AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL | vivre une île en santé

Rapport du directeur de santé publique 2014

Montréal sans tabac

Pour une génération de non-fumeurs

Québec

AGENCE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL

vivre
une île
en santé

Rapport du directeur de santé publique 2014

Montréal sans tabac

Pour une génération de non-fumeurs

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec

Une réalisation du secteur
Services préventifs en milieu clinique

Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Sous la direction de

Richard Massé

Coordination et rédaction

Marie Jacques
Karima Hallouche
Mireille Gaudreau
André Gervais

Contribution à la rédaction

Jacques Beaulieu
Caroline Cejka
Mylène Drouin
Adrian Gould
Francine Hubert
Louise Labrie
Monique Lalonde
Viviane Leaune
Marie-José Legault
Valérie Lemieux
Garbis Meshefedjian
Randala Mouawad
Michelle Normandeau
Marie-Jo Ouimet
Léo-Roch Poirier
Daniel Picard

Révision

Colette Pilon-Bergman

Graphisme

Paul Cloutier

Collaboration à la vérification

Luigia Ferrazza

Communications

Deborah Bonney

Remerciements

À tous les collègues et les partenaires qui ont participé à la consultation sur la version préliminaire de ce rapport.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Internet du Directeur de santé publique dsp.santemontreal.qc.ca/publications

Les données contenues dans ce document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2014)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-461-0 (version imprimée)
ISBN 978-2-89673-462-7 (version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2014

« La lutte contre le tabac est l'élément central de toute stratégie qui s'attaque aux inégalités de santé, étant donné que le tabagisme est responsable d'environ la moitié de l'écart observé en termes d'espérance de vie entre le groupe de personnes ayant le plus faible revenu et le groupe ayant le revenu le plus élevé. »

Sir Michael Marmot, 2010

Mot du directeur

La Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, préoccupée par l'impact important du tabagisme sur les maladies chroniques et sur les inégalités sociales de santé qui y sont associées, a fait de la lutte contre le tabagisme une priorité régionale.

La publication *Le point sur le tabagisme,* lancée en février 2013, présentait l'évolution de la consommation de tabac à Montréal. Le document *Montréal sans tabac – Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015* fixait les objectifs de réduction de la prévalence du tabagisme et les actions à mener à cet effet. Depuis, l'équipe régionale de santé publique a conjugué ses efforts pour stimuler et soutenir l'engagement des principaux acteurs par rapport aux objectifs à atteindre. Des portraits locaux du tabagisme ont notamment été produits pour chacun des centres de santé et de services sociaux. Plusieurs projets et activités ont été mis en œuvre par les partenaires ; le présent rapport en souligne plusieurs exemples susceptibles d'inspirer d'autres acteurs.

Par ailleurs, compte tenu des efforts renouvelés de l'industrie du tabac pour développer de nouveaux produits et de la mise en marché de la cigarette électronique, l'encadrement législatif actuel s'avère insuffisant pour protéger efficacement la population des effets néfastes du tabac. Le présent rapport réaffirme notre position à l'égard de la *Loi sur le tabac* dont la révision de certaines dispositions est jugée urgente.

Je souhaite que ce rapport réussisse à mobiliser les partenaires en vue des prochaines étapes et qu'il permette de partager des engagements communs, afin que Montréal soit l'une des grandes villes canadiennes les plus dynamiques dans la lutte contre le tabac.

À cet égard, je réitère notre objectif : faire en sorte que les prochaines générations de Montréalais puissent vivre dans un environnement sans tabac.

Le directeur de santé publique,

Richard Massé, M. D.

Table des matières

1 Introduction . . . 1

2 Le tabagisme à Montréal . . . 3

État de la situation . . . 3

Impacts du tabagisme sur la santé de la population et sur le système de santé . . . 7

3 Inégalités sociales de santé et tabagisme . . . 9

Quelques données . . . 9

Effets de la lutte contre le tabagisme sur les inégalités sociales de santé . . . 11

Des engagements à partager pour centrer les efforts sur les ISS . . . 13

4 Prévention : des jeunes qui décident de ne pas fumer . . . 14

Quelques données . . . 14

Près de 30 % des élèves s'initient au tabac dès le secondaire . . . 14

Près de 10 % des élèves du secondaire fument la cigarette . . . 14

Les élèves fument également d'autres produits du tabac . . . 14

Des élèves plus à risque . . . 15

Près d'un jeune sur cinq âgé de 15 à 24 ans fume . . . 16

Des initiatives porteuses . . . 16

Projets d'engagement des jeunes : Opération Fais-toi entendre! . . . 16

Projet communautaire de prévention du tabagisme : Zéro nico pour mon Ado . . . 17

Des constats . . . 17

Des produits du tabac qui ciblent particulièrement les jeunes . . . 17

Des produits du tabac accessibles aux jeunes . . . 18

Vente de paquets de moins de dix « petits cigares » . . . 19

Prix et taxes applicables aux produits du tabac . . . 19

Le milieu scolaire face aux nouveaux enjeux du tabagisme . . . 19

Les jeunes de 15 à 24 ans : investir des efforts supplémentaires . . . 20

Des engagements à partager pour que les jeunes décident de ne pas fumer . . . 20

5 Protection : un environnement sans fumée . . . 23

Quelques données . . . 24

Exposition au domicile : une baisse qui se maintient . . . 24

Exposition dans les lieux publics : la tendance à la baisse attendue ne se confirme pas . . . 24

Exposition dans l'automobile : peu de changement depuis 2003 . . . 24

Des initiatives porteuses . . . 25
Le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire : des jeunes vulnérables mieux protégés . . . 25
Des établissements de santé qui se démarquent . . . 26
Des terrasses et des patios de bars et de restaurants sans fumée . . . 26
Une municipalité proactive . . . 27
Habitations sans fumée . . . 27
Des constats . . . 28
Les enfants et les adolescents, les plus exposés à la fumée de tabac . . . 28
Établissements d'enseignement postsecondaire : mesures actuelles et à venir . . . 28
Des engagements à partager pour protéger les non-fumeurs de la FTE . . . 29

6 Cessation : adapter le soutien aux fumeurs . . . 31
Quelques données . . . 32
Moins de 10 % des fumeurs ont cessé de fumer au cours des 12 derniers mois . . . 32
Un fumeur sur quatre serait prêt à cesser de fumer . . . 32
Réussir à cesser de fumer : un bénéfice pour la santé inégalement réparti . . . 32
Caractéristiques individuelles des personnes les moins susceptibles de cesser de fumer . . . 32
Grossesse et usage du tabac . . . 32
Des initiatives porteuses . . . 33
Services d'aide à la cessation en milieu hospitalier . . . 33
Hôpital du Sacré-Coeur . . . 34
CHUM . . . 34
CUSM . . . 34
Services d'aide à la cessation en périnatalité . . . 34
CSSS de la Pointe-de-l'Île – Zéro nico pour mon Coco . . . 35
CSSS de l'Ouest-de-l'Île et Hôpital général du Lakeshore . . . 35
Les pharmaciens – des acteurs clés . . . 35
L'ordonnance collective en cessation – une réussite . . . 36
Des initiatives visant des groupes présentant des facteurs de vulnérabilité . . . 36
Des constats . . . 37
Des services de soutien à la cessation peu utilisés . . . 37
Des services de soutien à la cessation pertinents . . . 37
Des engagements à partager pour adapter le soutien à la cessation . . . 38

7 Cigarette électronique : un encadrement nécessaire . . . 39

Conception et composition . . . 39

Risques et efficacité . . . 40

Risques pour la santé des utilisateurs et des non-utilisateurs . . . 40

Efficacité et réduction des risques pour la santé . . . 40

Quelques données . . . 41

Un marché mondial en pleine expansion . . . 41

Canada . . . 41

Québec . . . 42

Montréal . . . 42

Des initiatives porteuses . . . 43

Des établissements du réseau de la santé et de l'éducation interdisent la CE . . . 43

La DSP et le Service de sécurité incendie de Montréal appellent à la vigilance . . . 43

Des municipalités prennent position . . . 44

Impact de la CE sur les mesures de lutte contre le tabac en vigueur . . . 44

Des engagements à partager pour encadrer la CE . . . 45

8 Surveillance et évaluation : suivi de la consommation et des politiques . . . 47

9 Un réseau d'acteurs et des engagements partagés . . . 49

Références . . . 53

Liste des figures

Figure 1 Proportion (%) de fumeurs, grands centres urbains canadiens, 2011-2012 . . . 3

Figure 2 Proportion (%) de fumeurs actuels, Montréal, Québec et Canada . . . 4

Figure 3 Proportion (%) de fumeurs actuels selon des caractéristiques individuelles, île de Montréal, 2012 . . . 6

Figure 4 Nombre de décès attribuables au tabagisme, 2007-2011, île de Montréal . . . 7

Figure 5 Proportion de la population ayant au moins une des trois maladies chroniques associées au tabagisme, île de Montréal . . . 8

Figure 6 Proportion (%) de personnes âgées de 35 ans et plus ayant au moins une des trois maladies chroniques associées au tabagisme . . . 10

Figure 7 Prévalence de l'usage de cigarettes, et de cigares ou cigarillos chez les élèves québécois, 2010-2011 . . . 15

Figure 8 Proportion (%) de fumeurs selon le sexe et le groupe d'âge, Montréal 2012 . . . 16

Figure 9 Proportion (%) de non-fumeurs exposés à la fumée de tabac dans l'environnement, selon le lieu d'exposition, île de Montréal 2003 à 2011-2012 . . . 24

Figure 10 Proportion (%) de non-fumeurs exposés à la fumée de tabac dans les lieux publics, selon le groupe d'âge, Montréal 2003 à 2011-2012 . . . 25

Figure 11 Proportion (%) des répondants qui ont déjà utilisé la CE selon certaines caractéristiques individuelles . . . 42

Liste des cartes

Carte 1 Nombre et proportion (%) de fumeurs actuels de 15 ans et plus par territoire de CSSS, île de Montréal . . . 5

Carte 2 Densité des points de vente par CSSS, île de Montréal, 2014 . . . 18

Liste des tableaux

Tableau 1 Impact des mesures de lutte contre le tabac sur le manque d'équité et actions favorisant l'application plus équitable de ces mesures . . . 12

Tableau 2 Sommaire des engagements du réseau de partenaires de Montréal sans tabac . . . 49

1 Introduction

Il y a environ 25 ans, près de 40 % des Montréalais âgés de 15 ans et plus fumaient. En 2012, cette proportion est passée à 21 % [1], ce qui représente environ 311 400 fumeurs. En l'espace d'une génération, la perception sociale du tabagisme a changé du tout au tout. Alors que fumer la cigarette était socialement bien vu, de nos jours, fumer est de moins en moins accepté. Ces changements sont le résultat des efforts constants déployés par les acteurs engagés dans la lutte contre le tabac. Celle-ci s'est notamment traduite par la mise en œuvre de plusieurs campagnes de communication, programmes, innovations, politiques et mesures législatives, telle la *Loi sur le tabac* [2].

Étant donné que la baisse de la prévalence du tabagisme connaît un ralentissement depuis 2009, les acteurs doivent poursuivre leurs efforts, car fumer demeure encore la première cause évitable de mortalité prématurée, de maladies chroniques et d'aggravation de l'appauvrissement des groupes sociaux les plus défavorisés [3, 4].

L'usage du tabac réduit l'espérance de vie des fumeurs de dix ans en moyenne [5]. Le tabagisme emporte un fumeur sur deux [5, 6] et tue encore chaque année 2 400 Montréalais [7], ce qui correspond en moyenne à 16 % de tous les décès.

