec

Fernand Turcotte, professeur, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

Experts externes :

Robert Cushman, M.D. médecin chef en santé publique, Ville d'Ottawa

Roberta Ferrence, M.D., directrice, Ontario Tobacco Research Unit

James L. Repace, M. Sc., consultant-expert international

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>.

Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : INSPQ-2005-027

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2005
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-44404-3

©Institut national de santé publique du Québec (2005)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. LE TABAGISME, LA FUMÉE DANS L'ENVIRONNEMENT ET SES EFFETS SUR LA SANTÉ	3
1.1. LA FUMÉE DANS L'ENVIRONNEMENT : LE BILAN DE LA RECHERCHE	3
1.2. LE RISQUE DE CANCER DU POUMON ASSOCIÉ À LA FTE.....	4
1.3. LE RISQUE DE MALADIE CARDIOVASCULAIRE ASSOCIÉ À LA FTE	5
1.4. LES ENFANTS VICTIMES DE L'EXPOSITION À LA FTE.....	6
1.5. L'EXPOSITION DE LA POPULATION À LA FTE DANS LES LIEUX PUBLICS	6
1.6. LES RISQUES À LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS DES RESTAURANTS ET DES BARS.....	6
2. LES MESURES DE PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LA FTE	9
2.1. L'EFFICACITÉ DES SYSTÈMES DE VENTILATION POUR ÉLIMINER L'EXPOSITION À LA FTE.....	9
2.2. LES POLITIQUES ANTITABAC AU CANADA.....	9
2.3. LES COÛTS ET LES BÉNÉFICES DES POLITIQUES SANS FUMÉE	10
2.4. LES POLITIQUES SCOLAIRES CONCERNANT LE TABAGISME.....	10
RECOMMANDATIONS SUR LES MESURES DE PROTECTION	11
RECOMMANDATIONS SUR LES POLITIQUES SCOLAIRES CONCERNANT LE TABAGISME	13
3. LES MESURES VISANT LA PROMOTION DU TABAC ET DU TABAGISME	17
3.1. LA PROMOTION DES PRODUITS DU TABAC	17
3.2. POURQUOI CET INTÉRÊT DE FAIRE DE LA PROMOTION DANS LES POINTS DE VENTE?	17
3.3. UN CONSENSUS INTERNATIONAL	18
3.4. EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES ET CANADIENNES EN MATIÈRE DE RESTRICTIONS DE PROMOTION DANS LES POINTS DE VENTE	18
RECOMMANDATIONS SUR LES MESURES VISANT LA PROMOTION DU TABAC ET DU TABAGISME	19
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	21
ANNEXE 1 - DÉFINITION DES CONCEPTS-CLÉS	27
ANNEXE 2 - ÉTUDES ÉVALUANT L'IMPACT ÉCONOMIQUE DES LOIS ANTITABAC SUR L'INDUSTRIE DE LA RESTAURATION ET DES LOISIRS	33
ANNEXE 3 - LES RECOMMANDATIONS DES ORGANISMES DE SANTÉ PUBLIQUE AU SUJET DE LA FTE DANS LES LIEUX PUBLICS	43
ANNEXE 4 - FUMÉE DE TABAC ENVIRONNEMENTALE (FTE).....	49

INTRODUCTION

Des progrès à consolider, un consensus à renouveler

L'adoption de la Loi sur le tabac en 1998 a permis au Québec de franchir des étapes importantes dans la lutte contre ce fléau individuel et collectif qui est responsable chaque année de plus de 13 000 décès au Québec. (Makomaski et Kaiserman, 2004). Les progrès dans la lutte antitabac se reflètent notamment dans la diminution de la prévalence du tabagisme, qui est passée de 34 % à 26 % entre 1998 et 2003.

Le consensus social reflété par la Loi sur le tabac de 1998, adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale du Québec, a fort probablement évolué ces dernières années. On peut penser que la portée et la rigueur de la Loi ne correspondent plus parfaitement aux nouvelles normes sociales de la population québécoise à l'endroit du tabagisme, ni ne traduisent de façon adéquate les nouveaux éclairages scientifiques apportés depuis cette date sur le tabagisme et les méfaits de la fumée de tabac dans l'environnement (FTE).

La FTE est un mélange complexe formé de milliers de produits chimiques sous forme gazeuse ou particulaire émis lors de la combustion du tabac. La fumée du courant secondaire représente entre 50 et 80 % de la fumée produite lorsqu'une personne fume. Elle contient, à volume égal, des quantités plus importantes de toxiques que le courant primaire. On y retrouve notamment deux fois plus de nicotine, jusqu'à 22 fois plus de nitrosamines, (Winstanley *et al.*, 1995; Collishaw *et al.*, 1984), deux fois plus de monoxyde de carbone, 51 fois plus de formaldéhyde et 44 fois plus d'ammoniac que la fumée du courant primaire. Or, les particules de la fumée du courant secondaire sont plus petites que celles contenues dans la fumée expirée par le fumeur. Ceci signifie qu'elles peuvent voyager plus profondément dans les poumons (IARC, 1986) où elles sont susceptibles de causer des dommages encore plus importants.

Depuis la révision de 1998, de nombreux travaux de recherche ont permis d'établir avec encore plus de certitude que l'exposition à la FTE constituait un risque significatif pour la santé d'un grand nombre d'enfants et d'adultes. Au Québec, la FTE est loin de représenter une cause de morbidité et de mortalité négligeable si l'on considère qu'elle devance les victimes d'accidents de la route pour le nombre de décès parmi les adultes québécois.¹ En effet, des estimations conservatrices révèlent que la FTE est responsable du décès par cancer du poumon d'au moins 130 personnes non-fumeuses annuellement au Québec et d'environ 300 décès découlant de cardiopathies ischémiques causées par l'exposition de non-fumeurs à la fumée de tabac. Cette dernière estimation est limitée uniquement à l'exposition en milieu familial et exclut les autres problèmes de santé causés par la FTE (Makomaski et Kaiserman, 2004; De Groh et Morrison, 2003).

¹ Le nombre de victimes de la route (occupants d'une auto ou camion) fut de 412 en 2003 (SAAQ 2004).

Le mémoire de l'Institut national de santé publique du Québec comprend trois parties principales : 1- le tabagisme, la fumée dans l'environnement et ses effets sur la santé, 2- les mesures de protection de la population contre la FTE et 3- les autres mesures visant la réduction du tabagisme, en particulier les restrictions à la promotion et à la vente des produits du tabac. Les parties 2 et 3 se terminent par les réponses de l'Institut national de santé publique du Québec aux questions de la consultation et par une série de recommandations sur les mesures de protection et les restrictions à la vente et à la promotion.

1. LE TABAGISME, LA FUMÉE DANS L'ENVIRONNEMENT ET SES EFFETS SUR LA SANTÉ

1.1. LA FUMÉE DANS L'ENVIRONNEMENT : LE BILAN DE LA RECHERCHE

Les effets dévastateurs du tabagisme sur la santé sont maintenant bien connus. La recherche épidémiologique a établi que l'usage du tabac est responsable d'environ 30 % des décès par cancer dans les pays développés et de 80 à 90 % de tous les décès par cancer du poumon et d'un pourcentage appréciable de décès par cancer de la cavité buccale, du larynx, de l'oesophage et de l'estomac (Organisation mondiale de la santé, 2002). Un grand nombre de cancers sont donc évitables et le meilleur moyen de prévenir les cancers induits par le tabac est d'empêcher la consommation de ce produit sous toutes ses formes.

Depuis une vingtaine d'années, le regard des chercheurs scientifiques s'est tourné de façon croissante vers la FTE et ses effets dommageables sur la santé des non-fumeurs. Au cours des deux dernières décennies, la recherche sur l'effet de la FTE sur la santé humaine n'a cessé d'accumuler les preuves scientifiques accablantes quant à son rôle dans le développement de nombreuses pathologies et aussi sa contribution à la mortalité précoce, tant chez les adultes que chez les enfants.

Les résultats de ces travaux ont confirmé peu à peu les effets hautement toxiques de la FTE sur la santé humaine. De nombreux rapports nationaux et internationaux, dont le *Australia National Health and Medical Research Council* (1987), le *UK Independent Scientific Committee on Smoking and Health* rendu public en 1988 (U.S. Department of Health and Human Services, 1988) et une importante recension des écrits scientifiques réalisée en 1992 par le *US Environmental Protection Agency* (1992), ont documenté ces effets. Dès 1992, Le *US Environmental Protection Agency* classifie la FTE parmi les carcinogènes humains les plus dangereux.

Plus récemment, d'autres organismes, dont l'OMS (2004 et 2002), et le *National Cancer Institute* (2000), ont publié des rapports renforçant le caractère cumulatif des premiers résultats de recherche et, à la fin de l'année 2004, l'*Office of Environmental Health Hazard Assessment* du *California Environmental Protection Agency* publiait la version préliminaire d'une mise à jour de son étude de 1997 faisant le point sur les résultats des travaux scientifiques accomplis depuis la fin des années 1990 (California Environment Protection Agency, 2004).

Présenter sous forme synthétique les résultats d'un si grand nombre de travaux n'est pas chose facile. C'est pourquoi nous avons choisi de présenter le tableau suivant, qui se limite aux effets sur la santé dont la relation causale avec la FTE a été prouvée. Ce tableau provient d'une liste dressée par le *National Cancer Institute (NCI, 2000)* des États-Unis.

Tableau 1 Effets de l'exposition à la FTE sur la santé

TYPES D'EFFETS	PATHOLOGIES ASSOCIÉES DE FAÇON SIGNIFICATIVE À LA FTE
Effets développementaux	Petit poids à la naissance et retard de croissance intra-utérin Syndrome de mort subite du nourrisson
Effets respiratoires	Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez les enfants Induction et exacerbation de l'asthme chez les enfants Symptômes respiratoires chroniques chez les enfants Infections de l'oreille moyenne chez les enfants Irritation des yeux et du nez chez les adultes
Effets cancérigènes	Cancer du poumon Cancer du sinus nasal
Effets cardiovasculaires	Mortalité par maladie du cœur Morbidity cardiovasculaire aiguë et chronique

Source : *National Cancer Institute* (2000). *Environmental Tobacco Smoke. Cancer Facts*.
14 juillet 2000, p. 3.

Cet organisme conclut également que la recherche avait mis en évidence d'autres effets sur la santé qui, pour l'instant, sont considérés comme possiblement associés à la FTE :

- Avortement spontané;
- Retard de développement chez les enfants (cognitif et comportemental);
- Exacerbation de la fibrose kystique;
- Réduction de la fonction pulmonaire.

On peut ajouter que certaines études ont découvert une association entre la FTE et le cancer du col utérin, du sein et de la vessie. Toutefois, le *National Cancer Institute* conclut que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer le rôle exact de la FTE dans la genèse de ces pathologies.

1.2. LE RISQUE DE CANCER DU POUMON ASSOCIÉ À LA FTE

L'association entre la fumée environnementale du tabac et le cancer du poumon a fait l'objet de plusieurs revues scientifiques par divers organismes de santé ces dernières années. Tous sont parvenus à la même conclusion : il existe hors de tout doute une relation causale entre l'exposition à la FTE et le risque du cancer du poumon chez les non-fumeurs.

Le Centre international de recherche sur le cancer (2002) (CIRC) de l'OMS a procédé à un examen exhaustif des travaux sur la relation entre la FTE et le cancer. Dans ce rapport, les 29 experts internationaux consulté par l'OMS ont estimé le risque accru de cancer du poumon chez le conjoint d'un fumeur à environ 20 % chez les femmes et 30 % chez les hommes. Le même rapport mentionne également le risque accru de développer un cancer du poumon chez les personnes n'ayant jamais fumé mais ayant été exposées à la FTE au travail. Dans le cas des personnes exposées à la FTE dans leur milieu de travail, le CIRC a conclu à l'existence d'un risque accru de développer un cancer du poumon de l'ordre de 16 à 19 %.

