
PLAN QUÉBÉCOIS
DE LUTTE
CONTRE LE TABAGISME
2006 - 2010

Le Québec respire mieux.

Santé
et Services sociaux

Québec 

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document a été préparé par le **Service de lutte contre le tabagisme** de la **Direction générale de la santé publique**.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, communiquez avec le Service de lutte contre le tabagisme :

par téléphone : **1 877 416-8222 (sans frais) ou
646-9334 (région de Québec)**

par télécopieur : **418 646-5789**

ou par la poste : **Service de lutte contre le tabagisme
1000, route de l'Église, bureau 310
Québec (Québec) G1V 3V9**

Le présent document est disponible à la section documentation du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux portant sur la lutte contre le tabagisme à l'adresse suivante :

www.msss.gouv.qc.ca/loi-tabac

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 2-550-47079-6 (version imprimée)

ISBN 2-550-47080-X (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Depuis 1994, le gouvernement du Québec affirme de plus en plus, et de façon non équivoque, son engagement déterminé dans la lutte contre le tabagisme, un des plus sérieux problèmes de santé publique qui affectent la population québécoise. La forte dépendance nicotinique et les effets dévastateurs pour la santé qui sont associés à la consommation des produits du tabac, et plus concrètement de la cigarette, ont amené certaines instances médicales à déclarer officiellement que le tabagisme est une maladie.

Le maintien d'une réduction constante du tabagisme représente un défi de taille. Mais s'il est un défi, parmi tous les défis se posant pour notre société, qui peut être relevé avec optimisme et confiance, c'est celui-là. En repoussant le marketing des produits du tabac aux limites de ce qui est acceptable compte tenu du fait que la consommation du tabac ne peut être interdite et en corrigeant, de façon marquée comme il s'impose, le statut de cette consommation dans notre société, nous pouvons y arriver. Pour ce faire, il faut un leadership gouvernemental fort s'affirmant au centre d'une mobilisation simultanée de plusieurs acteurs issus des divers secteurs de la société, chacun y collaborant d'une façon adaptée à sa dynamique propre.

Le présent document présente, tel que l'indique son titre, le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010. Son contenu expose les principes, les orientations et les visées stratégiques générales du gouvernement du Québec, et plus particulièrement du ministère de la Santé et des Services sociaux, en ce qui a trait à la poursuite, pendant la période désignée, de l'action engagée. Tout en faisant état des convictions toujours plus fermes qui justifient l'existence du Plan, on y réaffirme, tant en principe qu'en choix de stratégies, la nécessité de s'attaquer systématiquement et profondément aux éléments de notre organisation collective qui constituent la matrice culturelle du tabagisme et qui ont un effet déterminant sur la pérennité du problème. Témoignent particulièrement de cette préoccupation les mesures législatives qui ont été adoptées par l'Assemblée nationale en juin 2005 et dont la majorité entrent en vigueur à compter du 31 mai 2006. Les plans d'action annuels qui découleront du Plan s'inscriront en continuité avec les axes d'intervention définis dans le Programme national de santé publique 2003-2012.

Par ailleurs, la démarche québécoise s'inscrit avantageusement dans un mouvement international antitabac dont le dynamisme croît actuellement à un rythme exponentiel. Au cours des prochaines années, ce dynamisme sera alimenté notamment par la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac, laquelle est en vigueur depuis le 25 février 2005 et a été ratifiée par plus de cent quinze pays, dont le Canada, appuyé à cet égard par le Québec.

Souhaitons donc que l'étape 2006-2010 de notre cheminement vers un Québec sans tabac nous rapproche significativement de cet objectif sociétal.

Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
DESCRIPTION DU TABAGISME	9
Prévalence au Québec.....	9
Situation actuelle.....	9
Régression du tabagisme	10
Effets sur la santé.....	12
Morbidité	12
Mortalité	13
Dangers liés à la fumée de tabac dans l'environnement.....	14
« Nicotinomanie »	15
Dynamique sociale du tabagisme	17
Adoption du tabagisme en bas âge.....	17
Prise en compte de l'environnement culturel	17
Intégration du tabagisme dans notre culture.....	17
Incidence sur l'adolescent	19
Incidence sur le jeune adulte.....	19
Incidence sur le fumeur	19
Incidence sur le non-fumeur	20
Rôle des fabricants de produits du tabac.....	20
FONDEMENTS ET ORIENTATIONS GÉNÉRALES	
DE L'INTERVENTION MINISTÉRIELLE CONTRE LE TABAGISME.....	21
Prémises.....	21
Caractère et dimensions de l'intervention	23
Trois grands objectifs	23
Modification profonde des normes sociales.....	23
Approche globale et intégrée.....	24
Individu et environnement.....	24
Trois axes d'intervention	24
Politiques et législation	24
Information, sensibilisation, éducation et soutien.....	25
Mobilisation	25
Facteurs d'influence	26
Éthique	26
Connaissance-surveillance, monitoring, évaluation et recherche.....	26
Illustration de l'intervention québécoise contre le tabagisme	27

OBJECTIFS PARTICULIERS ET STRATÉGIES POUR LA PÉRIODE 2006-2010	28
Politiques et législation	29
Rétrospective sommaire	29
Loi sur le tabac	29
Taxation	31
Financement des aides pharmacologiques de sevrage de la nicotine.....	32
Rémunération des actes médicaux en abandon du tabagisme.....	33
Perspectives 2006-2010 pour l'axe « Politiques et législation »	33
Information, sensibilisation, éducation et soutien.....	35
Rétrospective sommaire	35
Perspectives 2006-2010 pour l'axe « Information, sensibilisation, éducation et soutien »	36
Mobilisation	38
Rétrospective sommaire	38
Perspectives 2006-2010 pour l'axe « Mobilisation »	39
Connaissance-surveillance, monitoring, recherche et évaluation	40
Rétrospective sommaire	40
Perspectives 2006-2010 pour l'axe « Connaissance-surveillance, monitoring, recherche et évaluation »	42
COORDINATION DU PLAN.....	44
CONCLUSION.....	45
RÉFÉRENCES.....	46

L'édition 2006-2010 du Plan québécois de lutte contre le tabagisme, tel qu'il est présenté dans les pages qui suivent, s'inscrit en continuité de l'édition 2001-2005. C'est ainsi que sont réaffirmées la pertinence d'une approche globale et intégrée et la nécessité de la contribution de nombreux acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux à l'atteinte de l'objectif de protéger et d'améliorer la santé de la population québécoise par la réduction des méfaits du tabagisme.

Introduction

Au cours de la dernière période du Plan, des interventions majeures ont assuré la mise en œuvre des orientations et des stratégies qui y figuraient. Mentionnons, notamment, les activités d'implantation et de surveillance de la Loi sur le tabac, l'adoption à l'unanimité par l'Assemblée nationale, en juin 2005, de mesures de renforcement de cette loi, les hausses de taxes sur le tabac, l'intensification de la mobilisation des jeunes contre le tabagisme, la réalisation de campagnes médiatiques visant les jeunes et les adultes dans leur entourage, la mise en œuvre du Plan québécois d'abandon du tabagisme, le soutien à des activités de promotion de l'abandon tabagique ainsi que le développement d'une expertise québécoise en monitoring, recherche et évaluation.

Au chapitre des réalisations québécoises, et non des moindres, on doit prendre en compte le remarquable partenariat établi entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et nombre d'organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et du réseau de la santé et des services sociaux, une collaboration qui est à la base même de la mise en œuvre et de la réussite des interventions auprès des clientèles visées.

Pour la nouvelle phase du Plan, l'horizon 2010 s'est imposé étant donné l'obligation légale qui incombe au ministre de la Santé et des Services sociaux de présenter au gouvernement, au plus tard le 1^{er} octobre 2010, un rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac, notamment en ce qui a trait aux nouvelles composantes de cette dernière adoptées en 2005.

Le présent document s'ouvre sur une description et une analyse du tabagisme comme problème affectant sérieusement la population du Québec. Par la suite, sont affirmés les choix fondamentaux de société qui sont retenus devant ledit problème, des choix qui commandent une intervention globale et intégrée, tant intensive que soutenue.

Visant à la fois la prévention de l'initiation au tabagisme, l'abandon de la consommation du tabac et la protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement, l'intervention s'actualise selon les trois grands axes suivants : 1) politiques et législation, 2) information, sensibilisation, éducation et soutien et 3) mobilisation. De plus, cette intervention comporte un volet qui permet tant d'en soutenir la préparation que d'en apprécier l'effet ; il s'agit du volet « connaissance-surveillance, monitoring, recherche et évaluation ».

Par ailleurs, le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010 se reconnaît comme un appui, sur la scène québécoise, de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac. Partageant la même approche que ce traité international, le Plan manifeste une préoccupation pour la nécessaire mondialisation de la lutte contre le tabagisme.

La production et la diffusion du présent document visent les objectifs suivants :

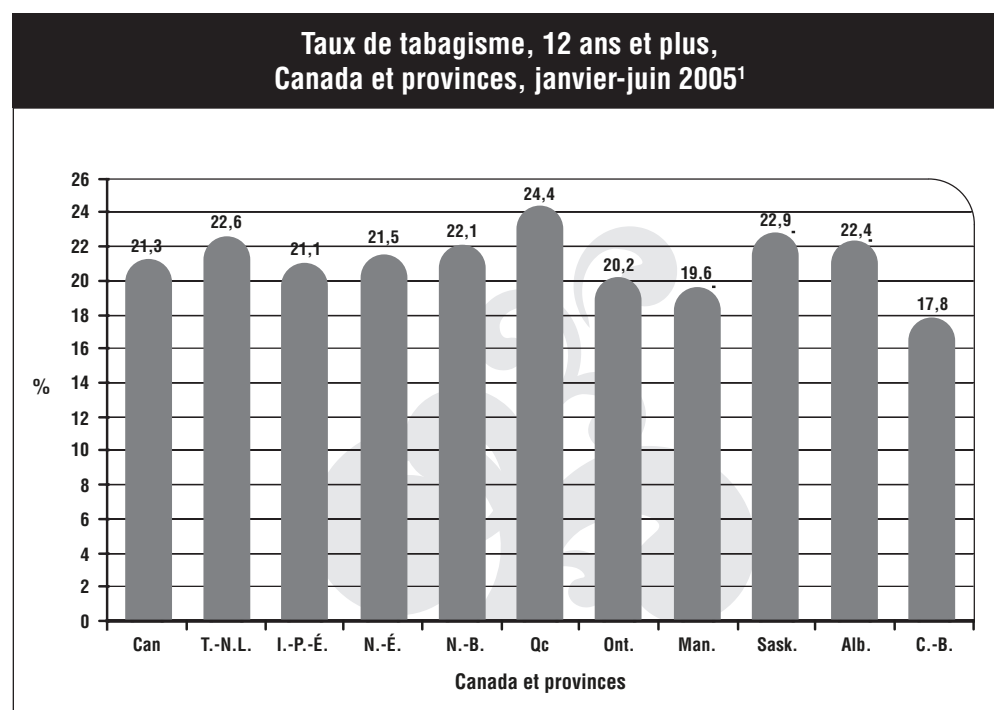
- sensibiliser la population québécoise à l'importance du problème de santé publique que constitue le tabagisme;
- sensibiliser la population québécoise à la pertinence et à l'urgence d'une intervention vigoureuse dans la perspective d'un Québec sans tabac, intervention dont le gouvernement se doit d'assumer le leadership;
- susciter l'adhésion à une mobilisation collective contre le tabagisme, et ce, tant de la part des individus que de la part des organisations agissant dans divers secteurs de la société québécoise;
- informer tant la population en général que les partenaires habituels et potentiels du maître d'œuvre de l'intervention gouvernementale, soit le ministère de la Santé et des Services sociaux, sur les principes, les visées stratégiques et les orientations générales qui guideront l'action de ce dernier au cours des prochaines années;
- favoriser la concertation entre les instances impliquées dans la lutte contre le tabagisme au Québec.

PRÉVALENCE AU QUÉBEC

Situation actuelle

Les résultats de mi-enquête de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005 diffusés par Statistique Canada font état d'un taux de tabagisme de 24,4 % dans la population québécoise âgée de douze ans et plus¹. Ce pourcentage comprend 18,5 % de fumeurs réguliers, quotidiens, et 5,9 % de fumeurs occasionnels. La figure 1 permet de situer le Québec dans l'ensemble canadien.

Figure 1

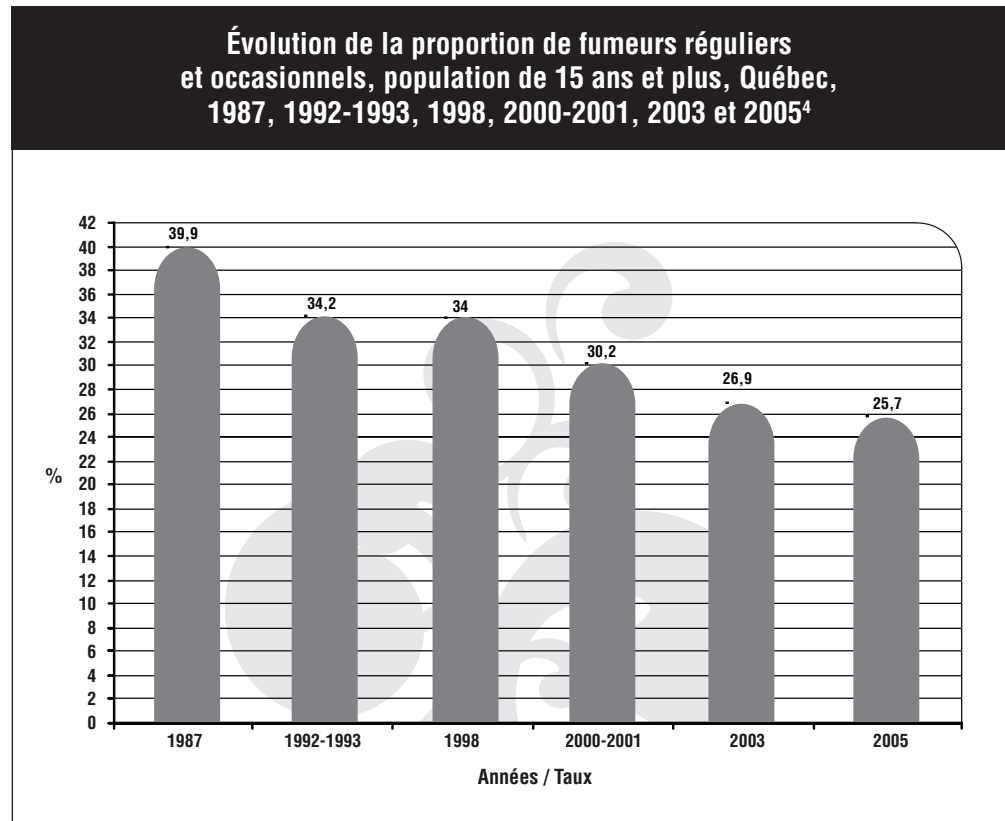


Les 20-24 ans constituent la tranche de la population québécoise présentant le taux de tabagisme le plus élevé. Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 démontrent l'existence du phénomène : 26,7 % de ces jeunes adultes fumaient alors régulièrement, tandis que 8,9 % le faisaient occasionnellement, soit un total de 35,6 %². Ainsi qu'on le voit dans la figure 2, le taux pour l'ensemble de la population était passablement inférieur, soit 26,9 %.