Le tabagisme engendre des carences et des problèmes de santé à toutes les étapes de la vie : faible poids à la naissance et syndrome de la mort subite du nourrisson, asthme de l'enfant et de l'adolescent, maladies chroniques respiratoires, cardiopathies et cancers à l'âge adulte [4]. Au Québec, le tabagisme coûte 3,96 milliards de dollars annuellement (coûts directs et indirects) [8]. D'autre part, il est estimé que chaque baisse de 1 % du taux de tabagisme au Québec se traduit par une économie annuelle de 41 millions de dollars en frais de soins de santé et de 73 millions de dollars en coûts indirects [9]. L'impact du tabagisme sur la santé des individus et le fardeau économique qu'il représente pour le réseau de la santé sont indéniables.

Par ailleurs, à Montréal, des écarts persistent entre certains groupes de la population. Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, la prévalence du tabagisme varie du simple au double (de 13 % à 26 %) selon le territoire des centres de santé et de services sociaux (CSSS) [10]. Chez les jeunes adultes (de 15 à 24 ans), les variations territoriales sont encore plus marquées, allant de 10 % à 32 %. Les écarts de prévalence entre les populations résidant dans les secteurs défavorisés, comparativement à celles des secteurs favorisés, varient également du simple au double (12 % comparé à 25 %). Les personnes défavorisées socialement et économiquement sont plus susceptibles de s'initier au tabagisme, fument plus longtemps, vivent plus d'échecs lorsqu'elles tentent de cesser de fumer, sont davantage exposées à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) et meurent plus souvent de façon prématurée [11].

Ces observations appuient les conclusions du rapport du directeur de 2011 sur les inégalités sociales de santé [12] qui faisaient état de la persistance des écarts de santé entre les pauvres et les riches, et ce, malgré l'augmentation de l'espérance de vie et la diminution du taux de mortalité des Montréalais.

Le plan, intitulé *Montréal sans tabac – Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015* [13], énonce clairement que la priorité consiste à intensifier les actions auprès des groupes les plus vulnérables vivant dans des conditions socioéconomiques défavorables, par exemple : les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les personnes atteintes de maladies chroniques ou de troubles de santé mentale. Les données récentes sur le tabagisme à Montréal (TOPO 2012) [10] ont permis de mieux cerner les territoires à plus forte prévalence et les populations les plus touchées par le tabagisme. Le défi consiste donc à entreprendre des actions soutenues qui permettront de cibler ces populations, sans les stigmatiser, et de mettre en place les conditions optimales permettant de réduire les écarts entre les groupes favorisés et les groupes défavorisés.

L'une des actions incontournables est l'appui au renforcement des politiques publiques reconnues mondialement pour leur efficacité quant à la diminution de l'usage du tabac [14-15], y compris dans les groupes défavorisés. Ces politiques concernent, en l'occurrence, l'augmentation du prix des cigarettes et des taxes afférentes.

Au Québec, la *Loi sur le tabac* adoptée en 2005 n'a pas été révisée depuis neuf ans. Comme le prévoit l'article 77, un rapport sur sa mise en œuvre a été produit en 2010. En 2013, la Commission de la santé et des services sociaux a examiné ce rapport et a recommandé à l'Assemblée nationale de réviser la *Loi sur le tabac* [16]. Dans le cadre des audiences de la Commission, le directeur de santé publique a demandé que la *Loi sur le tabac* soit révisée le plus tôt possible afin que la population montréalaise soit mieux protégée des méfaits du tabac ; dix recommandations ont été formulées à cet effet [17]. À Montréal, un CSSS a emboîté le pas et déposé un mémoire à la Commission. D'autres partenaires, dont la majorité des CSSS, le Centre jeunesse de Montréal et l'Ordre des pharmaciens du Québec ont exprimé leur appui aux recommandations formulées dans les sections du mémoire du directeur qui les concernaient. L'Ordre des pharmaciens a également acheminé à la Commission un document contenant des recommandations relatives à la cigarette électronique.

Par ailleurs, il convient de souligner que les politiques publiques doivent s'accompagner de mesures précises et propres au contexte local. Par conséquent, il revient aux différentes instances de se concerter pour prendre les mesures nécessaires dans le but de réduire les écarts associés aux inégalités sociales de santé (ISS) à Montréal.

2 Le tabagisme à Montréal

État de la situation

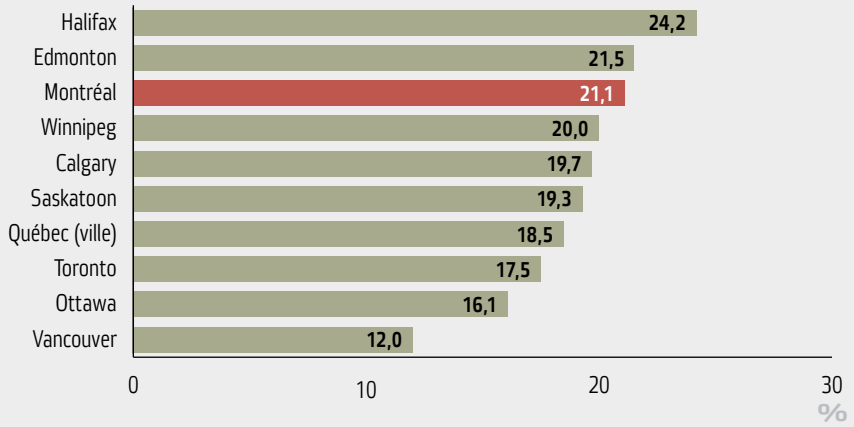
L'enquête populationnelle TOPO, réalisée en 2012 à Montréal, qui avait pour objet les maladies chroniques et leurs déterminants, a permis de mieux cerner les groupes de personnes les plus touchés par le tabagisme. Les principaux résultats de cette étude sont présentés dans les lignes qui suivent. Des données provenant d'autres sources (l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), notamment) [1] sont également présentées à titre comparatif ou comme information additionnelle[A].

Montréal parmi les grands centres urbains canadiens ayant une prévalence élevée

En 2011-2012, la prévalence du tabagisme à Montréal (21,1 %) était significativement plus élevée que celle observée à Ottawa (16,1 %) et Vancouver (12,0 %), mais elle était comparable à celle des autres grandes villes canadiennes (figure 1).

Figure 1

Proportion (%) de fumeurs, grands centres urbains canadiens, 2011-2012



Source : ESCC, 2011-2012.

A Dans le présent rapport, en 2012, deux sources de données sont utilisées et proviennent d'enquêtes différentes. La différence de prévalence du tabagisme à Montréal, estimée à 18,9 % par l'enquête TOPO 2012 et à 21,1 % par l'enquête de l'ESCC 2011-2012 n'est pas statistiquement significative.

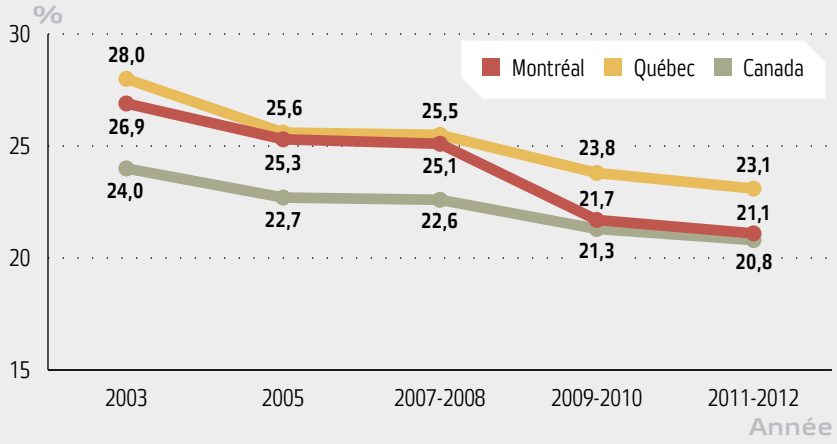
L'enquête TOPO 2012 documente l'état de santé des Montréalais à l'échelle des 12 CSSS. L'échantillon est de près de 11 000 Montréalais âgés de 15 ans et plus. L'ESCC collecte des données à l'échelle canadienne et permet de suivre l'évolution du tabagisme et de faire des comparaisons, notamment avec les grandes villes canadiennes.

À Montréal, même tendance à la baisse que dans le reste du Québec

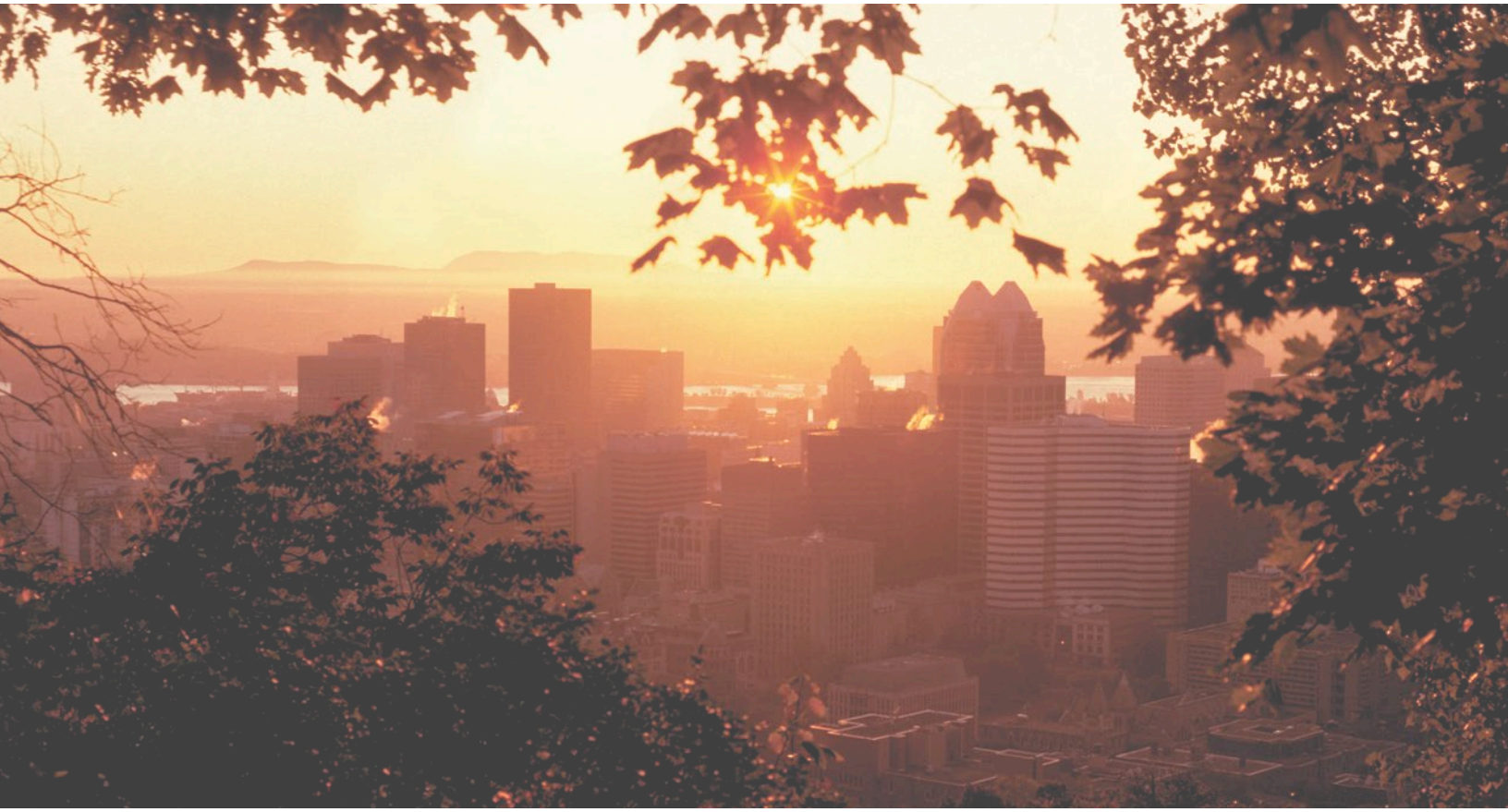
Au cours des dix dernières années, la prévalence du tabagisme à Montréal a été marquée par une tendance à la baisse, comme dans le reste du Québec (figure 2). En 2011-2012, bien que la prévalence observée à Montréal ait été inférieure à celle du Québec, la différence n'est pas statistiquement significative.