1.3. LE RISQUE DE MALADIE CARDIOVASCULAIRE ASSOCIÉ À LA FTE

Les dommages causés par la FTE sur la santé cardiovasculaire sont encore plus fréquents si l'on tient compte de la prévalence importante des maladies du cœur et des vaisseaux sanguins dans la population. Les études épidémiologiques démontrent que l'exposition à la FTE a un lien de causalité avec les maladies coronariennes, augmentant de 25 % à 35 % les risques de pathologies coronariennes graves (Centre international de recherche sur le cancer, 2002).

La FTE peut endommager le système cardiovasculaire de façon aiguë ou chronique. Selon différentes études, l'exposition à la fumée secondaire chez les personnes à risque pendant aussi peu que trente minutes peut provoquer des réactions physiques pouvant entraîner des pathologies ischémiques sévères et parfois mortelles (Otsuka, Watanabe, Hirata *et al.*, 2001; Wells, 1994). Les principaux effets incluent l'augmentation de la fréquence cardiaque au repos, la réduction de l'apport d'oxygène au cœur et l'augmentation des niveaux de la carboxyhémoglobine et du monoxyde de carbone dans le sang. Ces effets font craindre que la FTE puisse contribuer à déclencher un infarctus du myocarde chez les personnes présentant d'autres facteurs de risque associés à la maladie coronarienne.

On peut même penser que le fait de se trouver dans un endroit enfumé pourrait provoquer une crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) chez un non-fumeur. C'est en tout cas la possibilité que suggère un article publié dans le *British Medical Journal* en 2004 au sujet de l'impact de l'interdiction de fumer sur les admissions hospitalières, dans la ville d'Helena au Montana (Sargent *et al.*, 2004). Rappelons qu'une interdiction d'usage du tabac a été en vigueur entre juin et novembre 2002 dans cette petite ville du Montana. Cette interdiction a ensuite été abolie en raison d'une contestation judiciaire. Or, pendant la période de six mois qu'a duré l'interdiction, les admissions à l'hôpital local pour infarctus du myocarde ont chuté de 40 %. Suite à ces événements, des responsables de la santé publique rattachés au *Centres for Disease Control* ont estimé que les conclusions de cette recherche étaient suffisamment convaincantes pour émettre un avertissement à l'intention des gens à risque de maladie coronarienne afin qu'ils évitent la FTE. L'avis signale que les membres des familles de ces personnes devraient donc s'abstenir de fumer à la maison ou dans la voiture en leur présence (Pechacek et Babb, 2004).

1.4. LES ENFANTS VICTIMES DE L'EXPOSITION À LA FTE

Au moins 150 études épidémiologiques sur la FTE et ses effets sur la santé respiratoire des enfants ont été publiées au cours des 25 dernières années (OMS-Europe, 2000; OMS, 1999). Plusieurs revues de littérature ont déjà évalué l'ensemble des résultats et un consensus s'en dégage selon lequel la FTE affecte de façon importante le système respiratoire des enfants et entraîne un plus grand risque de développer les pathologies suivantes :

- Écoulement chronique de l'oreille moyenne chez les enfants en bas âge;
- Infections des voies respiratoires inférieures (par exemple, bronchite, bronchiolite et pneumonie) chez les nourrissons et les enfants en bas âge;
- Plus grande fréquence et sévérité des attaques d'asthme chez les enfants asthmatiques;
- Irritation des voies respiratoires supérieures;
- Fonction pulmonaire réduite.

1.5. L'EXPOSITION DE LA POPULATION À LA FTE DANS LES LIEUX PUBLICS

Parmi la population non-fumeuse québécoise, 35,4 % des personnes interrogées en 2001 ont déclaré avoir été exposées à la FTE de façon quasi quotidienne (Statistique Canada, 2001). Au Canada, le pourcentage des non-fumeurs exposé à la FTE se situe à 28,4 %, avec des différences appréciables entre les provinces. Par exemple, la Colombie-Britannique, qui applique des lois restreignant sévèrement le tabagisme dans les lieux publics, affiche un taux d'exposition de seulement 20,1 %. Les lieux d'exposition à la FTE sont la maison, l'auto, différents lieux publics et le travail. Au Québec, les lieux d'exposition les plus fréquents sont les lieux publics puisque chez les personnes qui déclarent être exposées quotidiennement à la FTE, 75,8 % affirment qu'ils le sont lors de leurs allées et venues dans ces lieux.

1.6. LES RISQUES À LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS DES RESTAURANTS ET DES BARS

La recherche tend à démontrer que l'exposition à la FTE est particulièrement préoccupante pour les travailleurs de l'industrie des loisirs et de l'accueil (Henrotin et Jacquet, 2004). Ceux-ci sont en effet exposés à la FTE provenant des clients de ces établissements. Dans le cas d'une personne qui travaille dans un tel commerce, les risques sont beaucoup plus importants puisqu'un individu qui est exposé à la FTE dans un tel lieu présente un risque accru de développer un cancer du poumon variant entre 17 % à 50 % (Centre international de recherche sur le cancer 2002; Brennan, Buffler, Reynolds *et al.*, 2004). Ce sont les travailleurs non-fumeurs des milieux où l'exposition est la plus élevée, soit les commerces des cinq « B », qui font face au risque le plus important (Siegel, 1993; Siegel et Skeer, 2003). Les cinq « B » sont les bars, les salles de billard, les bingos, les salles de quilles et les établissements de jeux.

Pour ce qui est de l'exposition à la FTE parmi la clientèle fréquentant un lieu de divertissement (restaurants, bars et casinos), une étude récente a estimé que les clients non-fumeurs de ces établissements avaient un risque accru d'au moins 17 % (jusqu'à 25 % pour une exposition de longue durée) de développer un cancer du poumon (Brennan, Buffler, Reynolds *et al.*, 2004).

2. LES MESURES DE PROTECTION DE LA POPULATION CONTRE LA FTE

2.1. L'EFFICACITÉ DES SYSTÈMES DE VENTILATION POUR ÉLIMINER L'EXPOSITION À LA FTE

La conception actuelle des systèmes de ventilation ne permet pas de réduire à « zéro » l'exposition des travailleurs à la FTE. Les systèmes de ventilation et l'organisation des lieux permettent cependant de réduire l'exposition sans l'éliminer complètement puisque l'aspiration à la source (dès l'émission de la FTE) est impossible. L'air frais qui arrive par la ventilation doit circuler des zones non-fumeurs vers les zones fumeurs pour ensuite être évacué vers l'extérieur. Il ne doit pas y avoir recirculation de l'air dans les zones non contaminées. Dans le cas d'un fumoir, la pièce doit être en pression négative pour éviter la contamination des locaux contigus lors de l'ouverture des accès.

Il n'existe pas de consensus sur les niveaux d'exposition qui seraient acceptables pour la santé des travailleurs oeuvrant dans les bars et les restaurants. Certains organismes qui s'étaient prononcés sur des débits de ventilation acceptables ont fait marche arrière étant donné que les niveaux d'exposition théoriquement acceptables ne sont pas connus, la FTE faisant partie des substances cancérigènes du groupe A. *L'American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE)* et *l'Occupational Safety and Health Administration (OSHA)* sont deux exemples d'organismes qui n'ont pas établi de niveau d'exposition acceptable pour les États-Unis.

Voulant adopter une approche prudente compte tenu des faits scientifiques sur les risques d'une exposition même limitée à la FTE, plusieurs organismes, États ou pays ont pris comme position de bannir l'usage du tabac dans les bars et les restaurants, éliminant ainsi à la source la FTE à laquelle les travailleurs peuvent être exposés.

2.2. LES POLITIQUES ANTITABAC AU CANADA

Au Canada, les dix provinces et trois territoires ont adopté des mesures de protection contre la FTE dans les lieux publics intérieurs. Elles protègent toutefois leur population à des degrés différents puisque ces lois et règlements ne sont pas tous également contraignants. Cependant, déjà trois provinces, la Saskatchewan, le Manitoba et le Nouveau-Brunswick, et deux territoires, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut, interdisent complètement la cigarette dans les bars et restaurants et les autres lieux publics (Non-Smokers' Right Association, 2005; Centre national de documentation sur le tabac et la santé, 2005). Au Nunavut, il sera interdit de fumer dans les restaurants lorsque l'exemption temporaire de 2 ans dont jouissent les restaurateurs viendra à échéance (le 1^{er} février 2006). Il faut également ajouter que des centaines de municipalités au Canada ont adopté à ce jour des réglementations restreignant ou interdisant l'usage du tabac dans les lieux publics, incluant au moins 30 municipalités où le tabagisme a été interdit dans les bars (Programme Centre national de documentation sur le tabac et la santé, 2005).

2.3. LES COÛTS ET LES BÉNÉFICES DES POLITIQUES SANS FUMÉE

Le bilan des analyses coûts/efficacité des législations pour un environnement sans fumée est très favorable : l'éventail des bénéfices de ces politiques dépasse largement les coûts qu'elles occasionnent parfois aux individus, aux entreprises ou à la société. Ce sont évidemment les non-fumeurs qui bénéficient le plus de ces politiques puisque les lois et règlements portant sur les lieux publics sans fumée font en sorte que les non-fumeurs sont de moins en moins exposés aux risques sanitaires involontaires et autres inconvénients de la FTE.

Mais un deuxième effet bénéfique de ces restrictions – celui-là largement méconnu par la population mais aujourd'hui très bien documenté par la recherche scientifique – est que les politiques pour un environnement sans fumée se traduisent par une réduction significative de la consommation de tabac chez un grand nombre de fumeurs et qu'elles en aident plusieurs à cesser pour de bon leur habitude tabagique. L'ampleur de ces effets a été bien évaluée par une étude de la Banque mondiale qui estime que la consommation de tabac reculerait de plus de 6 % dans les pays à revenus élevés si un niveau de restriction plus sévère était en place partout en ce qui concerne le tabagisme public (Jha et Chaloupka, 2000).

2.4. LES POLITIQUES SCOLAIRES CONCERNANT LE TABAGISME

L'environnement scolaire joue un rôle important dans le développement des normes sociales chez les jeunes. De plus en plus d'observations et de preuves scientifiques tendent à démontrer que les écoles interdisant le tabac dans leur établissement et sur leur terrain participent à un processus de « dénormalisation » du tabagisme.² De telles lois sont en vigueur dans plusieurs provinces canadiennes et États américains ainsi qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande. Au Canada, de telles politiques existent notamment en Saskatchewan et en Ontario depuis un certain nombre d'années (Public Health Services - Saskatoon Health Region, 2003; Ashley, Northrup et Ferrence, 1998). Au Québec, la loi actuelle interdit de fumer à l'intérieur des bâtiments des écoles mais n'impose aucune restriction concernant l'usage du tabac sur les terrains des écoles.

² L'Institut national de la santé publique (2004) définit la dénormalisation comme étant une approche qui vise à modifier les normes sociales liées au tabagisme. Une telle approche peut être opérationnalisée en agissant sur la nature et sur la source de la norme sociale favorable au tabagisme et en modifiant le climat social de même que le cadre juridique, avec l'espoir que le tabac devienne peu à peu moins acceptable, désirable et accessible.

RECOMMANDATIONS SUR LES MESURES DE PROTECTION

Devrait-on interdire de fumer dans les lieux énumérés dans le document de consultation?

