

Pour notre progrès vers un avenir sans tabac

Développement
de la législation
québécoise contre
le tabagisme

Document de
consultation

On respire la vie
On respire la vie
la vie!
On respire la vie!
On respire
respire
la vie!
On respire
On respire la vie!
respire
la vie!



Pour notre progrès vers un avenir sans tabac

Développement de la législation québécoise contre le tabagisme

Document de
consultation

Québec
Janvier 2005



Édition produite par :

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

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande

par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document est disponible à la section documentation, sous la rubrique publications du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Bibliothèque nationale du Canada, 2005
ISBN 2-550-38245-5

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

© Gouvernement du Québec, 2005

| | |
|---|----|
| PRÉSENTATION | 4 |
| LA PRÉVALENCE DU TABAGISME AU QUÉBEC | 5 |
| Conclusion | 7 |
| LE TABAGISME ET LA SANTÉ | 9 |
| Les maladies | 9 |
| La mortalité | 10 |
| Les dangers de la fumée de tabac dans l'environnement | 11 |
| La « nicotinomanie » | 12 |
| Conclusion | 13 |
| LE TABAGISME COMME PROBLÈME SOCIAL | 14 |
| La culture protabagisme | 14 |
| Conclusion | 15 |
| LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME | 16 |
| Prémises | 16 |
| L'intervention : la « dénormalisation » | 17 |
| Conclusion | 18 |
| L'INTERVENTION DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC | 19 |
| Une approche globale et intégrée | 19 |
| La Loi sur le tabac | 20 |
| Restriction de l'usage du tabac dans certains lieux | 20 |
| Vente du tabac | 21 |
| Promotion | 22 |
| Conclusion | 22 |
| PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT LÉGISLATIF | 23 |
| L'usage du tabac | 23 |
| Lieux actuellement couverts par la Loi | 24 |
| Lieux non couverts actuellement par la Loi | 25 |
| Les terrains des écoles primaires et secondaires | 27 |
| La promotion du tabac et du tabagisme | 28 |
| Le réseau des points de vente | 28 |
| La promotion | 29 |
| La problématique | 30 |
| CONCLUSION | 32 |
| RÉFÉRENCES | 33 |

Présentation

Compte tenu, d'une part, du sérieux problème de santé publique que constitue le tabagisme au Québec¹ et, d'autre part, de la problématique sociale qui en découle², le gouvernement du Québec développe, depuis 1994, une intervention de plus en plus engagée dans la lutte contre la consommation du tabac³. La progression des budgets annuels qui y sont consacrés, lesquels atteignent environ 33 millions de dollars pour l'année financière courante, illustre, on ne peut mieux, cette réalité.

C'est dans le contexte de cette intervention que la Loi sur le tabac⁴ a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale le 17 juin 1998. Comportant un ensemble de mesures visant notamment à restreindre l'accessibilité, la promotion et l'usage des produits du tabac⁵, la loi vise deux objectifs précis, soit favoriser la prévention du tabagisme chez les jeunes – la masse des nouveaux fumeurs en étant composée – et protéger la population, particulièrement les non-fumeurs, contre les dangers de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement. Par ailleurs, indirectement, à cause des modifications de l'environnement social qu'elle impose, elle suscite un plus haut taux d'abandon de la cigarette. En tant que responsable de la santé publique, le ministre de la Santé et des Services sociaux est chargé de l'application et du respect de la loi.

Selon l'article 77 de la loi, le ministre doit, au plus tard le 1^{er} octobre 2005, faire rapport au gouvernement de la mise en œuvre de celle-ci, rapport qui sera par la suite déposé à l'Assemblée nationale. Dans ce contexte, le ministre, lequel doit « prendre les mesures requises pour que le tabagisme diminue au sein de la population⁶ », entend déposer un projet de loi proposant l'incorporation de nouvelles mesures à la Loi sur le tabac. Pour ce faire, le ministre souhaite profiter des éclairages qu'une consultation publique à cet égard pourrait lui procurer.

Le présent document est l'instrument de soutien à cette consultation publique. En plus de permettre l'exposition des problématiques particulières relatives au tabagisme qui préoccupent le ministre, le contenu et la diffusion de ce document devraient contribuer à une plus forte sensibilisation au regard de la gravité du problème de santé publique que constitue le tabagisme⁷ et de la pertinence d'une intervention étatique pour lutter contre ce dernier.

La prévalence du tabagisme au Québec

Selon des études réalisées en 2003, le taux de tabagisme dans la population québécoise âgée de 15 ans et plus serait actuellement d'environ 25 %. En effet, la phase 1, réalisée entre février et juin, de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2003 révèle un taux de 23 %⁸, tandis que des suivis du sondage relatif aux habitudes d'usage du tabac au Québec indiquent, pour la même année, des taux variant entre 23 et 27 %^{9, 10}. Pour l'ensemble de la population canadienne de 15 ans et plus, le taux est de 20 %. Il atteint 19 % en Ontario et est à son plus bas en Colombie-Britannique, avec 16 %. Le tiers (33 %) de la population québécoise de 15 ans et plus est composée d'ex-fumeurs, un pourcentage qui est de 25 % pour l'ensemble du Canada. En France, en 2003, la proportion de fumeurs dans la population âgée de 15 à 75 ans était de 30,4 %¹¹, tandis que cette proportion était d'environ 22,5 % en 2002 dans la population américaine âgée de 18 ans et plus¹². En 2003, la population norvégienne âgée de 16 à 74 ans affichait un taux de tabagisme quotidien de 26,3 %¹³.

Les études montrent que le tabagisme touche des proportions relativement identiques de femmes et d'hommes québécois. Les fumeurs quotidiens de cigarettes en consomment approximativement 16,5 par jour, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne canadienne, qui est de 15,7.

En 2002, 23,1 % des jeunes du secondaire consommaient des cigarettes¹⁴. Le phénomène était plus marqué chez les filles, puisque 26,2 % de ces dernières en consommaient, comparativement à 20,1 % chez les garçons. On observait une croissance du taux de consommation entre la première et la cinquième année du secondaire, ce taux passant de 13,9 à 31,3 %; le rythme de croissance était plus marqué entre la première et la deuxième année du secondaire (de 13,9 à 21,6 %). Le tableau 1 précise le profil du tabagisme chez ces jeunes.

TABLEAU 1
Le tabagisme et les jeunes du secondaire, Québec, 2002.

| Catégorie | Description de la catégorie | Taux |
|----------------------|---|--------|
| Fumeurs quotidiens | Fument quotidiennement et ont fumé au moins 100 cigarettes | 10,3 % |
| Fumeurs occasionnels | Ont fumé au moins 100 cigarettes et ne fument pas chaque jour | 4,6 % |
| Fumeurs débutants | Ont fumé moins de 100 cigarettes | 8,2 % |
| Ex-fumeurs | Ont déjà fumé 100 cigarettes, mais ont cessé de fumer | 1,9 % |
| Ex-expérimentateurs | Ont déjà fumé mais sans atteindre le seuil de 100 cigarettes | 14,6 % |
| Non-fumeurs | N'ont jamais fumé une cigarette au complet | 60,4 % |

Le taux de tabagisme a constamment diminué au cours de la dernière décennie, et ce, tant au Québec que dans l'ensemble du Canada. De 1985 à 2001, la prévalence de l'usage de la cigarette chez les Canadiens de 15 ans et plus a diminué de façon statistiquement significative¹⁵. De 1985 à 1991, elle est passée de 35,1 à 30,8 %, soit une baisse de 4,3 points de pourcentage. Si on n'a noté aucune variation significative de 1991 à 1994-1995, on a enregistré par contre une diminution de 8,8 points de pourcentage de 1994-1995 à 2001.

Le Québec s'est inscrit dans cette baisse générale observée au Canada notamment entre 1994 et 2001. On note cependant qu'il affichait, pendant cette dernière période, la diminution significative la plus forte parmi les provinces : 11,2 points de pourcentage, soit de 35,3 à 24,1 %, suivi par la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse, avec 9,9 et 9,0 points respectivement. La diminution fut particulièrement marquée entre 1998-1999, année de la mise en application graduelle de la Loi sur le tabac du Québec, et 2001 : le taux de tabagisme est passé de 31,2 à 24,1 % pendant cette période.

Compte tenu des résultats des dernières enquêtes évoqués plus haut, il semblerait que le taux de tabagisme au Québec s'est stabilisé à environ 25 % depuis 2001.

La baisse de la consommation de tabac se manifeste au Québec entre autres chez les jeunes du secondaire. De 30,4 % qu'il était en 1998, le taux de tabagisme est passé à 29,0 % en 2000 et à 23,1 % en 2002¹⁶. Comme le montre la figure 1, la diminution touche toutes les années du secondaire. La figure 2 illustre que cette diminution se manifeste tant chez les filles que chez les garçons.

La régression du tabagisme au Québec se manifeste également par la baisse des ventes totales de cigarettes. La figure 3 expose le phénomène entre 1994 et 2003.