Figure 2

Proportion (%) de fumeurs actuels, Montréal, Québec et Canada



Sources : ESCC 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012.



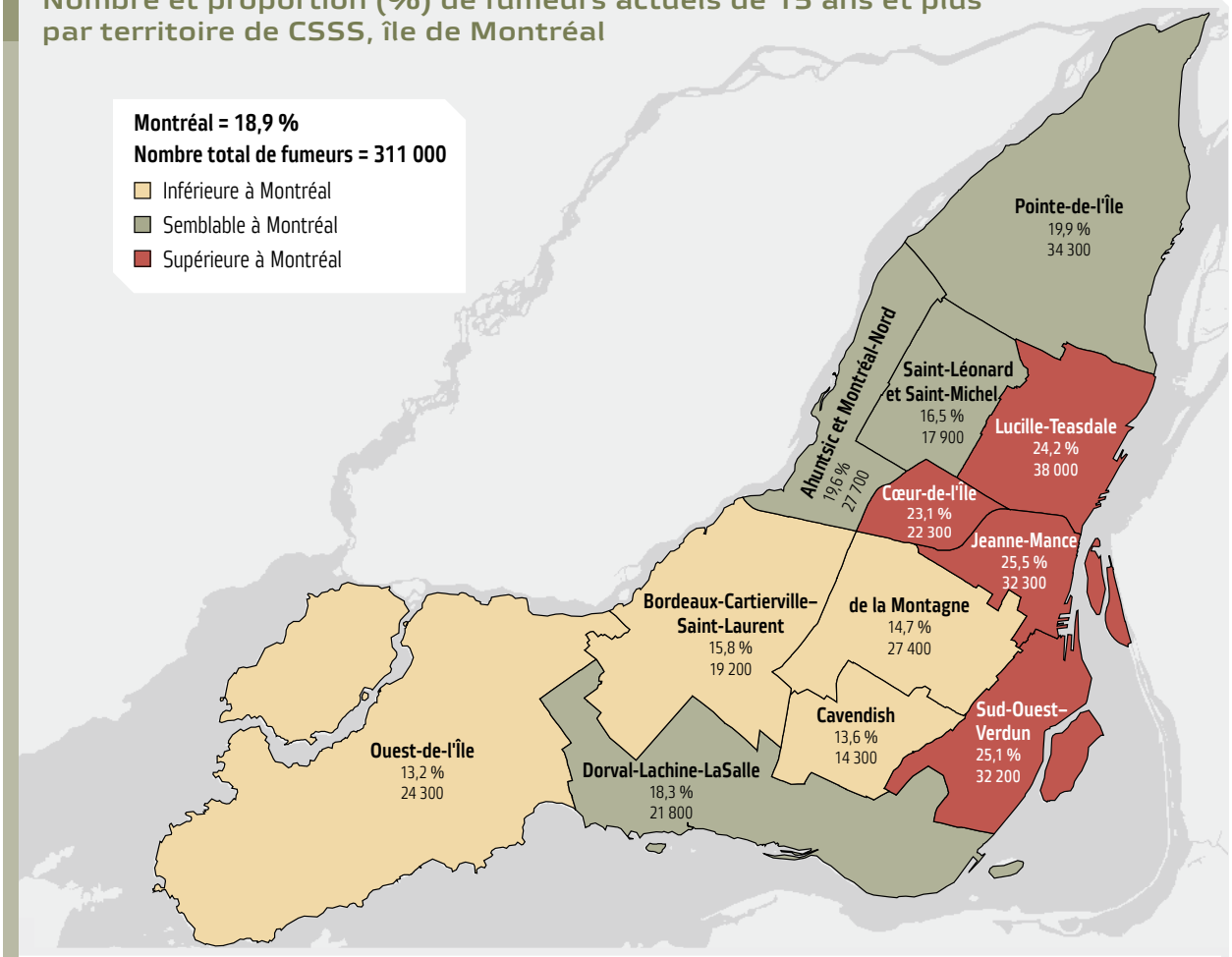
Des disparités territoriales sur l'île de Montréal

Selon l'enquête TOPO, la prévalence globale du tabagisme dans la région de Montréal est de 18,9 % (carte 1). Toutefois, il est à noter qu'elle varie de 13,2 % à 25,5 % selon le territoire de CSSS. Les autres produits du tabac (chicha, petits cigares, etc.) n'étant pas inclus dans cette estimation, on peut affirmer que ces résultats sous-estiment la prévalence réelle du tabagisme.

En effet, quatre territoires de CSSS présentent des proportions significativement supérieures à celle de la région, alors que quatre autres territoires ont des proportions de fumeurs significativement plus faibles.

Carte 1

Nombre et proportion (%) de fumeurs actuels de 15 ans et plus par territoire de CSSS, île de Montréal



Note : Les territoires en rouge ou jaune ont une valeur significativement supérieure ou inférieure à celle de l'île de Montréal, au seuil de 95 %.

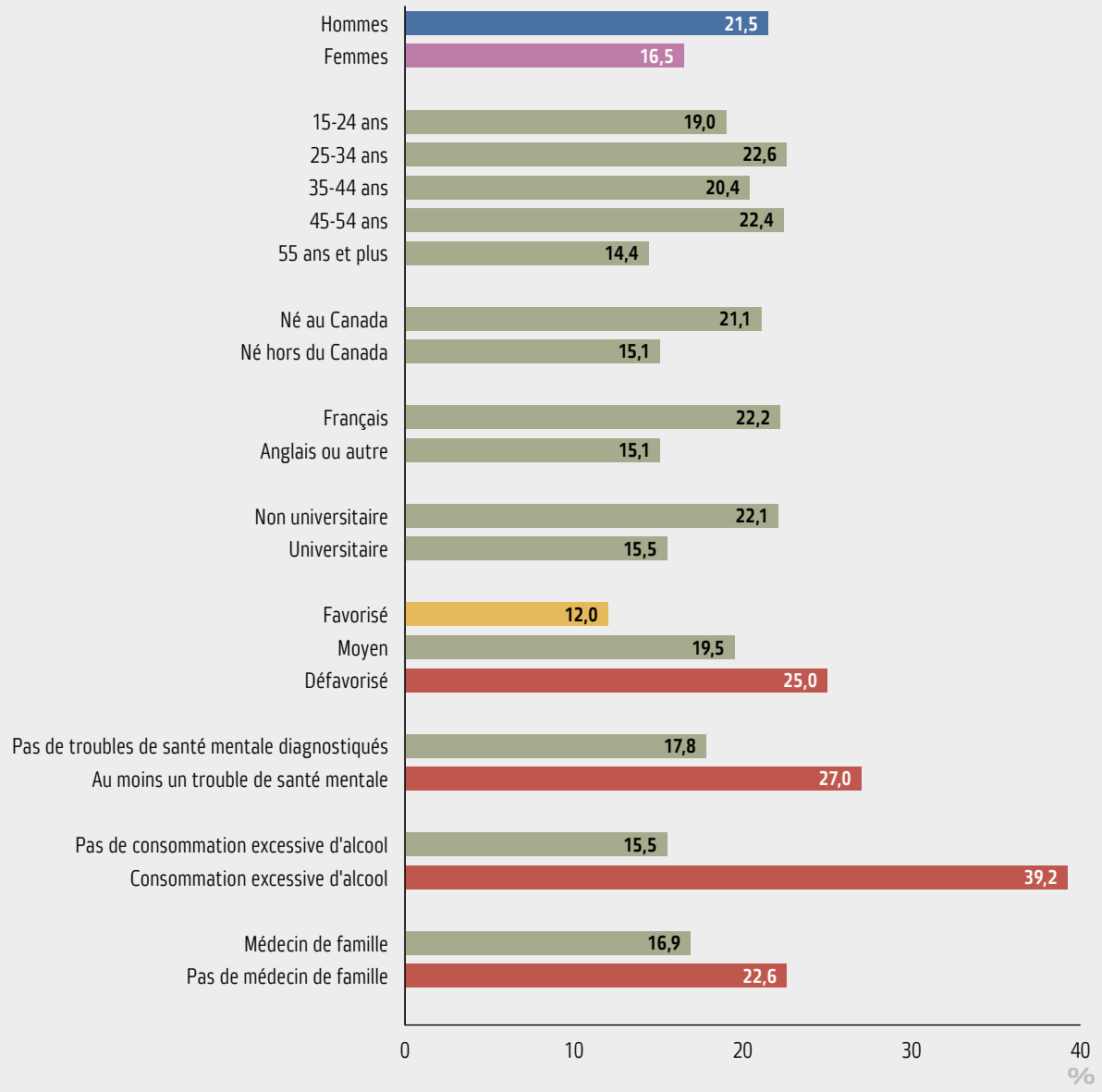
Source : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Des groupes plus touchés par le tabagisme que d'autres

Bien que le tabagisme soit présent dans l'ensemble de la population, il touche certains groupes plus que d'autres, comme l'indique la figure 3. On constate, de plus, que la proportion de fumeurs actuels varie significativement selon certaines caractéristiques individuelles.

Figure 3

Proportion (%) de fumeurs actuels selon des caractéristiques individuelles, île de Montréal, 2012



Source : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Un tabagisme quotidien plus présent dans certains groupes

Un individu est considéré comme fumeur s'il consomme des cigarettes tous les jours ou de façon occasionnelle. Les données récentes indiquent que la majorité des fumeurs le sont sur une base quotidienne. Les deux tiers (66,9 %) fument la cigarette tous les jours, et la proportion augmente significativement avec l'âge [18].