Considérant que :

- La FTE est à l'origine de plusieurs pathologies chez les non-fumeurs et contribue à la morbidité et à la mortalité précoce tant chez les adultes que chez les enfants.
- Les risques encourus par les travailleurs et la clientèle lors d'une exposition dans les lieux publics, particulièrement les endroits de divertissement comme les bars ou autres établissements de ce secteur, sont réels et loin d'être négligeables.
- La prise en considération de l'ensemble des conclusions de la recherche milite en faveur de l'élimination complète de la FTE dans tous les lieux publics intérieurs.

L'INSPQ recommande que :

- 1) Le tabagisme soit interdit dans tous les lieux publics intérieurs sur l'ensemble du territoire québécois.
- 2) Le tabagisme soit interdit dans les aires d'entrée et de sortie des établissements dispensant des services de santé et des services sociaux. Cette recommandation est justifiée par les résultats de la recherche montrant que la santé des personnes malades et des personnes présentant divers facteurs de risque est plus susceptible d'être affectée par la FTE.
- 3) La nouvelle loi entre en vigueur six mois après sa promulgation et que ce délai soit inscrit dans la loi, de façon à permettre une période de préparation adéquate à toutes les instances impliquées dans la mise en application de la loi et aussi dans le but de mieux sensibiliser la population et les acteurs directement concernés.

Le pouvoir que la loi confère à un exploitant d'un lieu d'aménager un fumoir doit-il s'appliquer dans chacun de ces lieux?

Considérant que :

- Il n'existe actuellement aucun consensus sur les niveaux d'exposition acceptables pour la santé des travailleurs oeuvrant dans les bars et les restaurants.
- Actuellement, aucun système de ventilation sur le marché ne protège efficacement des effets toxiques de la fumée du tabac.
- La FTE causant des problèmes de santé graves chez les non-fumeurs, mais aussi chez les fumeurs, une politique de santé publique doit s'attaquer à toutes les formes d'exposition à la fumée environnementale du tabac.

- Les employés travaillant dans les restaurants et les bars qui doivent circuler à travers tout l'établissement, y compris dans le fumoir, pour servir et desservir les clients, peuvent être soumis à des niveaux d'exposition très importants.

L'INSPQ recommande :

- 4) De ne pas permettre l'aménagement de fumoirs dans différents lieux publics comme alternative à l'interdiction complète du tabagisme public.

Par ailleurs, l'INSPQ tient à souligner sa préoccupation vis-à-vis certaines situations particulières dans lesquelles le droit des travailleurs à un environnement sain peut sembler en contradiction avec l'autonomie des personnes à l'intérieur de leur milieu de vie. C'est le cas des établissements dont la vocation est de dispenser des services dans un cadre qui s'avère un milieu de vie, par exemple les centres hospitaliers de longue durée ou les centres de réadaptation. L'INSPQ suggère alors que soit envisagée, à titre de mesure d'exception, la possibilité que ces établissements puissent aménager des fumoirs avec des systèmes de ventilation séparés respectant les normes les plus strictes, ce qui permettrait de concilier les droits des résidents et ceux des travailleurs oeuvrant dans ces institutions.

RECOMMANDATIONS SUR LES POLITIQUES SCOLAIRES CONCERNANT LE TABAGISME

Devrait-on interdire de fumer sur les terrains de toutes les écoles primaires et secondaires?

Considérant que :

- L'interdiction du tabagisme sur les terrains des écoles permet de diminuer substantiellement le temps et les opportunités sociales que les élèves ont pour s'initier à la cigarette.
- Le taux du tabagisme est plus élevé dans les écoles qui n'ont pas de politiques interdisant de fumer (Porter, 1982; Pentz, Dwyer, MacKinnon *et al.*, 1989).
- Les politiques sans fumée sur les terrains des écoles poursuivent des objectifs importants du point de vue de la santé publique car elles peuvent favoriser une réduction du tabagisme chez les élèves, contribuer à la dénormalisation et combattre l'initiation à la cigarette, les terrains des écoles étant un endroit où plusieurs jeunes commencent à fumer (Hill et Borland, 1991; Moore, Roberts et Tudor Smith, 2001).

L'INSPQ recommande :

- 5) Que toutes les écoles primaires et secondaires du Québec soient tenues d'appliquer une politique sans fumée sur les terrains extérieurs.

Les ordres d'enseignement primaire et secondaire devraient-ils être l'objet de politiques différentes?

Considérant que :

- Les professeurs sont des modèles importants pour les élèves. Une politique d'environnement sans fumée vise, entre autres, à ce que les élèves ne puissent observer leurs professeurs fumant sur les terrains ou près de l'école, une situation susceptible d'encourager le tabagisme chez les jeunes (Kumar *et al.*, 2001; Poulsen, Osle *et al.*, 2002; Trinidad, Gilpin et Pierce, 2004).
- Les taux de tabagisme augmentent régulièrement entre la première et la cinquième année du secondaire et que plus de 90 % des fumeurs ont commencé à fumer avant l'âge de 18 ans.

L'INSPQ recommande :

- 6) De ne pas introduire dans la loi une distinction entre les niveaux primaire et secondaire. Il est important d'établir un règlement sans fumée pour tous (tous les élèves, professeurs et visiteurs) et en tout temps. Une telle politique constitue une position claire et cohérente du milieu scolaire face au tabagisme et contribuerait à renforcer la mission éducative en ce qui concerne la promotion de saines habitudes de vie.

Quelles seraient les façons de contrôler les difficultés liées à l'application d'une telle interdiction?

Considérant que :

- L'État du Colorado a adopté la Loi interdisant de fumer sur les terrains des écoles en 1994 et suggère certains facteurs clés pour une application efficace de la loi, dont : (Health Policy Guide, 2005).
 - De publiciser la nouvelle politique dans toute la communauté.
 - Bien communiquer la nouvelle politique aux acteurs de chaque école et installer des affiches à cet effet sur les sites.
 - Présenter la nouvelle politique de façon positive.
 - Identifier clairement les conséquences lorsque la politique n'est pas respectée.

L'INSPQ recommande :

- 7) De sensibiliser tous les milieux par différentes activités scolaires et parascolaires et de publiciser la réglementation au moyen d'affiches sur tous les sites visés, de façon à minimiser les problèmes de mise en application, nous recommandons d'impliquer tous les acteurs concernés, notamment les directions d'école, les professeurs et les élèves.

Des mesures transitoires de mise en application seraient-elles appropriées et, si oui, lesquelles?

Considérant que :

- La possibilité d'accorder aux principaux acteurs une période de temps pour se préparer à la mise en application de la loi sur les environnements sans fumée peut être utile dans certains contextes pour favoriser une meilleure information et une plus grande sensibilisation. Il s'agit dans ce cas d'un délai avant la mise en application et non pas de mesures transitoires telles que présentées par l'industrie du tabac.³

L'INSPQ recommande :

- 8) De prévoir une certaine période de temps avant la mise en application de la nouvelle loi en ce qui concerne les mesures touchant les écoles. Ce délai permettrait de faire la promotion de la loi auprès de tous les acteurs concernés, et de sensibiliser les directions d'école, les élèves, les professeurs et les parents. En conséquence, nous recommandons de mettre la loi en application lors de la première rentrée scolaire suivant la promulgation de la loi.

³ Le processus d'adoption des lois par l'Assemblée nationale du Québec permet un tel délai avant l'entrée en vigueur puisqu'un projet de loi a force de loi et entrera en vigueur le jour de sa sanction, à une date ultérieure mentionnée dans le projet de loi ou encore plus tard, à une date fixée par proclamation, si les dispositions de la loi le permettent.

La limitation de la consommation de tabac à une aire précise sur le terrain de l'école constitue-t-elle une mesure appréciable?

Considérant que:

- Les expériences réalisées jusqu'à présent dans différents milieux scolaires tendent à démontrer qu'il vaut mieux interdire le tabagisme sur tout le terrain de l'école (Crow, 1984).

L'INSPQ recommande :

- 9) Que les écoles interdisent le tabagisme sur l'intégralité de leurs terrains et ne prévoient aucune aire désignée pour fumer puisqu'une telle politique vient contrecarrer les principaux bénéfices découlant d'une politique d'environnement sans fumée.

3. LES MESURES VISANT LA PROMOTION DU TABAC ET DU TABAGISME

3.1. LA PROMOTION DES PRODUITS DU TABAC

Dans le but de limiter la visibilité des produits du tabac et d'en diminuer éventuellement la consommation, notamment chez les jeunes, un nombre grandissant de pays adoptent des mesures législatives restreignant entre autres les commandites, la promotion et la publicité des produits du tabac dans les médias. C'est pourquoi l'industrie du tabac a cherché, ces dernières années, à développer de nouvelles façons de contourner ces mesures en adoptant divers moyens de faire la promotion de ses produits, en particulier dans les points de vente. Entre 1987 et 1997, le montant alloué aux stratégies de promotion dans les points de vente aux États-Unis est passé de 856 millions de dollars (33 % des dépenses totales de promotion) à 2,74 milliards de dollars (48 % des dépenses totales de promotion) (Wakefield, 2000). En 2001, 11,22 milliards de dollars ont été dépensés en promotion du tabac aux États-Unis, dont 85 % chez les détaillants (Dewhirst, 2004). Au Canada, la situation est similaire et 53 % des dépenses totales de promotion des produits du tabac auraient été effectuées dans les points de vente en 1996 (Dewhirst, 2004).

La promotion dans les points de vente peut prendre diverses formes : frais payés aux commerçants pour les inciter à vendre un nouveau produit ou à installer leurs produits dans des espaces privilégiés; paiement pour la présence de matériel promotionnel comme des horloges, des affiches, ou autres; réductions de prix pour l'achat de quantités déterminées de produits, etc.

3.2. POURQUOI CET INTÉRÊT DE FAIRE DE LA PROMOTION DANS LES POINTS DE VENTE?

La promotion du tabac dans les points de vente influence l'usage du tabac chez les jeunes. Bien que l'industrie affirme que la promotion n'a pour objectif que de recruter des fumeurs adultes, les études indiquent que moins de 10 % des fumeurs changent de marque de cigarettes (Tilson, 2004). Une étude menée en Californie auprès d'étudiants de la 6^e à la 9^e année a observé que les jeunes exposés au moins une fois par semaine à de la promotion du tabac dans les points de vente étaient 50 % plus à risque d'expérimenter l'usage du tabac (Henricksen, 2004b). De plus, la promotion des cigarettes serait plus présente dans les commerces plus souvent fréquentés par les adolescents, en comparaison des lieux de vente moins visités (Henricksen, 2004a). Le fait que les produits du tabac soient exposés à la vue de tous, à côté des friandises, dans des lieux où sont vendus des produits de tous les jours comme du pain ou du lait indiquent à la population que les cigarettes sont des produits de consommation relativement bénins.

3.3. UN CONSENSUS INTERNATIONAL

Il existe un consensus, tant au niveau national qu'international, sur la nécessité d'adopter des restrictions de la publicité et de la promotion du tabac. Les organismes comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2004), la Banque mondiale (1999) ou les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2001) ont tous reconnu l'impact de la publicité sur la consommation du tabac et se sont tous déclarés en faveur de sévères restrictions ou de l'interdiction totale de toutes formes de publicité, promotion ou parrainage.

3.4. EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES ET CANADIENNES EN MATIÈRE DE RESTRICTIONS DE PROMOTION DANS LES POINTS DE VENTE

L'Irlande a interdit en décembre 2004 toute publicité dans les points de vente et l'étalage est limité à un seul paquet par marque de cigarettes ou à une simple liste montrant une seule image pour chaque marque. L'image ne peut dépasser la taille d'un paquet de cigarettes et la liste doit contenir un avertissement de santé. En Australie, depuis 2002, plusieurs États ont restreint l'étalage des produits du tabac en limitant le nombre de paquets de cigarettes à être exposés dans les points de vente. L'industrie du tabac a répondu à ces mesures en augmentant le nombre de marques disponibles, maintenant de ce fait l'impact visuel des étalages (Canadian Cancer Society, 2002). Depuis 2001, l'Islande interdit toute publicité, considère l'étalage des produits du tabac comme une forme de publicité et à ce titre, l'interdit. Les détaillants doivent garder les produits du tabac derrière le comptoir ou un rideau.