Selon l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire effectuée à l'automne 2004, le taux de tabagisme dans ce groupe était alors de 18,7 %³. Les fumeurs comprenaient 11,1 % de fumeurs actuels, eux-mêmes composés de 7,8 % de fumeurs quotidiens et de 3,4 % de fumeurs occasionnels, et 7,6 % de fumeurs débutants. Le phénomène était plus marqué chez les

Description du tabagisme

Figure 2



filles, puisque 22,9 % de ces dernières consommaient du tabac, comparativement à 14,8 % des garçons. On observait une croissance du taux de consommation entre la première et la cinquième secondaire, ce taux passant de 11,7 % à 29,6 %.

Régression du tabagisme

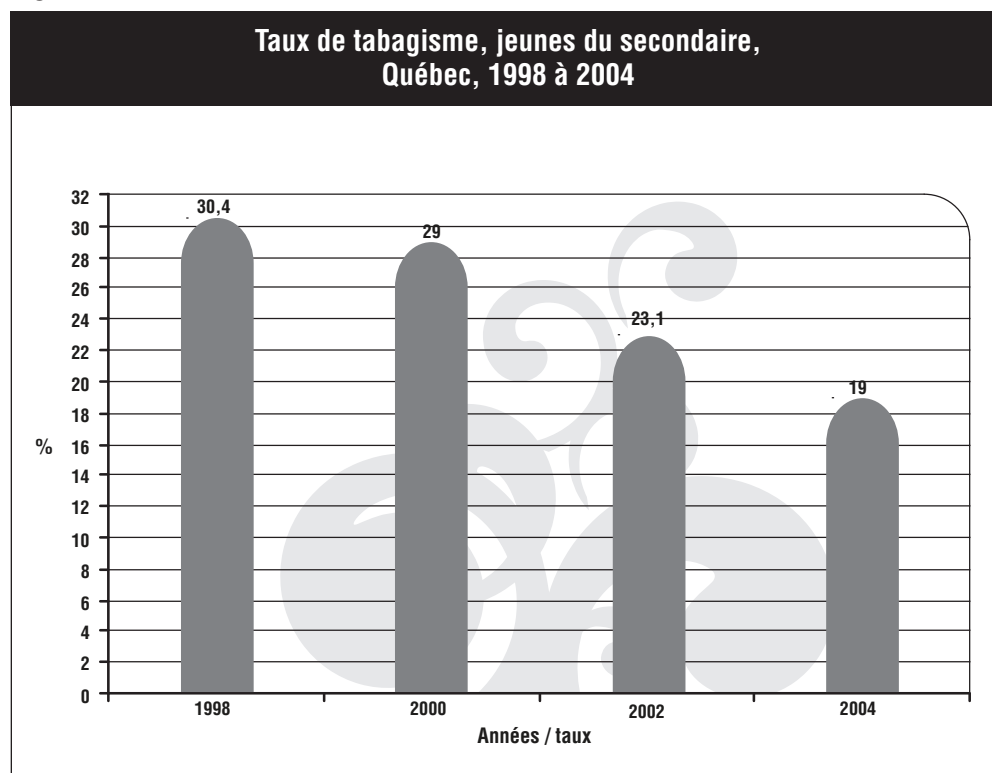
Comme l'illustre la figure 2, le taux de tabagisme dans la population québécoise âgée de 15 ans et plus a baissé significativement depuis 1987⁴. La tendance à la baisse s'observe d'une enquête à l'autre.

La baisse de la consommation de tabac se manifeste également chez les jeunes Québécois de l'enseignement secondaire. Comme l'indique la figure 3, de 30,4 % qu'il était en 1998, le taux de tabagisme chez ces jeunes est passé à 29 % en 2000, à 23,1 % en 2002 et à 19 % en 2004⁵. La diminution touche toutes les années du secondaire et elle se manifeste tant chez les filles que chez les garçons.

La baisse des ventes annuelles de cigarettes est un autre indicateur de la régression du tabagisme au Québec. Par exemple, le volume des ventes est passé de 13 142 253 785 \$ en 1994 à 8 083 722 265 \$ en 2003⁶.

Malgré une tendance à la baisse évidente de la consommation du tabac, la population québécoise demeure tout de même encore marquée par cette dernière.

Figure 3



EFFETS SUR LA SANTÉ

Les données continuent de s'accumuler sur un nombre croissant d'effets du tabagisme sur la santé. Le dernier rapport du *Surgeon General* des États-Unis, rapport intitulé *The Health Consequences of Smoking*⁷, constitue le plus récent bilan scientifique sur le sujet et confirme la tendance. Une version vulgarisée du rapport, s'adressant au grand public, a également été publiée⁸. Une de ses quatre grandes conclusions est que le tabagisme affecte presque chacun des organes du corps humain. Il cause des maladies et il affaiblit la santé du fumeur, plusieurs organes de ce dernier pouvant être touchés simultanément. La recherche en laboratoire permet de plus en plus de comprendre comment se développent ces maladies sur les plans moléculaire et cellulaire.

Morbidité

Selon le rapport du *Surgeon General*, il est démontré que le tabagisme augmente les risques de plusieurs types de cancers en plus de celui, bien connu, du poumon (85 % des cas, jusqu'à vingt fois plus de risques) : vessie, col de l'utérus, œsophage, rein, larynx, bouche, pharynx, leucémie, pancréas et estomac. Par ailleurs, les données suggèrent, sans être cependant concluantes, que les risques seraient également augmentés pour les cancers colorectaux et les cancers du foie. Les risques de cancer augmentent avec le nombre de cigarettes fumées et le nombre d'années pendant lesquelles la consommation s'est poursuivie. Ces risques liés au tabagisme ne sont pas surprenants compte tenu du fait que la fumée de cigarette est constituée d'environ quatre mille substances chimiques, dont une soixantaine sont considérées comme cancérogènes ou sont suspectées de l'être⁹.

Les risques accrus de maladie cardiovasculaire sont également bien documentés : anévrisme de l'aorte, athérosclérose, accident vasculaire cérébral et maladie coronarienne (risques de décès par cette maladie multipliés par quatre). Le quart des maladies ischémiques du cœur sont causées par le tabac¹⁰.

Les maladies et les problèmes pulmonaires sont évidemment augmentés par le tabagisme : maladies pulmonaires obstructives chroniques (bronchite chronique et emphysème, dont 75 % des cas sont liés au tabagisme¹¹), pneumonie, capacité pulmonaire réduite chez l'enfant dont la mère a fumé pendant la grossesse, croissance pulmonaire réduite chez l'enfant et l'adolescent fumeurs, réduction de la capacité pulmonaire chez le jeune adulte et l'adulte, toux chronique, respiration bruyante, asthme chez les enfants et les adolescents.

Le tabagisme affecte la maternité et augmente les risques de fertilité réduite, de mort subite du nourrisson chez les nouveau-nés de mères qui ont fumé pendant et après la grossesse (de trois à quatre fois plus de risques), de faible poids de naissance et d'accouchement prématuré. Un récent rapport de la British Medical Association¹² montre également les effets délétères du tabagisme sur la santé sexuelle et sur la santé reproductive.

Parmi les autres problèmes auxquels s'exposent davantage les fumeurs figurent les cataractes (deux à trois fois plus de risques), les complications respiratoires et de guérison de plaie à la suite d'une opération, les fractures de la hanche chez les femmes en postménopause et une santé plus fragile. Les données scientifiques suggèrent que l'incidence de la dysfonction érectile et de la dégénérescence maculaire (vision) pourrait être augmentée par le tabagisme^{13, 14}.

Le tabagisme entraîne un plus grand absentéisme au travail et une utilisation accrue des services de santé. La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec a constaté que le facteur « tabac » expliquait à lui seul une large part du fardeau accru de l'incapacité observable au Québec au cours de la décennie qui a précédé ses travaux¹⁵. En 2002, au Québec, les coûts directs et indirects de l'usage du tabac ont totalisé 4,0 milliards de dollars, dont 1,0 milliard en coûts directs de santé¹⁶.

Mortalité

Selon l'Organisation mondiale de la santé, une personne meurt d'une affection liée au tabac toutes les 6,5 secondes. Dans le monde, 4,9 millions de personnes en meurent chaque année, et le nombre des victimes devrait doubler au cours des vingt prochaines années, l'épidémie continuant de s'étendre, et ce, surtout dans les pays en développement, où vivent 84 % des fumeurs¹⁷. La moitié des jeunes fumeurs mourront d'une maladie causée par la consommation de tabac, la moitié de ceux-ci décédant avant l'âge de 70 ans et perdant en moyenne 21 ans de vie¹⁸. Dans une cohorte de 34 439 médecins mâles britanniques nés entre 1900 et 1930, les fumeurs sont décédés en moyenne dix ans plus tôt que les non-fumeurs¹⁹. Le nombre de décès prématurés (avant l'âge de 70 ans) serait environ deux fois plus élevé chez les fumeurs à vie que chez les non-fumeurs à vie, tant chez les hommes (2,3) que chez les femmes (1,9)²⁰. Chez les fumeurs canadiens, l'espérance de vie à 35 ans est réduite d'environ 10 à 20 %²¹. Même une consommation quotidienne réduite de cigarettes (une à quatre) peut augmenter la mortalité²².

En 1998, au Canada, la cigarette a fait six fois plus de victimes que l'alcool, les accidents de la route, les suicides et les homicides réunis. Le tabagisme est, et de loin, la principale cause évitable de mortalité²³. Au Québec, la même année, au moins treize mille personnes sont décédées de causes liées au tabagisme. Ces morts représentent 25 % des décès enregistrés pendant l'année²⁴. Le tableau 1 présente certains détails relatifs à cette statistique.

Tableau 1

Mortalité attribuable au tabagisme, par maladie, par sexe, Québec, 1998²⁵			
Maladies	Femmes	Hommes	Total
Adultes (35 ans et plus)	4 500	8 409	12 909
Cancers	1 757	3 809	5 566
Maladies cardiovasculaires	1 590	2 873	4 463
Maladies respiratoires	1 153	1 727	2 880
Enfants (moins d'un an)			
Maladies pédiatriques	13	14	27
Fumée dans l'environnement	126	233	359
Cancers	39	97	136
Maladies ischémiques	87	136	223
TOTAL	4 639	8 656	13 295

Les effets du tabagisme observés à un moment donné découlent de la consommation qui prévalait quelques décennies plus tôt, étant donné la période de latence qui sépare les deux phénomènes. Donc, malgré la baisse du taux de tabagisme au Québec au cours de la dernière décennie, il y a tout lieu de croire que la courbe actuelle de la mortalité associée à la consommation du tabac ne s'est pas sérieusement infléchie en conséquence.

Dangers liés à la fumée de tabac dans l'environnement

La fumée de tabac dans l'environnement est composée de la fumée rejetée par le fumeur après inspiration et de la fumée s'échappant de la cigarette. La fumée qui s'échappe de la cigarette représente au moins 50 % de la fumée de tabac dans l'environnement. Comme elle est produite à une température plus basse que celle générant la fumée inspirée par le fumeur (six cents vs neuf cents degrés centigrades), sa composition diffère de celle de cette dernière. En effet, elle comporte de plus petites particules et présente des concentrations plus élevées de composants chimiques, comme l'ammoniaque (quarante à cent soixante-dix fois plus), le benzène (dix fois plus) et l'aniline (trente fois plus)²⁶. Elle est, et de beaucoup, plus toxique que la fumée inspirée et rejetée par le fumeur²⁷.

Les risques sanitaires, pour les non-fumeurs, de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement sont scientifiquement reconnus. En janvier 2006, l'Agence de protection de l'environnement de la Californie a rendu public un volumineux rapport à ce sujet et a désigné la fumée de tabac dans l'environnement comme « contaminant de l'air toxique »²⁸. Figurent sur la liste de ces risques :

- le cancer des poumons (risque accru de 18 à 32 %). Dans l'édition 2002 du *Report on Carcinogens* américain, la fumée de tabac dans l'environnement est reconnue comme cancérigène²⁹. Le Centre international de recherche sur le cancer de l'Organisation mondiale de la santé l'a également affirmé en 2004³⁰ ;
- le cancer du sein chez les femmes plus jeunes (préménopause) ;
- le cancer des sinus nasaux ;
- les maladies cardiovasculaires (risques accrus de 20 à 50 %). Les risques apparaissent même si la concentration de fumée de tabac dans l'environnement est relativement faible³¹ ;
- la réduction du poids de naissance (20 à 100 g) et le faible poids de naissance (risques triplés chez les enfants de mère fumeuse) ;
- la mort subite du nourrisson ;
- l'asthme (apparition et aggravation) ;
- les problèmes respiratoires (chez les enfants notamment : risques augmentés de 26 à 113 %, tant d'apparition que d'aggravation) ;
- la diminution de la capacité respiratoire ;
- l'irritation des yeux, du nez et de la gorge ;
- l'otite chez les enfants.