FIGURE 1
Évolution de l'usage de la cigarette selon l'année d'études, Québec, 1998 à 2002¹⁷

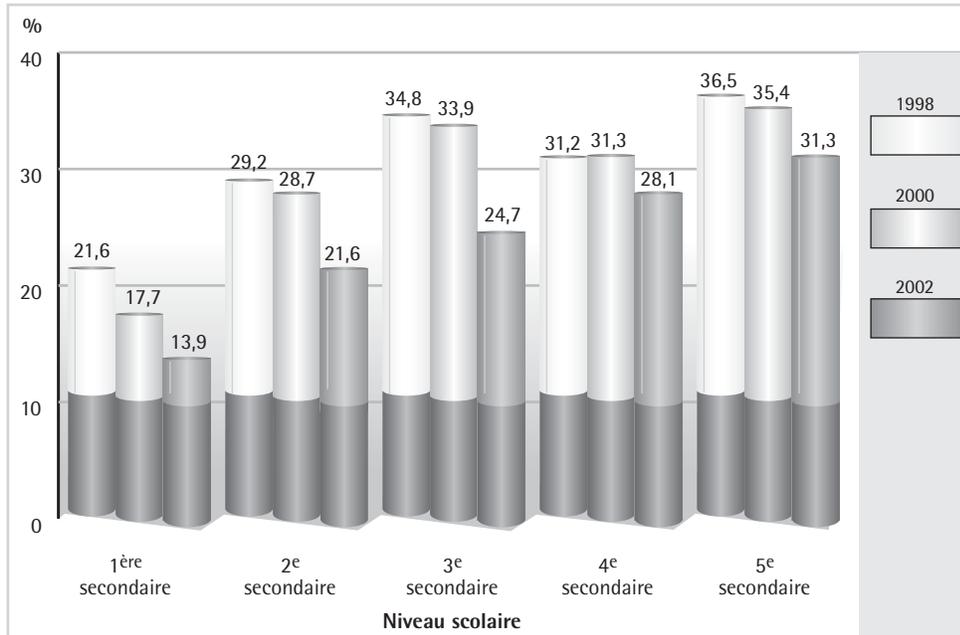


FIGURE 2
Évolution de l'usage de la cigarette selon le sexe, Québec, 1998 à 2002¹⁸

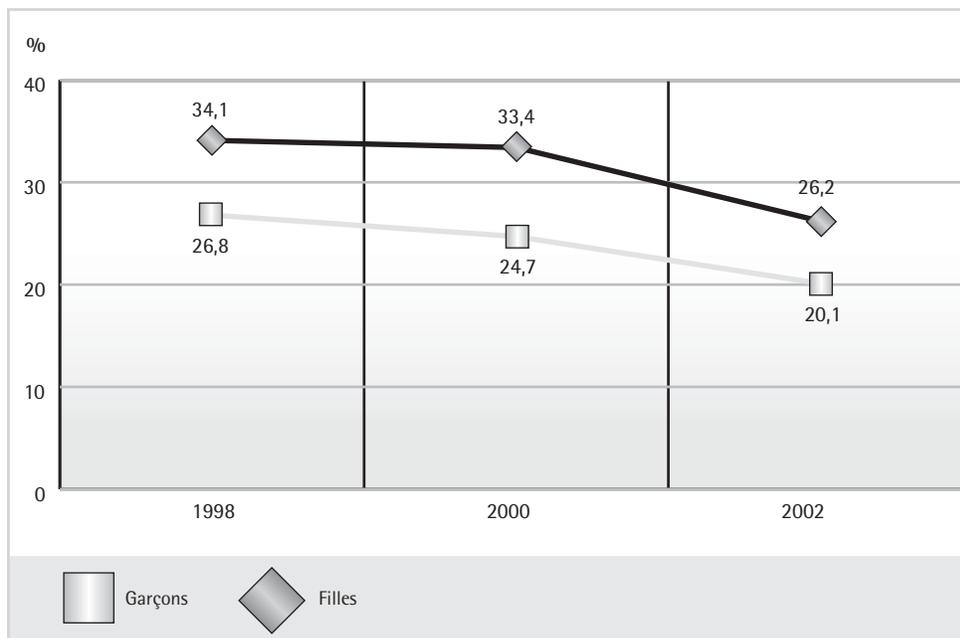
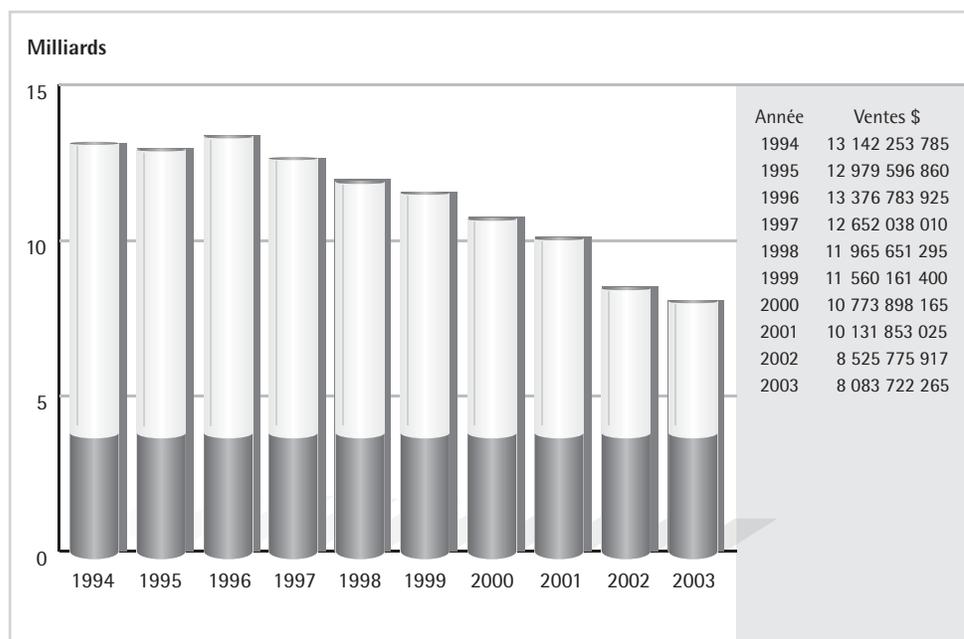


FIGURE 3
Ventes totales de cigarettes, Québec, 1994 à 2003¹⁹



CONCLUSION

Le tabagisme a sensiblement régressé au Québec au cours de la dernière décennie. On constate cependant actuellement une tendance à la stabilisation de son taux à environ 25 %. La population demeure encore trop lourdement hypothéquée par les habitudes tabagiques : la situation chez les jeunes est toujours préoccupante. Les taux beaucoup plus bas prévalant en Ontario et en Colombie-Britannique peuvent être des cibles réalistes à atteindre.

Le tabagisme et 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*²⁰, constitue le plus récent bilan scientifique sur le sujet et confirme la tendance. Le rapport a également fait l'objet d'une publication vulgarisée s'adressant au grand public²¹. Une des quatre grandes conclusions du rapport 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.

LES MALADIES

Selon le rapport, il est démontré que le tabagisme augmente les risques de plusieurs types de cancers en plus de celui, bien connu (85 % des cas, risques multipliés par vingt), du poumon : 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'être²².

Les risques accrus de maladies cardiovasculaires 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 tabac²³.

Les maladies et les problèmes pulmonaires sont évidemment augmentés par le tabagisme : maladies pulmonaires obstructives chroniques, emphysème (75 % de ces deux maladies étant liées au tabac²⁴), 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 rapport récent de la British Medical Association²⁵ 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, les ulcères à l'estomac chez les personnes infectées par la bactérie *Helicobacter pylori* 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 : les conclusions de revues récentes de la littérature scientifique à ces sujets^{26, 27} renforcent ces associations.

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 d'incapacité observable au Québec au cours de la décennie qui a précédé ses travaux²⁸. En 1992, au Québec, les coûts directs et indirects de l'usage du tabac ont totalisé 2,4 milliards de dollars, dont 661 millions en coûts directs de santé²⁹.

LA 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 fumeurs³⁰. 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 vie³¹. 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-fumeurs³². 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)³³. Chez les fumeurs canadiens, l'espérance de vie à 35 ans est réduite d'environ 10 à 20 %³⁴.

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 mortalité³⁵.

Pour le Québec, les données les plus récentes dont nous disposons sont celles pour l'année 1998³⁶. Cette année-là, au moins 13 000 personnes sont décédées de causes liées au tabagisme. Cette mortalité représente 24,6 % de la mortalité totale pour le Québec la même année³⁷. Le tableau 2 présente certains détails relatifs à cette statistique.

TABLEAU 2
Mortalité attribuable au tabagisme, par maladie, par sexe, Québec, 1998³⁸

| Maladies | Femmes | Hommes | Total |
|---|--------------|--------------|---------------|
| Adultes (35 ans et plus) Cancers Maladies cardiovasculaires Maladies respiratoires | 4 500 | 8 409 | 12 909 |
| Enfants (moins d'un an) Maladies pédiatriques | 13 | 14 | 27 |
| Fumée dans l'environnement Cancers Maladies ischémiques | 126 | 233 | 359 |
| Total | 4 639 | 8 656 | 13 295 |

Les effets du tabagisme observés aujourd'hui découlent de la consommation qui prévalait il y a quelques décennies, étant donné la période de latence qui sépare les deux phénomènes.

LES DANGERS DE 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 (600 vs 900 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 (40 à 170 fois plus), le benzène (10 fois plus) et l'aniline (30 fois plus)³⁹.

Les risques sanitaires, pour les non-fumeurs, de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement sont scientifiquement reconnus^{40, 41}. Les évidences continuent de s'accumuler^{42, 43, 44}. Figurent sur la liste de ces risques :

- 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 cancérigène⁴⁵. Le Centre international de recherche sur le cancer de l'Organisation mondiale de la santé l'a également affirmé en 2004 ;

- cancer des sinus nasaux ;
- maladie cardiovasculaire (risques accrus de 20 à 50 %). Les risques apparaissent même si la concentration de fumée de tabac dans l'environnement est relativement faible⁴⁷ ;
- réduction du poids (20 à 100 g) et faible poids de naissance (risques triplés chez les enfants de mère fumeuse) ;
- mort subite du nourrisson ;
- asthme (apparition et aggravation) ;
- problèmes respiratoires (chez les enfants notamment : risques augmentés de 26 à 113 % tant d'apparition que d'aggravation) ;
- diminution de la capacité respiratoire ;
- irritation des yeux, du nez et de la gorge ;
- otite chez les enfants.