En mars 2002, la Saskatchewan adoptait le *Tobacco Control Act* (Tobacco Control Act, 2001). Cette loi interdit l'exposition des produits du tabac aux points de vente accessibles aux mineurs ainsi que toute affiche non autorisée concernant le tabac. En vertu de cette loi, les produits du tabac doivent être entreposés hors de la vue du public. En août 2002, la majorité des commerces avaient été visités par des inspecteurs de Santé Canada et on ne rapportait pas de problèmes d'application de cette disposition de la loi. Des stores, des rideaux ou des armoires ont été utilisés pour se conformer à l'interdiction d'exposer les produits du tabac. On n'a pas noté de fermeture de magasins ni de congédiement d'employés (Tilson, 2004).

Le manufacturier Rothmans, Benson & Hedges a contesté la loi adoptée par la Saskatchewan. Le gouvernement a eu gain de cause en première instance à l'automne 2002, mais a perdu en Cour d'appel un an plus tard. Le gouvernement de la Saskatchewan a interjeté appel à la Cour suprême du Canada où il a finalement eu gain de cause le 19 janvier 2005. Suivant l'exemple de la Saskatchewan, le Manitoba a apporté des amendements à la loi interdisant la visibilité des produits du tabac en août 2002. Sa mise en application avait été alors suspendue, en attendant l'issue du litige opposant Rothmans, Benson & Hedges à la Saskatchewan. La victoire de la Saskatchewan devrait favoriser l'application de la loi au Manitoba.

RECOMMANDATIONS SUR LES MESURES VISANT LA PROMOTION DU TABAC ET DU TABAGISME

- **Doit-on réduire la présence du tabac dans notre société eu égard à son réseau actuel de distribution et à la promotion que sous-tend ce réseau?**
- **Doit-on interdire la vente de tabac temporaire lors de manifestations diverses ou d'activités sportives, sociales ou culturelles?**
- **Doit-on interdire la vente de tabac par appareil distributeur?**
- **Doit-on intervenir en matière d'étalage des produits du tabac et d'exploitation promotionnelle de ce dernier?**

Considérant que :

- Les compagnies du tabac investissent des sommes d'argent considérables en promotion et publicité du tabac afin d'assurer à leurs produits une présence familière et les rendre socialement acceptables.
- L'industrie du tabac a haussé de façon significative ses budgets de promotion depuis une quinzaine d'années et a augmenté la proportion allouée à la promotion dans les points de vente.
- L'OMS et la Banque mondiale préconisent que, pour que les restrictions de publicité et de promotion du tabac aient un réel impact, il faut qu'elles soient totales.
- L'exposition massive des cigarettes incluant celle aux points de vente transmet l'impression que le tabagisme est plus répandu qu'il ne l'est en réalité.
- La promotion des produits du tabac notamment dans les points de vente, est associée à l'initiation au tabagisme chez les adolescents. Elle peut ébranler la motivation des ex-fumeurs et des fumeurs qui tentent de cesser de fumer et stimuler l'achat spontané, ou de dernière minute, chez de nombreux clients fumeurs.
- La présence des produits du tabac exposés à la vue de tous, à côté des friandises ou des journaux, reflète une image faussement bénigne, loin de son caractère nocif.
- Plusieurs pays ont édicté des mesures pour interdire les étalages des produits du tabac dans les commerces. Chaque fois, l'industrie du tabac a riposté en contestant ces interdictions en cour; cela laisse supposer que ces mesures sont efficaces pour réduire l'usage du tabac.
- En Saskatchewan, durant les huit mois d'application de la loi interdisant totalement toute exposition des produits du tabac dans les points de vente, on a enregistré un taux de conformité très élevé.
- Toutes ces données militent en faveur de réduire au maximum la visibilité et la présence du tabac dans notre société pour contrer l'initiation au tabagisme chez les jeunes, inciter les fumeurs à cesser de fumer et dénormaliser l'usage du tabac.

L'INSPQ recommande :

- 10) Une interdiction totale de la promotion des produits du tabac.
- 11) Une interdiction de vente de tabac temporaire lors de manifestations diverses ou d'activités sportives, sociales ou culturelles.
- 12) Une interdiction de vendre du tabac par appareil distributeur.
- 13) Qu'aucun produit du tabac ne soit visible dans quelque point de vente que ce soit.

- **Doit-on réduire le nombre de points de vente?**
- **Doit-on interdire la vente de tabac dans certains types de lieux comme les centres de loisirs, arénas, garages, bars ou la limiter à certains types de lieux comme les tabagies, épiceries, dépanneurs, etc.? Dans l'une ou l'autre approche, quels types de lieux devrait-on considérer?**

Considérant que :

- La présence envahissante des produits du tabac chez un très grand nombre de détaillants n'est pas compatible avec son caractère nocif pour la santé.
- Cet accès facile et fréquent incite à surestimer la prévalence de l'usage du tabac, un des déterminants du tabagisme chez les jeunes.
- Selon *Pan America Health Organization* (2002), le fait de réduire les types d'institutions qui vendent du tabac facilite l'application des diverses mesures de lutte contre le tabac.
- Toujours selon cette organisation de l'OMS, certaines juridictions auraient envisagé de « limiter la vente des produits du tabac à des points de vente publics ou réglementés, à la manière dont l'alcool est vendu dans certains pays ».

L'INSPQ recommande :

- 14) De réduire le nombre de points de vente de produits du tabac au Québec et de mieux réglementer le réseau de distribution du tabac
- 15) D'interdire la vente de tabac dans les centres de loisirs et les arénas, conformément à l'esprit de la loi interdisant le parrainage des activités sportives et culturelles; il s'agit de ne pas associer des activités de société saines à un produit reconnu nocif, socialement inacceptable
- 16) D'interdire la vente des produits du tabac dans les lieux où il est interdit de fumer, et ce, dans un esprit de cohérence avec les autres articles de la loi.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ashley, M. J., Northrup, D. A. & Ferrence, R. (1998). The Ontario Ban on School Property: Issues and Challenges in Enforcement. *Canadian Journal of Public Health*, 89 (4), 229-232.
- Australia National Health and Medical Research Council (1987). *Effects of Passive Smoking on Health*. Australia Government Publishing Service.
- Banque mondiale (1999). *Maîtriser l'épidémie : l'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*.
- Brennan, P., Buffler, P., Reynolds, P. & al. (2004). Secondhand Smoke Exposure in Adulthood and Risk of Lung Cancer among Never Smokers: A Pooled Analysis of two Large Studies. *International Journal of Cancer*, 109(1), 125-131.
- California Environmental Protection Agency (1997). *CEPA Report: Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke*. Se référer au Site : www.oehha.ca.gov/air/environmental_tobacco/finalets.html. Consulté en février 2005.
- California Environment Protection Agency (2004). *Air Resources Board, Office of Environmental Health Hazard Assessment. Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant*. Rapport préliminaire.
- Center for Disease Control and Prevention (1994). Preventing Tobacco Use among Young People: A Report of the Surgeon General. *MMWR*, 43(RR-4).
- Center for Disease Control and Prevention (2001). Youth Tobacco Surveillance. United States. *MMWR*, 1-84.
- Centre international de recherche sur le cancer (2002). *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*. IARC, Monograph, v.83.
- Centre national de documentation sur le tabac et la santé (2005). *Lois canadiennes sur le tabac*. Conseil canadien pour le contrôle du tabac. Se référer au Site : http://www.ncth.ca/CCTCLAWweb.nsf/MainFrameSet_FR?OpenFrameSet. Consulté le 20 janvier 2005.
- Crow, C. S. (1984). Smoking Areas in School Grounds: Are We Encouraging Children to Smoke? *Adolescent Health Care*, 5, 117-119.
- De Groh, M. & Morrison, H. (2003). La fumée de tabac ambiante et les décès attribuables aux cardiopathies ischémiques au Canada. *Maladies chroniques au Canada 2002*, 23(1), 15-19.
- Dewhirst, T. (2004). POP Goes the Power Wall? Taking Aim at Tobacco Promotional Strategies Utilised at Retail. *Tobacco Control*, 13, 209-210.
- Hammond, R. (2000). Tobacco Advertising and Promotion: The Need for a Coordinated Global Response. Paper prepared for the WHO international conference on global tobacco control law: Towards a WHO framework convention on tobacco control. 7-9 January 2000. New Delhi. Extrait de.

- Health Policy Guide (2005). Tobacco-free Schools. Se référer au Site : <http://www.healthpolicycoach.org/doc.asp?id=3730>. Consulté en février 2005.
- Henricksen, L., Feighery, E. C., Schleicher, N. C., Haladjian, H. H. & Fortmann, S. P. (2004a). Reaching Youth at the Point of Sale: Cigarette Marketing is more Prevalent in Stores Where Adolescents Shop Frequently. *Tobacco Control*, 13, 315-318.
- Henricksen, L., Feighery, E. C., Wang, Y. & Fortmann, S. P. (2004b). Association of Retail Tobacco Marketing with Adolescent Smoking. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2181-83.
- Henrotin, J. B. & Jacquet, F. (2004). *Salariés non-fumeurs et tabagisme passif dans les cafés et les restaurants : mise au point*. INRS. Documents pour le Médecin du travail. No. 98, 2^e trimestre. pp. 201-220.
- Hill, D. & Borland, R. (1991). *Adults' Accounts of Onset of Regular Smoking: Influences of School, Work and other Settings*. Public Health Reports, 106, 181-185. Se référer au Site : <http://tobacco.who.int/repository/tld94/ROSS2000X.doc>. Consulté en février 2005.
- Institut national de santé publique du Québec (2004). *Intégration de la dénormalisation dans la lutte antitabac au Québec : perspectives de santé publique*. Direction développement des individus et des communautés. Québec.
- Jha, P. & Chaloupka, F. (2000). Governments and the Economics of Tobacco control. *IN Banque internationale pour la reconstruction et le développement/BANQUE MONDIALE* (2000). *Curbing the Epidemic*. World Bank, Washington DC.
- Kumar, R., O'Malley, P. M. & Johnston, L. D. (2001) *Relationship Between School Policies To Prevent Tobacco Use and Student's Use and Approval of Cigarettes*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan. Se référer au site : [http://www.uic.edu/orgs/impacteen/generalarea_PDFs/SPR %20presentation_arunkumar.pdf](http://www.uic.edu/orgs/impacteen/generalarea_PDFs/SPR%20presentation_arunkumar.pdf). Consulté en février 2005.
- Makomaski, I. Kaiserman, M. (2004). Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and its Regions, 1998. *Revue canadienne de santé publique*, 95(1), janv.-fév.
- Melero, J. C. (2003). Politiques de prévention du tabagisme dans les entreprises des pays européens, Centre de ressources communautaires. *IN Réseau européen pour la prévention du tabagisme* (2003). *Lieux de travail sans tabac : Pour la santé et le bien-être des personnes au travail*. Centre néerlandais pour la promotion de la santé au travail. Bruxelles. Se référer au Site : <http://www.ensp.org>. Consulté en février 2005.
- Moore, L., Roberts, C. & Tudor Smith, C. (2001). School Smoking Policies and Smoking Prevalence among Adolescents: Multilevel Analysis of Cross-Sectional Data from Wales. *Tobacco Control*, 10, 117-123.
- National Cancer Institute (1999). *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke: The Report of the California Environmental Protection Agency, Smoking and Tobacco Control*. Monograph no. 10, NIH Pub. No. 99-4645. Se référer au Site : http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/nci_monographs/MONO10/MONO10.HTM. Consulté en février 2005.