Les bébés et les jeunes enfants sont particulièrement affectés par l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement^{32, 33}. Ces effets s'ajoutent aux effets de conditions de vie peu favorables à leur développement optimal³⁴.

L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement aurait fait 359 victimes en 1998 au Québec (voir tableau 1). Le chiffre est prudent, puisque l'exposition en milieu de travail n'a pas été prise en compte dans l'étude d'où émane cette donnée. Plus de 60 % de ces décès sont survenus à la suite de problèmes cardiaques.

Selon plusieurs instances médicales^{35, 36, 37}, la gravité de la situation justifie une interdiction de fumer dans les lieux publics et les milieux de travail fermés.

Les dangers de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement ne sont pas à considérer uniquement dans les lieux clos. Même à l'extérieur, dans certaines conditions (nombre de fumeurs, vitesse du vent, température de l'air, configuration des lieux...), la problématique mérite une attention^{38, 39, 40}.

« Nicotinomanie »

Au cours des vingt dernières années, la recherche a démontré que la nicotine était le facteur pharmacologique essentiel du tabagisme⁴¹. Faisant de la cigarette un produit sournois, elle crée rapidement une dépendance à ce dernier⁴². L'exposition à la nicotine elle-même ne serait à l'origine que d'une faible proportion des maladies en relation avec le tabac. Ce sont plutôt les gaz et les particules nocives du système de délivrance de la nicotine qu'est la cigarette, qui entraînent la grande majorité des maladies dues au tabagisme⁴³.

La dépendance se développe par l'entremise d'un circuit cérébral de « récompense » impliquant la dopamine⁴⁴. La force de cette « nicotinomanie » est comparable à celle engendrée par la consommation de l'héroïne ou de la cocaïne⁴⁵; « la nicotine crée une dépendance foudroyante. Ce n'est pas une hypothèse, c'est un fait⁴⁶ ». L'appréciation de cette toxicomanie chez un sujet est prise en compte dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV) élaboré par l'American Psychiatric Association et dans la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10)⁴⁷. L'American Society of Addictive Medicine considère le tabagisme comme une maladie en soi, les problèmes de santé en découlant étant considérés comme des complications de cette dernière⁴⁸.

Certains comportements des fumeurs illustrent la contrainte que fait peser sur eux leur besoin de la cigarette. Ainsi, au début de 2005, 78 % des fumeurs canadiens consommaient leur première cigarette de la journée dans l'heure qui suivait leur réveil matinal ; pour 28 %, cette consommation se produisait dans les cinq premières minutes de la journée. Au cours des douze mois précédents, 49 % avaient fait au moins une tentative d'abandon du tabagisme, 15 % ayant essayé d'abandonner quatre fois ou plus⁴⁹. Lors d'un sondage effectué au Canada en décembre 2003⁵⁰, 82 % des fumeurs ont déclaré qu'ils avaient l'intention d'essayer d'arrêter de fumer un jour. Le sondage indique également que plus de 80 % des fumeurs regrettent d'avoir commencé à fumer. Les attitudes des fumeurs canadiens ne diffèrent pas de celles des fumeurs américains puisque, en 2000, 70 % de ces derniers souhaitaient abandonner leur consommation⁵¹.

DYNAMIQUE SOCIALE DU TABAGISME

Adoption du tabagisme en bas âge

La consommation du tabac débute en général pendant l'adolescence, voire pendant l'enfance. Les banques de données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes révèlent que, en 2003, 77,5 % des fumeurs québécois réguliers et occasionnels âgés de 18 ans et plus avaient fumé leur première cigarette entière avant l'âge de 18 ans⁵². En ce qui a trait à l'âge du début de l'usage du tabac chez les fumeurs et ex-fumeurs québécois âgés de 12 ans et plus, les banques de données indiquent ce qui suit : 7,2 % ont commencé à fumer entre 5 et 11 ans, 33 %, entre 12 et 14 ans, et 44,1 %, entre 15 et 19 ans. Seulement 14 % d'entre eux ont commencé à fumer à 20 ans ou plus⁵³. Selon l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, à l'automne 2004, les jeunes fumeurs québécois du secondaire avaient fumé leur première cigarette complète à l'âge moyen de 12,3 ans⁵⁴.

Prise en compte de l'environnement culturel

Comment se fait-il qu'une proportion appréciable des jeunes commencent toujours à fumer malgré leur connaissance des dangers de la cigarette? Se pourrait-il que la toxicomanie qu'engendre la consommation du tabac ne soit pas la seule explication du fait que nombre de fumeurs persistent dans cette consommation malgré les sérieux problèmes de santé auxquels elle les expose, voire qu'elle leur inflige? Sans sous-estimer la variété des facteurs qui peuvent influencer l'adoption et le maintien de la consommation du tabac⁵⁵, l'effet déterminant de l'environnement culturel sur ces comportements doit particulièrement être pris en compte. Le tabagisme est d'abord un comportement appris, un apprentissage « permis » et soutenu à divers degrés par la culture qui entoure l'individu⁵⁶; cet apprentissage débouche rapidement sur une toxicomanie de laquelle un affranchissement sera rendu plus ardu par l'effet de forces de dissuasion présentes dans l'environnement culturel. Une analyse de cette dynamique sociale s'impose pour une compréhension complète du problème du tabagisme et une intervention corrective appropriée. C'est une telle analyse qui est présentée sommairement dans les pages qui suivent, et ce, en considérant la situation québécoise avant l'entrée en vigueur, à la fin de mai 2006, des mesures législatives adoptées par l'Assemblée nationale en juin 2005.

Intégration du tabagisme dans notre culture

En général, la maturation de l'enfant et l'évolution de celui-ci vers la vie adulte sont influencées par les normes sociales. Celles-ci sont des règles qui régissent le comportement des individus et organisent les relations de ces derniers entre eux au sein d'une collectivité étendue (nation, communauté ethnique) ou restreinte (famille, entreprise). Liées aux valeurs que partagent les membres de cette collectivité, les normes sociales définissent ce qui est interdit ou autorisé, les façons d'être qui sont acceptables ou non et, par extension, la manière dont on attend qu'un individu agisse ou réagisse dans une situation donnée⁵⁷. Ce qui répond bien aux normes sociales est dit « normal ». De façon générale, le modelage des attitudes et des comportements relatifs au tabagisme est déterminé par cette dynamique^{58, 59}.

Au cours des dernières années, le contexte social québécois a été marqué par des interventions législatives antitabac et, par conséquent, a subi des mutations en ce qui concerne les normes sociales relatives au tabagisme⁶⁰. Mais il existe toujours des messages et des conditions qui incitent le jeune à fumer et qui renforcent ses comportements de fumeur débutant comme de fumeur confirmé. En somme, le tabagisme jouit encore d'une certaine « normalité ».

L'adoption du comportement de fumeur par le jeune est précédée d'une familiarisation avec ce comportement, qu'il découvre étant enfant et qu'il perçoit graduellement, plus ou moins consciemment, comme « normal », voire désirable. Il en est ainsi d'abord parce que le comportement tabagique est très ostensible (comparativement à d'autres comportements admissibles qui le sont moins, telles la consommation d'alcool ou les activités sexuelles) et apparaît omniprésent pour l'enfant ; les fumeurs – lesquels sont encore relativement nombreux – fument à répétition en public dans plusieurs lieux. Parmi ces fumeurs se trouvent même des personnes significatives pour l'enfant : parents, frères ou sœurs, parenté, professeurs, etc., qui consomment du tabac dans ses milieux de vie. Il n'est pas exclu qu'il se fasse offrir des friandises à l'allure de cigarettes et emballées de façon semblable à la manière dont le sont ces dernières.

Évoluant vers l'adolescence, l'enfant est marqué par d'autres caractéristiques de la présence du tabagisme dans son contexte social. Le tabac et le tabagisme sont légaux, alors que les produits dangereux sont habituellement strictement régis par des lois et des règlements, voire interdits. Le tabagisme se retrouve dans toutes les classes de la société et, donc, chez des gens jouissant de prestige et de pouvoir : artistes, politiciens, gens d'affaires, etc. Les médias étalent régulièrement l'image « fumeuse » de ces personnalités. De plus, le tabagisme est souvent associé à des personnages en vue et à des héros dans les productions télévisuelles et cinématographiques. Arrivé au secondaire, le jeune rencontre des pairs, parfois influents, qui fument dans la cour même de l'école et qui peuvent lui fournir des cigarettes.

Par ailleurs, le réseau de vente de cigarettes est ramifié et omniprésent autour du jeune : dépanneurs, épiceries, garages, postes d'essence, restaurants, cantines mobiles, etc. Des points de vente temporaires peuvent même s'installer dans des lieux où se déroulent des événements sportifs. En fait, hormis l'obligation d'inscrire un point de vente de tabac au fichier de la taxe de vente et quelques contraintes comprises dans la Loi sur le tabac, il n'existe aucun contrôle gouvernemental de ce réseau, estimé à environ vingt mille points de vente au Québec, dont le quart seraient des emplacements d'appareil distributeur de cigarettes.

Dans ces points de vente, et notamment dans les dépanneurs, l'exposition des cigarettes est démesurée comparativement à l'exposition dont jouissent la plus grande partie des autres produits de consommation. L'étalage des produits est d'ailleurs le seul volet de la promotion qui n'ait pas fait l'objet de limitations et de contrôle de la part des gouvernements fédéral et québécois.

Incidence sur l'adolescent

Dans le contexte social protabac décrit précédemment, l'enfant devenu adolescent est plus facilement prédisposé à expérimenter la consommation du tabac lorsque ses pairs l'incitent à le faire, tel que cela se produit souvent. La dissuasion de fumer n'est pas impossible⁶¹, mais elle est rendue plus difficile et moins probable. Pour illustrer ce propos, mentionnons que les éditions 1998, 2000, 2002 et 2004 de l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire ont démontré une association significative entre le tabagisme des parents et le statut de fumeur de l'élève du secondaire. Ainsi, en 2004, dans les foyers où au moins un des parents fumait la cigarette, on retrouvait 16,2 % des élèves qui avaient le statut de fumeur actuel et 10,1 % des élèves qui avaient celui de fumeur débutant, alors que ces proportions s'établissaient respectivement à 7,8 % et 6,1 % lorsqu'il n'y avait pas de parent qui fumait⁶².

L'« encouragement » de l'environnement culturel risque de rendre le jeune plus persévérant dans l'apprentissage du tabagisme, même si ses premières expériences de consommation sont plus souvent qu'autrement désagréables. C'est à partir de cette expérimentation répétée que pourra se développer une dépendance nicotinique faisant du jeune un fumeur « accroché », et ce, bien avant que la consommation soit devenue quotidienne^{63, 64}.

Incidence sur le jeune adulte

Il est bien démontré que les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans constituent la tranche de la population qui présente la plus forte proportion de fumeurs et de fumeuses. Ce groupe et sa culture constituent à la fois une référence pour les plus jeunes et la prochaine génération de parents, des caractéristiques qui font dudit groupe une cible de choix pour qui veut propager le tabagisme. On constate d'ailleurs que les bars, des endroits très fréquentés par ces jeunes et où l'interdiction de fumer n'est pas retenue par les exploitants, sont l'objet de stratégies promotionnelles intensives qui vont au moins à l'encontre de l'esprit des lois limitant la promotion protabac et qui ont été particulièrement remarquées à cause de la présence des « *cigarette girls* »⁶⁵. Ainsi, le jeune adulte non fumeur fréquentant les bars subit de nouveaux « assauts » visant à le convaincre de fumer.

Incidence sur le fumeur

L'environnement culturel actuel agit encore trop en renforcement du comportement du fumeur et rassure ce dernier en ce qui a trait à son identité. Cet effet s'ajoute à celui de la dépendance à la nicotine, cette accumulation rendant encore moins probable la considération d'une démarche d'abandon de la consommation ou, dans l'éventualité d'une telle démarche, la réussite de cette dernière.

Incidence sur le non-fumeur

Ce même environnement est également plus susceptible de « produire » un adulte qui, même non fumeur, sera indifférent ou tolérant à l'égard du tabagisme comme problème de santé publique. Par ailleurs, il comporte nombre de stimuli plus significatifs pour un ex-fumeur, ce qui ne facilite certainement pas la persévérance de ce dernier dans son abstention de fumer, souvent difficilement atteinte.

Rôle des fabricants de produits du tabac

Cette présence des produits du tabac et du tabagisme dans notre société n'est pas le fruit du hasard. Si la consommation du tabac existe depuis des siècles, il en va tout autrement du phénomène du tabagisme tel que nous le connaissons aujourd'hui et qui se caractérise par une consommation massive du tabac sous forme de cigarettes. C'est dans le dernier quart du dix-neuvième siècle que le virage s'est fait, alors que les cancers du poumon étaient rarissimes⁶⁶. La fabrication mécanique de la cigarette a vu le jour aux États-Unis et a donné un élan sans précédent à l'industrie du tabac et à la consommation du tabac. Dans les décennies qui ont suivi, une puissante « machine » de marketing a été développée par les fabricants des produits du tabac et a poussé la consommation des cigarettes jusqu'à des sommets à la fin des années cinquante ; en même temps s'est installée dans l'espace économique une industrie du tabac qui a pris par la suite de plus en plus de place : cultivateurs, fabricants, grossistes, importateurs, distributeurs, détaillants, entreprises de publicité, médias, etc. Les normes sociales favorables au tabagisme sont donc notamment le fruit de l'action des fabricants des produits du tabac, une action par ailleurs plus performante du fait qu'elle concerne un produit créant une dépendance.