Les bébés et les jeunes enfants sont particulièrement affectés par l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement^{48, 49}. Ces effets s'ajoutent aux effets de conditions de vie socioéconomiquement peu favorables à leur développement optimal⁵⁰.

L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement aurait fait 359 victimes en 1998 au Québec (voir tableau 2). 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^{51, 52, 53}, la gravité de la situation exige qu'il soit interdit de fumer dans les lieux publics et les milieux de travail fermés.

LA « NICOTINOMANIE »

Au cours des vingt dernières années, la recherche a démontré que la nicotine était le facteur pharmacologique essentiel du tabagisme⁵⁴. 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 tabagisme⁵⁵.

Faisant de la cigarette un produit sournois, la nicotine crée rapidement une dépendance à ce dernier⁵⁶. Des études, tant québécoise⁵⁷ qu'américaine⁵⁸, confirment que cette dépendance se manifeste tôt chez le jeune fumeur, avant que ce dernier consomme quotidiennement. Elle se développe par le biais d'un circuit cérébral de « récompense » impliquant la dopamine⁵⁹. La force de cette « nicotineomanie » est comparable à celle engendrée par la consommation de l'héroïne ou de la cocaïne⁶⁰. « La nicotine crée une dépendance foudroyante. Ce n'est pas une hypothèse, c'est un fait⁶¹ ». L'effet

est plus marqué pour les cigarettes contenant des concentrations élevées de la forme épurée (*free-base*) de la nicotine, laquelle est plus rapidement absorbée par les poumons et le cerveau⁶². L'appréciation de cette toxicomanie chez un sujet fait partie des préoccupations du DSM-IV, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux élaboré par l'Association psychiatrique américaine⁶³.

Certains comportements des fumeurs illustrent la contrainte que fait peser sur eux leur besoin de la cigarette. Ainsi, 75 % des fumeurs canadiens consomment leur première cigarette de la journée dans l'heure qui suit leur réveil ; pour 28 %, cette consommation se produit dans les cinq premières minutes de la journée. En 2002-2003, 70 % des fumeurs quotidiens canadiens ont fait au moins une tentative pour cesser de fumer ; presque la moitié (47 %) ont fait deux tentatives et plus⁶⁴. Lors d'un sondage effectué au Canada en décembre 2003⁶⁵, 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 consommation⁶⁶.

CONCLUSION

La nocivité et la dangerosité de la cigarette ne soulèvent plus de doute. Il n'existe pas de seuil sécuritaire de consommation⁶⁷.

Qui plus est, la cigarette est le seul produit légal qui tue lorsqu'il est consommé comme prévu par le fabricant⁶⁸. 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'alcoolisme. Comme le statuait le juge Eugene Bogan, de l'État du Mississippi, dans son jugement rendu en mai 1993⁶⁹, les cigarettes sont, en termes juridiques, déraisonnablement dangereuses pour la consommation humaine.

Compte tenu du caractère toxicomanogène, des conséquences sanitaires et de la prévalence du tabagisme au Québec, force est de reconnaître que nous sommes en présence d'un sérieux problème de santé publique, lequel devrait, selon des analystes du milieu⁷⁰, être considéré comme la plus grande priorité dans ce domaine.

Le tabagisme comme problème social

LA CULTURE PROTABAGISME

Un problème social est une situation qui, bien qu'elle affecte des individus, relève aussi de causes collectives. Deux opérations sont étroitement liées : l'identification d'un faisceau d'éléments ou d'un aspect particulier dans l'infinie diversité des phénomènes sociaux et un jugement de valeur suggérant une urgence et entraînant un programme d'action⁷¹.

La consommation du tabac constitue un problème social. 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 mette en cause les jeunes, ceux-ci constituant la masse des nouveaux fumeurs et assurant la pérennité du problème. Le relevé, en 2000-2001⁷², de l'âge du début de l'usage du tabac chez les fumeurs et ex-fumeurs québécois âgés de 12 ans et plus le démontre : 7,8 % ont commencé à fumer à un âge s'échelonnant de 5 à 11 ans, 33,3 %, de 12 à 14 ans, et 43,5 %, de 15 à 19 ans. Seuls 14,1 % d'entre eux ont commencé à fumer à 20 ans ou plus. Les jeunes fumeurs québécois du secondaire, en 2002, avaient fumé leur première cigarette complète à l'âge moyen de 12,1 ans⁷³.

L'environnement social « guide » l'évolution du jeune par les normes sociales. Celles-ci sont des règles qui régissent le comportement des individus et organisent leurs relations au sein d'une collectivité étendue (nation, communauté ethnique) ou restreinte (famille, entreprise). Liées aux valeurs que partagent les membres de cette collectivité (c'est-à-dire à leur conception du bien et du mal), 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 donnée⁷⁴. Ce qui répond bien aux normes sociales est dit « normal ».

Même si, au cours des dernières années, le contexte social québécois a subi des mutations en ce qui concerne les normes sociales relatives au tabagisme, celles-ci demeurent encore protabagisme. Il existe encore des messages et des conditions qui incitent le jeune à fumer et qui renforcent ses comportements de fumeur débutant comme de fumeur confirmé^{75, 76, 77}. Voyons plus concrètement ce qu'il en est.

L'adoption du comportement de fumeur par le jeune est précédée d'une familiarisation « mentale » avec ce comportement, qu'il découvre étant enfant et perçoit graduellement, plus ou moins consciemment, comme « normal ». Il en est ainsi d'abord parce que le comportement tabagique est très ostensible (comparé à d'autres comportements admissibles, comme la consommation d'alcool ou les relations sexuelles) et apparaît

omniprésent pour l'enfant ; les fumeurs, lesquels sont encore nombreux, fument à répétition en public dans nombre de 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 l'est ce produit.

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. Qui plus est, répandre de la fumée autour de soi ne fait pas accroc aux règles de civilité qui régissent nombre de comportements en société et qu'on tente de lui inculquer. 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 l'image « fumeuse » de ces personnalités. Le tabagisme est souvent associé à des personnages en vue et à des héros dans les productions télévisuelles et cinématographiques. Le réseau de vente des cigarettes est ramifié et omniprésent : dépanneurs, épiceries, garages, postes d'essence, restaurants, etc. De plus, dans ces points de vente, l'exposition des cigarettes est démesurée comparativement à l'exposition dont jouissent la plus grande partie des autres produits de consommation, notamment dans les dépanneurs.

Dans un tel contexte, l'enfant devenu adolescent est plus facilement prédisposé à expérimenter la consommation du tabac lorsque l'entourage des pairs l'incite à le faire. La dissuasion de fumer n'est pas alors impossible⁷⁸, mais elle est rendue plus difficile. D'une expérimentation répétée risque de se développer une habitude « psychologique » de consommation. Une dépendance nicotinique prendra rapidement le relais de cette habitude, pour faire de l'adolescent un fumeur « accroché ».

CONCLUSION

Des composantes de l'environnement social de l'enfant concourent à le familiariser avec la présence du tabac et du tabagisme dans la société. Ce faisant, elles le rendent plus vulnérable lorsque, à l'adolescence, se présente une éventuelle occasion de s'initier à la consommation du tabac. Plus loin dans le présent document, il sera question tant de l'importance stratégique d'une intervention dans l'environnement social que de moyens précis pour soutenir les changements de celui-ci qui sont en cours au Québec.

La lutte contre le tabagisme

PRÉMISSES

Des renseignements et observations rapportés dans les pages précédentes découlent certains constats qui deviennent, à la fois, des motifs d'agir et des guides pour l'action :

- La cigarette est un produit dangereux et toxicomanogène qui, s'il était inventé aujourd'hui, serait interdit compte tenu des balises et politiques gouvernementales actuelles à l'égard du traitement des produits dangereux^{79, 80}. En effet, nous sommes dans une société où il est attendu que les gouvernements protègent les individus contre les dangers qui les menacent massivement, ce que ces gouvernements font d'ailleurs en général.
- 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 sociétés.
- La consommation et la fabrication de cigarettes ne peuvent être interdites compte tenu du fait que, au Québec du moins, le quart de la population âgée de 15 ans et plus 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 réels obtenus sur le tabagisme. 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 ».
- Il faut tout mettre en œuvre pour réduire constamment, et à un rythme aussi rapide que possible, le tabagisme.
- La lutte contre le tabagisme ne peut reposer seulement sur une nécessaire mais insuffisante éducation de la population. Elle doit passer obligatoirement par une modification des éléments de l'environnement social qui alimentent l'épidémie tabagique⁸¹, une démarche qui fait appel à la responsabilité de l'État, lequel a « une obligation de fiduciaire de la santé publique⁸² ». Cela est aujourd'hui reconnu par toutes les autorités en la matière^{83, 84}, les experts consultés par l'Organisation mondiale de la santé le soutenant depuis longtemps⁸⁵.
- La « débanalisation » et la « dénormalisation » tant de la mise en marché que de l'usage de la cigarette constituent la stratégie de fond de la lutte contre le tabagisme. Le statut de la cigarette dans notre société doit être conforme aux dangers représentés par la consommation de ce produit.

- La protection contre les dangers de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement s'impose également, et une intervention en ce sens pourra s'appuyer sur la reconnaissance de la primauté du droit à un air sain sur le droit de fumer n'importe où⁸⁶.
- Compte tenu du rôle évident de l'industrie du tabac dans l'existence et la pérennité du tabagisme, la modification de l'environnement social doit notamment passer par le contrôle et la limitation de l'intervention de cette industrie⁸⁷.

L'INTERVENTION : LA DÉNORMALISATION

La « dénormalisation » du tabagisme appelle en quelque sorte une « révolution culturelle » à cet égard. La dénormalisation complète implique un rejet de ce qui était jusqu'alors jugé « normal », cela devenant alors « anormal ». Le comportement au volant d'un véhicule ou les punitions corporelles aux enfants sont des exemples de dynamiques sociocomportementales qui ont été touchées par des changements de normes sociales au cours des dernières décennies.