- National Cancer Institute (2000). *Environmental Tobacco Smoke. Cancer Facts*, p. 3.
- Nielsen, A. C. (2003). *Évaluation de la conformité quant au comportement des détaillants face à certaines restrictions de l'accès au tabac chez les jeunes*. Rapport final.
- Non-Smokers' Right Association (2005). *Provincial and Territorial Smoke-free Legislation, Regulation or Policy*. Se référer au Site : http://www.nsra-adnf.ca/news_info.php?cPath=53&news_id=211. Consulté le 19 janvier 2005.
- Non-Smokers' Right Association. Municipal Smoke-free By-Laws. Se référer au Site : http://www.nsra-adnf.ca/news_info.php?cPath=53&news_id=203. Consulté le 19 janvier 2005.
- Organisation mondiale de la santé (1997). *Tous unis pour un monde sans tabac - L'OMS invite la communauté mondiale à s'unir pour lutter contre l'épidémie de tabagisme et protéger les enfants*. Communiqué de presse. WHO Information, Genève, 28 mai 1997. Se référer au Site : <http://www.who.int/archives/inf-pr-1997/fr/cp97-42.html>. Consulté en février 2005.
- Organisation mondiale de la santé (1999). *WHO Tobacco Free Initiative International. Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health*. WHO/NCD/TFI/99.10. Genève. Se référer au Site : <http://ash.org/who-ets-rpt.html>. Consulté en février 2005.
- Organisation mondiale de la santé (2002). *Résumé d'orientation- Programmes nationaux de lutte contre le cancer : politiques et principes gestionnaires*. 2^e éd. Genève. Bibliothèque de l'OMS. Classification NLM : QZ200. p. XI. Se référer au Site : <http://www.who.int/cancer/media/en/424.pdf>. Consulté en février 2005.
- Organisation mondiale de la santé (2004). *The World Health Organization Tobacco Free Initiative (TFI). Building Blocks for Tobacco Control: A Handbook. Tools for advancing tobacco control in the 21st century*. World Health Organization, Genève.
- Organisation mondiale de la santé. Regional Office for Europe (2000). *Air Quality Guidelines*. Second Edition. Copenhagen, Denmark. p.9.
- Otsuka, R., Watanabe, H., Hirata, K. & al. (2001). Acute Effects of Passive Smoking on the Coronary Circulation in Healthy Young Adults. *Journal of the American Medical Association* 25, 286(4), 436-441.
- Pan America Health Organization (2002). *Developing Legislation for Tobacco Control. Template and Guidelines*.
- Pechacek, T. F. & Stephen Babb (2004). Commentary: how Acute and Reversible are the Cardiovascular Risks of Secondhand Smoke? *British Medical Journal*, 328.
- Pentz, M. A., Dwyer, J. H., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Wang, E. Y. & Johnson, C. A. (1989). A Multi-Community Trial for Primary Prevention of Adolescent Drug Abuse. Effects on Drug Use Prevalence. *Journal of the American Medical Association*, 261, 3259-3266.

- Porter, A. M. W. (1982) Disciplinary Attitudes and Cigarette Smoking: A Comparison of two Schools. *British Medical Journal*, 285, 1725-1726.
- Poulsen, L. H., Osle, M., Roberts, C., Due, P., Damsgaard, M. T. & Holstein, B. E. (2002). Exposure to Teachers Smoking and Adolescent Smoking Behaviour: Analysis of Cross Sectional Data from Denmark. *Tobacco Control*, 11 (3), 246-251.
- Programme Centre national de documentation sur le tabac et la santé (2005). Provinces and Municipalities in Canada with Smoke-free Laws for Restaurants and Bars. Se référer au Site : http://www.ncth.ca/ncth_new.nsf/MAINframeset_FR?OpenFrameSet&Frame=BodyFrame&Src=http://www.ncth.ca/NCTH_new.nsf/0/EA1FBC901272CC7185256F080054AF03?OpenDocument. Consulté en février 2005
- Public Health Services. Saskatoon Health Region (2003). *Tobacco or Health. Report of the Medical Health Officer*. Septembre.
- Réseau européen pour la prévention du tabagisme (2003). Lieux de travail sans tabac : Pour la santé et le bien-être des personnes au travail. Centre néerlandais pour la promotion de la santé au travail. Bruxelles. Se référer au Site : <http://www.ensp.org>. Consulté en février 2005.
- Société de l'assurance automobile du Québec (2004). *Bilan routier*. Dossier de presse. Québec. p. 3.
- Sargent, R. P. Shepard, R. M. & Glantz, S. A. (2004). Reduced Incidence of Admissions for Myocardial Infarction Associated with Public Smoking Ban: Before and After Study. *British Medical Journal*, 328, 977-980.
- Siegel (1993). Involuntary Smoking in the Restaurant Workplace. A Review of Employee Exposure and Health Effects. *Journal of American Medical Association*, 270(4).
- Siegel & Skeer, M. (2003). Exposure to Secondhand Smoke and Excess Lung Cancer Mortality Risk among Workers in the "5 B's": Bars, Bowling Alleys, Billiard Halls, Betting Establishments, And Bingo Parlours. Boston University School of Public Health, Social and Behavioral Sciences Department, Boston (Mass). *Tobacco Control* 2003, 12, p. 333-338.
- Statistique Canada (2001). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Cycle 1.1. (2000-2001)*. Fichier de microdonnées à grande diffusion sur CD Rom. 82M0013XCB. Ottawa.
- Tilson, M. (2004). *Restrictions on the Retail Display of Tobacco Products*. Policy analysis prepared for Smoke-free Nova Scotia. August 2004.
- Tobacco Control Act, Bill NO 56 (2001). extrait de.
- Trinidad, D. R., Gilpin, E. A. & Pierce, J. P. (2004). *Compliance and Support of Smoke-free School Policies*. Health Education Research. 10 pages.
- U. K. Scientific Committee on Tobacco and Health (1998). *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health*. (SCOTH). Department of Health. The Stationery Office.

- U.S. Department of Health and Human Services (1988). *Fourth report of the Independent Scientific Committee on Smoking and Health*.
- U.S. Environmental Protection Agency (1992). Office of Research and Development & Office of Air and Radiation (1992). *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and other Disorders*, EPA/600/6-90/006F, December 1992. Se référer au Site : <http://www.epa.gov/nceawww1/ets/etsindex.htm>. Consulté en février 2005.
- Wakefield, M. A., Terry, Y. M., Chaloupka, F. J. & al. (2000). *Changes at the Point-of-Sale for Tobacco Following the 1999 Tobacco Billboard Ban*. Research paper series, no.4.
- Wells, J. (1994). Passive Smoking as a Cause of Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 24, pp. 546-554.

ANNEXE 1

DÉFINITION DES CONCEPTS-CLÉS

ANNEXE 1

DÉFINITION DES CONCEPTS-CLÉS

DÉFINITION DES CONCEPTS-CLÉS

Il est utile de définir au préalable certains concepts-clés qui sont utilisés tout au long de ce mémoire. Ces concepts sont les suivants :

- Fumée tabagique environnementale;
- Tabagisme involontaire ou tabagisme passif;
- Environnement sans fumée;
- Politiques favorisant la création d'environnements sans fumée;
- Acceptabilité;
- Désirabilité;
- Norme de non-usage.

FUMÉE TABAGIQUE ENVIRONNEMENTALE (FTE)

Pour les fins du présent mémoire, nous avons retenu la définition du Programme de toxicologie du service de santé publique au Département américain de la santé et des services à la population (USDHHS)⁴, qui dans son neuvième rapport sur les cancérigènes, identifiait la FTE comme un cancérigène du Groupe A.

La fumée tabagique environnementale (FTE), ou fumée de tabac ambiante (FTA), est un mélange complexe formé de milliers de produits chimiques sous forme gazeuse ou particulaire émis lors de la combustion du tabac. La FTE résulte en fait de la combustion complète et incomplète du tabac. On distingue deux courants de fumée : primaire et secondaire. Le courant primaire est constitué de la fumée directement aspirée, en principe filtrée et exhalée par le fumeur. Le courant secondaire se dégage de la cigarette entre les bouffées et il est respiré par l'entourage et le fumeur lui-même. Cette fumée résulte d'une combustion incomplète à faible température, ce qui en fait une fumée encore plus toxique que celle inhalée et rejetée par le fumeur.⁵

⁴ U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program (2001). *Report on Carcinogens, Ninth Edition*. Rendu public le 24 juillet 2002.

⁵ Centre international de recherche sur le cancer (CIRC/IARC). Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monograph, v.83, juin 2002.

TABAGISME INVOLONTAIRE (OU TABAGISME PASSIF)

La définition retenue par l'INSPQ est celle de l'Agence internationale de recherche sur le cancer de l'OMS :

« Le tabagisme involontaire (ou passif) est l'exposition à la fumée de tabac ambiante (FTA), à savoir un mélange de fumée exhalée par un fumeur tiers et de fumée dégagée par une cigarette (un cigare, une pipe, etc.) en combustion, dilué dans l'atmosphère. Le tabagisme involontaire entraîne l'inhalation d'éléments cancérigènes (agents causant le cancer) et d'autres éléments toxiques contenus dans la fumée de tabac ambiante. »⁶

ENVIRONNEMENT SANS FUMÉE

Un environnement sans fumée se définit par l'absence dans l'air des produits toxiques et des particules produits par la combustion des produits du tabac dans un lieu intérieur. Un environnement sans fumée est un environnement dans lequel la population n'est pas exposée aux milliers de produits chimiques qui s'échappent du bout allumé de la cigarette et de la bouche des fumeurs.⁷

POLITIQUES FAVORISANT LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS SANS FUMÉE

On entend par politiques favorisant la création d'environnements sans fumée, un ensemble de mesures législatives, réglementaires, exécutives, administratives ou autres ayant pour objectif de prévenir et de réduire l'exposition de la population à la fumée de tabac.⁸ En s'inspirant d'un tel concept pour l'élaboration des politiques sur le tabac, la société reconnaît que tous les citoyens ont droit au même degré de protection de leur santé contre le tabac et la fumée dans l'environnement, c'est-à-dire la meilleure réalisation possible, partout où la société peut intervenir légitimement et efficacement.

ACCEPTABILITÉ

L'acceptabilité ou la non-acceptabilité se définissent comme l'état d'un produit, d'un comportement, d'une idée qui recueille, ou non, l'approbation d'un individu ou d'une population donné(e).⁹

⁶ *Ibid.*

⁷ Conseil canadien pour le contrôle du tabac. « Fumée ambiante ». Centre national de documentation sur le tabac et la santé. Se référer au Site : www.ncth.ca/NCTH_new.nsf/MainFrameSet_FR?OpenFrameSet, consulté le 6 février 2005.

⁸ Organisation mondiale de la santé. « Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ». 2003.

⁹ Office de la langue française. Grand dictionnaire terminologique. Se référer au Site : www.granddictionnaire.com, consulté le 6 février 2005.