La croissance des données médicales et scientifiques incriminantes pour les produits du tabac, laquelle plaçait les activités des fabricants dans un contexte éthique de moins en moins confortable, n'a cependant pas empêché ces derniers de promouvoir et de défendre la consommation de leurs produits. Pour ce faire, ils ont pu compter sur un fort pouvoir financier, sur une orchestration internationale et sur des interventions promotionnelles parfois à la limite d'une interprétation contestable de la lettre des lois⁶⁷, tout cela parce que, comme l'affirme Richard Pollay, spécialiste international du marketing du tabac, « les compagnies de tabac veulent à tout prix s'intégrer dans notre environnement culturel »⁶⁸.

La présente section traite des éléments qui motivent et déterminent l'intervention du ministère de la Santé et des Services sociaux dans la lutte contre le tabagisme.

PRÉMISSSES

Partant notamment de l'analyse et de l'appréciation de l'information contenue dans les pages précédentes, les prémisses d'intervention suivantes sont retenues :

- La cigarette est à coup sûr un produit dangereux et toxicomanogène. Il n'existe pas de seuil sécuritaire de consommation⁶⁹. Qui plus est, la cigarette est le seul produit légal qui tue lorsqu'il est consommé comme prévu par le fabricant⁷⁰. C'est là une donnée qui, notamment, place le tabagisme en marge d'autres problèmes de santé publique liés à la consommation de produits, y compris l'alcoolisme⁷¹. Comme le statuait le juge Eugene Bogan, de l'État du Mississippi, dans son jugement rendu en mai 1993⁷², les cigarettes sont, en termes juridiques, déraisonnablement dangereuses pour la consommation humaine. Inventées aujourd'hui avec un tel profil, elles seraient interdites compte tenu des balises et politiques gouvernementales actuelles à l'égard du traitement des produits dangereux⁷³.
- La prévalence du tabagisme au Québec est telle que ce tabagisme constitue un sérieux problème de santé publique.
- Un problème social est une situation qui, bien qu'elle affecte des individus, relève aussi de causes collectives⁷⁴. La problématique du tabagisme comporte une importante dimension sociale. Il est en effet difficile de demeurer indifférent aux particularités et aux conditions de notre organisation collective qui rendent possible la perpétuation d'un pareil phénomène. Ce qui rend d'autant plus troublant ce dernier, c'est d'abord le fait qu'il met en cause les jeunes, ceux-ci constituant la masse des nouveaux fumeurs et assurant la pérennité du problème ; la Société canadienne de pédiatrie qualifie d'ailleurs le tabagisme de « maladie pédiatrique⁷⁵ ».
- Le tabagisme est un phénomène qui n'a pas sa raison d'être, et son existence apparaît aujourd'hui comme une erreur de développement des sociétés⁷⁶.
- La consommation et la fabrication de cigarettes ne peuvent être interdites compte tenu du fait qu'une trop forte proportion de la population vit une dépendance à ce produit ; une interdiction dans ce contexte entraînerait certainement des problèmes sociaux à grande échelle (consommation illégale, contrebande, criminalité, etc.) qui constitueraient un prix trop élevé pour les effets de réduction du tabagisme qui pourraient en découler. Le maintien de la légalité est donc un « mal nécessaire », et une fourniture de tabac doit être assurée à ceux qui fument. On gardera cependant en tête que « légalité » n'est pas nécessairement « légitimité »⁷⁷.
- Tout doit être mis en œuvre afin de réduire constamment, et à un rythme aussi rapide que possible, le taux de tabagisme.
- La protection contre les dangers de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement s'impose, le droit à un air sain primant sur le droit de fumer n'importe où⁷⁸.
- Les fumeurs ont droit à des services qui les aideront à réussir le sevrage nicotinique qu'une forte proportion d'entre eux souhaite.

Fondements et orientations générales de l'intervention ministérielle contre le tabagisme

- Compte tenu du rôle évident de l'industrie du tabac dans l'existence et la pérennité du tabagisme, la lutte contre ce dernier doit notamment passer par le contrôle et la limitation de l'intervention de cette industrie, notamment des fabricants de produits du tabac⁷⁹. L'expérience commande que ce contrôle et cette limitation soient serrés et vigilants.
- La nature et l'ampleur des changements à provoquer font appel à la responsabilité de l'État, lequel a « une obligation de fiduciaire de la santé publique⁸⁰ ». La lutte contre le tabagisme figure donc pertinemment dans le Programme national de santé publique 2003-2012 avec l'objectif de réduire à 18 % la proportion des personnes âgées de 15 ans ou plus qui consomment du tabac⁸¹.

CARACTÈRE ET DIMENSIONS DE L'INTERVENTION

Un certain nombre de principes guident l'élaboration de l'intervention gouvernementale québécoise contre le tabagisme.

Trois grands objectifs

Trois objectifs généraux motivent l'intervention : 1) prévenir l'initiation au tabagisme, 2) encourager et soutenir l'abandon des habitudes tabagiques, 3) assurer la protection des non-fumeurs contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement. Alors que les deux premiers objectifs sont plus directement en rapport avec la diminution du tabagisme, le troisième traduit la préoccupation de protéger la population non fumeuse tant et aussi longtemps que le tabagisme sera présent. Il va de soi que l'atteinte d'un de ces objectifs concourt, à divers degrés, à l'atteinte des deux autres.

Modification profonde des normes sociales

Un message portant sur la santé, plus particulièrement dans les milieux familial et scolaire, n'aura du succès que s'il est en concordance avec le message que véhicule la société en général, au quotidien. Compte tenu de la dynamique sociale du tabagisme explorée dans les pages précédentes, la lutte contre le tabagisme doit passer obligatoirement par une modification des éléments de l'environnement social qui alimentent l'épidémie tabagique⁶². Cela est aujourd'hui reconnu par toutes les autorités en la matière^{63, 64}, les experts consultés par l'Organisation mondiale de la santé le soutenant depuis longtemps⁶⁵.

La « débanalisation » et la « dénormalisation » tant de la mise en marché que de l'usage de la cigarette constituent les objectifs stratégiques de fond de la lutte contre le tabagisme. Le statut de la cigarette dans notre société doit être transformé de façon qu'il soit à la mesure des conséquences sanitaires, économiques et sociales de la consommation de ce produit. Un tel changement appelle une modification profonde des normes sociales relatives au tabagisme, ce qui, comme tout changement de normes sociales en général, ne se fait pas spontanément. Le port de la ceinture de sécurité et la consommation d'alcool au volant sont des exemples de comportements qui ont été touchés par des changements marqués de normes sociales au cours des dernières décennies.

On doit reconnaître que la « dénormalisation » du tabagisme est en cours dans plusieurs parties du monde, y compris au Québec. Depuis les années cinquante, la connaissance croissante des effets délétères du tabagisme a contribué à en réduire la normalité et, en conséquence, a entraîné une réduction de la consommation des produits du tabac. La tendance s'est accentuée à mesure qu'un nombre croissant de gouvernements ont pris en compte, peut-être tardivement, les responsabilités qui leur incombent au regard de cette question de santé publique et ont implanté des mesures de lutte contre le tabagisme, notamment par voie législative. Beaucoup reste cependant à faire pour ériger l'abstinence tabagique en norme sociale dominante.

Approche globale et intégrée

Les racines culturelles du problème du tabagisme rendent exigeants, tant en nature qu'en intensité et en persistance, les efforts à fournir pour le combattre. La recherche spécialisée, les connaissances en marketing et en promotion de la santé, les leçons tirées d'expériences gouvernementales de lutte contre le tabagisme (Finlande, France, Canada, Norvège, Australie, États américains de la Californie, du Massachusetts et de la Floride, etc.), les révélations d'anciens employés de fabricants de produits du tabac et l'étude de la documentation interne de l'industrie du tabac ont permis l'élaboration et la diffusion de cadres stratégiques d'intervention efficaces.

Des stratégies diverses et complémentaires, attaquant en synergie toutes les facettes du problème, doivent être déployées intensivement et simultanément. Une approche globale et intégrée apparaît comme le principe maître à respecter et fait consensus^{86, 87}. C'est la façon indiquée de lutter contre l'approche globale qu'exploite également l'industrie du tabac par son marketing. La Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac en est une application éloquentes⁸⁸. Le Québec souscrit à une telle approche et entend concrétiser celle-ci selon les paramètres suivants.

Individu et environnement

La globalité de l'intervention et la préoccupation à l'égard du changement des normes sociales se manifestent d'abord par la simultanéité de la sollicitation de l'individu et de la modification de l'environnement de cet individu. Même si la responsabilisation de l'individu a été pendant trop longtemps la seule préoccupation en promotion de la santé, il demeure qu'elles ne peuvent être ignorées dans tout processus de planification d'un changement de comportement. Les connaissances actuelles permettent d'ailleurs des interventions plus efficaces dans ce domaine.

Trois axes d'intervention

L'intervention s'actualise fondamentalement selon les trois axes suivants, lesquels ne sont pas absolument hermétiques les uns par rapport aux autres : 1) politiques et législation, 2) information, sensibilisation, éducation et soutien, 3) mobilisation. Plus ou moins directement et à des degrés variables, les stratégies qui seront définies selon ces différents axes visent, d'une part, chacun des trois objectifs généraux nommés plus haut et, d'autre part, l'individu et l'environnement.

• Politiques et législation

Cet axe concerne les mesures législatives adoptées par l'Assemblée nationale, les diverses politiques adoptées par les différents ordres de gouvernement et les politiques organisationnelles mises en place dans divers secteurs de la société. Ces interventions sont particulièrement indiquées pour assurer des mutations de l'environnement culturel relativement aux composantes protabac de ce dernier.

C'est notamment par la législation et la réglementation que s'effectuent les nécessaires limitations et contrôle de l'intervention de l'industrie du tabac, notamment en ce qui a trait à la vente et à la promotion du tabac. Des mesures comme la taxation des produits du tabac et les restrictions de l'usage du tabac constituent des modifications environnementales qui influencent directement les comportements. Certaines politiques peuvent soutenir l'individu dans les choix qu'on l'incite à privilégier, particulièrement en ce qui a trait au soutien à l'abandon du tabagisme.

• **Information, sensibilisation, éducation et soutien**

Les stratégies relatives à cet axe visent davantage l'individu, puisqu'elles ont pour objectif de l'amener à modifier favorablement ses attitudes et ses comportements à l'égard du tabagisme. La multiplication de tels cheminements personnels contribue à entretenir une conscience collective du problème. La diffusion d'information et de messages par les communications de masse et la documentation est à la base de l'intervention à cet égard. Divers services d'information et de soutien peuvent apporter une aide plus individualisée à celles et ceux pour lesquels elle s'avère utile, voire nécessaire.

Les sujets pouvant être couverts par l'intervention sont variés : prévention du tabagisme, méfaits du tabagisme, méthodes, services et bienfaits relatifs à l'abandon du tabagisme, effets néfastes de la fumée du tabac dans l'environnement, Loi sur le tabac, positions et interventions gouvernementales, etc.

Des clientèles particulières peuvent être ciblées : population en général, jeunes, parents, jeunes adultes, fumeurs, femmes, femmes enceintes, travailleurs, etc. Les moyens pour joindre celles-ci sont multiples : documentation tant sur support papier que sur support informatique, campagnes médiatiques, activités thématiques, animation, interventions dans des milieux particuliers (écoles, milieux de travail...) matériel promotionnel, relations publiques, services, etc.

• **Mobilisation**

La lutte contre le tabagisme et l'actualisation du Plan québécois de lutte contre le tabagisme ne peuvent pas être réalisées que par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Nonobstant le rôle central de ce dernier, l'appui et la collaboration du plus grand nombre possible d'instances et de personnes issues de tous les milieux, du secteur privé comme du secteur public, sont nécessaires pour que se produisent les changements profonds qu'exige une réduction soutenue du tabagisme. Une telle mobilisation peut se manifester sous diverses formes allant du partenariat d'un organisme dans un projet national financé par le Ministère jusqu'à l'implication d'une entreprise ou l'implication individuelle, spontanée et autonome, à portée locale.

Ainsi sont concernés tant les organisations profondément préoccupées par la lutte contre le tabagisme que les entreprises et les individus qui ne sont pas associés à cette lutte mais qui peuvent y contribuer à leur échelle. Les premières peuvent, par exemple, collaborer à des projets antitabac,

dénoncer des situations ou avancer des revendications sur la place publique. Le refus d'une commandite « tabac » de deux millions de dollars par le Cirque du Soleil⁸⁹, des placements financiers personnels dans des fonds éthiques écartant l'industrie du tabac⁹⁰, la dénonciation de la manipulation génétique du tabac par l'humoriste Daniel Lemire à la une du journal *La Presse*⁹¹, le refus d'un adulte de fournir du tabac à un mineur, l'instauration d'une maison « sans fumée », sont des exemples de contributions des derniers.

Ces collaborations et ces comportements contribuant à accentuer ou à accélérer le changement de normes liées au tabac et au tabagisme, il est stratégiquement pertinent de les susciter directement et d'en faire la promotion, aussi bien par des subventions que par divers moyens de communication. La stimulation d'une telle mobilisation se présente en fait comme une stratégie de modification de l'environnement complémentaire au recours à la législation.

Facteurs d'influence

Le choix et la mise en œuvre des stratégies qui se rattachent à chacun des axes d'intervention sont sous l'influence de deux séries de facteurs, soit l'éthique d'une part, et les connaissances et la surveillance, le monitoring, l'évaluation et la recherche d'autre part.

• Éthique

L'éthique étant, selon le *Petit Robert*, la science de la morale, l'art de diriger la conduite, l'intervention contre le tabagisme précisée plus haut vise en fait un changement de l'éthique liée au tabagisme dans la société québécoise.