Les racines sociales 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, de la Floride, etc.) 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 : mesures fiscales et législatives, information et éducation, services, communication de masse, animation communautaire, etc. La nécessité d'une telle approche globale apparaît comme le principe maître à respecter et fait consensus⁸⁸.

L'intervention doit être menée sur trois fronts : 1) encourager et soutenir l'abandon des habitudes tabagiques, 2) assurer la protection des non-fumeurs contre la fumée de tabac dans l'environnement, 3) prévenir l'adoption du tabagisme. Deux volets sont à considérer : l'individu et l'environnement de cet individu. Par ce dernier volet, on s'assurera que les messages de la société au sujet du tabagisme concorderont avec les messages des instances chargées de la réduction du tabagisme.

Les stratégies du volet « individu » sont classiques et sont bien connues : information, éducation, sensibilisation. Les moyens pour ce faire ne sont pas moins connus : programmes et projets d'animation en milieu scolaire, documentation, campagnes médiatiques, affichage, activités thématiques promotionnelles, services de soutien à la cessation du tabagisme, etc.

Les stratégies du volet « environnement » ont généralement un caractère réglementaire ou législatif. Elles appellent des mesures qui peuvent toucher l'accessibilité des produits du tabac (prix et taxes, lieux et modalités de vente, âge minimum pour l'achat, emballage, etc.), la promotion de ces produits (publicité, commandite, produits dérivés, promotion des ventes, étalage, friandises imitant les produits du tabac, etc.), l'information à leur sujet (renseignements et avertissements sur les emballages) ainsi que la protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (limitation de l'usage du tabac, particulièrement dans les lieux fermés). C'est par ces mesures que s'effectuent les nécessaires limitation et contrôle de l'intervention de l'industrie du tabac. La législation constitue donc une approche stratégique fondamentale dans la lutte contre le tabagisme, l'État ayant recours à ce pouvoir de structuration de l'environnement afin de lutter contre le pouvoir identique que l'industrie du tabac exerce par son marketing.

La dénormalisation devrait favoriser l'élaboration d'une éthique sociale inspirant des réserves aux acteurs impliqués dans des circonstances pouvant contribuer à la « normalisation » de la production ou de la consommation de la cigarette. On peut souhaiter, par exemple, que des personnalités artistiques, sportives ou autres dissocient leur habitude tabagique de leur image publique fortement médiatisée, que des scénaristes ne fassent fumer leurs personnages que dans des circonstances exceptionnelles et que de plus en plus d'organismes refusent de collaborer à la mise en valeur de l'action de l'industrie du tabac.

CONCLUSION

L'État est le premier responsable de la lutte contre le tabagisme. Cette responsabilité ne peut être assumée que par une intervention multidimensionnelle et à forte composante législative, de façon à donner à cette dernière la capacité, premièrement, de contrôler l'intervention de l'industrie du tabac et, deuxièmement, de « dénormaliser » la cigarette et le tabagisme. La nécessité du leadership gouvernemental ne doit pas faire oublier l'importance de l'implication et du partenariat d'organismes issus de secteurs variés de la société.

UNE APPROCHE GLOBALE ET INTÉGRÉE

Comme il a déjà été mentionné, 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. Cette tendance fut d'autant plus marquée que nombre de gouvernements ont graduellement implanté des mesures de lutte contre le tabagisme, dont des mesures législatives. La dénormalisation croissante du tabagisme est une réalité sociologique dans les pays développés, y compris au Québec. Les normes émergentes ont déjà des répercussions sur le plan de l'éthique : mentionnons, en exemples, l'offre de placements financiers éthiques écartant l'industrie du tabac⁸⁹ et le refus, par le Cirque du Soleil, d'une commandite d'une « couple de millions de dollars » de la part d'une compagnie de tabac⁹⁰.

Non seulement les États se préoccupant de la lutte contre le tabagisme se sont-ils multipliés, mais plusieurs d'entre eux, dont le Canada, ont de plus partagé cette préoccupation en collaborant activement avec l'Organisation mondiale de la santé dans le but d'une éventuelle mise en application de la Convention-cadre internationale pour la lutte antitabac⁹¹.

Depuis 1994, le gouvernement du Québec, par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des Services sociaux, a progressivement élaboré une intervention de lutte contre le tabagisme qui se concrétise aujourd'hui dans le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*⁹². Après avoir fait partie des Priorités nationales de santé publique 1997-2002, la lutte contre le tabagisme figure maintenant dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*⁹³, et l'objectif de réduire le taux de tabagisme de 24 % à 18 % y est associé (page 45). Le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005* permet au Québec de figurer parmi les États les plus engagés dans ce domaine.

Les trois préoccupations générales de la lutte contre le tabagisme y sont couvertes, à savoir la prévention du tabagisme, la cessation du tabagisme et la protection contre l'exposition passive à la fumée de tabac. Dans chacun de ces domaines, quatre approches sont applicables : a) politiques et législation, b) information, éducation et soutien, c) mobilisation et partenariat, d) connaissance, surveillance, recherche et évaluation. Les actions sont variées et complémentaires : activités promotionnelles (Défi « J'arrête, j'y gagne! », Semaine québécoise pour un avenir sans tabac), campagnes médiatiques, documentation, taxation des produits du tabac, application de multiples mesures législatives, activités éducatives en milieu scolaire et parascolaire (une pièce de théâtre rock appelée *In Vivo*, les « gangs allumées » et leur site Internet, etc.), services centraux et régionalisés de soutien à la cessation (ligne téléphonique sans frais « J'arrête », site Internet « J'arrête », quelque 150 centres d'abandon du tabagisme, inscription des aides pharmacologiques à la *Liste de médicaments* du régime d'assurance

L'intervention du gouvernement du Québec

médicaments), enquêtes et sondages, recherches. Pour l'année financière 2004-2005, le budget ministériel pour le *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005* est de 20 millions de dollars. En 2003, la Régie de l'assurance maladie du Québec a dépensé une somme de 12,5 millions de dollars pour le régime d'assurance des aides pharmacologiques pour cesser de fumer⁹⁴.

L'actualisation du plan, laquelle est sous la responsabilité de la Direction générale de la santé publique du Ministère, est rendue possible grâce à la collaboration des directions de santé publique des agences régionales de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Celles-ci assurent la pénétration de l'intervention à leur échelle. De plus, une entente de collaboration entre le Ministère et l'Institut national de santé publique permet de profiter des compétences de ce dernier pour les questions relatives à la recherche et à l'expertise scientifique. Finalement, des organismes du secteur privé préoccupés par le problème du tabagisme complètent le partenariat.

La dynamique québécoise de lutte contre le tabagisme est également marquée par l'intervention du gouvernement fédéral, notamment par des campagnes de communication, la taxation des produits du tabac et l'obligation d'imprimer des avertissements sur les emballages des produits du tabac.

LA LOI SUR LE TABAC

La pièce maîtresse de l'intervention antitabagisme gouvernementale, la Loi sur le tabac⁹⁵, fut adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale le 17 juin 1998. Elle comporte un ensemble de mesures visant notamment l'usage, la vente et la promotion du tabac. Ces mesures se présentent sommairement comme suit.

Restriction de l'usage du tabac dans certains lieux (chap. 2)

La mesure de base consiste en une interdiction de fumer dans un lieu fermé autre que privé et personnel, notamment un lieu qui accueille le public ou un milieu de travail. L'installation de fumoirs répondant à certaines normes est permise partout, sauf dans les lieux consacrés à des activités destinées aux mineurs (écoles, garderies, etc.). Des aires pour fumeurs (maximum de 40 % de l'espace) peuvent cependant être aménagées dans des lieux comme les aires communes des centres commerciaux, les aires de jeu d'un casino d'État, les salles de jeu (quilles, billard, etc.), les gares (autobus, trains, navires), les établissements d'hébergement touristique (sauf pour les employés), les commerces offrant des repas pour consommation sur place (sauf pour les employés), les aires de repos, d'attente ou de services dans les établissements où sont présentés des activités

sportives, de loisirs, culturelles ou artistiques, des colloques, congrès, etc. Il en va de même, mais uniquement pour l'usage des personnes qui y sont hébergées, dans les milieux de psychiatrie, les centres de soins de longue durée ou d'hébergement, les centres de réadaptation et les ressources intermédiaires du réseau public de la santé et des services sociaux.

À noter que les commerces de 35 places et plus offrant des repas pour consommation sur place devront, à compter du 17 décembre 2009, fermer et ventiler les aires pour fumeurs qu'ils voudront mettre à la disposition de leur clientèle. Cependant, la mesure s'applique maintenant dans le cas des commerces occupant une construction neuve ou des locaux ayant subi des rénovations majeures.

La loi accorde aux exploitants concernés le pouvoir de permettre de fumer dans certains lieux, comme une salle de bingo, un lieu où les jeunes ne sont pas admis selon la Loi sur les infractions en matière de boissons alcooliques (L.R.Q., chapitre I-8.1) (bars, etc.), les locaux de détention (sauf une cafétéria, une salle de cours ou de réunion, un gymnase, un lieu de culte ou une bibliothèque), les locaux situés dans un palais de justice et utilisés pour la détention de personnes, les taxis et les véhicules de travail quand tous les passagers y consentent.

Finalement, la loi précise des lieux et circonstances où elle ne s'applique pas, comme en dehors des heures de garde dans les résidences privées où sont fournis des services de garde en milieu familial au sens de la loi régissant les services de garde, les milieux de travail situés dans une demeure, les aires communes des immeubles comportant moins de treize unités de logement, les aires communes des immeubles comportant plus de douze unités de logement lorsqu'elles sont temporairement utilisées par un locataire ou un propriétaire pour des fins personnelles, les salles des établissements d'hébergement touristique ou des commerces offrant des repas pour consommation sur place utilisées par une personne à des fins privées et personnelles.