DÉSIRABILITÉ

Le concept de désirabilité fait référence à l'attrait que détient une chose, une personne ou une idée. Sous l'angle sociologique, la désirabilité sociale comporte une connotation d'acceptation sociale. « Un individu tend à se conformer aux valeurs, aux croyances, aux opinions généralement acceptées dans le groupe social auquel il appartient ou, au moins, à s'exprimer, à donner des réponses conformes à ces valeurs, pour ne pas perdre l'estime du groupe. »¹⁰ En ce qui concerne le tabagisme, la « désirabilité [...] peut être modifiée en éliminant les liens créés par la publicité et la commandite entre ce produit et le plaisir, le succès, la beauté, la détente, la jeunesse, la liberté. »¹¹

NORME DE NON-USAGE

L'*Institute of Medicine*¹² rappelle qu'en général, les normes sociales ont à la fois un aspect objectif (au sens statistique : ce qui reçoit l'appui de la majorité) et un aspect prescriptif (des guides d'action pour des comportements socialement acceptables selon les valeurs socioculturelles d'une population, à un certain moment). Les normes sont maintenues à la fois par le renforcement informel et les sanctions sociales. Toujours selon l'*Institute of Medicine*, l'émergence d'une norme de non-usage en ce qui touche le tabac reflète deux changements de perception dans la population. D'abord, il y a l'idée qu'il est de plus en plus inacceptable socialement d'exposer les non-fumeurs aux risques associés à la fumée tabagique dans l'environnement. Pour protéger les non-fumeurs, il est donc justifié et même nécessaire de rendre les lieux publics sans fumée. Deuxièmement, l'idée qu'on puisse s'exposer soi-même consciemment aux risques liés au tabagisme devient en soi socialement plus inconfortable.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Institut national de santé publique (2004). « Intégration de la dénormalisation dans la lutte antitabac au Québec, Perspectives de santé publique », juin 2004.

¹² Lynch, Barbara S. et Bonnie, Richard J. (sous la dir.) (1994). « Growing up tobacco free: Preventing nicotine addiction in children and youths ».; Committee on Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths, Institute of Medicine. Première édition.

ANNEXE 2

ÉTUDES ÉVALUANT L'IMPACT ÉCONOMIQUE DES LOIS ANTITABAC SUR L'INDUSTRIE DE LA RESTAURATION ET DES LOISIRS

ANNEXE 2

ÉTUDES ÉVALUANT L'IMPACT ÉCONOMIQUE DES LOIS ANTITABAC SUR L'INDUSTRIE DE LA RESTAURATION ET DES LOISIRS

Scollo et ses collaborateurs¹³ ont recensé les études portant sur l'impact économique des politiques sans fumée dans les restaurants et les bars. Ils ont comparé la qualité et les sources de financement des études, et ce, en relation avec leur conclusion principale quant à l'impact des politiques antitabac. Les chercheurs ont comparé les informations utilisées, la façon dont l'étude a été construite, analysée et interprétée ainsi que ses sources de financement. Ils ont sélectionné 97 études qui mesuraient les changements dans les ventes, l'emploi, le nombre d'établissements, les faillites, l'achalandage, l'argent dépensé, le temps passé dans les établissements, les perceptions des propriétaires sur les coûts et les impacts sur les ventes, et finalement le nombre de touristes fréquentant les lieux.

Ces 97 études portent sur de nombreuses juridictions dans 31 États ou provinces de 8 pays. Trente-quatre d'entre elles portent sur l'impact des lois antitabac sur les bars, et 90 sur les restaurants. Deux études se penchent sur les établissements de divertissement, une sur l'impact des restaurants sans fumée, sur les établissements hôteliers et une dernière sur le tourisme en général. Des études retenues, 38 % utilisaient des mesures objectives de résultats; 32 % étaient financées directement par l'industrie du tabac ou par l'intermédiaire de groupes affiliés.

Les auteurs ont trouvé que la qualité méthodologique des études financées par l'industrie du tabac était nettement plus faible que celle des études indépendantes. Seulement 3 % de ces études ont été publiées dans une revue et révisées par des pairs, comparativement à 38 % pour les études non financées par l'industrie. De plus, aucune des études financées par l'industrie n'a atteint les 4 critères de qualité méthodologique contre 35 % pour les autres études.

Aucune des 21 études qui se conforment aux quatre critères de qualité méthodologique n'a conclu à un impact négatif de l'interdiction de fumer. En fait, quatre de celles-ci ont même démontré un effet positif sur les revenus des bars, des restaurants, des hôtels et du tourisme en général.^{2, 3, 4, 5} Seules quelques études utilisant des critères objectifs ont conclu à des impacts négatifs. Cependant, aucune d'entre elles ne remplit plus de deux critères sur quatre pour la qualité méthodologique. Une seule étude révisée par les pairs démontre des effets négatifs.⁶ Toutefois, l'étude ne repose pas sur des critères objectifs et est subventionnée par l'industrie du tabac.

Les chercheurs ont aussi trouvé une très forte association entre les études qui concluaient à des impacts négatifs et le financement par l'industrie du tabac. En fait, 94 % des études financées par l'industrie concluaient à un impact négatif. Par contre, aucune des 60 études indépendantes du financement de l'industrie ne conclut à des impacts négatifs.

¹³ M. Scollo, A. Lal, A. Hyland, S. Glantz. « Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry ». *Tobacco Control* 2003, vol. 12 . P. 13–20

Les auteurs soulignent enfin qu'*aucune* des 35 études démontrant des impacts négatifs de l'adoption d'une loi antitabac n'a été financée par une source clairement indépendante des compagnies de tabac. Et aucune n'a, à la fois, été révisée par des pairs et ni utilisé des mesures objectives. À l'inverse, les 21 études les plus solides méthodologiquement ont conclu que les lois antitabac n'avaient pas d'impact négatif sur les revenus ou les emplois dans les bars et restaurants.

Les auteurs ont isolé les 39 études ayant utilisé des mesures objectives dans le calcul de l'impact des mesures. Le tableau suivant présente les résultats de ces études incluses dans leur revue.

TABLEAU DES ÉTUDES SUR L'IMPACT ÉCONOMIQUE DES RESTRICTIONS AU TABAGISME DANS LES RESTAURANTS ET LES BARS

	Contrôle les conditions économiques		Ne contrôle pas les conditions économiques	
	Aucun impact ou impact positif	Impact négatif	Aucun impact ou impact positif	Impact négatif
Études financées par des sources extérieures à l'industrie du tabac				
Taxes de vente perçues	Bartosch and Pope (1995) ⁷ ; Bartosch and Pope (1999) ⁸ ; Bartosch and Pope (2002) ⁹ ; Bialous and Glantz (1997) ³ ; *Dresser (1999) ¹⁰ ; Glantz and Charlesworth (1999) ⁵ ; Glantz and Smith (1994) ¹¹ ; Glantz and Smith (1997) ¹² ; Glantz (2000) ⁴ ; Goldstein and Sobel (1998) ¹³ ; Haylett and Huang (2000) ¹⁴ ; Huang <i>et al.</i> (1995) ¹⁵ ; *Hyland <i>et al.</i> (1999) ² ; Hyland (2002) ¹⁶ ; Maroney <i>et al.</i> (1994) ¹⁷ ; Pacific Analytics (2001) ¹⁸ ; Pope and Bartosch (1997) ¹⁹ ; Sciacca and Ratliff (1998) ²⁰ ; Styring (2001) ²¹ ; Taylor Consulting (1993) ²² ; Wakefield <i>et al.</i> (2002) ²³		California State Board of Equalization (1998) ²⁴ ; *City of Boulder (1996) ²⁵ ; Fletcher (1998) ²⁶	
Autres indicateurs de ventes			*Dresser <i>et al.</i> (1999) ²⁷	
Taux d'emplois	*Hild <i>et al.</i> (2001) ²⁸ ; *Hyland and Cummings (1999) ²⁹ ; *Hyland and Tuk (2001) ³⁰ ; Hyland <i>et al.</i> (2000) ³¹ ; Bourns and Malcomson ³²			

	Contrôle les conditions économiques		Ne contrôle pas les conditions économiques	
	Aucun impact ou impact positif	Impact négatif	Aucun impact ou impact positif	Impact négatif
Nombre de commerces	*Hyland and Cummings (1999) ²⁹			
Faillites	Bourns and Malcomson ³²			
Études dont les sources de financement sont inconnues				
Autres indicateurs de ventes				Pubco (2002) ³³
Études menées par des organisations ou des consultants ayant des liens avec l'industrie du tabac au moment de l'étude				
Taxes de vente perçues				*Lilley <i>et al.</i> (1996) ³⁴ , *Masotti <i>et al.</i> (1991) ³⁵ †
Études financées par les compagnies de tabac ou des groupes industriels soutenus par les compagnies de tabac				
Taxes de vente perçues				*Laventhol <i>et al.</i> (1990) ³⁶
Autres indicateurs de ventes				Applied economics (1996) ³⁷
Taux d'emplois				*Lilley <i>et al.</i> (1999) ³⁸ ; *Lilley <i>et al.</i> (1996) ³⁹
Nombre de commerces				*Lilley <i>et al.</i> 1999 ³⁸

Notes : * A utilisé des données dichotomiques plutôt que continues avant et après la mise en œuvre des politiques. † Faible preuve de liens avec l'industrie du tabac

RÉFÉRENCES DES ÉTUDES INCLUSES DANS LE TABLEAU DE SCOLLO ET AL. 2003

- 1 Siegel, M. (1992). Economic Impact of 100 % Smoke-free Restaurant Ordinances. *In: Smoking and Restaurants: A Guide for Policy Makers*. Berkeley: UC Berkeley/UCSF Preventative Medicine Residency Program; American Heart Association, California Affiliate; Alameda County Health Care Services Agency, Tobacco Control Program.
- 2 Glantz, S. & Charlesworth, A. (1999). Tourism and Hotel Revenues Before and After Passage of Smoke-free Restaurant Ordinances. *Journal of American Medical Association*, 281, 1911-18.
- 3 Bialous, S. & Glantz, S. (1997). *Tobacco Control in Arizona*. Institute for Health Policy Studies, University of California. Access date: 8 August 2001. Se référer au Site : www.library.ucsf.edu/tobacco/az
- 4 Glantz, S. (2000). Effect of Smoke-free Bar Law on Bar Revenues in California. *Tobacco Control*, 9, 111-2.
- 5 Hyland, A., Cummings, K. & Nauenberg, E. (1999). Analysis of Taxable Sales Receipts: was New York City's Smoke-free Air Act Bad for business? *Journal Public Health Manag Pract*, 5(1), 14-21.
- 6 Dunham, J. & Marlow, M. (2000). Smoking Laws and their Differential Effects on Restaurants, Bars and Taverns. *Contemporary Economic Policy*, 18, 326-33.
- 7 Bartosch, W. & Pope, G. (1995). *Preliminary Analysis of the Economic Impact of Brooklines Smoking Ban*. Massachusetts: Health Economics Research Inc.
- 8 Bartosch, W. & Pope, G. (1999). The Economic Effect of Smoke-free Restaurant Policies on Restaurant Businesses in Massachusetts. *Journal of Public Health Manag Pract*, 5(1), 53-62.
- 9 Bartosch, W. & Pope, G. (2000). The Effect of Smoking Restrictions on Restaurant Business in Massachusetts, 1992-1998. *Tobacco Control*, 11(suppl. II), ii38-42.
- 10 Dresser, L. (1999). *Clearing the Air*. Wisconsin: Tobacco-Free Wisconsin Coalition.
- 11 Glantz, S. & Smith, L. (1994). The Effect of Ordinances Requiring Smoke-free Restaurants on Restaurant Sales. *American Journal of Public Health*, 84, 1081-5.
- 12 Glantz, S. & Smiths L. (1997). The Effect of Ordinances Requiring Smoke-free Restaurants and Bars on Revenues: A Follow Up. *American Journal of Public Health*, 87, 1687-93.
- 13 Goldstein, A. & Sobel, R. (1998). Environmental Tobacco Smoke Regulations Have not Hurt Restaurant Sales in North Carolina. *North Carolina Medical Journal*, 59, 284-7.
- 14 Hayslett, J. & Huang, P. (2000). *Impact of Clean Indoor Air Ordinances on Restaurant Revenues in Four Texas Cities*. Bureau of Disease, Injury and Tobacco Prevention, Texas Department of Health.
- 15 Huang, P., Tobias, S., Kohout, S., & al. (1995). Assessment of the Impact of a 100 % Smoke-free Ordinances on Restaurant Sales - West Lake Hills, Texas, 1992-1994. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 44, 370-2.