Cette intervention se veut par ailleurs en harmonie avec les valeurs et les principes retenus dans le Programme national de santé publique 2003-2012 afin de permettre d'intégrer une dimension éthique à la pratique en santé publique. Ces valeurs et principes sont le bien commun (dont les deux biens communs que sont la santé et un environnement sain), la bienfaisance et la non-malfaisance (qui renvoient notamment au principe de précaution, lequel met en garde contre l'inaction lorsque les connaissances sur les façons d'intervenir en cas de risques graves et irréversibles pour la santé sont lacunaires), l'autonomie, le respect de la confidentialité et de la vie privée, la responsabilité (équilibre entre la responsabilité sociale et la responsabilité individuelle), la solidarité, la protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables ainsi que la justice⁹².

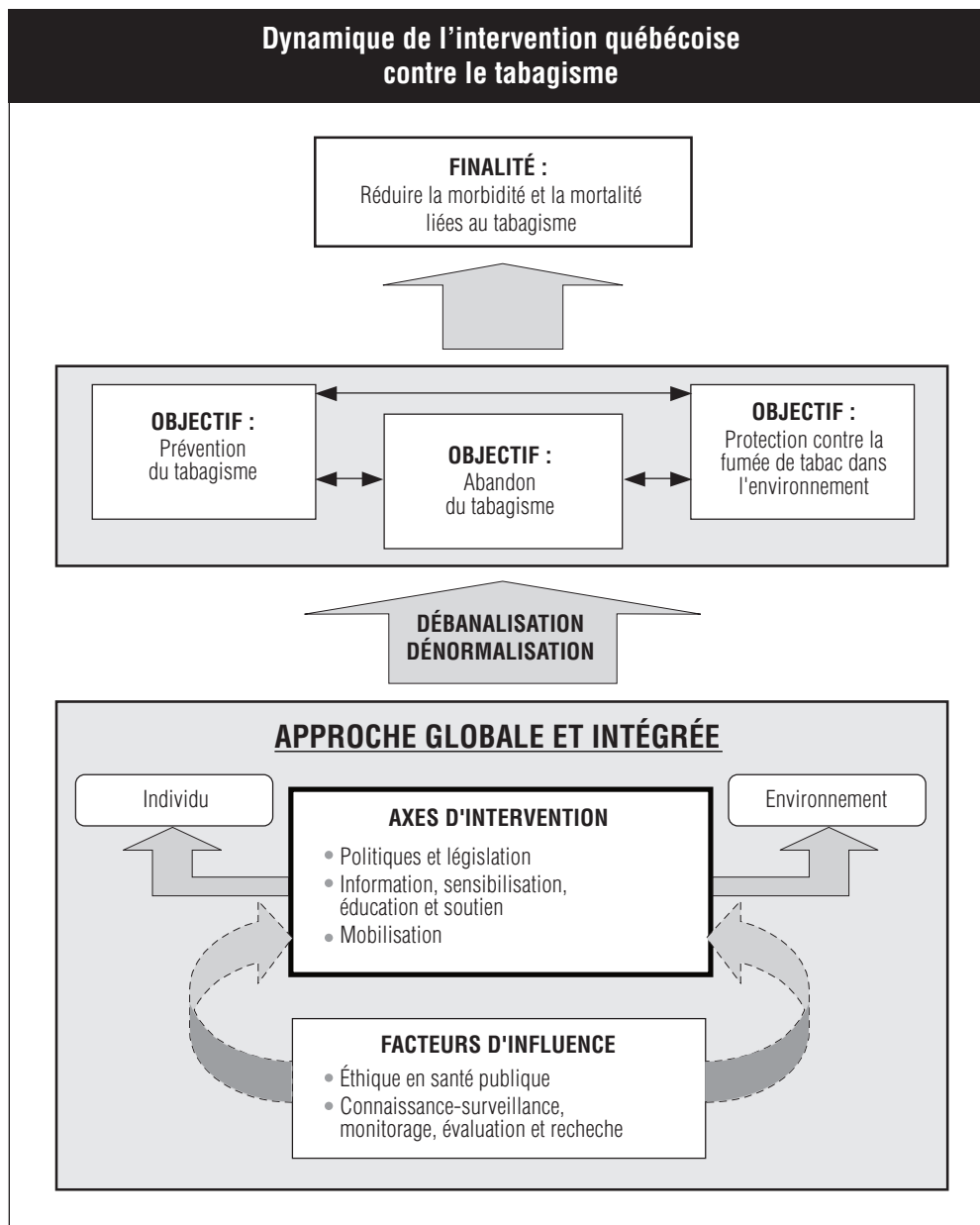
• Connaissance-surveillance, monitoring, évaluation et recherche

Afin de favoriser la pertinence et l'efficacité de l'intervention, il importe de développer et au besoin de corriger celle-ci à la lumière des données et des connaissances les plus complètes et les plus probantes. C'est pourquoi des activités visant la connaissance et la surveillance du problème, le monitoring et l'évaluation des interventions ainsi que des activités de recherche doivent être faites afin qu'on dispose du plus grand nombre possible de ces données et connaissances.

ILLUSTRATION DE L'INTERVENTION QUÉBÉCOISE CONTRE LE TABAGISME

La figure 4 illustre schématiquement la dynamique de l'intervention québécoise contre le tabagisme qu'entend soutenir le ministère de la Santé et des Services sociaux, telle qu'elle vient d'être présentée.

Figure 4



Objectifs particuliers et stratégies pour la période 2006-2010

Dans la présente section, il sera question des objectifs particuliers et des stratégies qui ont été retenus pour la période 2006 à 2010 au regard de chacun des trois axes d'intervention ainsi que du volet connaissance-surveillance, monitoring, évaluation et recherche; c'est ce qui formera le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010 (PQLT 2006-2010). Rappelons ce qui fut mentionné précédemment, à savoir que les axes d'intervention ne sont pas absolument hermétiques les uns par rapport aux autres.

Le contenu du PQLT 2006-2010 recoupe largement celui du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005⁹³ (PQLT 2001-2005) et s'inscrit donc, globalement, en continuité avec ce dernier. Au cours des dernières années, un budget annuel de vingt millions de dollars fut consacré au PQLT. Depuis octobre 2000, on doit également considérer des investissements annuels de l'ordre de onze millions de dollars pour le financement d'aides pharmacologiques à l'abandon du tabagisme dans le cadre du régime d'assurance médicaments du Québec.

Les clientèles ou secteurs suivants seront pris en compte, à divers degrés, dans le PQLT 2006-2010 :

- les jeunes âgés de 12 à 17 ans, qui représentent la clientèle tout indiquée de la prévention du tabagisme et qui peuvent contribuer activement à cette dernière⁹⁴ ;
- les parents, qui, en tant que premiers intervenants auprès des jeunes, peuvent avoir une influence positive significative sur ces derniers⁹⁵ ;
- les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans, chez qui l'initiation au tabagisme aurait été plus marquée au cours des dernières années⁹⁶ et qui, tout en constituant le « modèle » des plus jeunes, forment la tranche de population affichant le plus haut taux de tabagisme ;
- la périnatalité, qui met en cause la cellule familiale et à laquelle sont rattachés plusieurs problèmes de santé causés ou accentués par le tabagisme ;
- les milieux défavorisés et les autochtones, lesquels sont lourdement affectés par le tabagisme et présentent des particularités culturelles qui exigent des interventions adaptées.

Mentionnons que la lutte contre le tabagisme au Québec est également marquée par l'intervention du gouvernement fédéral, laquelle se signale particulièrement par des campagnes de communication, la taxation des produits du tabac et l'imposition d'avertissements sanitaires sur les emballages des produits du tabac.

POLITIQUES ET LÉGISLATION

L'axe d'intervention « Politiques et législation » comporte quatre composantes majeures : la Loi sur le tabac, la taxation des produits du tabac, l'accessibilité d'aides pharmacologiques pour l'abandon du tabagisme et la rémunération des actes médicaux en abandon du tabagisme.

Rétrospective sommaire

Loi sur le tabac

La Loi sur le tabac constitue la pièce maîtresse de l'intervention antitabagique gouvernementale. Adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale le 17 juin 1998, elle comporte un ensemble de mesures visant notamment l'usage, la fourniture et la promotion des produits du tabac. Elle offre également au gouvernement la possibilité d'intervenir par voie réglementaire dans divers domaines. Les mesures comprises dans la Loi visent plus directement la prévention du tabagisme et la protection contre la fumée de tabac dans l'environnement ; on sait par ailleurs que de telles mesures favorisent également l'abandon des habitudes tabagiques.

À la lumière du *Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac*⁹⁷, cette dernière fut renforcée substantiellement par des modifications adoptées le 16 juin 2005 et dont la majorité entrent en vigueur le 31 mai 2006⁹⁸. De plus, dans le contexte des travaux d'étude de ces modifications, le Conseil des ministres a confié au ministre de la Santé et des Services sociaux, au ministre de la Sécurité publique et au ministre des Finances le soin de proposer conjointement, au plus tard en septembre 2006, une harmonisation des lois et règlements sous leur responsabilité qui encadrent la vente aux mineurs de tabac, d'alcool et de loteries.

Voici un aperçu des renforcements de la Loi⁹⁹.

- Protection contre la fumée de tabac dans l'environnement / usage du tabac -

À compter du 31 mai 2006, il sera interdit de fumer dans presque tous les lieux fermés autres que ceux ayant un caractère strictement privé (domicile, voiture personnelle...), à savoir les lieux qui accueillent le public, y compris les restaurants et les bars, les milieux de travail, les lieux utilisés par un groupe déterminé de personnes (club, association, aires communes des immeubles comportant six unités de logement et plus...), les taxis, les moyens de transport collectif et les véhicules transportant au moins deux personnes et obligatoirement utilisés pour un travail. Une interdiction de fumer touchera également les tentes, chapiteaux et autres installations semblables qui accueillent le public. L'interdiction de fumer dans les bars est une mesure qui touchera particulièrement les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans.

Compte tenu de la santé plus vulnérable de plusieurs des personnes qui fréquentent les établissements de santé et de services sociaux et, par conséquent, des risques accrus de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement pour la santé de ces personnes, une interdiction de fumer s'appliquera également à l'extérieur dans un rayon de neuf mètres de toute porte menant directement à un lieu occupé par un tel établissement.

Sauf si ce lieu est un centre de la petite enfance ou une autre garderie, un établissement d'éducation préscolaire ou d'enseignement primaire ou secondaire, un lieu de loisirs ou d'activités communautaires pour les jeunes, un établissement d'hébergement touristique ou une pourvoirie, il est possible, pour l'exploitant d'un lieu dans lequel il est interdit de fumer, d'aménager un fumoir conforme à la loi pour les personnes qui y sont hébergées. En considérant les mêmes exceptions, abstraction faite cependant d'un établissement d'hébergement touristique ou d'une pourvoirie, il est possible d'aménager un fumoir pour les dirigeants et les employés du lieu, fumoir qui ne pourra être utilisé que jusqu'au 30 mai 2008 inclusivement. Comme c'est déjà le cas dans un lieu d'hébergement touristique, un lieu de soins psychiatriques offrant de l'hébergement, un lieu d'hébergement et de soins de longue durée ou un lieu de réadaptation, jusqu'à 40 % des chambres utilisées par la clientèle pourront être aménagées pour les fumeurs dans un lieu d'hébergement pour personnes démunies ou en détresse. Il sera également possible de fumer le cigare et le tabac à pipe dans les salons de cigares qui respecteront les conditions énoncées dans la loi, dont celle d'avoir été en exploitation le 10 mai 2005.

- Prévention du tabagisme -

A – Usage du tabac

Le renforcement de la Loi comporte quelques mesures limitant l'usage du tabac plus particulièrement dans un objectif de « dénormalisation » du tabagisme et d'éducation. C'est ainsi que, à compter du 31 mai 2006, une interdiction de fumer s'appliquera à l'extérieur dans un rayon de neuf mètres de toute porte menant directement à un lieu occupé par une garderie, à un lieu où se déroulent des activités destinées aux mineurs ainsi qu'à un lieu occupé par un établissement d'enseignement postsecondaire; dans ce dernier type de lieu, la mesure touchera plus particulièrement les 18-25 ans.

À compter du 1^{er} septembre 2006, il sera interdit de fumer sur les terrains des écoles primaires et secondaires ainsi que sur ceux des garderies (sauf en milieu familial), aux heures pendant lesquelles ces établissements reçoivent les élèves ou les enfants.

B – Fourniture du tabac

La Loi a été renforcée sur le plan du contrôle de l'accès des jeunes au tabac. À compter du 31 mai 2006, il sera interdit à quiconque, et non seulement aux commerçants, de vendre du tabac à un mineur. Les sanctions s'appliquant à un détaillant fautif à cet égard seront plus sévères. À compter du 1^{er} septembre 2006, toute fourniture de tabac à un mineur sera interdite dans les locaux et sur les terrains des écoles primaires et secondaires.

Déjà interdit sur les terrains et dans les locaux d'une école ou d'une garderie, l'aménagement d'un point de vente de tabac sera interdit, à compter du 31 mai 2006, sur les terrains et dans les locaux de toute institution d'enseignement, de la maternelle à l'université.

C – Promotion du tabac

De nouvelles mesures législatives s'appliquent à la vente du tabac afin de restreindre davantage l'exploitation de points de vente ponctuels et de points de vente traditionnels, dont les bars, à des fins promotionnelles. À compter du 31 mai 2006, la vente du tabac au détail ne pourra se faire qu'à l'intérieur d'un point de vente fermé et fixe, conformément à la Loi. Un tel point de vente ne pourra se situer dans un lieu où se déroulent des activités sportives, culturelles, artistiques ou de loisir, un restaurant, un bar, une brasserie ou une taverne. La vente par distributeur automatique sera interdite.

Tous les points de vente de tabac existants doivent être inscrits au Registraire des entreprises avant le 16 juin 2006, date à compter de laquelle une telle inscription de tout nouveau point de vente sera obligatoire.

À compter du 31 mai 2008, les étalages de produits du tabac seront interdits dans les points de vente de tabac ; la mesure ne s'appliquera cependant pas dans les boutiques hors taxe ni dans les salons de cigares et les boutiques spécialisées tels qu'ils sont définis dans la Loi, laquelle exige notamment que ces commerces aient été en activité le 10 mai 2005.