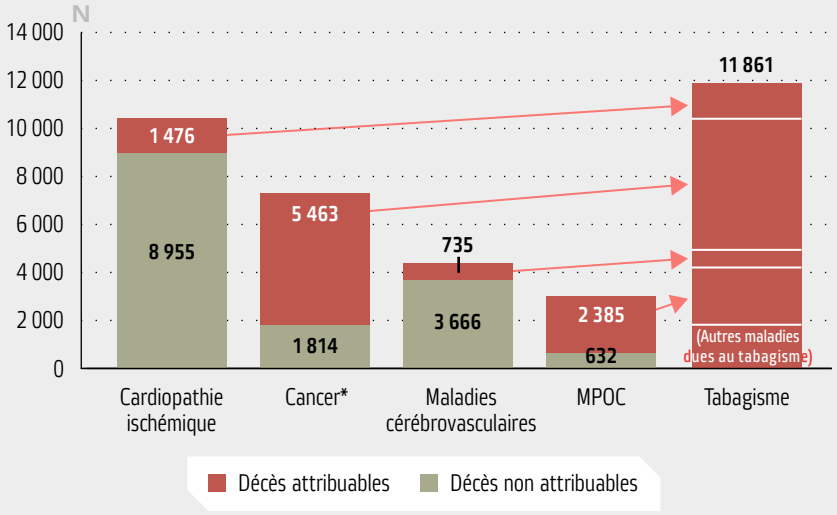
Impacts du tabagisme sur la santé de la population et sur le système de santé

Mortalité : près d'un décès sur cinq est attribuable au tabagisme

À Montréal, entre 2007 et 2011, 11 861 décès ont été attribués au tabagisme, soit 16 % de l'ensemble des décès au cours de cette période. Cette proportion s'élève à 21 % pour les hommes et à 12 % pour les femmes. La figure 4 illustre la part attribuable au tabagisme pour différentes causes de mortalité. La proportion est de 75 % (5 463 décès) pour les cancers du poumon, de l'oropharynx, de l'œsophage et du larynx, de 79 % (2 385 décès) pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et de 15 % (2 211 décès) pour les maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires [7].

Figure 4

Nombre de décès attribuables au tabagisme, 2007-2011, île de Montréal



* Cancers du poumon, de l'oropharynx, de l'œsophage et du larynx
Source : Calcul fait à partir du fichier des décès au Québec - 2007-2011

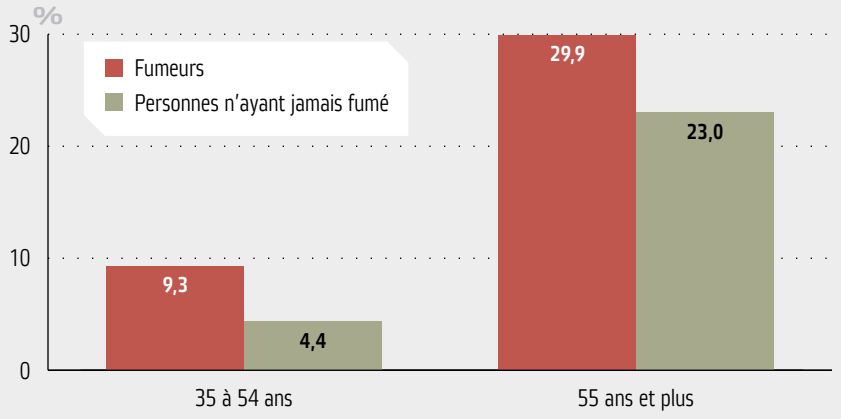
Morbidité : les maladies associées au tabagisme débutent à un jeune âge

En 2012, 16 % des personnes âgées de 35 ans et plus ont reçu un diagnostic d'au moins l'une des trois maladies suivantes : une MPOC, une maladie cardiovasculaire ou un cancer. La prévalence était plus élevée encore parmi les fumeurs quotidiens et occasionnels (17 %) et les anciens fumeurs (22 %) comparativement aux personnes n'ayant jamais fumé (13 %) [18].

De plus, on observe que les maladies associées au tabagisme débutent à un jeune âge. Parmi les adultes de 35-54 ans, la prévalence de ces trois maladies chroniques est deux fois plus élevée parmi les fumeurs comparativement aux personnes n'ayant jamais fumé (9,3 % comparé à 4,4 %) [18] (figure 5).

Figure 5

Proportion de la population ayant au moins une des trois maladies chroniques associées au tabagisme, île de Montréal



Hospitalisations et utilisation des services de santé

Plus des deux tiers (70 %) des Montréalais qui ont une MPOC sont des fumeurs ou des ex-fumeurs. L'utilisation des services de santé par ces derniers constitue donc un bon marqueur des retombées du tabagisme sur le réseau de la santé [18].

En 2010, le nombre de Montréalais de 35 ans et plus atteints d'une MPOC était de 70 000, ce qui a entraîné plus de 27 000 visites aux urgences et plus de 12 000 hospitalisations. En 2009-2010, en comparaison de l'ensemble des utilisateurs, les Montréalais atteints d'une MPOC ont consulté plus souvent les services ambulatoires (en moyenne, cinq consultations comparé à trois) de même que les services des urgences (39 % comparé à 23 %). Ils ont aussi été hospitalisés plus souvent (17 % comparé à 5,8 %) [19].

3 Inégalités sociales de santé et tabagisme

Selon un gradient de santé observé dans la plupart des pays, plus le statut socioéconomique est bas, plus grands sont les risques de maladies chroniques et de réduction de l'espérance de vie. Au Canada, une étude qui s'est échelonnée sur dix ans (de 1991 à 2001) a montré que le taux de mortalité, toutes causes confondues, augmente au fur et à mesure que le statut socioéconomique baisse, que celui-ci soit défini par le revenu, le niveau de scolarité ou la profession [12, 20].

Par ailleurs, parmi toutes les causes de mortalité, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool sont celles qui présentent les taux les plus fortement associés au niveau de revenu [21]. Dans le cas des maladies attribuables au tabac, le taux de mortalité est de 27 % plus élevé chez les hommes dont le revenu se situe dans le quintile le plus bas par rapport à ceux du quintile de revenu le plus haut [21]. La consommation de tabac conjuguée à une situation socioéconomique défavorable se traduit par des répercussions plus lourdes sur la santé des individus. De plus, le budget des ménages souffre du manque à gagner qu'entraîne la morbidité élevée chez les fumeurs [3, 22].

Quelques données

Les données récentes sur le tabagisme à Montréal corroborent les données de la littérature [18]. On observe, notamment :

Une prévalence du tabagisme plus élevée dans certains groupes

- Les personnes qui vivent dans un secteur défavorisé sont deux fois plus nombreuses à fumer que celles vivant dans un secteur favorisé.
- La proportion de fumeurs quotidiens est plus élevée parmi ceux domiciliés dans des secteurs défavorisés, comparativement à ceux vivant dans des secteurs favorisés (72,3 % comparé à 58 %).
- La prévalence du tabagisme parmi les jeunes de 15 à 24 ans varie du simple au triple d'un territoire de CSSS à un autre (de 10 % à 32,4 %). Elle varie aussi en fonction du niveau de défavorisation[B] du secteur de résidence. Les jeunes domiciliés dans des secteurs défavorisés comptent une proportion de fumeurs presque deux fois plus élevée que ceux des secteurs favorisés (24,4 % comparé à 13,3 %).
- La prévalence du tabagisme parmi les personnes qui n'ont pas fait d'études universitaires est plus élevée que parmi les personnes qui ont fait des études universitaires (22,1 % comparé à 15,2 %).
- Les écarts sont encore plus prononcés lorsqu'on tient compte du niveau de scolarité. La proportion de fumeurs quotidiens est de 79,5 % parmi ceux n'ayant pas fait d'études universitaires, et de 57 % parmi les universitaires.
- Le fait d'avoir un diagnostic de trouble de santé mentale accroît de 50 % la probabilité d'être fumeur.

B L'indice de défavorisation québécoise qui combine la défavorisation sociale et matérielle est utilisé dans l'analyse des données sur l'utilisation des services. L'indice est découpé en quintiles pour le territoire de référence de l'île de Montréal et les personnes vivant dans les territoires favorisés (quintile 1) sont comparées aux personnes vivant dans des territoires défavorisés (quintile 5).

Une plus grande exposition à la fumée de tabac au domicile

- Les groupes de personnes les plus susceptibles d'être exposés à la fumée de tabac parmi les personnes âgées de 15 ans et plus sont les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les personnes résidant dans un secteur défavorisé, les personnes n'ayant pas fait d'études universitaires et les anciens fumeurs ayant cessé de fumer depuis moins de 12 mois.

Un plus faible taux de cessation

Les personnes domiciliées dans un secteur défavorisé, celles ayant une plus faible scolarité, celles présentant un problème de santé mentale et celles n'ayant pas de médecin de famille présentent les plus faibles taux de cessation.

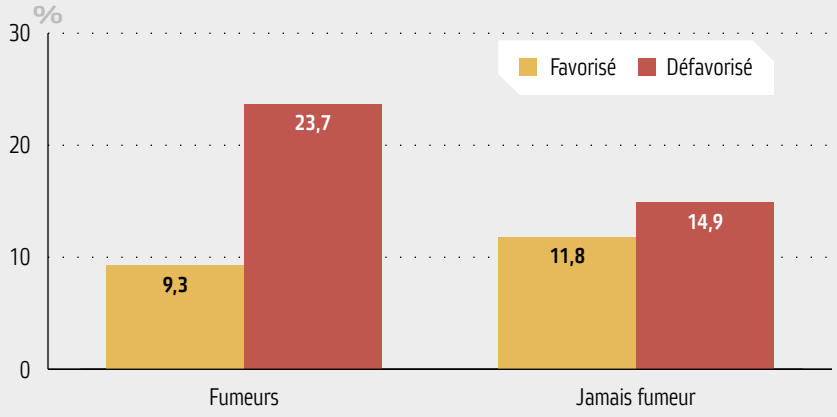
Comparativement aux secteurs les plus favorisés, les secteurs les plus défavorisés comptent une plus faible proportion de personnes ayant cessé de fumer au cours de la dernière année (5,4 % comparé à 13,1 %).

Une prévalence de maladies chroniques plus élevée

Parmi les personnes de 35 ans et plus, près du quart des fumeurs actuels (24 %) qui résident dans un secteur défavorisé rapportent au moins l'une des trois maladies associées au tabagisme[C], comparativement à 9 % parmi ceux domiciliés dans un secteur favorisé [23] (figure 6).

Figure 6

Proportion (%) de personnes âgées de 35 ans et plus ayant au moins une des trois maladies chroniques associées au tabagisme



Source : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Une plus grande utilisation des services de santé

La proportion de personnes atteintes d'une MPOC et qui ont eu recours aux services des urgences varie selon le niveau de défavorisation du secteur de résidence. Elle est de 43,7 % parmi les personnes qui résident dans un secteur défavorisé, et de 32,7 % parmi celles qui vivent dans un secteur favorisé.

C Trois maladies chroniques associées au tabagisme ont été retenues dans le cadre de cette analyse : la MPOC, les maladies cardiovasculaires et le cancer.

Parmi les personnes atteintes d'une MPOC, la proportion des hospitalisations est plus élevée (19,1 %) parmi celles qui résident dans un secteur défavorisé en comparaison de celles domiciliées dans un secteur favorisé (14 %) [19].

Effets de la lutte contre le tabagisme sur les inégalités sociales de santé

Les politiques publiques de lutte contre le tabac ont permis de faire diminuer la prévalence du tabagisme dans tous les groupes de la société. Toutefois, cette baisse n'est pas substantielle dans les secteurs les plus défavorisés, ni même dans certains groupes vulnérables, telles les personnes peu scolarisées ou atteintes de problèmes de santé mentale, alors que ce sont dans ces secteurs et ces catégories qu'on trouve les plus gros consommateurs [14].

La Direction de santé publique de Montréal est engagée dans la lutte contre le tabac et dans la lutte contre les inégalités sociales de santé depuis plusieurs années [12, 24]. Aujourd'hui, la DSP entend mettre la lutte contre le tabac au cœur de sa stratégie de lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS), tel que le préconisent Marmot [25] et l'Organisation mondiale de la santé [12, 14]. Ceux-ci recommandent de mettre en place des stratégies qui, au-delà des mesures ciblant l'ensemble de la population, visent à agir précisément sur les écarts qui existent entre les groupes favorisés et défavorisés (tableau 1 à la page suivante).