- 16 Hyland, A. (2000). *Before and After Smoke-free Regulations in New Taxable Sales From Eating and Drinking Places in New York State*. New York: Roswell Park Cancer Institute.
- 17 Maroney, N., Sherwood, D. & Stubblebine, W. (1994). *The Impact of Tobacco Control Ordinances on Restaurant Revenues in California*. Claremont, California: The Claremont Institute for Economic Policy Studies.
- 18 Pacific Analytics Inc. (2001). The Economic Impacts of the Proposed Amendment to the ETS Regulation. Access date: 3 August 2001 ». Se référer au Site :: <http://www.worksafebc.com/priority/smoke/pdfs/ecoimpact.pdf>.
- 19 Pope, G. & Bartosch, W. (1997). *Effect of Local Smoke-free Restaurant Policies on Restaurant Revenue in Massachusetts*. Center for Health Economics Research.
- 20 Sciacca, J. & Ratliff, M. (1998). Prohibiting Smoking in Restaurants: Effects on Restaurant Sales. *American Journal of Health Promotion*, 12,176–84.
- 21 Styring, W. (2001). A Study of the Fort Wayne. *IN: Restaurant Smoking Ban: Has it Impacted the Restaurant Business?* Indianapolis: Hudson Institute.
- 22 Taylor Consulting Group (1993). *The San Luis Obispo Smoking Ordinance: Study of the Economic Impacts of San Luis Obispo Restaurants and Bar*. San Luis Obispo, California.
- 23 Wakefield, M., Siahpush, M., Scollo, M. & al. (2002). The Effect of a Smoke-free Law on Monthly Restaurant Retail Turnover in South Australia. *Aust NZJ Public Health*, 2, 375-82.
- 24 California State Board of Equalization. *Report, 13 October 1998*.
- 25 City of Boulder Colorado (1996). Tax Receipt data.
- 26 Fletcher, J. (1998). *An Analysis of Sales Tax Receipts from Restaurants with Bars and Free Standing Bars in Chico, California 1995-1997*. California Department of Health Services, Tobacco Control Section.
- 27 Dresser, J., Boles, S., Lichtenstein, E. & al. (1999). *Multiple Impacts of a Bar Smoking Prohibition Ordinance in Corvallis, Oregon*. Pacific Research Institute.
- 28 Hild, C., Larson, E., Weiss, L. & al. (2001). *Review of Municipality of Anchorage Chapter 16.65 – prohibition of smoking in public places*. Institute for Circumpolar Health Studies.
- 29 Hyland, A. & Cummings, K. (1999). Restaurant Employment Before and After the New York City Smoke-free Air Act. *Journal of Public Health Manag Pract*, 5(1), 22–7.
- 30 Hyland, A. & Tuk, J. (2001). Restaurant Employment Boom in New York City. *Tobacco Control*, 10,199–200.
- 31 Hyland, A., Vena, C., Cummings, K. & al. (2000). The Effect of the Clean Air Act of Erie County, New York on Restaurant Employment. *Journal of Public Health Manag Pract*, 6(6), 76–85.

- 32 Bourns, B. & Malcomson A. (2001). *Economic Impact Analysis of the Non-smoking By Law on the Hospitality Industry in Ottawa*. KPMG LLP Chartered Accountants, November 2002.
- 33 Pubco (2002). *Official figures from Ontario brewers confirm disastrous effects of smoking ban. Pub and Bar Coalition of Ontario.*. Access date: 26 August 2002. Se référer au Site : <http://www.smokeinottawa.com/html/index.html>
- 34 Lilley, W. & DeFranco, L. (1996). *Massachusetts Restaurant Smoking Ban 23 Cities/Towns: Impact on Restaurant Jobs 1993-1995*. Access date: 13 September 2001. Se référer au Site : <http://www.pmoptions.com/images/MassRestaurant.pdf>.
- 35 Masotti, L. & Creticos, P. (1991). *The Effects of a Ban on Smoking in Public Places in San Luis Obispo California*.
- 36 Laventhol & Horwath (1990). *Preliminary Analysis of the Impact of the Proposed Los Angeles Ban on Smoking in Restaurants*. Los Angeles.
- 37 Applied Economics (1996). *Economic Impact of the City of Mesa Smoke-free Ordinance: Working Paper 2*. Access date: 9 August 2001. Se référer au Site : <http://www.pmoptions.com/images/EconomicImpactMesa2.pdf>
- 38 Lilley, W. & DeFranco, L. (1996). *The impact of Smoking Restrictions on the Bar and Tavern Industry in California*. Washington: InContext Inc.
- 39 Lilley, W. & DeFranco, L. (1996). *Restaurant Jobs in New York City, 1993 through First Quarter 1996, and the Restaurant Smoking Ban*. Access date: 13 September 2001. Se référer au Site : <http://www.pmoptions.com/images/RestaurantJobs.pdf>.

ANNEXE 3

LES RECOMMANDATIONS DES ORGANISMES DE SANTÉ PUBLIQUE AU SUJET DE LA FTE DANS LES LIEUX PUBLICS

ANNEXE 3

LES RECOMMANDATIONS DES ORGANISMES DE SANTÉ PUBLIQUE AU SUJET DE LA FTE DANS LES LIEUX PUBLICS

Organisme	Source	Recommandations
Organisation mondiale de la santé	Convention-cadre pour la lutte antitabac	Article 8 - Protection contre l'exposition à la fumée du tabac : 1. Les Parties reconnaissent qu'il est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée du tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort. 2. Chaque Partie adopte et applique l'adoption et l'application des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres mesures efficaces prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics.
All-Party Task Force on Environmental Tobacco Smoke (Manitoba)	« Final Report. Appendix A. Environmental Tobacco Smoke in the Workplace: Recommendations of the Advisory Council on Workplace Safety and Health », 2003.	Interdiction totale de la cigarette dans tous les lieux publics.
U.S. Environmental Protection Agency	National Institutes of Health. National Cancer Institute. « Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders: The Report of the U.S. Environmental Protection Agency ». Smoking and Tobacco Control Monograph Number 4. NIH Publication No. 93-3605, Washington, USA, August, 1993.	La mise en place de politiques exhaustives dans tous les lieux publics
Scientific Committee on Tobacco and Health (UK)	Department of Health. « Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health ». The Stationery Office. London, United Kingdom, March, 1998.	Le tabagisme dans les lieux publics devrait être limité selon les principes de la santé publique. Le degré d'interdiction devrait varier selon les diverses catégories de lieux mais le tabagisme ne devrait pas être permis dans les édifices de services publics ni dans les moyens de transport ailleurs que dans des aires réservées et isolées. Partout où cela est possible, la cigarette devrait être interdite dans les lieux de travail.

Organisme	Source	Recommandations
National Institutes of Health	National Institutes of Health. National Cancer Institute. « Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke: The Report of the California Environmental Protection Agency ». Smoking and Tobacco Control Monograph Number 10. NIH Publication No. 99-4645, Washington, USA, August, 1999.	Encourager les communautés à se doter de réglementations qui exigent des environnements 100 % sans fumée dans tous les lieux publics et les lieux de travail incluant les restaurants et les bars.
International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health	World Health Organization. Tobacco Free Initiative. « International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health: Consultation Report ». WHO Technical Document Number WHO/TFI/99.10. 1999.	Pour protéger les enfants de la FTE, il faut restreindre le tabagisme dans tous les lieux publics.
Action on Smoking and Health	Final Report of The Advisory Committee on Tobacco Policy and Public Health, JULY 1997	Des lois ou règlements devraient être promulgués et mis en application par les gouvernements locaux, étatiques ou nationaux pour éliminer l'exposition à la fumée secondaire. De façon plus précise : - Le tabagisme devrait être interdit dans tous les lieux de travail et lieux de rassemblement publics, particulièrement ceux où se trouvent des enfants. - Le tabagisme devrait être interdit des lieux publics extérieurs où les gens se rassemblent comme les estrades des stades sportifs ou les lignes d'attente. - Les écoles devraient être 100 % non-fumeurs sur l'ensemble du campus. - Le tabagisme devrait être interdit de tous les moyens de transport publics, dont les autobus, les trains et tous les vols arrivant et partant de l'Union européenne. - Le tabagisme devrait être interdit dans tous les lieux de travail fédéraux, incluant le secteur militaire et le Département des vétérans incluant ses hôpitaux.

Organisme	Source	Recommandations
European Network for Smoking Prevention European Network for Smoking Prevention (suite)	John Griffiths. « Smoke-free Workplaces: Recommendations ». European Network for Smoking Prevention. 2001.	Une législation menant à la création généralisée d'environnements de travail sans fumée devrait être introduite prioritairement en laissant la responsabilité de la réglementation au Département du travail. Toute législation doit permettre aux employés de poursuivre leurs employeurs par eux-mêmes ou par l'entremise de leurs représentants s'ils ne se plient pas aux règlements. Alors que les fumeurs protègent la santé des non-fumeurs, il n'en est rien pour la santé des fumeurs. Ainsi, la meilleure option est d'imposer une interdiction totale de fumer. Tous les employeurs de l'Union européenne devraient adopter des politiques qui mèneront à la création d'environnements de travail sans fumée. Les gouvernements doivent reconnaître que plusieurs employeurs ne développeront et n'adopteront pas de politiques antifumée sauf si des pressions extérieures ne les obligent à le faire. Les organismes publics doivent reconnaître leur rôle de modèle et adopter des mesures antitabac basées sur les meilleures pratiques. Les États membres de l'Union européenne devraient soutenir fermement le développement et la mise en application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

ANNEXE 4

FUMÉE DE TABAC ENVIRONNEMENTALE (FTE)

ANNEXE 4

FUMÉE DE TABAC ENVIRONNEMENTALE (FTE)

MÉTHODES D'ÉVALUATION DE L'EXPOSITION

La fumée de tabac environnementale (FTE) contient au-delà de 4000 composés chimiques dont plus de 50 carcinogènes et des mutagènes. On retrouve parmi ceux-ci des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), des amines aromatiques et des composés inorganiques.¹

Plusieurs méthodes d'évaluation permettent de quantifier certains des éléments de la fumée de tabac environnementale (FTE), mais aucune ne couvre l'ensemble des composants émis dans l'air.

Les principaux marqueurs de la FTE retenus dans la littérature sont classés en deux catégories.^{2, 3, 4, 5, 6}

1. Les constituants de la phase particulaire

La majorité des études mesurent les particules respirables en suspension dans l'air (PRS).

Ces particules sont principalement celles $\leq 2,5$ μm , de 3,5 μm et de 10 μm et les hydrocarbures polycycliques aromatiques (HPA).

Ces marqueurs ne sont pas spécifiques au tabac et peuvent provenir de la cuisson des aliments, de la fumée de bois et autres, mais sont acceptés comme marqueurs du niveau de FTE.

Dans les études récentes, certaines matières particulaires plus spécifiques à la combustion du tabac sont extraites des PRS. Il s'agit de :

- Solanesol ou Sol-PM (constituant spécifique de la combustion de tabac);
- Matière particulaire absorbant l'ultraviolet (MPUV);
- Matière particulaire fluorescente (MPF).

2. Les constituants de la phase gazeuse

Certains constituants retenus sont des marqueurs spécifiques au tabac soit :

- Nicotine;
- 3-ethenyl pyridine (produit de la décomposition thermique de la nicotine) (3-EP).

Les hydrocarbures polycycliques aromatiques (HPA) sont également mesurés en phase gazeuse sans être des marqueurs spécifiques du tabac.