Vente du tabac (chap. 3)

Figurent principalement à ce chapitre les mesures suivantes : l'interdiction de la vente aux mineurs ; l'obligation de l'intervention d'un préposé à la vente ; la limitation de l'utilisation des appareils distributeurs aux bars, tavernes, brasseries et, s'il y a un contrôle électronique à distance, aux restaurants avec permis d'alcool ; l'interdiction de la vente dans les pharmacies, sur les terrains et dans les installations des garderies, des écoles primaires et secondaires et des établissements de santé et de services sociaux ; l'interdiction de la vente à distance ; l'interdiction de vendre des cigarettes autrement qu'en paquet d'au moins vingt unités.

Promotion (chap. 4)

En vertu de la loi, il est interdit de faire la promotion du tabac sauf par publicité, celle-ci devenant interdite si elle est destinée aux mineurs, est fautive ou trompeuse, associe le tabac à un style de vie, utilise des attestations et témoignages, utilise un slogan, fait référence à des personnes, personnages ou animaux, réels ou fictifs, comporte autre chose que du texte, sauf l'illustration de l'emballage d'un produit du tabac (10 % maximum de la surface du matériel publicitaire), ne comporte pas de mises en garde sur les effets nocifs du tabac sur la santé et, finalement, est diffusée autrement que : a) par de l'affichage qui ne peut être vu que de l'intérieur du point de vente ou b) dans des journaux ou magazines écrits dont au moins 85 % des lecteurs sont majeurs. Mentionnons que la loi donne au gouvernement le pouvoir de réglementer l'étalage des produits du tabac et des publications spécialisées concernant le tabac.

CONCLUSION

Le gouvernement du Québec est activement impliqué dans la lutte contre le tabagisme. Son intervention se caractérise par un financement substantiel, une approche globale et des stratégies intégrées, la Loi sur le tabac en constituant la pièce maîtresse.

Dans le contexte, d'une part, des changements positifs de normes sociales provoqués à ce jour par l'intervention antitabagisme du gouvernement du Québec et, d'autre part, de l'intensification de la mobilisation des États contre le tabagisme dans le monde, il est à propos de procéder à un enrichissement de la Loi sur le tabac afin d'en renforcer la portée. Si la santé publique a été bien servie par les mesures adoptées en 1998, il demeure que celles-ci ne satisfont pas encore à toutes les exigences d'une intervention législative à la hauteur des défis sanitaires que lance le tabagisme.

Dans le contexte de la démarche de renforcement de la loi qui est donc envisagée, et à l'instar de ce qui a été fait en 1996 avant l'élaboration du projet de loi sur le tabac, le gouvernement procède à une consultation sur le renforcement qu'il entend concrétiser. Tout en faisant connaître et comprendre les préoccupations et les responsabilités du gouvernement dans ce dossier de santé publique, une consultation lui permet de s'assurer que ses décisions ultérieures seront prises à la lumière des expériences et des points de vue qui lui auront été rapportés.

La perspective de modifications législatives est motivée par la recherche d'une plus grande efficacité dans la prévention du tabagisme et dans la protection de la population, notamment des travailleuses et des travailleurs, contre les méfaits de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement. Les aspects plus spécialement visés sont l'usage du tabac et la promotion du tabac.

L'USAGE DU TABAC

Au cours de la dernière décennie, la limitation de l'usage du tabac dans les lieux publics, dans les milieux de travail et dans certains lieux à usage partagé a connu une croissance dans nombre de pays. Des interdictions de fumer s'appliquant dans tous les lieux publics fermés, et ce, jusque dans les bars et les pubs, en sont certainement les indicateurs les plus significatifs.

Des pays comme la Nouvelle-Zélande, l'Irlande, la Norvège, la Suède (à compter de juin 2005) et les Philippines (à compter de juin 2008) ont adopté des lois ayant une telle portée. Aux États-Unis, sept États, soit la Californie, le Delaware, New York, le Connecticut, le Maine, le Rhode Island et le Massachusetts, ont agi de même. Nombre de villes américaines ont adopté, à leur échelle, des politiques similaires. Au total, grâce à ces lois et règlements, au moins 32 % des Américains seraient protégés contre l'exposition à la fumée de tabac dans les lieux fermés autres que privés⁹⁶.

Au Canada, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et plusieurs provinces, telles la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Colombie-Britannique et

Perspectives de développement législatif

l'Île-du-Prince-Édouard, assurent un environnement sans fumée aux travailleurs et clients des bars, certaines des lois en cause permettant l'aménagement de fumeurs dans ces lieux⁹⁷. Par ailleurs, le gouvernement de l'Ontario a exprimé son intention de rallier les rangs, ce qui ne devrait pas représenter un problème compte tenu du nombre élevé de municipalités, dont Ottawa et Toronto, ayant déjà pris des initiatives dans le même sens⁹⁸.

Dans ce contexte international, et toujours en considérant les effets démontrés sur la santé de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement et les devoirs qui en découlent pour les gouvernements, il est raisonnable de modifier la portée de la Loi sur le tabac en ce qui a trait à l'usage du tabac afin que la population soit encore mieux protégée qu'elle ne l'est présentement.

Lieux actuellement couverts par la loi

C'est ainsi que pourrait être envisagée l'abolition du pouvoir légal de permettre de fumer dans leurs locaux qu'ont les exploitants de certains lieux couverts par la loi. Parmi ces lieux, il s'en trouve qui sont particulièrement enfumés et où les employés qui y oeuvrent sont donc exposés à des risques sanitaires beaucoup plus élevés^{99, 100}. À quelques exceptions près qui pourraient être précisées dans la loi, l'actuelle interdiction de fumer dans ces lieux aurait donc sa pleine portée.

- **Les bars**

Actuellement, il peut être permis de fumer partout dans de tels commerces (article 8).

- **Les restaurants et les cafétérias**

Actuellement, l'exploitant d'un tel établissement peut permettre de fumer, sauf au personnel, dans au maximum 40 % de l'espace disponible pour la clientèle (articles 5 et 6). À compter du 1^{er} décembre 2009, une telle section pour fumeurs devra être fermée et ventilée dans les restaurants de 35 places et plus. Cette obligation s'applique cependant immédiatement aux restaurants situés dans des constructions neuves ou des locaux ayant subi des rénovations majeures (articles 7 et 69). Un mouvement spontané de restaurants québécois « sans fumée » est en développement¹⁰¹.

- **Les resto-bars**

Actuellement, la section « resto » de ces commerces est soumise aux règles qui s'appliquent dans les restaurants (article 8).

- **Les salles de bingo**

Actuellement, il peut être permis de fumer partout dans ce type de lieu de loisirs (article 8).

- **Les établissements où sont présentés des activités sportives ou de loisirs, culturelles ou artistiques, des colloques, des congrès ou d'autres activités semblables**
Actuellement, il peut être permis de fumer dans un maximum de 40 % des espaces d'attente, de repos et de services de ces établissements (articles 4 et 6).
- **Les salles de jeu comme les salles de quilles, les salles de billard et autres salles de divertissement**
Actuellement, il peut être permis de fumer dans un maximum de 40 % des espaces accessibles à la clientèle de ces salles de jeu (articles 4 et 6).
- **Les aires de jeu d'un casino d'État**
Actuellement, il peut être permis de fumer dans un maximum de 40 % des espaces accessibles à la clientèle de ces salles de jeu (articles 4 et 6). En fait, une politique administrative interdit l'usage du tabac dans ces lieux, sauf dans les fumeurs qui y ont été aménagés.
- **Les centres commerciaux**
Actuellement, il peut être permis de fumer dans un maximum de 40 % des aires communes de ces édifices (articles 4 et 6). Plusieurs centres commerciaux n'ont pas utilisé ces pouvoirs que leur consent la loi.
- **Les gares maritimes, les gares d'autobus et les gares de train**
Actuellement, il peut être permis de fumer dans un maximum de 40 % de ces espaces (articles 4 et 6). En pratique, une forte proportion de ces lieux, dont les stations du métro de Montréal, sont demeurés entièrement non fumeurs.
- **Les établissements d'hébergement touristique (hôtels, auberges, etc.)**
Actuellement, l'exploitant d'un tel établissement peut permettre de fumer, sauf au personnel, dans au maximum 40 % des aires ou des chambres disponibles pour la clientèle (articles 5 et 6). La possibilité de permettre de fumer dans un maximum de 40 % des chambres disponibles pour la clientèle pourrait être maintenue.

Lieux non couverts actuellement par la loi

Des interdictions de fumer pourraient s'étendre également à des lieux qui ne sont pas couverts par la loi présentement, mais où une protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement serait pertinente :

- **Les aires communes des immeubles comportant de deux à douze unités de logement**

Actuellement, l'interdiction légale de fumer ne s'applique que dans les aires communes des immeubles comportant plus de douze unités de logement (paragraphe 7 de l'article 2). Le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et le Nunavut interdisent de fumer dans les aires communes de tous les immeubles à logements.

- **Les aires extérieures situées à proximité des entrées et sorties des édifices touchés par les mesures législatives relatives à l'usage du tabac**

Ces lieux sont souvent occupés par plusieurs fumeurs à la fois, ce qui y crée parfois, surtout lorsque la configuration du bâtiment s'y prête, une concentration de fumée importante, même si on se trouve à l'extérieur. Les personnes non fumeuses circulant dans ces endroits sont donc exposées à cette fumée. La situation est encore plus problématique lorsque ces personnes ont des problèmes de santé pouvant être aggravés par une telle exposition, des cas susceptibles d'être beaucoup plus fréquents parmi la clientèle fréquentant les édifices où l'on offre des services de santé. C'est d'ailleurs pour ce genre d'édifice que l'Ontario impose une interdiction de fumer à l'extérieur à moins de neuf mètres des entrées, mesure qu'ont également retenue l'Université d'Ottawa et la ville de Sudbury pour les édifices visés par leurs politiques respectives. À l'Hôpital général juif, la règle s'applique à dix mètres. La législation du Nunavut impose trois mètres. Le guide des politiques antitabac en milieu de travail de Santé Canada recommande d'appliquer une telle mesure (à neuf mètres)¹⁰².