Tableau 1

Impact des mesures de lutte contre le tabac sur le manque d'équité et actions favorisant l'application plus équitable de ces mesures

Mesures	Impact sur le manque d'équité	Comment agir pour une application plus équitable
Surveiller la consommation du tabac et les politiques de prévention	En général, il est prouvé que l'usage du tabac diminue, mais que les disparités entre les groupes s'accentuent. L'impact des mesures de lutte contre le tabac sur les différents groupes n'est pas souvent évalué.	Évaluer l'impact des politiques sur les différents groupes socioéconomiques. Inclure des mesures sur le statut socioéconomique dans les enquêtes de surveillance.
Augmenter le prix de détail des produits du tabac en majorant les taxes	Particulièrement efficace pour prévenir et réduire le tabagisme chez les jeunes et les plus démunis. Ces deux groupes sont les plus touchés par la hausse des prix. L'augmentation des taxes aide les plus démunis à cesser de consommer.	Parallèlement à toute augmentation du prix, s'assurer que les thérapies de remplacement de la nicotine et les services d'aide à la cessation soient disponibles et accessibles aux groupes défavorisés.
Créer des espaces sans fumée	L'expérience montre que les politiques en milieu de travail sont mieux acceptées et respectées dans les groupes les plus favorisés.	S'assurer de veiller dûment à l'application en milieu défavorisé. Obtenir le soutien des groupes défavorisés en menant des actions efficaces de sensibilisation aux effets nocifs de la fumée de tabac dans l'environnement et en expliquant clairement le but de la création d'espaces sans fumée.
Mener une campagne médiatique sur les dangers du tabagisme	Quelques expériences montrent que l'impact est plus important auprès des groupes favorisés au plan socioéconomique.	Moins probable d'augmenter les iniquités si les campagnes : • utilisent la télévision au lieu de l'imprimé ; • sont intensives ; • utilisent des messages qui visent les groupes défavorisés ; • associent le tabagisme à des faits vécus.
Restreindre la vente des produits du tabac aux mineurs	Quelques expériences montrent que c'est plus efficace auprès des filles qu'auprès des garçons. Les données ne sont pas suffisantes pour évaluer l'impact sur le gradient socioéconomique.	Nécessaire de renforcer l'application, en particulier dans les quartiers défavorisés.
Faire respecter l'interdiction de la publicité sur le tabac	Les données ne sont pas suffisantes pour évaluer l'impact sur le gradient. Par contre, les expériences ont démontré que l'industrie du tabac cible particulièrement les groupes vulnérables.	Faire respecter l'interdiction globale et universelle de la publicité.
Mettre en garde contre les dangers du tabac	Pas suffisamment de données pour apprécier l'impact sur les disparités. Les pictogrammes rejoignent un plus large auditoire que les textes mettant en garde contre les dangers du tabac.	Inclure des mises en garde pour certains groupes et dans certaines langues. Préférer les grands pictogrammes placés sur les paquets.
Offrir une aide à ceux qui veulent cesser de fumer	Les données démontrent que les services de cessation n'arrivent pas à joindre les groupes les plus défavorisés, et que ceux qui ont accès aux services ont un plus faible taux de succès.	• Éliminer les barrières financières en offrant gratuitement les thérapies de remplacement de la nicotine. • Offrir des services de cessation dans un large éventail d'endroits (y compris les établissements à l'extérieur du réseau de la santé). • Offrir des services qui répondent aux besoins particuliers de certains groupes (p. ex. : communautés ethnoculturelles, détenus, femmes enceintes). • Systématiser la formation du personnel des services de première ligne. • Offrir de l'aide au sevrage par téléphone et par messagerie texte pour joindre les jeunes et les groupes défavorisés.

Source : Organisation mondiale de la santé. *Tobacco and inequities: Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm*, 2014 (traduction libre.)

Des engagements à partager pour centrer les efforts sur les ISS

Afin de mettre en place des conditions structurantes pour lutter contre le tabac dans une perspective de réduction des ISS, l'ensemble des partenaires qui font déjà appel à des approches concertées souscrivent aux engagments suivants :

- **Vision**
  1. Reconnaître que le tabagisme est l'un des facteurs d'aggravation des ISS.
  2. Recentrer les efforts de lutte contre le tabac auprès des groupes les plus vulnérables.
- **Financement**
  3. Consolider et protéger le financement actuel et les ressources vouées à la lutte contre le tabac.
  4. Réserver une partie du budget destiné à la lutte contre le tabac aux actions ciblant les groupes les plus vulnérables.

4 Prévention : des jeunes qui décident de ne pas fumer

À Montréal, depuis 20 ans, les acteurs provinciaux, régionaux et locaux ont mis en place différents plans et campagnes de communication visant à prévenir le tabagisme chez les jeunes. Ces initiatives visaient notamment les jeunes fréquentant le milieu scolaire, de la 6e année du primaire à la fin du secondaire.

De plus, les lois canadiennes et québécoises encadrent l'usage, la vente et la promotion des produits du tabac. Elles ont contribué à faire évoluer la norme sociale de façon à ce que l'usage, la désirabilité et l'accessibilité des produits du tabac soient de moins en moins acceptables. Ces mesures ont eu un impact positif sur la prévention du tabagisme chez les jeunes [26].

Au Québec, les modifications de la *Loi sur le tabac* adoptées en 2005 [2] ont permis la mise en application de plusieurs mesures contraignantes en ce qui concerne l'initiation au tabac. Ces mesures sont les suivantes : l'interdiction de fumer sur les terrains des écoles, d'étaler les produits du tabac dans les points de vente et de vendre des paquets de moins de 20 cigarettes ; et l'augmentation des sanctions imposées aux détaillants qui vendent des produits du tabac aux mineurs. Quant à la loi canadienne, elle interdit les saveurs ajoutées aux cigarettes et aux petits cigarillos (à l'exception du menthol).

Quelques données

Près de 30 % des élèves s'initient au tabac dès le secondaire

L'initiation au tabac se produit généralement vers l'âge de 12,7 ans. Parmi les élèves du secondaire de la région de Montréal, près de 30 %, soit 28 600 élèves, affirment avoir expérimenté[D] la cigarette [27]. Cette proportion augmente au fur et à mesure que les élèves évoluent dans leur parcours scolaire ; elle passe de 17 % en 1re et 2e année du secondaire à 40 % en 4e et 5e secondaire.

Près de 10 % des élèves du secondaire fument la cigarette

Pour un certain nombre de jeunes, l'expérimentation conduit à la consommation régulière ou occasionnelle de la cigarette. La prévalence totale à Montréal est de 8 %, comparativement à 11 % pour le Québec. La proportion de jeunes fumeurs augmente avec le niveau scolaire, passant de 4 % à 13 % entre la 1re secondaire et la 5e secondaire [27].

Les élèves fument également d'autres produits du tabac

En fait, la prévalence du tabagisme est sous-estimée lorsqu'on ne considère que la cigarette. Car, en général, en plus de la cigarette, les jeunes consomment d'autres produits du tabac, tels les petits cigares, le tabac sans fumée ou la chicha [28].

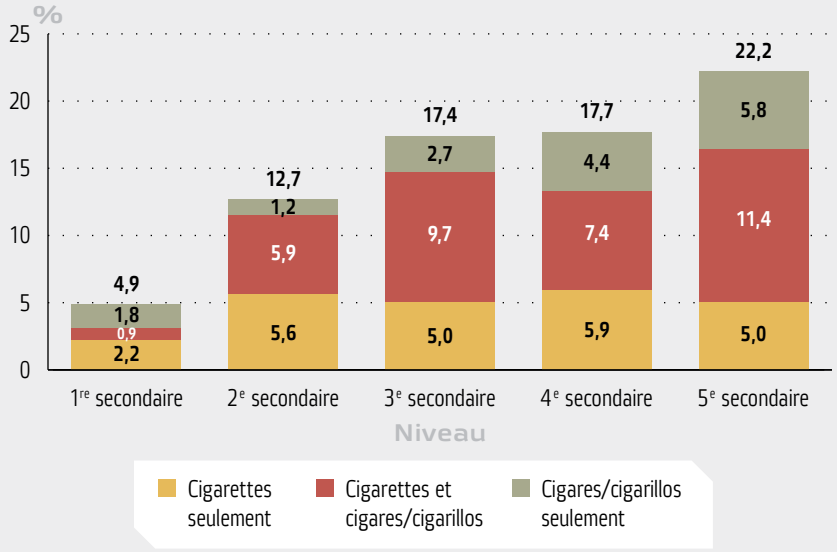
Au Québec, en 2010-2011, la prévalence totale de l'usage de la cigarette et des petits cigares est passée de 4,9 %, en 1re année du secondaire, à 22,2 %, en 5e secondaire (figure 7). En 5e secondaire, la prévalence de consommation combinée de cigarettes et de petits cigares est deux fois plus élevée que la prévalence de l'usage exclusif de la cigarette. En outre, il faut désormais prendre

D On entend par expérimentation le fait d'avoir fumé une cigarette au cours de sa vie, même si ce n'était que quelques bouffées.

en compte la cigarette électronique (CE), qui s'ajoute aux autres produits et risque de séduire les jeunes du deuxième cycle du primaire et au secondaire, et d'entraîner chez eux une dépendance à la nicotine [28].

Figure 7

Prévalence de l'usage de cigarettes et de cigares ou cigarillos chez les élèves québécois, 2010-2011



Source : Lasnier B. (2013). Enquête sur le tabagisme chez les jeunes. Prévalence de l'usage de cigarettes et de cigares ou cigarillos chez les élèves québécois : 2010-2011. Institut national de santé publique du Québec

Des élèves plus à risque

- Les élèves qui ont un parcours scolaire particulier [E] sont trois fois plus nombreux à fumer la cigarette que les élèves qui suivent la formation générale (24 % comparé à 7 %) [29].
- Parmi les élèves qui présentent un niveau élevé de risque de décrochage scolaire [F], la proportion de fumeurs est trois fois plus élevée que parmi ceux dont le risque de décrochage est nul, faible ou modéré (18 % comparé à 6 %) [27].
- La proportion de fumeurs atteint 64 % parmi les élèves présentant des problèmes importants ou une consommation problématique d'alcool et de drogues [G] [27].

E Cheminement particulier, tel que défini par l'EQSJS, réfère aux parcours autres que celui de la formation générale au sein de la population (formation de métiers semi-spécialisés, formation préparatoire au travail et autres).

F L'indice du risque de décrochage scolaire est une estimation du risque que courent les élèves d'abandonner l'école sans obtenir leur diplôme d'études secondaires. Il prend en considération le retard scolaire, le rendement en français et en mathématiques ainsi que l'engagement scolaire. Les catégories de niveau de risque de décrochage scolaire sont : faible, moyen et élevé.

G L'indice DEP-ADO, adapté pour l'EQSJS, permet de mesurer la consommation problématique, ou à risque, d'alcool et de drogues chez les jeunes. Cet indice permet de classifier les jeunes selon trois niveaux de consommation :

Feu vert : Regroupe les élèves qui ne présentent (sous toutes réserves) aucun problème évident de consommation problématique et ne nécessitent donc aucune intervention, si ce n'est de nature préventive (information, sensibilisation).

Feu jaune : Regroupe les élèves qui présentent (sous toutes réserves) des problèmes en émergence et pour qui une intervention de première ligne est jugée souhaitable (information, discussion sur les résultats, intervention brève, etc.).