Taxation

Le maintien d'un coût élevé des cigarettes est reconnu comme l'une des stratégies les plus favorables à la prévention du tabagisme¹⁰⁰ ; une forte taxation de ces produits est donc indiquée. La contrebande des produits du tabac est cependant un risque associé à cette politique. Plusieurs instances fédérales et québécoises collaborent à la lutte contre une telle contrebande, et le ministère de la Santé et des Services sociaux entend y contribuer. L'application des nouvelles mesures législatives concernant l'aménagement des points de vente de tabac et l'enregistrement de ces derniers va certainement soutenir leur travail.

Une fois la contrebande mieux contrôlée, il sera possible d'envisager d'augmenter la taxe sur le tabac afin de prévenir plus efficacement l'adoption des habitudes tabagiques. Le tableau 2 illustre la marge de manœuvre qui, en avril 2005, s'offrait au Québec à cet égard.

Tableau 2

Prix moyen (en dollars canadiens) d'une cartouche de deux cents cigarettes, toutes taxes comprises, dans les provinces et territoires du Canada, 18 avril 2005¹⁰¹	
Province/territoire	Prix de vente (\$)
Territoires du Nord-Ouest	86,48
Manitoba	84,15
Saskatchewan	84,15
Terre-Neuve-et-Labrador	83,74
Nouvelle-Écosse	80,34
Colombie-Britannique	79,84
Île-du-Prince-Édouard	78,88
Moyenne nationale	76,92
Alberta	75,78
Nunavut	74,92
Nouveau-Brunswick	71,67
Yukon	69,79
Ontario	66,63
Québec	63,58

Financement des aides pharmacologiques de sevrage de la nicotine

Depuis le mois d'octobre 2000, les aides pharmacologiques pour cesser de fumer (timbres et gommes de nicotine, bupropion) sont inscrites sur la liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec. Une ordonnance médicale est exigée pour qu'un remboursement puisse s'appliquer. Une somme annuelle approximative de onze millions de dollars est consacrée au financement de ces médicaments. À la demande du gouvernement du Québec, une étude de rendement de cette politique a été entreprise, étude que le ministère de la Santé et des Services sociaux a confiée à l'Institut national de santé publique du Québec.

Rémunération des actes médicaux en abandon du tabagisme

Dans le contexte de ses travaux relativement à la promotion des interventions préventives en pratique médicale, le ministère de la Santé et des Services sociaux considère l'opportunité d'inclure des interventions en soutien à l'abandon du tabagisme dans la liste des actes rémunérés. L'influence que les médecins peuvent avoir sur leurs patients fumeurs étant reconnue¹⁰², une telle rémunération aurait certainement un effet stimulant le taux d'abandon du tabagisme.

Perspectives 2006-2010 pour l'axe « Politiques et législation »

Objectifs particuliers	Modalités générales d'intervention
<ul style="list-style-type: none"> • Faire appliquer et respecter la Loi sur le tabac, notamment les nouvelles mesures adoptées en juin 2005, par les exploitants des lieux et des commerces visés ainsi que par la population. • Préciser la portée de la Loi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Information et soutien aux clientèles visées (exploitants, détaillants, directeurs d'école...). • Maintien de la ligne téléphonique sans frais (1 877 416-8222) pour les plaintes. • Élaboration de stratégies d'inspection ciblant notamment des clientèles à risque. • Arrimage avec les ministères concernés. • Évaluation du taux de respect de la Loi. • Adoption d'un règlement ministériel concernant des mises en garde sanitaires que devrait comporter la publicité protabac permise dans certains journaux ou magazines. • Adoption d'un règlement concernant la publicité protabac permise dans les points de vente de tabac.
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'harmonisation des lois et règlements qui encadrent la vente aux mineurs de tabac, d'alcool et de loteries. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conjointement avec le ministère de la Sécurité publique et le ministère des Finances, présentation d'un projet d'harmonisation au Conseil des ministres, au plus tard en septembre 2006.
<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer davantage à l'élimination des obstacles à la hausse des taxes sur le tabac. 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration du Ministère à une taxation soutenue des produits du tabac. • Collaboration du Ministère à la démarche intersectorielle de contrôle de la contrebande.

<ul style="list-style-type: none">• Maintenir l'accès financier aux aides pharmacologiques à l'abandon tabagique.	<ul style="list-style-type: none">• Si pertinent, correction du programme de couverture des aides pharmacologiques du régime général d'assurance médicaments à la suite de l'évaluation en cours par l'Institut national de santé publique.
<ul style="list-style-type: none">• Rémunérer l'implication des médecins dans la promotion et le soutien de l'abandon du tabagisme.	<ul style="list-style-type: none">• Finalisation de l'étude de l'opportunité de rémunérer les actes médicaux de soutien à l'abandon du tabagisme.• Mise en œuvre éventuelle d'une politique en ce sens.

INFORMATION, SENSIBILISATION, ÉDUCATION ET SOUTIEN

Rétrospective sommaire

Au cours des dernières années, un certain nombre de programmes et d'activités ont été mis sur pied ou menés dans le contexte de la mise en œuvre de l'axe d'intervention « Information, sensibilisation, éducation et soutien ». On peut mentionner :

- la mise en œuvre du Plan québécois d'abandon du tabagisme, lequel comporte deux grands volets :
 - la promotion de l'abandon du tabagisme : campagnes de communication, Défi J'arrête, j'y gagne annuel, mobilisation des professionnels de la santé,
 - des services variés et complémentaires de soutien à l'abandon du tabagisme : ligne téléphonique gratuite et site Internet *J'arrête*¹⁰³, réseau de quelque cent cinquante centres d'abandon du tabagisme répartis dans toutes les régions du Québec; la couverture des aides pharmacologiques à l'abandon du tabagisme par le régime d'assurance médicaments complète la panoplie;
- des campagnes de communication effectuées de façon soutenue : la prévention chez les jeunes, la Loi sur le tabac, la fumée de tabac dans l'environnement;
- une campagne de sensibilisation sur la fourniture de tabac aux jeunes (pièce de théâtre itinérante, émission de télévision, activités médiatiques et matériel éducatif...);
- la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, qui a acquis de la notoriété, les deux dernières éditions ayant été placées sous le thème « Protection contre la fumée de tabac dans l'environnement »;
- des activités d'animation s'adressant particulièrement aux jeunes en milieu scolaire : spectacle rock de prévention du tabagisme *In Vivo*, groupes de jeunes de la « gang allumée »;
- la prise en compte de la problématique du tabagisme dans l'élaboration de la future politique ministérielle en périnatalité;
- un partenariat avec Info-tabac qui a permis la diffusion d'un bulletin traitant de l'actualité relative à la lutte contre le tabagisme auprès de diverses clientèles, dont les politiciens et les médias.

Perspectives 2006-2010 pour l'axe « Information, sensibilisation, éducation et soutien »

Objectifs particuliers	Modalités générales d'intervention
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer et mettre en œuvre le Plan québécois de prévention du tabagisme. 	<ul style="list-style-type: none"> Mise sur pied d'un groupe de travail <i>ad hoc</i> comprenant les instances de santé publique et des organismes non gouvernementaux, lequel groupe de travail, à la lumière notamment de l'avis de l'Institut national de santé publique sur la prévention du tabagisme chez les jeunes et de l'avis sur la pertinence des interventions actuelles en prévention que prépare le même organisme, déposera ses recommandations au Ministère.
<ul style="list-style-type: none"> Conserver les services de soutien à l'abandon du tabagisme implantés dans toutes les régions du Québec et maintenir leur gratuité en tenant compte de l'évaluation en cours. 	<ul style="list-style-type: none"> Poursuite et consolidation de la mise en œuvre du Plan québécois d'abandon du tabagisme, notamment par une meilleure intégration et une meilleure coordination des services : <ul style="list-style-type: none"> - ligne téléphonique sans frais (1 866 527-7383); - site Internet (www.jarrete.qc.ca); - centres d'abandon dans les centres de santé et de services sociaux. Ajustement de la fourniture des services en fonction des résultats de l'évaluation en cours.
<ul style="list-style-type: none"> Offrir aux jeunes âgés de 11 à 17 ans des services d'abandon du tabagisme qui leur sont propres. 	<ul style="list-style-type: none"> Conception de services d'abandon du tabagisme particuliers pour les 11-17 ans.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenir auprès de la femme enceinte et de son entourage à l'égard de la problématique « périnatalité-tabagisme ». 	<ul style="list-style-type: none"> Implication dans la mise en œuvre de la nouvelle politique ministérielle en périnatalité en ce qui a trait aux aspects « tabagisme », notamment par une coordination appropriée avec le Plan québécois d'abandon du tabagisme.
<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans à la problématique du tabagisme. 	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration d'une stratégie adaptée à la clientèle. Mise en œuvre de la stratégie.

<ul style="list-style-type: none">• Sensibiliser la population et l'informer notamment sur :<ul style="list-style-type: none">- les effets du tabagisme;- la dépendance aux produits du tabac;- l'importance de cesser de fumer;- les ressources en abandon du tabagisme;- les effets de la fumée de tabac dans l'environnement sur la santé;- les moyens pour protéger les non-fumeurs des effets de la fumée de tabac;- différents objectifs et éléments de la Loi.	<ul style="list-style-type: none">• Activités de communication variées.• Maintien des lignes téléphoniques sans frais pour fournir de l'information sur demande.• Maintien des activités de promotion du Plan québécois d'abandon du tabagisme.
---	---

MOBILISATION

Rétrospective sommaire

Depuis le début de la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme, les intervenants de santé publique se situent au premier rang du partenariat : les directions de santé publique des agences régionales de la santé et des services sociaux contribuent étroitement à la réalisation du Plan à l'échelle régionale (services d'abandon du tabagisme, animation en milieu scolaire, Défi J'arrête, j'y gagne, etc.), plusieurs centres de santé contribuent à l'offre de services locaux de soutien à l'abandon, et l'Institut national de santé publique met à profit ses compétences en matière de recherche et d'expertise scientifiques.

Par ailleurs, des organismes du secteur privé préoccupés par le problème du tabagisme collaborent étroitement avec le Ministère à des projets financés par ce dernier : le Conseil québécois sur le tabac et la santé (Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, « gang allumée », ligne téléphonique gratuite et site Internet *J'arrête, sources sociales de fourniture du tabac*), l'Association pour la santé publique du Québec (affaires publiques), l'Association pour les droits des non-fumeurs (affaires publiques), Info-tabac (information, communications), la division du Québec de la Société canadienne du cancer (affaires publiques, services d'abandon), Acti-Menu (Défi J'arrête, j'y gagne, Mission TNT.06). Certains organismes, tels l'Association pulmonaire du Québec, la Société canadienne du cancer et l'Hôpital juif de Montréal, s'impliquent de façon autonome et soutenue dans la lutte contre le tabagisme. Mentionnons que la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac 2006 a mobilisé plus de cent quatre-vingts partenaires de nature variée¹⁰⁴.

Sur le plan de la mobilisation des individus, le projet « gang allumée » a permis à nombre de jeunes de s'impliquer localement dans des projets antitabac. En outre, l'Institut national de santé publique a entamé un plan de mobilisation des professionnels de la santé en vue d'une plus grande implication de ceux-ci dans la promotion et le soutien de l'abandon du tabagisme.

Sur le plan intersectoriel, l'intervention du ministère de la Santé et des Services sociaux peut compter sur la collaboration de ministères et d'organismes publics, dont le ministère des Finances, Revenu Québec, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Justice.

Perspectives 2006-2010 pour l'axe « Mobilisation »

Objectifs particuliers	Modalités générales d'intervention
<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer des partenaires dans la mise en œuvre du PQLT 2006-2010. 	<ul style="list-style-type: none"> • Approches de partenaires potentiels. • Subventions de projets.
<ul style="list-style-type: none"> • Engager les jeunes dans la lutte contre le tabagisme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation des jeunes pour élaborer des activités portant sur la prévention du tabagisme et le contrôle du tabac. • Incitation des jeunes à organiser des activités de prévention du tabagisme et sur le contrôle du tabac.
<ul style="list-style-type: none"> • Engager les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans dans la lutte contre le tabagisme auprès des jeunes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie.
<ul style="list-style-type: none"> • Engager les parents dans la prévention du tabagisme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie.
<ul style="list-style-type: none"> • Engager les professionnels de la santé dans l'offre d'aide à tous les fumeurs qui les consultent. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de la démarche amorcée par l'Institut national de santé publique du Québec avec six ordres professionnels dans le but d'optimiser les pratiques de counseling de leurs membres.
<ul style="list-style-type: none"> • Engager les communautés scolaires dans la mise en place des « écoles sans tabac ». 	<ul style="list-style-type: none"> • Conception et diffusion d'un guide destiné aux directeurs d'école afin de favoriser l'application de l'interdiction de fournir des produits du tabac et de l'interdiction de consommer du tabac sur les terrains des écoles.
<ul style="list-style-type: none"> • Encourager les comportements d'entreprise et individuels favorisant la « dénormalisation » du tabac et du tabagisme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie.

CONNAISSANCE-SURVEILLANCE, MONITORAGE, RECHERCHE ET ÉVALUATION

Rétrospective sommaire

Dans le contexte du PQLT 2001-2005, l'Institut national de santé publique du Québec a réalisé des mandats qui l'ont placé au cœur des activités liées à la connaissance-surveillance, au monitoring, à la recherche et à l'évaluation.