Questions

- Devrait-on interdire de fumer dans les lieux énumérés ci-dessus ?
- Le pouvoir que la loi confère à un exploitant d'un lieu d'aménager un fumoir doit-il s'appliquer dans chacun de ces lieux ?
- Certains lieux devraient-ils profiter de mesures transitoires et, si oui, desquelles ?

Les terrains des écoles primaires et secondaires

L'interdiction de fumer sur les terrains des écoles primaires et secondaires est une mesure d'ordre éducatif plus que de protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement. Une telle interdiction contribuerait à l'établissement d'une norme sociale adaptée aux méfaits du tabagisme. Les milieux scolaires du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de l'Ontario sont soumis à l'application d'une telle mesure. Au Québec, on sait que des écoles ont adopté cette mesure¹⁰³ et qu'elle est l'objet d'une promotion à certains endroits¹⁰⁴, mais il n'existe pas de bilan de la situation.

Une telle politique pourrait cependant inciter de jeunes fumeurs à quitter les terrains de l'école afin de pouvoir consommer du tabac. À ce phénomène seraient associés des risques et des inconvénients variables selon l'environnement concerné (sécurité des jeunes, dérangement du voisinage, malpropreté des lieux autour du terrain, etc.)¹⁰⁵. Des milieux scolaires optent davantage pour des politiques moins sévères, comme la limitation de la consommation de tabac à une aire précise sur le terrain. La législation du Nunavut interdit cette consommation à moins de quinze mètres de toute entrée ou sortie d'une école.

Questions

- Devrait-on interdire de fumer sur les terrains de toutes les écoles primaires et secondaires ?
- Les ordres d'enseignement primaire et secondaire devraient-ils être l'objet de politiques différentes ?
- Quelles seraient les façons de contrôler les difficultés liées à l'application d'une telle interdiction ?
- Des mesures transitoires de mise en application seraient-elles appropriées et, si oui, lesquelles ?
- La limitation de la consommation de tabac à une aire précise sur le terrain de l'école constitue-t-elle une mesure appréciable ?

LA PROMOTION DU TABAC ET DU TABAGISME

Dans la présente section, nous considérerons le problème que pose l'étendue du réseau des points de vente de tabac et la promotion des produits du tabac à l'intérieur de ces lieux.

Le réseau des points de vente

Le réseau des points de vente de tabac permet de desservir les fumeurs. Il constitue un des quatre P anglais du *marketing mix*, soit *place* (distribution), *product* (produit), *price* (prix) et *promotion* (promotion). La distribution ne constitue pas un champ fonctionnel autonome à l'intérieur des sciences de la gestion. Elle doit au contraire toujours être replacée au sein du marketing et, plus précisément, dans la gamme des moyens dont disposent les entreprises pour agir sur le marché, au même titre que la gestion des produits, les stratégies de prix et les actions de communication¹⁰⁶.

Toute personne qui vend au Québec des produits du tabac au détail doit être titulaire d'un certificat d'inscription au fichier de la taxe de vente du Québec¹⁰⁷. En octobre 2002, il y avait 12 004 enregistrements de ce type, ce qui ne rend pas compte du nombre de points de vente, l'exploitant de plusieurs points de vente n'étant tenu qu'à une seule inscription pour ces derniers. Il est estimé qu'il y aurait environ 20 000 points de vente de tabac au Québec, dont le quart seraient des emplacements d'appareil distributeur de cigarettes. La nature des commerces qui vendent du tabac est variée : dépanneurs, épicerie, bars, garages, postes d'essence, cantines mobiles, etc. Tout comme ce qui est du nombre précis de points de vente, le profil exact de ce réseau n'est pas connu.

Hormis l'obligation d'être titulaire d'un certificat d'inscription au fichier de la taxe de vente, il n'existe aucun contrôle du réseau de distribution des produits du tabac, si ce n'est quelques exigences comprises dans la Loi sur le tabac. Ainsi, il est interdit de vendre du tabac dans une pharmacie (article 18) et sur les terrains et dans les installations d'un établissement de santé et de services sociaux, d'une école qui donne de l'enseignement primaire ou secondaire, d'un centre de la petite enfance ou d'un autre service de garde (article 17). Un appareil distributeur automatique servant à la vente du tabac ne peut être installé que dans un lieu ou un commerce où les mineurs ne sont pas admis en vertu de la Loi sur les infractions en matière de boissons alcooliques (L.R.Q., chapitre I-8.1) ou, s'il est muni d'un contrôle électronique à distance, dans un lieu ou un commerce titulaire d'un permis d'alcool de la catégorie « restaurant pour vendre » ou « restaurant pour servir » au sens de la Loi sur les permis d'alcool (L.R.Q., chapitre P-9.1) (article 16). En fait, on peut vendre du tabac presque n'importe où, pourvu qu'il ne puisse être accessible au client sans l'aide d'un préposé (article 15). Les compagnies de tabac exploitent cette possibilité en installant temporairement des postes de vente de leurs produits pendant diverses manifestations.

La promotion

Les spécialistes de la distribution ont pris l'habitude de qualifier de « *pull* » et de « *push* », ou « attraction » et « pression », en français, la double politique que les producteurs développent pour assurer la promotion de leurs produits. La stratégie « *pull* » consiste en des actions de publicité et de promotion des ventes visant les consommateurs, afin de faire « tirer » le produit par la demande de ces derniers. La stratégie « *push* » renvoie aux activités de motivation des intermédiaires (marges élevées, primes, assistance dans l'organisation des points de vente et la formation des vendeurs), afin que les produits soient offerts dans de nombreux points de vente et d'y assurer une promotion efficace des produits, le tout visant à « pousser » les produits vers les consommateurs¹⁰⁸.

Comme la publicité et les communications en faveur des produits du tabac, donc les possibilités de « *pull* », ont été plus ou moins limitées dans nombre de pays, l'industrie du tabac a rapidement réorienté sa stratégie de promotion, et les importantes ressources qu'elle y consacre, vers le « *push* ». Le volet américain du phénomène est bien documenté¹⁰⁹, et rien ne laisse croire qu'il serait moins présent au Canada et au Québec, là où le contrôle de la promotion protabac est particulièrement développé comparativement aux États-Unis.

On remarque la présence imposante des étalages de produits du tabac dans les points de vente. De plus, on y trouve du matériel promotionnel des fabricants, comme le montre le volet « publicité sur le tabac au point de vente » de la plus récente évaluation du comportement des détaillants menée pour Santé Canada¹¹⁰. La publicité a été étudiée dans cette évaluation selon la présence d'articles promotionnels, comme les étalages sur le comptoir, les affichettes d'étagère, les papillons publicitaires, les affiches et autre matériel promotionnel¹¹¹. On rapporte une hausse de la présence de ce matériel au cours de l'année précédant l'étude. Beaucoup de ce matériel est lié à l'étalage.

Rappelons comment la Loi sur le tabac balise la promotion du tabac. Il est interdit de faire une telle promotion sauf par publicité, celle-ci étant interdite si elle est destinée aux mineurs, est fautive ou trompeuse, associe le tabac à un style de vie, utilise des attestations et témoignages, utilise un slogan, fait référence à des personnes, personnages ou animaux, réels ou fictifs, comporte autre chose que du texte, sauf l'illustration de l'emballage d'un produit du tabac (10 % maximum de la surface du matériel publicitaire), ne comporte pas de mise en garde « santé » et, finalement, est diffusée autrement que : a) par de l'affichage qui ne peut être vu que de l'intérieur du point de vente de tabac ou b) dans des journaux ou magazines écrits dont au moins 85 % des lecteurs sont majeurs (article 24). La loi donne au gouvernement le pouvoir de préciser, par règlement, les normes relatives à l'étalage des produits du tabac et des publications spécialisées concernant le tabac ainsi que les normes en matière de publicité et de promotion (article 25).

L'étalage des produits est ainsi, à toutes fins utiles, le seul volet de la promotion qui n'a pas encore été l'objet de limitations et de contrôle ; il n'est donc pas surprenant que l'industrie du tabac y accorde tant d'attention et qu'elle y consacre les ressources financières propres à motiver la collaboration des détaillants à cet égard. De fait, comme le client ne peut avoir accès directement aux produits du tabac, la fonction de promotion de leur étalage n'en est que plus évidente. En 2002, l'industrie du tabac a investi plus de 77 millions de dollars en promotion dans plus de 70 000 points de vente à l'échelle canadienne¹¹². Cet investissement n'a certes pas diminué au cours des dernières années, puisque l'industrie a particulièrement ciblé les 18-25 ans dans les bars grâce à une stratégie marquée par les « *cigarette girls* »¹¹³.

La problématique

Tant les caractéristiques du réseau des points de vente de tabac que la promotion protabac faite dans ce réseau font en sorte que les produits du tabac, et en particulier la cigarette, ont encore un degré de présence dans notre société qui est incompatible avec leur nocivité. La situation favorise trop la familiarité avec les produits, comme le souhaite l'industrie du tabac. Signalons, à cet égard, les propos de Richard Pollay, spécialiste international du marketing du tabac : « les compagnies de tabac veulent à tout prix s'intégrer dans notre environnement culturel »¹¹⁴. Une telle présence du tabac, notamment par l'étalage, ne peut que rendre plus incertaine la poursuite de l'abstention de fumer chez les nouveaux ex-fumeurs.