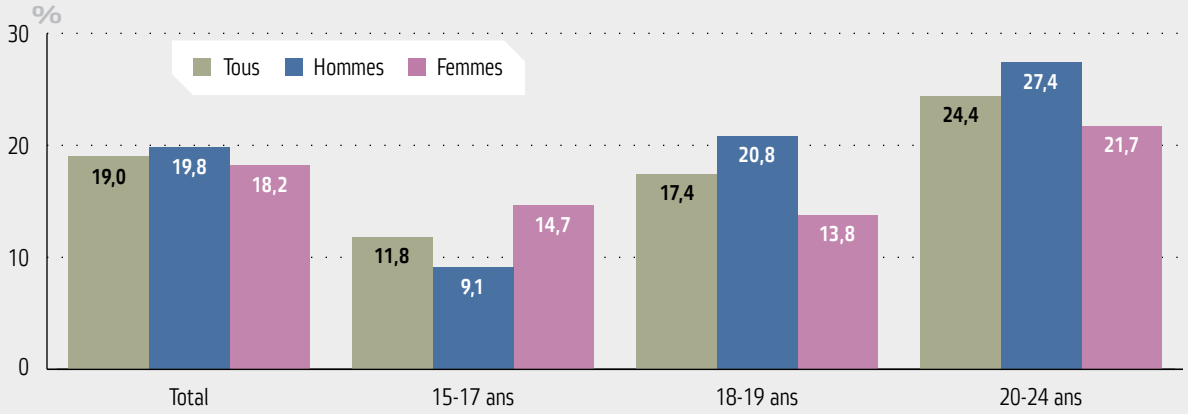
Feu rouge : Regroupe les élèves qui présentent (sous toutes réserves) des problèmes importants de consommation et pour qui une intervention spécialisée est suggérée ou une intervention faite en complémentarité avec une ressource spécialisée dans ce type de problème.

Près d'un jeune sur cinq âgé de 15 à 24 ans fume

- À Montréal, on compte 42 900 jeunes de 15 à 24 ans qui fument la cigarette, soit 19 % des jeunes de ce groupe d'âge. On n'observe pas de différence statistiquement significative entre les sexes [10, 18].
- La proportion de fumeurs augmente avec l'âge, passant de 11,8 %, parmi les 15-17 ans, à 24,4 % parmi les 20-24 ans. La différence n'est significative qu'entre ces deux groupes d'âge (figure 8).

Figure 8

Proportion (%) de fumeurs selon le sexe et le groupe d'âge, Montréal 2012



Source : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

Des initiatives porteuses

Projets d'engagement des jeunes : Opération Fais-toi entendre !

Depuis plus de cinq ans, la DSP de Montréal considère qu'il est important de donner aux jeunes l'occasion de s'impliquer dans le développement des politiques, programmes et services liés à des enjeux qui les concernent. Dans cet objectif et en concertation avec le Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS), les jeunes et des partenaires de la santé, des milieux scolaires, municipal et communautaire, la DSP a conçu un projet innovateur d'affirmation, de mobilisation et d'engagement par et pour les jeunes : Opération Fais-toi entendre!

Le projet vise à habiliter les jeunes de 14 à 18 ans et les intervenants qui les accompagnent à réaliser une action sociale qui amène les jeunes à prendre part au débat public et à poser un regard critique sur certains enjeux de la lutte contre le tabac, par exemple : la publicité qui cible les jeunes, l'accessibilité des produits du tabac et les normes sociales associées au tabac [H].

En 2013-2014, environ 13 écoles des cinq commissions scolaires de Montréal ont participé au projet.

H Pour en savoir plus, consulter le site http://faistoientendre.ca.

Projet communautaire de prévention du tabagisme : *Zéro nico pour mon Ado*

Dans la région de Montréal, le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île est celui où la prévalence est la plus élevée parmi les jeunes de 15 à 24 ans (32,4 %) [18]. Dans le but de les soutenir et de créer des conditions propices à leur engagement dans la lutte contre le tabac, les gestionnaires et les intervenants du CSSS ont innové avec le projet *Zéro nico pour mon Ado* qui a débuté à l'automne 2014. Le projet vise à comprendre ce que les jeunes veulent et comment ils souhaitent agir. Il assure la complémentarité des actions réalisées par les différents partenaires du territoire (notamment la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île, la Commission scolaire de Montréal et les maisons de jeunes) dont la participation est essentielle. Le projet fait appel aux meilleures pratiques de prévention du tabagisme chez les jeunes.

Des constats

Des produits du tabac qui ciblent particulièrement les jeunes

Produits aromatisés

En dépit de l'interdiction de l'aromatisation des cigarillos et des cigarettes stipulée par la Loi fédérale C-32 en vigueur depuis 2010, de nombreux produits du tabac aromatisés se retrouvent sur le marché québécois et ciblent précisément les jeunes. Or, les saveurs ajoutées aux produits du tabac favorisent l'initiation des jeunes au tabagisme. Au Canada, le menthol, bien que reconnu comme une saveur très appréciée facilitant l'initiation, est exclue de la liste des saveurs interdites. Au Québec, parmi ceux qui ont fumé des cigarillos ou des petits cigares, 68 % des élèves de la 3e à la 5e année du secondaire ont fumé des cigarillos ou des petits cigares aromatisés.

Nouveaux produits du tabac : petits cigares

Le développement de nouveaux produits ainsi que les stratégies déployées pour les rendre attrayants favorisent l'initiation des jeunes. Les « petits cigares », par exemple, sont consommés presque exclusivement par les jeunes [30].

Les salons de chicha (pipe à eau)

L'usage de la pipe à eau est de plus en plus populaire, surtout auprès des jeunes [31]. En 2007, 23 % des jeunes Montréalais ont consommé de la chicha au cours de la dernière année [32]. La pipe à eau est perçue comme un produit moins dangereux que la cigarette, alors qu'un fumeur de pipe à eau fume l'équivalent en nicotine d'une dizaine de cigarettes par jour [33]. Bien que l'usage de la pipe à eau soit interdit aux jeunes de moins de 18 ans, les salons de thé où l'on peut en consommer leur sont accessibles. La majorité des commerces qui vendent ou qui permettent l'usage de la chicha opèrent illégalement.

Des emballages attrayants

Les emballages des produits du tabac, une composante marketing utilisée par l'industrie pour attirer les jeunes, empruntent des formats plus attrayants les uns que les autres : tube de rouge à lèvres, BlackBerry, iPhone, etc. Or, selon des chercheurs australiens, un emballage neutre diminue l'attrait du tabac et augmente le désir des fumeurs adultes de cesser de fumer [34]. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, ratifiée par le Canada, préconise de « limiter ou d'interdire l'utilisation de logos, de couleurs, d'images de marque ou de textes promotionnels sur les emballages, hormis le nom de la marque et celui du nom du produit imprimés en caractères normaux et dans une couleur standardisée (emballages neutres) » [15].

Des produits du tabac accessibles aux jeunes

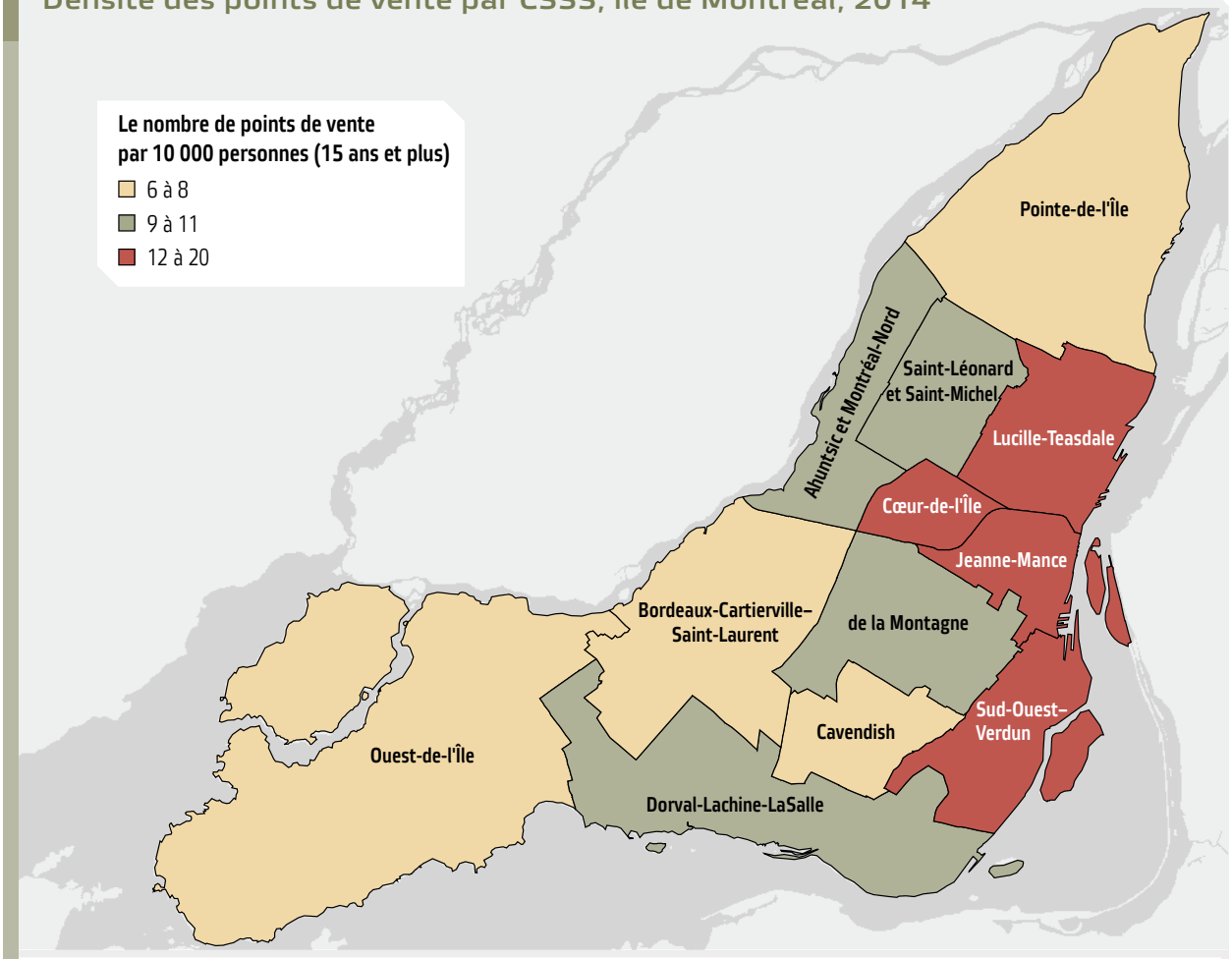
Densité des points de vente

Certaines études démontrent qu'il existe une association entre la densité des points de vente du tabac (PVT) et la prévalence du tabagisme, en particulier dans les quartiers défavorisés [35]. Une forte densité des PVT à proximité des écoles est associée à une augmentation du taux d'initiation des jeunes au tabagisme [36-39] et à une prévalence plus élevée parmi les élèves [40-41]. La quantité de cigarettes fumées par les élèves est aussi associée à la densité des PVT à proximité des écoles [42-43].