Des marqueurs biologiques sont également utilisés pour évaluer le degré d'exposition des travailleurs à la FTE.^{7, 8, 9} Ceux que l'on retrouve le plus fréquemment sont les métabolites de la nicotine dans les fluides corporels soit la cotinine et le 3-hydroxycotinine dans la salive, l'urine et le sang.

La concentration de nicotine dans les cheveux sert également d'indicateur de l'exposition à la FTE.

LA FTE DANS LES RESTAURANTS ET LES BARS : ESTIMATION DES NIVEAUX D'EXPOSITION

Les travailleurs de l'industrie de la restauration, de l'hôtellerie et du jeu sont reconnus comme les travailleurs les plus susceptibles d'être exposés à la FTE.

Siegel (1993) a comparé, à partir d'une revue des études antérieures, les résultats de l'exposition à la FTE des travailleurs dans les restaurants et les bars à celle, d'une part, des individus vivant à domicile où on retrouve un fumeur et, d'autre part, à celle des gens travaillant dans des bureaux sans restriction de fumer. Les travailleurs des restaurants sont de 1,5 à 2 fois plus exposés à la FTE que les deux autres catégories tandis que ceux travaillant dans les bars le sont de 3,9 à 6,1 fois plus.¹⁰

Les travaux plus récents tentent d'évaluer l'exposition des travailleurs à la FTE en mesurant la concentration des principaux marqueurs dans les différents types d'établissement en fonction des mesures mises en place pour réduire la fumée secondaire.^{3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12}

Ces études comparent donc les niveaux d'exposition à la FTE dans les établissements entièrement non-fumeurs (restaurants) avec des établissements ayant des sections fumeurs et non-fumeurs (restaurants) et des endroits où il n'existe aucune restriction concernant la fumée (pubs, bars, clubs de nuit) en tenant compte, la plupart du temps, des systèmes de ventilation mis en place.

La comparaison de ces études est cependant difficile. Des facteurs importants peuvent influencer les résultats et peu de données concernant ces variables sont disponibles. On parle ici du type et de l'efficacité de la ventilation, du nombre de fumeurs et de cigarettes fumées, de la dimension et de l'aménagement des locaux, etc. On a en effet démontré que les concentrations des marqueurs sont directement proportionnelles au nombre de fumeurs et à leur consommation de tabac et inversement proportionnelles aux taux de changement d'air fournis par la ventilation et le volume des locaux pour un même nombre de fumeurs.²

Néanmoins, les résultats disponibles montrent que l'exposition à la FTE diminue selon les endroits en fonction des mesures de restriction de l'usage du tabac combinées aux effets de la ventilation. Ainsi, le niveau de concentration des différents marqueurs diminue selon le schéma suivant : clubs de nuit et discothèques, bars, pubs, restaurants fumeurs, restaurants avec une section non-fumeurs (sans séparation physique) et ceux qui ont des fumeurs distincts et restaurants bannissant le tabac.

Dans la majorité des études, on note que malgré la diminution des concentrations de la FTE dans les restaurants dotés d'aires non-fumeurs, il n'y a pas d'élimination complète des constituants de la fumée de tabac.

LES NORMES ACTUELLES ET LES NIVEAUX D'EXPOSITION ACCEPTABLES

Il n'existe aucun consensus sur les niveaux d'expositions qui seraient acceptables pour la santé des travailleurs oeuvrant dans les bars et les restaurants. Certains organismes qui s'étaient prononcés sur des débits de ventilation pour l'obtention de niveaux d'exposition acceptables ont fait marche arrière étant donné que ces niveaux d'exposition ne sont pas connus. Ainsi, ASHRAE¹³ mentionne que des taux de ventilation spécifiques ne peuvent être déterminés tant que les autorités compétentes n'auront pas statué sur un niveau de risque acceptable.

Face aux risques potentiels pour la santé, plusieurs gouvernements ont pris comme position de bannir l'usage du tabac dans les bars et les restaurants, éliminant ainsi la FTE à laquelle les travailleurs peuvent être exposés. Aux États-Unis, on retrouve les États suivants : Californie, Delaware, Maine, Massachusetts, Rhode Island, Connecticut et New-York². Au Canada¹⁴, ce sont davantage les municipalités telles que Toronto et Ottawa ou des provinces telles le Nouveau-Brunswick et le Manitoba qui ont légiféré à cet effet.

On retrouve aussi des normes (ex. : Colombie-Britannique)¹⁵ qui spécifient la conception de fumeurs dans les bars et les restaurants ainsi que la ventilation nécessaire. On y précise également que les travailleurs doivent avoir le choix de pénétrer ou non dans le fumeur et que la durée d'exposition des travailleurs est limitée à 20 % du quart de travail lors d'entrées intermittentes.

Finalement, pour certains marqueurs, on retrouve dans la littérature certains niveaux d'exposition à respecter :

- 15 µg/m³ pour les PRS inférieurs à 2,5 µm en moyenne sur 1 an avec une limite pour 24 heures de 65 µg/m³ (US federal fine particle standard, NAASQ);²
- 0,5 mg/m³ pour la nicotine (Règlement sur la santé et la sécurité du travail¹⁶ (RSST), Québec);
- Certains HPA ont aussi des normes au Québec. De plus, pour plusieurs de ces contaminants, ce sont des substances dont l'exposition doit être réduite au minimum, conformément à l'article 42 du RSST.

De façon générale, ces niveaux d'exposition sont conçus pour protéger la santé des travailleurs (RSST) ou de la population souffrant de troubles cardiorespiratoires et d'asthme (NAASQ). Ils ne sont pas spécifiques à la FTE.

L'EFFICACITÉ DES SYSTÈMES DE VENTILATION

La conception actuelle de nos systèmes de ventilation ne permet pas de réduire à « zéro » l'exposition des travailleurs à la FTE dans les endroits où les fumeurs sont autorisés. Plusieurs études démontrent que les systèmes de ventilation et l'organisation des lieux permettent de réduire l'exposition à la FTE sans l'éliminer complètement.^{2,4,17} Seul le bannissement complet de l'usage du tabac permet de réduire de façon significative la FTE.^{2,3} Actuellement, une seule étude⁷ a démontré que les concentrations de certains

marqueurs dans une zone non-fumeurs bien ventilée et séparée adéquatement de la zone fumeurs étaient comparables à celles obtenues dans des établissements similaires où l'usage du tabac est interdit.

L'aspiration à la source de la FTE dès son émission étant impossible, il faut se tourner vers la ventilation de dilution pour éliminer la FTE. L'efficacité de la dilution de la FTE dans un local dépend du nombre de changements d'air neuf que peut fournir un système de ventilation. L'air frais qui arrive par la ventilation doit circuler des zones non-fumeurs vers les zones fumeurs pour ensuite être évacué vers l'extérieur. Il ne doit pas y avoir recirculation de l'air aspiré dans les zones non contaminées. Dans le cas d'un fumoir, la pièce doit être en pression négative pour éviter la contamination des locaux contigus lors de l'ouverture des accès.

Voici les types d'organisation physique des lieux et du travail qu'on retrouve dans la littérature^{2, 4, 5, 7, 11} par ordre d'efficacité croissante dans la réduction des niveaux de FTE dans l'air pour les travailleurs des bars et des restaurants :

- Zones non désignées;
- Zones désignées (pour fumeurs et non-fumeurs) non séparées physiquement;
- Zones séparées physiquement (par mur et porte étanches) qui délimitent :
 - Une zone non-fumeurs pour les clients (les travailleurs se promènent d'une zone à l'autre). Les postes de travail sont dans la zone fumeurs;
 - Une zone fumeurs (fumoir) pour les clients où les postes de travail qui sont situés dans la zone non-fumeurs. Les travailleurs ont à pénétrer dans le fumoir;
 - Idem à ci-dessus, mais où les travailleurs n'ont pas à pénétrer à l'intérieur du fumoir.

À l'exception de l'interdiction complète de l'usage du tabac dans un bar ou un restaurant, seule l'utilisation de locaux isolés adéquatement et bien ventilés permet de réduire considérablement l'exposition des travailleurs à la FTE, surtout s'ils n'ont pas à y pénétrer.

RÉFÉRENCES

- 1 Repace, J., Kawachi, I. & Glantz, S. (1999). *Facts Sheet on Secondhand Smoke*. Repace Associates, Inc. Repace.com/facr_exp.html.
- 2 Repace, J. (2004). Respirable Particles and Carcinogens in the Air of Delaware Hospitality Venues Before and After a Smoking Ban. *JOEM*, 46(9), 887-905.
- 3 Centers for Disease Control and Prevention (2004). Indoor Air Quality in Hospitality Venues Before and After Implementation of a Clean Indoor Air Law - Western New York 2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 53(44), 1038-1041.
- 4 Carrington, J., Adrian, F. R. & Watson, L. G. (2003). The Effects on Smoking Status and Ventilation on Environmental Tobacco Smoke Concentrations in Public Areas of UK Pubs and Bars. *Atmospheric Environment*, 37, 3255 – 3266.
- 5 Bohanon, H. R., Piadé, J. J., Schorp, M. K. & Saint-Jalm, Y. (2003). An International Survey on Indoor air Quality, Ventilation, and Smoking Activity in Restaurants: A Pilot Study. *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology*, 13, 378-392.
- 6 Hyvärinen, M. J., Rothberg, M., Kahkponen, E., Mielo, T. & Reijula, K. (2000). Nicotine and 3-Ethenylpyridine Concentrations as Markers for Environmental Tobacco Smoke in Restaurants. *Indoor Air*, 10, 121-125.
- 7 Bergman, T. A., Johnson, D. L., Boatright, D. T., Smallwood, K. G. & Rando, R. J. (1996). Occupational Exposure of Non-smoking Nightclub Musicians to Environmental Tobacco Smoke. *American Industrial Hygiene Association Journal*. 57, 746-752.
- 8 Johnsson, T., Tuomi, T., Hyvärinen, M., Svinhufvud, J., Rothberg, M. & Reijula, K. (2003). Occupational Exposure of Non-Smoking Restaurant Personnel to Environmental Tobacco Smoke in Finland. *American Journal of Industrial Medicine*, 43, 523-531.
- 9 Al-Delaimy, W., Fraser, T. & Woodward, A. (2001). Nicotine in hair of Bar and Restaurant Workers. *New Zealand Medical Journal*, 114, 80-83.
- 10 Siegel, M. (1993). Involuntary Smoking in the Restaurant Workplace. A Review of Employee Exposure and Health Effects. *Journal of American medical Association*, 270(4), 490-493
- 11 Jenkins, R. A., Finn, D., Tomkins, B. A. & Maskarinec, M. P. M. (2001). Environmental Tobacco Smoke in the Non-smoking Section of a Restaurant: A Case Study. *Regulatory Toxicology and Pharmacology* 34, 213-220.
- 12 Brauer, M., & Marnett, A (1998). Restaurant Smoking Restrictions and Environmental Tobacco Smoke Exposure. *American Journal of Public Health*, 88, 1834-1836.
- 13 American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers, Inc. (2004). *Ventilation for Acceptable Indoor Air Quality, ANSI/ASHRAE Standard 62.1-2004*.
- 14 Physicians for a Smoke-free Canada (2004). *Protection from Second Hand Smoke in Canada*. Se référer au Site : www.smoke-free.ca. Consulté en février 2005.

- 15 Workers' Compensation Board of British Columbia (2001). *ETS Guidelines: Condensed for Hospitality Sector*. Se référer au Site : www.worksabec.com. Consulté en février 2005.
- 16 Gazette officielle du Québec (2002). *Règlement sur la santé et la sécurité du travail, décret 885-2001*.
- 17 Cenko, C., Pisaniello, D. & Esterman, A. (2004). A Study of Environmental Tobacco Smoke in South Australian Pubs, Clubs and Cafes. *International Journal of Environmental Health Research* 14(1), 3-11.