À ce jour, en général, les gouvernements ne sont intervenus dans le réseau de vente du tabac que dans une mesure similaire à celle du gouvernement du Québec, à savoir par des interdictions de vendre dans des lieux liés aux domaines de la santé, de l'éducation ou de la gestion publique. Le contrôle des distributeurs automatiques est un autre volet qui a été l'objet de l'attention des gouvernements, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et le Nunavut allant jusqu'à les interdire complètement.

La promotion et l'étalage au point de vente ont toutefois été traités plus sérieusement par certains gouvernements. La Saskatchewan et le Manitoba les ont interdits¹¹⁵. Ces interdictions ne sont cependant pas encore appliquées compte tenu des démarches judiciaires entreprises par l'industrie du tabac pour lutter contre l'initiative de la Saskatchewan. D'autres provinces suivent attentivement les développements à cet égard. L'Islande interdit tout étalage de tabac au point de vente, tandis que l'Irlande le limite à un seul paquet par marque de cigarette, ce qui est contesté en cour par l'industrie du tabac. L'État de Victoria, en Australie, interdit un étalage excédant quatre mètres carrés.

Questions

- Doit-on réduire la présence du tabac dans notre société eu égard à son réseau actuel de distribution et à la promotion que sous-tend ce réseau ?
- Doit-on réduire le nombre de points de vente ?
- Doit-on établir des critères pour déterminer les endroits où du tabac peut être vendu ? (Commerce fixe ? Lieu fermé ? Commerce établi en permanence ? Commerce qui vend les produits d'au moins deux fabricants ? Autres ?)
- Doit-on interdire la vente de tabac dans certains types de lieux (centres de loisirs, arénas, garages, bars, etc.) ou la limiter à certains types de lieux (tabagies, épiceries, dépanneurs, etc.) ? Dans l'une ou l'autre approche, quels types de lieux devrait-on considérer ?
- Doit-on interdire la vente de tabac dans certaines zones, par exemple à l'intérieur d'un certain périmètre autour d'une école ou d'un établissement fréquenté particulièrement par les jeunes ?
- Doit-on interdire la vente de tabac temporaire lors de manifestations diverses ou d'activités sportives, sociales ou culturelles ?
- Doit-on interdire la vente de tabac par appareil distributeur ?
- Devrait-il être possible pour le gouvernement de réglementer les appareils distributeurs sous l'angle de la promotion des produits du tabac ?
- Doit-on intervenir en matière d'étalage des produits du tabac et d'exploitation promotionnelle de ce dernier ? (Interdiction totale ? Limitation ? Critères de limitation ?)
- Doit-on apporter des précisions au texte de la Loi sur le tabac en ce qui concerne la promotion des produits du tabac (chapitre 4) ? Si oui, sous quels aspects et dans quel sens ?
- Doit-on préciser par règlement les normes en matière de publicité et de promotion des produits du tabac ?

Conclusion

Le gouvernement du Québec souhaitant accentuer son intervention de combat contre le grave problème de santé publique que constitue le tabagisme, il ne peut le faire de façon plus efficace qu'en bonifiant la Loi sur le tabac.

En engageant ainsi l'Assemblée nationale dans ses plus hautes responsabilités, le gouvernement renforcera l'émergence, au Québec, de nouvelles normes sociales relatives au tabagisme, normes dont la portée ne sera que plus significative à mesure qu'elle atteindra les générations futures.

Il est souhaité que la consultation que soutient le présent document suscitera une réflexion et une discussion dont la largeur et la profondeur favoriseront elles aussi le progrès de la collectivité québécoise vers un avenir sans tabac.

1. Voir la section « La prévalence du tabagisme au Québec » (p. 5), et la section « Le tabagisme et la santé » (p. 9).
2. Voir la section « Le tabagisme comme problème social » (p. 14).
3. Voir la section « L'intervention du gouvernement du Québec » (p. 19).
4. Loi sur le tabac, L.R.Q., chapitre T-0.01, <http://www.msss.gouv.qc.ca/loi-tabac/>.
5. Voir la section « La Loi sur le tabac » (p. 20).
6. Paragraphe *m* de l'article 3 de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, L.R.Q., chapitre M-19.2.
7. SHATENSTEIN, S., and S. CHAPMAN, « The banality of tobacco deaths », *Tobacco Control*, 2002, 11: 1-2.
8. SANTÉ CANADA, *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, février à juin 2003*, http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/esutc/2003/wave1_2003_suptables_fre.pdf.
9. CROP, *Suivi du sondage relatif aux habitudes d'usage du tabac*, mai 2003, <http://www.msss.gouv.qc.ca/loi-tabac/>.
10. CROP, *Suivi du sondage relatif aux habitudes d'usage du tabac*, mars 2004, <http://www.msss.gouv.qc.ca/loi-tabac/>.
11. *Santé sans tabac*, mars 2004, document d'information du Comité national contre le tabagisme, information transmise le 28 mai 2004 par courrier électronique par Gwendoline Miguel, chargée de communications.
12. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, « Cigarette Smoking among Adults – United States, 2002 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, May 28, 2004, 53(20): 427-431.
13. http://www.at-suisse.ch/medienv/view.php?message_id=1651.
14. LOISELLE, J., et É. FORTIN, « Prévalence du tabagisme », pages 43 à 61 dans Institut de la statistique du Québec, *Où en sont les jeunes face au tabac, à l'alcool, aux drogues et au jeu ? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002*, Québec, Institut de la statistique du Québec, novembre 2003, 216 pages, <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/tabac2002v3.htm>.
15. GILMORE, J., *Rapport sur l'usage de la cigarette au Canada, de 1985 à 2001*, Ottawa, Statistique Canada, 2002, n° 82F0077XIF au catalogue, pages 15, 24, 25 et 28, <http://www.statcan.ca/francais/research/82F0077XIF/82F0077XIF2001001.pdf>.
16. LOISELLE, J., et É. FORTIN, *op. cit.*
17. Tiré de LOISELLE, J., et É. FORTIN, *op. cit.*, p. 44.
18. *Ibid.*, p. 45.
19. SANTÉ CANADA, Adaptation du tableau « Ventes totales de cigarettes, Québec, 1980-2003 » figurant dans *Programme de la lutte au tabagisme, Ventes des cigarettes et tabac haché fin, Québec, 1980-2003*, Ottawa, mars 2004, <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/pdf/ventes/qc.pdf>.
20. 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.
21. 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/sgr2004/consumerpiece/SGR2004_Whatitmeanstoyou.pdf.
22. MCKAY, J., *The Tobacco Atlas*, Geneva, World Health Organization, 2002, 128 pages, http://www.who.int/tobacco/statistics/tobacco_atlas/en/.
23. *Idem.*
24. *Idem.*

Références

25. 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/650f3e0dfb990fca25692100069854/00d17ddcf09d5cc080256e30004b8841/\\$FILE/ATTC3L93/smoking.pdf](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/650f3e0dfb990fca25692100069854/00d17ddcf09d5cc080256e30004b8841/$FILE/ATTC3L93/smoking.pdf).
26. YAP, R. L., and K. T. MCVARY, « Smoking and Erectile Dysfunction: How Strong a Link? », *Contemporary Urology*, March 2003, 15: 34-40.
27. KELLY, S. P., et al., « Editorial – Smoking and Blindness », *British Medical Journal*, March 6, 2004, 328: 537-538.
28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*, Québec, 2000, 408 pages, http://www.santemontreal.qc.ca/fr/planstrategique/pdf/RE_solutions_emergentes.pdf.
29. DESJARDINS, S., *Les coûts de l'abus de substances au Québec*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, décembre 1996, 14 pages.
30. 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>.
31. UK ACTION ON SMOKING AND HEALTH, *Factsheet n° : 2 – Smoking Statistics: Illness and Death*, March 2004, <http://www.ash.org.uk/html/factsheets/html/fact02.html>.
32. 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 22 June 2004), <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/abstract/bmj.38142.554479.AEv1>.
33. 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, <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cdic-mcc/pdf/cdic201f.pdf>.
34. BASAVARAJ, S., « Smoking and Loss of Longevity in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, September-October 1993, 84(5): 341-345.
35. 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.
36. *Idem*.
37. HAMELIN, J., et D. CÔTÉ, « Le tabac tue 36 Québécois par jour », *Info-tabac*, n° 49, mars 2004, p. 5.
38. Données tirées de MAKOMASKI ILLING, E. M., and M. J. KAISERMAN, *op. cit.*
39. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Public Health Service, National Toxicology Program, *Report on Carcinogens, Tenth Edition*, Washington (D.C.), December 2002, <http://ehp.niehs.nih.gov/roc/toc10.html>.
40. CALIFORNIA ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY, *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant. Part B: Health effects*, November 2004, public review draft, <http://www.arb.ca.gov/toxics/ets/dreport/dreport.htm>.
41. « Passive Smoking », pages 249-283 in HAUSTEIN, K.-O., *Tobacco or Health? Physiological and Social Damages Caused by Tobacco Smoking*, 2003, Springer, 446 pages.
42. HILL, S. E., et al., « Mortality among "Never Smokers" Living with Smokers: Two Cohorts Studies, 1981-4 and 1996-9 », *British Medical Journal*, April 24, 2004, 328: 988-9.
43. BRENNAN, P., et al., « Secondhand Smoke Exposure in Adulthood and Risk of Lung Cancer among Never Smokers: A Pooled Analysis of Two Large Studies », *International Journal of Cancer*, 2004, 109(1): 125-131.
44. WHINCUP, P. H., et al., « Passive Smoking and Risk of Coronary Heart Disease and Stroke: Prospective Study with Cotinine Measurement », *British Medical Journal*, doi: 10.1136/bmj.38146.427188.55 (published 30 June 2004), <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/bmj.38146.427188.55v1>.
45. *Report on Carcinogens, Tenth Edition, op. cit.*