Les données colligées par la Direction de l'inspection et des enquêtes du MSSS ne permettant pas d'établir la géolocalisation précise des PVT à Montréal, la DSP de Montréal a procédé au croirsement de trois sources de données [1] afin

Carte 2

Densité des points de vente par CSSS, île de Montréal, 2014



Sources de données : 1) Permis de vente d'aliments (MAPAQ, 2009) géolocalisé par l'INSPQ et validé par la DSP de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013.
2) Régistre des entreprises, Revenu Québec, 2013.
3) Pages Jaunes, 2013

1 L'estimation de la Direction de santé publique a été effectuée à partir d'une combinaison de données provenant de trois sources : Permis de vente d'aliments de MAPAQ, 2009 (ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec) ; Registre des entreprise de Revenu Québec, 2013 ; Pages Jaunes, 2013.

de dresser un état de la situation. Les informations ainsi obtenues ont permis de calculer la densité des PVT par territoire de CSSS. Une cartographie établie à partir de ces mêmes données a fait ressortir une corrélation entre les secteurs géographiques à forte densité de PVT (nombre de PVT par 10 000 habitants) et ceux à forte prévalence du tabagisme (carte 2) [44]. Ces observations corroborent les données de la littérature et viennent appuyer la pertinence de mettre en place des politiques publiques qui règlementent les points de vente, en général, et ceux qui se trouvent à proximité des écoles, en particulier [45].

Accessibilité financière des produits du tabac

Vente de paquets de moins de dix « petits cigares »

Le Règlement d'application de la *Loi sur le tabac* encadre le montant minimum associé à l'achat de produits du tabac autres que des cigarettes [46]. Il prévoit que le consommateur peut acheter des « petits cigares » à l'unité, en autant que le montant total de l'achat soit supérieur à 10 $. Cette mesure rend les produits du tabac relativement accessibles financièrement aux jeunes.

Prix et taxes applicables aux produits du tabac

L'augmentation des taxes applicables aux produits du tabac est la mesure la plus efficace pour réduire le tabagisme [14, 15, 47]. Cette mesure induit une diminution plus importante de la consommation dans la population à faible revenu et auprès des jeunes que dans la population en général [14].

À Montréal, la cartouche de 200 cigarettes coûte en moyenne 85,39 $. Ce prix est le plus bas des prix en vigueur dans les grandes villes canadiennes. Il se situe bien en deçà du prix moyen canadien (102,81 $), et des prix en vigueur à Vancouver (104,96 $), Winnipeg (125,80 $) et Toronto (88,64 $) [48].

Contrairement à ce que prétend l'industrie du tabac, une majoration des taxes n'entraîne pas automatiquement une recrudescence de la contrebande [47]. Le Québec, par exemple, malgré une hausse des taxes après avoir connu une forte croissance de la contrebande de 2005 à 2009, a réussi à réduire de façon importante la part de marché des produits du tabac de contrebande, notamment grâce à *Actions concertées pour contrer les économies souterraines – Tabac* (ACCES Tabac). Alors que la part de marché de la contrebande était estimée à près de 30 % en 2009, elle a diminué à 14 % en 2013, un niveau stable depuis 2011 et similaire à celui observé au début des années 2000 [49]. De 2008-2009 à 2013-2014, les revenus provenant de la taxe spéciale sont passés de 654 millions à 1 026 millions de dollars, ce qui représente une augmentation de plus de 370 millions de dollars. La consommation de produits de contrebande est un phénomène bien documenté au Québec, comme l'indique la publication en 2012 du rapport de la Commission des finances publiques sur l'étude des mesures pour contrer la consommation du tabac de contrebande [50].

Le milieu scolaire face aux nouveaux enjeux du tabagisme

Le milieu de l'éducation, notamment les commissions scolaires, les écoles primaires et secondaires, est engagé dans la lutte contre le tabac depuis plus de 20 ans. Il s'est particulièrement investi dans les campagnes de communication, dans l'implantation des programmes et des projets (par ex. : Programme La gang allumée, Opération Fais-toi entendre!) et dans l'application de l'interdiction de fumer sur les terrains des écoles.

Les représentants des cinq commissions scolaires de Montréal ont fait état de difficultés à appliquer la loi interdisant de fumer sur les terrains des écoles, principalement dans les écoles secondaires de milieux défavorisés, les écoles de métiers et celles qui offrent des cours aux adultes. De plus, en raison de l'augmentation des nouveaux produits, de la cigarette électronique (CE) et de la proximité des points de vente de tabac par rapport aux écoles, les milieux scolaires se sentent mal outillés pour encadrer les jeunes et faire respecter les mesures en place, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de leurs établissements.

La prévalence du tabagisme dans des groupes particuliers – les élèves qui présentent un risque élevé de décrochage, ceux qui ont des problèmes importants ou en voie d'adopter une consommation problématique d'alcool et de drogues, ceux qui ont un parcours scolaire autre que la formation générale – incite les dirigeants et les intervenants à concentrer leurs actions auprès de ces groupes. Il importe de favoriser une approche intégrant des mesures de prévention, de protection et de cessation adaptées à ces groupes afin d'en optimiser l'impact sur la réduction des ISS. Considérant la difficulté de les joindre et compte tenu des données scientifiques qui montrent que la nicotine facilite le passage vers la consommation problématique d'alcool et de drogues, on préconise de conjuguer les efforts de prévention, en milieu scolaire, pour lutter à la fois contre le tabagisme et les toxicomanies [109]. C'est pourquoi il faut poursuivre également la lutte contre le décrochage scolaire, une approche qui reconnaît que les inégalités en éducation sont liées aux inégalités de santé.

Les jeunes de 15 à 24 ans : investir des efforts supplémentaires

Bien que la période des études secondaires demeure une période charnière pour contrer l'initiation au tabagisme, des données indiquent qu'une part importante des jeunes s'initie au tabagisme après leur passage au secondaire [18]. Il y a cependant peu de mesures qui visent à prévenir l'initiation, en particulier pour les jeunes âgés de 15 à 24 ans. À cet égard, il faut déployer des efforts supplémentaires dans le milieu scolaire, notamment dans les établissements de formation des adultes. Les collèges et universités, également fréquentés par des jeunes de ce groupe d'âge, pourraient joindre leurs efforts à ceux du milieu scolaire. Ceci permettrait de mener des actions concertées et d'uniformiser les messages de prévention du tabagisme adressés aux jeunes, et ce, quel que soit leur parcours scolaire.

Des engagements à partager pour que les jeunes décident de ne pas fumer

Le recul du tabagisme chez les jeunes est attribuable à deux facteurs : d'une part, les lois et règlements qui encadrent l'usage et la commercialisation des produits du tabac ; d'autre part, la participation et l'appui de nombreux partenaires institutionnels et communautaires. Toutefois, malgré les progrès réalisés au cours de la dernière décennie, la prévalence du tabagisme parmi les jeunes demeure préoccupante, en particulier dans certains groupes vulnérables ou territoires de résidence.

Les observations qui précèdent montrent à quel point l'approche préconisée par le Plan de lutte contre le tabagisme est justifiée au chapitre de la prévention du tabagisme. Les parties prenantes, en particulier les CSSS, les commissions scolaires, les centres jeunesse et les maisons de jeunes, doivent se sentir interpellées quant à la nécessité de conjuguer leurs efforts pour agir sur les principaux leviers de lutte contre le tabac, à savoir : les leviers législatifs, économiques et populationnels.

Pour atteindre les résultats déterminés dans le plan montréalais et s'orienter vers des générations sans tabac, les partenaires concernés s'engagent à recommander au gouvernement de renforcer la législation, réduire l'accessibilité des produits du tabac, et soutenir les projets et les initiatives de prévention en milieu scolaire et communautaire.

Renforcer la législation

- **Aromatisation**

  5. Interdire la mise en marché de produits aromatisés, y compris le menthol, pour l'ensemble des produits du tabac, comprenant ceux fumés à l'aide d'une pipe à eau, comme la chicha, et la cigarette électronique.

- **Emballage**

  6. Imposer un emballage neutre pour tous les produits du tabac vendus au Québec.

- **Chicha**

  7. Interdire les salons de chicha et retirer les permis aux salons exemptés par la loi.

- **Nouveaux produits**

  8. Imposer un moratoire sur la vente de nouveaux produits du tabac et ceux qui s'y apparentent, afin de contrer le développement de nouveaux produits.

Réduire l'accessibilité des produits du tabac

- **Montant minimum**

  9. Augmenter à au moins 20 $ le montant minimum payé par un consommateur pour l'achat d'un ou de plusieurs produits du tabac autres que des cigarettes.

- **Prix**

  10. Augmenter progressivement la taxe sur les produits du tabac de façon à rejoindre la moyenne canadienne tout en tenant compte du prix des cigarettes dans les provinces et États limitrophes.

- **Point de vente**

  11. Mettre en place un système efficace de surveillance et de gestion des points de vente basé sur des données fiables et permettant d'en suivre l'évolution.

Encourager et soutenir les projets et les initiatives de prévention en milieu scolaire et communautaire (11 à 24 ans)

La création de conditions propices pour soutenir l'engagement et le choix des jeunes de demeurer non-fumeurs passe nécessairement par la cohérence des messages qui leur sont adressés dans les différents milieux de vie, notamment les maisons de jeunes, les écoles et les carrefours jeunesse-emploi. La mise en œuvre d'actions concertées et complémentaires est essentielle, notamment dans les territoires où l'on observe une prévalence élevée. Ces actions devraient s'attaquer à l'accessibilité des produits du tabac, et favoriser la protection des jeunes contre la FTE et l'accessibilité à des outils ou services de cessation.

- **Décrochage**

  12. Poursuivre les efforts pour lutter contre le décrochage scolaire visant la persévérance et la réussite scolaires.

- **Programmes de prévention**

  13. Intégrer la lutte contre le tabagisme au programme de prévention des toxicomanies en milieu scolaire.

- **Cheminements scolaires particuliers**

  14. Inciter les établissements qui offrent un cheminement scolaire particulier à revoir leurs pratiques à l'égard du tabac, notamment l'application des mesures législatives concernant les terrains d'écoles sans fumée.

- **Projets communautaires**

  15. Augmenter le nombre de projets communautaires qui mobilisent les partenaires et les incitent à agir ensemble sur les leviers qui ont impact sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes, en particulier dans les territoires où la prévalence est élevée.

- **Projets d'engagement social**

  16. Soutenir les démarches d'engagement social pour et par des jeunes en matière de lutte contre le tabagisme (par ex., Opération Fais-toi entendre!, Programme La gang allumée) en collaboration avec les acteurs locaux et les partenaires, en particulier dans les territoires où la prévalence est élevée, les écoles de milieux défavorisés et les milieux offrant des cheminements particuliers.

5 Protection : un environnement sans fumée

Les non-fumeurs exposés à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE), couramment appelée fumée secondaire ou tabagisme passif, courent eux aussi des risques de développer des maladies associées au tabagisme.

À Montréal, le tabagisme passif est à l'origine d'environ 50 décès par cancer du poumon ou cardiopathie par année [7]. La fumée du tabac contient plus de 7 000 produits chimiques, dont plus de 70 sont connus pour leur effet cancérogène [51-54]. Ainsi, la FTE augmente le risque de cardiopathies coronariennes de 25 % à 30 % et le risque de cancer du poumon de 20 % à 30 %, pour ne donner que ces exemples [51]. Elle peut entraîner la mort subite du nourrisson et les femmes enceintes risquent d'accoucher d'enfants présentant une insuffisance pondérale à la naissance. Pour ce qui est des jeunes exposés au tabagisme passif à la maison, ils ont d'une fois et demie à deux fois plus de risque de commencer à fumer que les enfants qui n'y sont pas exposés [51]. Comme il n'existe pas de seuil au-dessous duquel l'exposition à la FTE est sans danger, seule l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics, les lieux de travail, dans l'automobile et au domicile permet de protéger la santé des non-fumeurs [47].