- évaluation du projet Mission TNT.06, une intervention de prévention du tabagisme chez les jeunes de la sixième année du primaire;
- évaluation de l'efficacité potentielle des programmes de prévention du tabagisme en place au Québec (en collaboration avec la Direction de santé publique de Montréal-Centre);
- production de cinq études ou avis (accessibles sur Internet¹⁰⁵):
 - *Intégration de la dénormalisation dans la lutte antitabac au Québec – Perspectives de santé publique*
 - *La prévention du tabagisme chez les jeunes*
 - *Proposition d'un plan de monitoring du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*
 - *Analyse de la pertinence d'interventions de cessation du tabagisme*
 - *Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec*

La mise en œuvre du PQLT 2001-2005 en ce qui a trait à la connaissance-surveillance, au monitoring, à la recherche et à l'évaluation a mis en évidence le manque de ressources professionnelles dans ces domaines au Québec. Compte tenu de sa mission et de son expertise, l'Institut national de santé publique est l'instance tout indiquée pour servir de bougie d'allumage à un mouvement de correction de la situation. C'est dans cette optique qu'une entente de collaboration a été convenue entre l'Institut et le Ministère. Cette entente constitue en fait la stratégie de base en connaissance-surveillance, monitoring, recherche et évaluation et elle reconnaît le rôle central de l'Institut dans tous les secteurs concernés. Le programme 2005-2008¹⁰⁶ de l'Institut témoigne des développements en cours et à venir. Trois mandats se démarquent particulièrement :

- évaluation du rendement du programme de couverture des aides pharmacologiques à l'abandon du tabagisme;
- évaluation de l'implantation du Plan québécois d'abandon du tabagisme;
- planification et mise en œuvre d'un système de monitoring du PQLT.

Par ailleurs, le Ministère a lui-même contribué directement à certaines activités :

- participation à l'élaboration du Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants, en ce qui a trait au volet « tabac » ;
- financement, total ou partiel, d'enquêtes et de sondages, et collaboration à ces dernières :
 - sondages sur les habitudes d'usage du tabac pilotés par le ministère des Finances,
 - enquêtes menées par l'Institut de la statistique du Québec et touchant le tabagisme, dont l'enquête québécoise biennale sur le tabagisme chez les élèves du secondaire ;
- participation au financement du Centre national de documentation sur le tabac et la santé à Ottawa ;
- rédaction du rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac¹⁰⁷ ;
- étude d'impact des modifications proposées à la Loi sur le tabac au printemps 2005.

Les échanges internationaux sont considérés comme des activités liées aux domaines visés ici. Depuis quelques années, des organismes non gouvernementaux partenaires du ministère de la Santé et des Services sociaux dans la lutte contre le tabagisme sont approchés par plusieurs interlocuteurs étrangers qui souhaiteraient une mise en commun des réalisations québécoises dans ce domaine. Plus récemment, les deux conférences internationales francophones sur le contrôle du tabac (à Montréal en 2002 et à Paris en 2005) ont ouvert une fenêtre québécoise sur la communauté internationale francophone qui lutte contre le tabac.

La Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac¹⁰⁸, que le Canada a ratifiée, crée, pour les parties y adhérant, des obligations de coopération favorisant des transferts de compétences techniques, technologiques, scientifiques et juridiques afin de renforcer les stratégies et les programmes nationaux de lutte antitabac, et ce, en tenant notamment compte des besoins des pays en développement ou à économie de transition. Le Québec, à l'instar des autres provinces canadiennes, pourra contribuer à la réalisation de projets de coopération internationale en collaboration avec Santé Canada ou avec l'Agence canadienne de développement international.

Perspectives 2006-2010 pour l'axe « Connaissance-surveillance, monitoring, recherche et évaluation »

Objectifs particuliers	Modalités générales d'intervention
<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les connaissances sur le tabagisme et en suivre l'évolution de façon régulière. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite des travaux d'implantation du monitoring du PQLT : mise en place d'une structure de collecte et d'analyse de données épidémiologiques, choix, repérage et élaboration d'indicateurs, rédaction de rapports sur une base continue. • Enquête biennale sur l'usage du tabac chez les élèves du secondaire. • Analyse des banques de données d'enquêtes canadiennes. • Sondages thématiques.
<ul style="list-style-type: none"> • Documenter l'efficacité des programmes, plans, interventions et projets pilotes mis en place au Québec en vue d'effectuer les ajustements nécessaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite des travaux en cours par l'Institut : <ul style="list-style-type: none"> - évaluation du programme de couverture des aides pharmacologiques à l'abandon du tabagisme; - appréciation des retombées des services du Plan québécois d'abandon du tabagisme. • Évaluation de projets pilotes.
<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'implantation et les retombées de la Loi sur le tabac. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conception d'outils permettant de mesurer le degré d'implantation de la Loi. • Production, au plus tard en octobre 2010, du rapport sur la mise en œuvre de la Loi. • Recherches sur différents aspects de la Loi.
<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le développement de la recherche québécoise sur le tabagisme axée sur les besoins des milieux d'intervention et de prise de décision. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise sur pied d'un groupe de réflexion comportant des chercheurs, des décideurs et des praticiens de la santé publique en vue d'établir les priorités de recherche propres au Québec. • Mise en place de mesures financières et structurelles d'aide à la recherche. • Échanges avec les universités et les groupes de recherche hors Québec.

<ul style="list-style-type: none">• Contribuer à la réalisation de projets de coopération internationale.	<ul style="list-style-type: none">• Partage des connaissances et expériences dans l'esprit de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac.
<ul style="list-style-type: none">• Évaluer les conditions d'une intervention efficace contre le tabagisme auprès des populations autochtones.	<ul style="list-style-type: none">• Préparation d'un rapport sur le sujet comprenant une revue de la littérature, des consultations de milieux impliqués, un état de la situation et des recommandations.
<ul style="list-style-type: none">• Évaluer les conditions d'une intervention efficace contre le tabagisme dans les milieux défavorisés.	<ul style="list-style-type: none">• Préparation d'un rapport sur le sujet comprenant une revue de la littérature, des consultations de milieux impliqués, un état de la situation et des recommandations.

Coordination du Plan

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, par l'intermédiaire de sa Direction générale de la santé publique, a la responsabilité de coordonner la réalisation du Plan québécois de lutte contre le tabagisme et des plans d'action annuels qui en découlent.

Pendant la période 2006-2010, la coordination du Plan québécois de lutte contre le tabagisme se poursuivra sur la lancée des activités à cet égard menées pendant la période précédente, soit :

- le financement et l'administration d'une équipe ministérielle pour assurer la gestion immédiate et la réalisation des activités liées au Plan, dont la surveillance du respect de la Loi sur le tabac;
- les ententes administratives, incluant le financement, entre le Ministère et les agences régionales de la santé et des services sociaux relativement à l'implication des directions de santé publique dans l'actualisation du Plan à l'échelle régionale;
- le recours aux instances tripartites de santé publique – direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, directions régionales de santé publique, Institut national de santé publique du Québec – afin d'harmoniser les politiques et les interventions proposées dans les plans d'action annuels;
- la concertation entre les gouvernements du Canada et du Québec relativement à leurs interventions respectives dans la lutte contre le tabagisme en sol québécois.

Par ailleurs, une plus grande attention sera accordée à l'amélioration de la concertation entre les divers intervenants contribuant à la vivacité de la lutte contre le tabagisme au Québec.

Conclusion

Le tabagisme est un problème de santé publique qui attire l'attention de plus en plus de gouvernements. Qui plus est, il est l'objet d'interventions engagées de la part d'un nombre croissant de ces derniers, organisés internationalement, afin de le combattre.

Avec le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010, le gouvernement du Québec, par l'intermédiaire de son ministère de la Santé et des Services sociaux, entend poursuivre une action qui, au cours de la dernière décennie, a bien témoigné du sérieux avec lequel il considère le problème du tabagisme, une action qui a avantageusement placé le Québec à cet égard sur le plan international et, surtout, une action qui s'est montrée efficace au regard du but visé.

Sur cette lancée gagnante, la période 2006-2010 sera, elle aussi, marquée par la préoccupation pour une approche globale et intégrée dans le déploiement de stratégies adaptées au contexte québécois et par la mobilisation d'intervenants variés agissant dans un contexte toujours plus articulé de partenariat.

Le degré d'effort sera maintenu afin d'assurer que nous soyons toujours dans la trajectoire d'atteinte de l'objectif déterminé pour 2012 dans le Programme national de santé publique 2003-2012, soit une réduction à 18 % de la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui consomment du tabac¹⁰⁹.

Ainsi, plus que jamais, le Plan québécois de lutte contre le tabagisme répondra à un projet de société fondé sur un choix clairement affirmé en faveur de la santé.

Références

1. STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1, premiers résultats, janvier à juin 2005*. À noter que la donnée de 2005 est issue des résultats de mi-enquête et qu'elle n'est fournie qu'à titre indicatif. La donnée calculée à partir de l'ensemble de l'échantillon de l'enquête n'est pas encore accessible [http://www.statcan.ca/francais/research/82-621-XIF/2005001/tables/t006_f.pdf].
2. STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1 (2003)*. Fichier de microdonnées à grande diffusion, totalisation spéciale fournie par la Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, mai 2005.
3. DUBÉ, GAËTANE, « Chapitre 3 - Prévalence du tabagisme », pages 41 à 93 dans *Enquête québécoise sur le tabac, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002?*, Québec, Institut de la statistique du Québec, novembre 2005, 166 pages, [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/tabac04_pdf.htm].
4. Sources : Santé Québec, enquête Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993; Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé 1998; Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1, 2000-2001 (fichier PUMF), cycle 2.1, 2003 (fichier PUMF) et cycle 3.1, 2005 (données préliminaires, fichier PARTAGE - mi-enquête)
5. DUBÉ, GAËTANE, *op. cit.*
6. Tableau « Ventes totales de cigarettes, Québec, 1980-2003 » dans Programme de la lutte au tabagisme, *Ventes des cigarettes et tabac haché fin, Québec, 1980-2003*, Ottawa, Santé Canada, mars 2004.
7. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General*, Washington (D.C.), U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004, 941 pages, [http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004/chapters.htm].
8. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General. What it Means to You*, Washington (D.C.), U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004, 34 pages, [http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004/consumerpiece/SGR2004_Whatitmeanstoyou.pdf].
9. MCKAY, J., *The Tobacco Atlas*, Geneva, World Health Organization, 2002, 128 pages, [http://www.who.int/tobacco/statistics/tobacco_atlas/en/].
10. *Ibid.*
11. *Ibid.*
12. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, *Smoking and Reproductive Life: The Impact of Smoking on Sexual, Reproductive and Child Health*, February 2004, 65 pages, [<http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/SmokingReproductiveLife>].
13. YAP, R. L., and K. T. MCVARY, « Smoking and Erectile Dysfunction: How Strong a Link? », *Contemporary Urology*, March 2003, 15: 34-40.

14. KELLY, S. P., *et al.*, « Editorial – Smoking and Blindness », *British Medical Journal*, March 6, 2004, 328: 537-538.
15. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 408 pages.
16. REHM, J., *et al.*, *Les coûts de l'abus des substances au Canada 2002*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, avril 2006.
17. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Pour l'Organisation mondiale de la santé, le tabac n'a que des retombées néfastes sur l'économie. 31 mai – Journée mondiale sans tabac 2004 – Tabac et pauvreté : un cercle vicieux*, communiqué de presse, 31 mai 2004, [<http://www.who.int/mediacentre/releases/2004/pr36/fr/index.html>].
18. UK ACTION ON SMOKING AND HEALTH, *Factsheet n° 2 – Smoking Statistics: Illness and Death*, August 2005, [<http://www.ash.org.uk/html/factsheets/html/fact02.html>].
19. DOLL, R., *et al.*, « Mortality in Relation to Smoking: 50 Years' Observations on Male British Doctors », *British Medical Journal*, doi: 10.1136/bmj.38142.554479.AE (published June 22, 2004), [<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/abstract/bmj.38142.554479.AEv1>].
20. ELLISON, L. F., *et al.*, « Les conséquences du tabagisme sur la santé des fumeurs canadiens : mise à jour », *Maladies chroniques au Canada*, 1999, 20 (1) : 42-45.
21. BASAVARAJ, S., « Smoking and Loss of Longevity in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, September-October 1993, 84 (5): 341-345.
22. BJARTVEIT, K., and A. TVERDAL, « Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day », *Tobacco Control*, 2005, 14: 315-320, [<http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/14/5/315>].
23. MAKOMASKI ILLING, E. M., and M. J. KAISERMAN, « Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and its Regions, 1998 », *Revue canadienne de santé publique*, 2004, 95 (1): 38-44, p. 42.
24. HAMELIN, J., et D. CÔTÉ, « Le tabac tue 36 Québécois par jour », *Info-tabac*, n° 49, mars 2004, p. 5, [<http://www.info-tabac.ca/bull49/mortalite.htm>].
25. Données tirées de MAKOMASKI ILLING, E. M., and M. J. KAISERMAN, *op. cit.*
26. *Report on Carcinogens, Tenth Edition*, Washington (D.C.), U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program, December 2002, [<http://ehp.niehs.nih.gov/roc/toc10.html>].
27. SCHICK, S., and S. GLANTZ, « Philip Morris toxicological experiments with fresh sidestream smoke: more toxic than mainstream smoke », *Tobacco Control*, 2005, (14): 396-404, [http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/14/6/maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORM AT=&andorexactfulltext=and&searchid=1139252565927_1010&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=14&firstpage=396&resourcetype=1&journalcode=tobaccocontrol].
28. CALIFORNIA ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY, *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant – Part B: Health Effects – As approved by the Scientific Review Panel*, June 24, 2005, [<http://www.arb.ca.gov/toxics/ets/finalreport/finalreport.htm>].