46. 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, http://www.iarc.fr/ENG/Press_Releases/pr152f.html
47. PECHACEK, T. F., and S. BABB, « How Acute and Reversible are the Cardiovascular Risks of Secondhand Smoke? », *British Medical Journal*, 2004, 328: 980-983.
48. TOBACCO FREE INITIATIVE, WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Consultation Report – International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health, 11-14 January 1999, Geneva, Switzerland*, Geneva, 1999, http://www.who.int/tobacco/areas/research/en/ets_report.pdf.
49. 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.
50. 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.
51. 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>.
52. 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>.
53. AMERICAN COLLEGE OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE, *Epidemiological Basis for an Occupational and Environmental Policy on Environmental Tobacco Smoke, Position Statement*, 2000, http://www.acoem.org/position/statements.asp?CATA_ID=8.
54. 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, avis produit à la suite de la rencontre du Comité à Oslo, en février 2002, <http://www.who.int/tobacco/sactob/recommendations/en/print.html>.
55. *Idem.*
56. RUSSELL, M. A. H., « The Nicotine Addiction: A 40-Year Sentence for Four Cigarettes », *British Journal of Addiction*, 1990, 85: 293-300.
57. O'LAUGHLIN, J., *et al.*, « Nicotine-Dependance Symptoms are Associated with Smoking Frequency in Adolescents », *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 25(3): 219-225.
58. DIFRANZA, J. R., *et al.*, « Initial Symptoms of Nicotine Dependance in Adolescents », *Tobacco Control*, 2000, 9(3): 313-319.
59. DEBROISE, A., « L'action des drogues. Les liaisons fortes de la nicotine », *Sciences Et Vie*, n° 217, décembre 2001, hors série *La drogue et le cerveau. Tout savoir sur les effets réels*, pages 60-66.
60. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Treating Tobacco Use and Dependence*, Washington (D.C.), June 2000, 176 pages et annexes.
61. 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.
62. VINCE, G., « "Crack" Nicotine in Cigarettes Varies Widely », 28 July 2003, sur le site Internet de l'Association pulmonaire de la Saskatchewan, <http://www.sk.lung.ca/content.cfm/xtra0099>.
63. HARDY, P., « Tabagisme et psychiatrie », consulté le 9 février 2004, <http://formation.tabacologie.globalink.org/html/Nouveau%20Formation%202003/Cours%202002%20HTML/20Hardy02.htm>.
64. SANTÉ CANADA, *op. cit.*
65. 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.

66. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, « Cigarette Smoking among Adults – United States, 2000 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51(29): 642-645.
67. CUNNINGHAM, R., and K. KYLE, « The Case for Plain Packaging », *Tobacco Control*, 1995, 4: 80-86, <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/4/1/80>.
68. *Idem*.
69. 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.
70. LÉVESQUE, B., *et al.*, « Mortalité attribuable au tabagisme au Québec », *Revue canadienne de santé publique*, 1998, 89(1) : 28-32.
71. 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.
72. STATISTIQUE CANADA, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », *Indicateurs de la santé*, mai 2002, vol. 2002, n° 1.
73. LOISELLE, J., et É. FORTIN, *op. cit.*
74. « La socialisation : l'homme est un être social », http://www.skyminds.net/economie/05_homme_etre_social.php.
75. COMMITTEE ON PREVENTING NICOTINE ADDICTION IN CHILDREN AND YOUTHS, Barbara S. Lynch, 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.
76. 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, « 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.), 1994.
77. FROHLICH, K. L., *et al.*, « A Theoretical and Empirical Analysis of Context: Neighbourhoods, Smoking and Youth », *Social Science & Medicine*, 2002, 54: 1401-1417.
78. 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>.
79. 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.
80. TOBACCO CONTROL RESOURCE CENTRE, « Les médecins et les litiges liés au tabac », pages 53-56 dans Simpson, D., *Les médecins et le tabac. Le grand défi de la médecine*, Londres, 2000, 65 pages, [http://www.bma.org.uk/tcrn.nsf/4723e4b3bbc9362e802566e300360f8e/95fb15924ea0df358025689a00654043/\\$FILE/D&T_FR.pdf](http://www.bma.org.uk/tcrn.nsf/4723e4b3bbc9362e802566e300360f8e/95fb15924ea0df358025689a00654043/$FILE/D&T_FR.pdf).
81. COMITÉ SCIENTIFIQUE DE LA 1^{ère} 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/>.
82. Juge André DENIS, *op.cit.*, par. 531.
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, Organisation mondiale de la santé, 1979, 93 pages.

86. 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.
87. COMITÉ SCIENTIFIQUE DE LA 1^{ère} CONFÉRENCE INTERNATIONALE FRANCOPHONE SUR LE CONTRÔLE DU TABAC, *op. cit.*
88. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Reducing Tobacco Use – A Report of the Surgeon General*, *op. cit.*
89. HÉMOND, É., « Les placements éthiques. Un rendement en or », *Affaires Plus*, juin 1999, 22(6): 22-24, 26.
90. COLPRON, S., « Le Cirque du Soleil souffle un peu... et pense permanence », *La Presse*, 13 avril 1996, pages D1, D3.
91. <http://www.tabac-info.net/NAVBAR/ACCUEIL/CCOMS.pdf>
92. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 22 pages, <http://www.msss.gouv.qc.ca/loi-tabac/>.
93. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 pages, <http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf>.
94. Donnée obtenue du Service des relations avec la clientèle et de la diffusion de l'information de la Régie, le 8 juillet 2004.
95. http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/lois_regle.html.
96. Site Internet de l'American Nonsmokers' Rights Foundation, avril 2004, <http://www.no-smoke.org/goingsmokefree.php?dp=d13|p140>
97. Site Internet du Compendium juridique sur le tabac au Canada, <http://www.tobaccolaw.org/>.
98. Site Internet de la Ontario Campaign for Action on Tobacco, <http://www.ocat.org/onlegislation/comparison.html>.
99. SIEGEL, M., and M. SKEER, « Exposure to Secondhand Smoke and Excess Lung Cancer Mortality Risk among Workers in the "5 B's": Bars, Bowling alleys, Billiard halls, Betting establishments, and Bingo parlours », *Tobacco Control*, September 2003, 12(9): 333-338, <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/12/3/333>.
100. PAPADAKIS, M., « Passive Attack », *Herald Sun*, June 27, 2004, <http://www.ashaust.org.au/SF03/files/VicPassive0406.htm>.
101. INFO-TABAC, *Les restaurants sans fumée au Québec*, <http://www.info-tabac.ca/restaurants.htm>.
102. SANTÉ CANADA, *Travailler dans un milieu sain : guide des politiques antitabac*, Ottawa, Santé Canada, 2003, 117 pages, <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/faits/rubansbleus/travailler/>.
103. « Des cours d'école sans fumée », *La Presse*, 17 octobre 2003, sur le site Internet des Gangs allumées, <http://www.allumelagang.com/gangsallumees/actualite.asp?no=11>.
104. Exemple : le projet Cour d'école saine et active, Direction de la santé publique et de l'évaluation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie, <http://206.167.52.1/fr/organisa/AnnRRSSS.nsf/0/c0e3b9f8f5fcb55585256770004806d1?OpenDocument>.
105. ASHLEY, M. J., *et al.*, « The Ontario Ban on Smoking on School Property: Issues and Challenges in Enforcement », *Canadian Journal of Public Health*, July-August 1998, 89: 229-232.
106. DAVOINE, A., « Introduction au marketing, Centre de formation agricole de Mirabel », <http://davoine.clg.qc.ca/commercialisation/documents/introduction.htm>.
107. MINISTÈRE DU REVENU DU QUÉBEC, *Les grandes lignes de la Loi concernant l'impôt sur le tabac*, Québec, Ministère du Revenu du Québec, 2000, [http://www.revenu.gouv.qc.ca/documents/fr/publications/in/in-219\(2000-01\).pdf](http://www.revenu.gouv.qc.ca/documents/fr/publications/in/in-219(2000-01).pdf).
108. DAVOINE, A., *op. cit.*

109. WAKEFIELD, M., *et al.*, « Changes at the Point-of-Sale for Tobacco Following the 1999 Tobacco Billboard Ban », *Tobacco Control. Reports on Industry Activity*, University of California, Paper YO7, July 1, 2000, <http://repositories.cdlib.org/tc/reports/YO7/>.
110. ACNIELSEN, « Rapport final des résultats 2003. Évaluation de la conformité des détaillants à la Loi sur le tabac et à la loi provinciale sur la vente de tabac aux mineurs », Février 2004 (Révisé avril, 2004), 114 pages, <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/recherches/access03/Retailers2003may04F.pdf>.
111. Définitions des formes de publicité retenues : « étalage de comptoir » : un étalage de tabac fourni par le manufacturier ou mis en place par le détaillant, qui est suffisamment petit pour demeurer sur le comptoir ; « papillon publicitaire » : pièce de mise en marché ou bande de papier fixée à la tablette et qui surplombe le produit à annoncer ; « affichette d'étagère » : bande publicitaire fixée à la tablette ; « autre matériel promotionnel » : objets tels que des horloges murales ou des calendriers portant le nom de la marque de tabac ou la marque déposée.
112. PHYSICIANS FOR A SMOKE-FREE CANADA, *Filter-tips. A Review of Cigarette Marketing in Canada – 4th Edition – Winter 2003*, 2003, <http://www.smoke-free.ca/filtertips04/spending.htm>.
113. *Idem.*
114. Propos du spécialiste international du marketing du tabac recueillis par N. Bérubé, « Écran de fumée », *Voir*, Québec, édition du 16 au 22 décembre 1999, page 10.
115. CANADIAN CANCER SOCIETY, « Rationale Supporting a Total Ban on Tobacco Displays and Signage at Point of Sale. A Brief Submitted to Manitoba Health », Canadian Cancer Society, May 2002, 8 pages, http://www.ocat.org/pdf/bans_manitoba.pdf.