29. *Report on Carcinogens, Tenth Edition, op. cit.*
30. CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER, *Le Centre international de recherche sur le cancer classe le tabagisme passif dans le groupe des cancérogènes pour l'homme*, communiqué de presse n° 152, 28 mai 2004.
31. PECHACEK, T. F., and S. BABB, « How Acute and Reversible are the Cardiovascular Risks of Secondhand Smoke? », *British Medical Journal*, 2004, 328: 980-983.
32. *Consultation Report – International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health, 11-14 January 1999, Geneva, Switzerland*, Geneva, Tobacco Free Initiative, World Health Organization, 1999, [http://www.who.int/tobacco/areas/research/en/ets_report.pdf].
33. SVANES, C., *et al.*, « Parental Smoking in Childhood and Adult Obstructive Disease: Results from the European Community Respiratory Health Survey », *Thorax*, 2004, 59: 295-302.
34. RAUH, V. A., *et al.*, « Developmental Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke and Material Hardship among Inner-city Children », *Neurotoxicology and Teratology*, May-June 2004, 26 (3): 373-385.
35. ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION, *The Duty to Protect: Eliminating Second-hand Smoke from Public Places and Workplaces in Ontario (February 2003)*, Ontario Medical Association, 27 pages, [<http://www.oma.org/phealth/2ndsmoke03.pdf>].
36. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION BOARD OF SCIENCE AND EDUCATION & TOBACCO CONTROL RESOURCE CENTRE, *Towards Smoke-free Public Places*, London, BMJ Books, November 2002, 44 pages, [<http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Smokefree?OpenDocument&Highlight=2,tobacco,smoke>].
37. AMERICAN COLLEGE OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE, *Epidemiological Basis for an Occupational and Environmental Policy on Environmental Tobacco Smoke, Position Statement*, [En ligne], 2000. [http://www.acoem.org/position/statements.asp?CATA_ID=8].
38. REPACE, J., « Banning outdoor smoking is scientifically justifiable », *Tobacco Control*, 2000, 9: 98, [<http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/9/1/98>].
39. CALIFORNIA ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY, *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant – Part A: Exposure Assesement – As approved by the Scientific Review Panel*, June 24, 2005, pages V5 à V11, [<http://www.arb.ca.gov/toxics/ets/finalreport/finalreport.htm>].
40. REPACE, J., *Measurements of outdoor air pollution from secondhand smoke on the UMBC campus*, June 1, 2005, 10 pages, [<http://www.repace.com/pdf/outdoorair.pdf>].
41. COMITÉ CONSULTATIF SCIENTIFIQUE SUR LA RÉGLEMENTATION DES PRODUITS DU TABAC, *Avis du Comité consultatif scientifique sur la nicotine et sa réglementation dans les produits du tabac et les autres*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, [<http://www.who.int/tobacco/sactob/recommendations/en/print.html>]. Avis produit à la suite de la rencontre du Comité à Oslo en février 2002.

42. RUSSELL, M. A. H., « The Nicotine Addiction: A 40-Year Sentence for Four Cigarettes », *British Journal of Addiction*, 1990, 85: 293-300.
43. *Ibid.*
44. DEBROISE, A., « L'action des drogues. Les liaisons fortes de la nicotine », *Sciences & Vie*, n° 217, décembre 2001, hors série « La drogue et le cerveau. Tout savoir sur les effets réels », pages 60-66.
45. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Treating Tobacco Use and Dependence*, Washington (D.C.), June 2000, 176 pages et annexes.
46. JUGE ANDRÉ DENIS, Cour supérieure du Québec, par. 524, dans son jugement du 13 décembre 2002 confirmant la validité constitutionnelle de la loi fédérale sur le tabac, [http://www.cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2003/2002-jugementDenis-fr.doc].
47. HARDY, P., « Tabagisme et psychiatrie », [En ligne]. [<http://formation.tabacologie.globalink.org/html/Nouveau%20Formation%20200203/Cours%202002%20HTML/20Hardy02.htm>].
48. AMERICAN SOCIETY OF ADDICTIVE MEDICINE, *Public Policy of ASAM: Nicotine Dependence and Tobacco*, Updated September 29, 2001, [En ligne]. [[http://www.asam.org/ppol/NICOTINE%20DEPENDENCE%20&%20TOBACCO%2010-96%20\(1\).htm](http://www.asam.org/ppol/NICOTINE%20DEPENDENCE%20&%20TOBACCO%2010-96%20(1).htm)] (Consulté le 16 novembre 2005).
49. STATISTIQUE CANADA, *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)*, phase 1, 2005, [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/tobac-tabac/ctums-esutc-2005/sup-table-wave-phase-1_f.pdf].
50. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER, *Plus de la moitié des fumeurs ont déjà essayé d'arrêter de fumer, sans succès - La plupart continuent à compter sur leurs propres moyens*, communiqué de presse, 16 janvier 2004.
51. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, « Cigarette Smoking among Adults – United States, 2000 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51 (29): 642-645.
52. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction Santé Québec (2006), totalisations spéciales produites avec le fichier de partage de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 2.1 (2003) de Statistique Canada.
53. STATISTIQUE CANADA, « Indicateurs de la santé », *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1 (2003)*, février 2005, vol. 2005, n° 1, [http://dissemination.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2004002/nonmed/behaviours1_f.htm].
54. DUBÉ, GAËTANE, *op. cit.*
55. LALONDE, M., et B. HENEMAN, *La prévention du tabagisme chez les jeunes, Québec, Institut national de santé publique du Québec*, octobre 2004, pages 12 à 16, [<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/324-AvisPreventionTabagismeJeunes.pdf>].
56. FROHLICH, K. L., *et al.*, « A Theoretical and Empirical Analysis of Context: Neighbourhoods, Smoking and Youth », *Social Science & Medicine*, 2002, 54: 1401-1417.

57. « La socialisation : l'homme est un être social », dans *SkyMinds*, [En ligne].
[http://www.skyminds.net/economie/05_homme_etre_social.php] (Consulté le 23 novembre 2005).
58. COMMITTEE ON PREVENTING NICOTINE ADDICTION IN CHILDREN AND YOUTHS, Barbara S. Lynch and Richard J. Bonnie (Eds.), « Chapter 3: Social Norms and the Acceptability of Tobacco Use », pages 71-102 in *Growing up Tobacco Free, Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths*, Washington (D.C.), Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders, Institute of Medicine, National Academy Press, 1994, 306 pages.
59. « Chapter 4: Psychosocial Risk Factors for Initiating Tobacco Use », pages 123-156 in U.S. Department of Health and Human Services, *Preventing Tobacco Use among Young People – A report of the Surgeon General*, Washington (D.C.), U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 1994.
60. INFO-TABAC, portail pour un Québec sans tabac [<http://www.info-tabac.ca/>].
61. WAHLGREN, D. R., *et al.*, « Predictors of Tobacco Use Initiation in Adolescents: A Two-year Prospective Study and Theoretical Discussion », *Tobacco Control*, 1997, 6: 95-103, [<http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/6/2/95>].
62. DUBÉ, GAËTANE, *op. cit.*
63. O'LOUGHLIN, J., *et al.*, « Nicotine-Dependance Symptoms are Associated with Smoking Frequency in Adolescents », *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 25 (3): 219-225.
64. DIFRANZA, J. R., *et al.*, « Initial Symptoms of Nicotine Dependence in Adolescents », *Tobacco Control*, 2000, 9 (3): 313-319.
65. PHYSICIANS FOR A SMOKE-FREE CANADA, *Filter-tips. A Review of Cigarette Marketing in Canada – 4th Edition – Winter 2003*, [En ligne], 2003.
[<http://www.smoke-free.ca/filtertips04/spending.htm>].
66. BORIO, G., *Tobacco Timeline*, à « 1889 », [En ligne].
[http://www.tobacco.org/resources/history/tobacco_history.html] (Consulté le 22 février 2006).
67. DUBOIS, G., *Le rideau de fumée - Les méthodes secrètes de l'industrie du tabac*, Paris, Le Seuil, 2003, 268 pages.
68. BÉRUBÉ, N., « Écran de fumée », *Voir*, Québec, 16 au 22 décembre 1999, page 10.
69. CUNNINGHAM, R., and K. KYLE, « The Case for Plain Packaging », *Tobacco Control*, 1995, 4: 80-86, page 85, [<http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/4/1/80>].
70. *Ibid.*
71. OLSON, CHERYL K., and LAWRENCE KUTNER, *A Comparison of the Health Effects of Alcohol Consumption and Tobacco Use in America*, New York, American Council on Science and Health, June 2000, 47 pages, [http://healthfactsandfears.net/docLib/20040401_Alcohol_Tobacco_comparison.pdf].
72. LEW, J. B., « Mississippi Judge Finds Cigarettes Defective and Unreasonably Dangerous », *Tobacco on Trial*, Northeastern University School of Law, May 21, 1993, pages 1-3.

73. SWEANOR, D. T., « Regulation of Tobacco and Nicotine », pages 246-258 in Bolliger, C. T., and K. O. Fagerstrom (Eds.), *Progress in Respiratory Research. Vol. 28: The Tobacco Epidemic*, Basel, Karger, 1997, 266 pages.
74. DUMONT, F., « Approche des problèmes sociaux », pages 1-22 dans Dumont, F. (dir.), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1994.
75. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, « Préparée par le conseil d'administration de la Société canadienne de pédiatrie », [En ligne].
[<http://www.cps.ca/francais/medias/Communiqués/Reponse.htm>] (Consulté le 22 février 2006).
76. SIMPSON, D., *Les médecins et le tabac. Le grand défi de la médecine*, Londres, Tobacco Control Resource Centre, 2000, page 45,
[<http://www.doctorsandtobacco.org/files/63.pdf>].
77. PÉTRIN, ANNE, et coll., *Légitimité et responsabilité sociale de l'entreprise*, Recueil de textes CÉH/RT-11-2003, École des sciences de la gestion, UQAM, 2003,
[http://72.14.203.104/search?q=cache:mPV-duLqqYYJ:www.crsdd.uqam.ca/pdf/Recueil_11_11-2003.pdf+%22De+la+l%C3%A9gitimit%C3%A9+organisationnelle+%C3%A0+la+l%C3%A9gitimit%C3%A9+d%27une+entreprise%22&hl=fr&gl=ca&ct=clnk&cd=2].
78. WOLDE-GIORGHIS, H., *Les droits des non-fumeurs et des fumeurs et la Charte des droits et libertés de la personne*, document adopté le 17 avril 1996 par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, résolution COM-399-7.13, 9 pages.
79. COMITÉ SCIENTIFIQUE DE LA 1^{RE} CONFÉRENCE INTERNATIONALE FRANCOPHONE SUR LE CONTRÔLE DU TABAC, (Montréal, 15 au 18 septembre 2002), *Déclaration de Montréal sur le contrôle du tabac*, 18 septembre 2002, [<http://www.cifcot.com/>].
80. JUGE ANDRÉ DENIS, Cour supérieure du Québec, par. 531, dans son jugement du 13 décembre 2002 confirmant la validité constitutionnelle de la loi fédérale sur le tabac,
[http://www.cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2003/2002-jugementDenis-fr.doc].
81. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Le Ministère, 2003, pages 42 à 47,
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf>].
82. COMITÉ SCIENTIFIQUE DE LA 1^{RE} CONFÉRENCE INTERNATIONALE FRANCOPHONE SUR LE CONTRÔLE DU TABAC, *op. cit.*
83. CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES, *A Model for Change: The California experience in Tobacco Control*, Sacramento, California Department of Health Services, October 1998, 31 pages,
[<http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/modelforchange.pdf>].
84. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Reducing Tobacco Use – A Report of the Surgeon General*, Washington (D.C.), Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 2000, 462 pages,
[http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2000/FullReport.pdf].

85. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *La lutte contre l'épidémie de tabagisme – Rapport du Comité OMS d'experts de la lutte antitabac*, Genève, OMS, 1979, 93 pages.
86. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Reducing Tobacco Use – A Report of the Surgeon General*, *op. cit.*
87. LALONDE, M., et B. HENEMAN, *op. cit.*, pages 87 à 97, [<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/324-AvisPreventionTabagismeJeunes.pdf>].
88. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, Genève, OMS, 2003, 37 pages, [http://www.who.int/tobacco/framework/en/fctc_booklet_french.pdf].
89. COLPRON, S., « Le Cirque du Soleil souffle un peu... et pense permanence », *La Presse*, 13 avril 1996, pages D1 et D3.
90. HÉMOND, É., « Les placements éthiques. Un rendement en or », *Affaires Plus*, juin 1999, 22 (6) : 22-24 et 26.
91. « Où est le savoir-vivre », *La Presse*, 25 mars 2000, page A1.
92. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, *op. cit.*, pages 19 à 21.
93. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, Québec, Le Ministère, 2001, 28 pages, [<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac.html>].
94. LALONDE, M., et B. HENEMAN, *op. cit.*, page 42, [<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/324-AvisPreventionTabagismeJeunes.pdf>].
95. *Ibid.*
96. HAMMOND, DAVID, « Smoking behaviour among young adults: beyond youth prevention », *Tobacco Control*, 2005, 14: 181-185.
97. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac*, Québec, Le Ministère, mars 2005, 189 pages, [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-006-06-MiseOeuv.pdf>].
98. On peut consulter les lois sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac.html>.
99. L'information relative à la législation sur le tabac ne remplace pas les textes de loi et elle ne couvre pas toutes les restrictions imposées par cette législation.
100. LALONDE, M., et B. HENEMAN, *op. cit.*, page 185, [<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/324-AvisPreventionTabagismeJeunes.pdf>].
101. ASSOCIATION POUR LES DROITS DES NON-FUMEURS, « Cigarette prices in Canada (April 18, 2005) » [En ligne]. [http://www.nusra-adnf.ca/news_info.php?cPath=27&news_id=252].
102. LACROIX, C., et coll., *Des professionnels actifs pour contrer le tabagisme*, Montréal, Direction de santé publique de Montréal-Centre, février 2003, 15 pages, [<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdf/tabac/tabagisme2003.pdf>].
103. www.jarrete.qc.ca.

104. CONSEIL QUÉBÉCOIS SUR LE TABAC ET LA SANTÉ, « Un environnement sans fumée secondaire, tout un monde d'avantages », communiqué de presse, Montréal, 12 janvier 2006.
105. <http://www.inspq.qc.ca/publications/default.asp?E=p>.
106. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Programmation 2005-2008*, Montréal, L'Institut, avril 2005, pages 24 à 26, [<http://www.inspq.qc.ca/institut/programmation.asp?B=1&B1=8>].
107. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac*, *op. cit.*
108. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*, *op. cit.*
109. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, *op. cit.*, page 45.