Depuis 20 ans, les acteurs régionaux et locaux déploient de grands efforts pour protéger la santé de la population, les enfants et les femmes enceintes en particulier, contre les dangers de la FTE. Les modifications apportées à la *Loi sur le tabac* en 2005, qui restreignent l'usage du tabac, sont en vigueur depuis le 31 mai 2006 [J]. La loi comporte toutefois des mesures d'exemption applicables à certains établissements, tels les centres hospitaliers psychiatriques et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). La loi permet à ces établissements de disposer d'un fumoir et de réserver 40 % des chambres aux fumeurs.

L'évolution des connaissances sur les dangers de la FTE pour la santé des non-fumeurs, la prise de conscience de la population à cet égard et les bienfaits des espaces sans fumée de plus en plus appréciés ont poussé certains établissements à implanter des mesures qui vont au-delà de ce qui est prévu par la loi. Par exemple, la plupart des services de psychiatrie à Montréal n'offrent plus d'espaces pour fumer. Le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire a adopté une politique qui prévoit d'instaurer progressivement l'interdiction totale de fumer à l'intérieur comme à l'extérieur de ses installations.

La DSP a précisé son approche relativement à la protection des non-fumeurs dans le *Plan régional de santé publique 2010-2015* [55] et *Montréal sans tabac – Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015* [13]. Elle souhaite concentrer ses actions sur les politiques publiques et le soutien aux acteurs locaux pour réduire les méfaits causés par la FTE, notamment auprès des personnes vulnérables : les enfants en général, les enfants en centre jeunesse et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

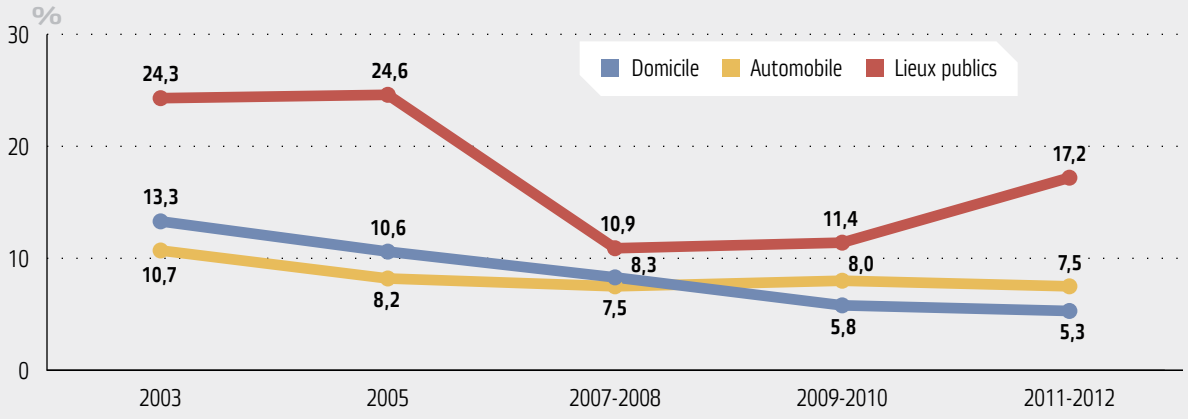
J Elles stipulent l'interdiction de fumer à l'intérieur des lieux fermés, tels les milieux de travail, les restaurants et les bars, les centres de la petite enfance, les établissements de santé, les écoles, cégeps et universités. La loi prévoit aussi l'interdiction de fumer à l'extérieur, à savoir les terrains des écoles et des centres de la petite enfance, ainsi qu'à l'intérieur d'un périmètre de neuf mètres de distance des établissements de santé.

Quelques données

La figure 9 montre l'évolution de la proportion des non-fumeurs exposés à la fumée de tabac dans les lieux publics, au domicile et dans l'automobile, de 2003 à 2012. Il est intéressant de noter qu'en 2011-2012, c'est dans les lieux publics que les non-fumeurs étaient le plus exposés.

Figure 9

Proportion (%) de non-fumeurs exposés à la fumée de tabac dans l'environnement, selon le lieu d'exposition, île de Montréal 2003 à 2011-2012



Sources : ESCC 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012.
Note : Ce graphique montre les données de l'ESCC pour les 12 ans et plus.

Exposition au domicile : une baisse qui se maintient

La proportion de non-fumeurs exposés à la fumée de tabac au domicile a connu une baisse significative depuis 2003. Cette proportion est significativement inférieure à celle observée pour le reste du Québec depuis 2005. En 2011-2012, les jeunes âgés de 12 à 19 ans étaient les plus exposés (14 %) en comparaison des personnes de 25 ans et plus (3,8 %) [1].

Les résultats de l'enquête TOPO 2012 [10] ont révélé que parmi la population âgée de 15 ans et plus, les groupes les plus susceptibles d'être exposés à la fumée de tabac sont les suivants : les jeunes de 15 à 24 ans, les personnes sans diplôme d'études secondaires, les personnes résidant dans un secteur défavorisé et les ex-fumeurs qui ont cessé de fumer depuis moins de 12 mois.

Exposition dans les lieux publics : la tendance à la baisse attendue ne se confirme pas

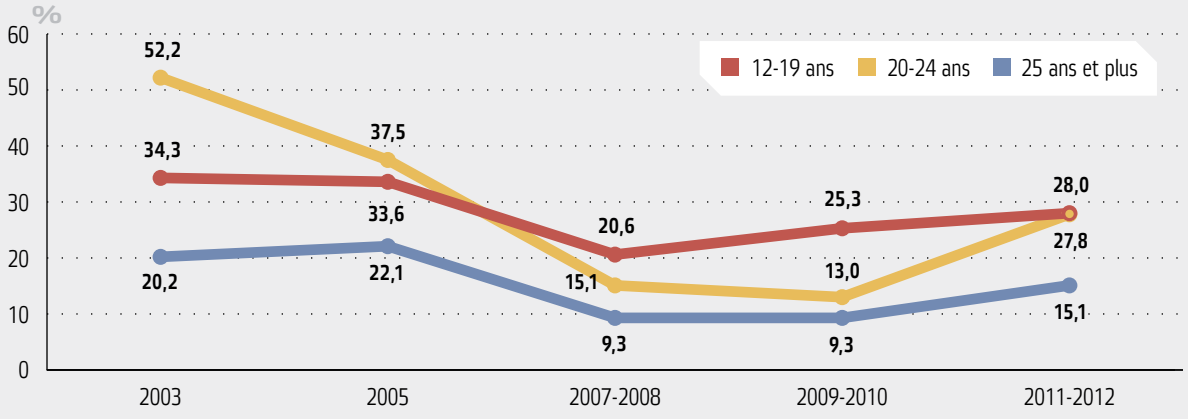
Une tendance à la baisse de l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac dans les lieux publics a été observée entre 2005 et 2007-2008. Ce résultat est probablement attribuable, en grande partie, à l'entrée en vigueur des modifications apportées à la *Loi sur le tabac* en 2006. Toutefois, cette tendance à la baisse ne s'est pas maintenue après 2007-2008 dans aucun des groupes d'âge (figure 10) [1].

Exposition dans l'automobile : peu de changement depuis 2003

La proportion de non-fumeurs exposés à la fumée de tabac dans l'automobile a peu fluctué depuis 2003. On ne note aucune différence par rapport à ce que l'on observe dans le reste du Québec. En 2011-2012, les jeunes âgés de 12 à 19 ans étaient les plus exposés dans l'automobile (16,1 %), soit presque trois fois plus que les adultes de 25 ans et plus (6,3 %) [1].

Figure 10

Proportion (%) de non-fumeurs exposés à la fumée de tabac dans les lieux publics, selon le groupe d'âge, Montréal 2003 à 2011-2012



Sources : ESCC 2003, 2005, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012.

Des initiatives porteuses

La *Loi sur le tabac* encadre l'usage du tabac dans différents lieux à l'exception des parcs, des plages et des endroits où se déroulent des activités sportives ou culturelles, ainsi que les terrasses et les patios ouverts des bars et des restaurants.

La loi permet aux établissements psychiatriques, aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et aux centres de réadaptation de disposer d'un fumoir et de réserver jusqu'à 40 % de leurs chambres aux fumeurs. Cette exemption prévue par la loi entraîne, cependant, divers problèmes d'application en rapport avec la sécurité des bénéficiaires, des visiteurs et du personnel. La DSP a accompagné les établissements de santé qui souhaitaient adopter une approche plus cohérente compte tenu de leur mission.

Le portrait des pratiques en vigueur pour lutter contre le tabac dans les établissements de soins en santé mentale et en dépendance, réalisé par la DSP en 2013, a permis de constater que la grande majorité d'entre eux avaient choisi de bannir la cigarette à l'intérieur de leurs murs, et ce, même s'ils pouvaient se prévaloir de la mesure d'exception stipulée par la loi.

Le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire : des jeunes vulnérables mieux protégés

Chaque année, le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire intervient auprès de 13 000 enfants et familles et offre l'hébergement à plus de 2 000 enfants et jeunes mineurs. Il joue un rôle de premier plan auprès des enfants, des jeunes et des familles les plus vulnérables de Montréal. La prévalence du tabagisme dans les centres jeunesse du Québec est très élevée : les deux tiers des jeunes de 14 ans et plus sont des fumeurs quotidiens [56]. Conformément à sa mission – protéger et responsabiliser les enfants et les jeunes qui lui sont confiés – le Centre jeunesse de Montréal a décidé, au terme d'une longue période de travaux et de réflexion, d'adopter une politique afin de devenir un établissement sans fumée [57]. Cette politique prévoit l'interdiction totale de fumer à l'intérieur comme à l'extérieur des installations. Sa mise en œuvre progressive est prévue de septembre 2014 à janvier 2016 ; elle sera accompagnée de formation et de services d'aide à la cessation adaptés aux besoins des jeunes et des employés. Ces services d'aide sont mis au point en collaboration avec les acteurs des territoires concernés.

Les initiatives qu'ont prises certains des établissements de santé et de services sociaux, divers restaurants et la Ville de Côte-Saint-Luc démontrent qu'il est possible d'être proactif pour offrir un environnement sans fumée, notamment à des groupes vulnérables aux prises avec une forte dépendance au tabagisme.

Des établissements de santé qui se démarquent

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal est un hôpital sans fumée depuis 2005, c'est-à-dire qu'on y interdit de fumer à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement. Il est le premier hôpital psychiatrique sans fumée. L'excellence de son initiative a d'ailleurs été reconnue par les autorités du réseau de la santé et des services sociaux [58].

En outre, plusieurs établissements qui comprennent des pavillons ou des unités psychiatriques ont fermé leurs fumoirs. C'est le cas, par exemple, de **l'Institut universitaire en santé mentale Douglas**, du **Centre hospitalier de St. Mary**, du **pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur** et du **Centre universitaire de santé McGill**. L'Institut universitaire en santé mentale a entrepris des démarches pour devenir à son tour un établissement complètement sans fumée, c'est-à-dire où il est interdit de fumer à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement.

D'autres établissements, tels **l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal** et plusieurs CSSS ont adopté des politiques sans fumée applicables à l'ensemble de leurs terrains extérieurs.

En octobre 2014, **le Réseau québécois des établissements promoteurs de santé** conjointement avec l'équipe régionale tabac a lancé le guide *Devenir un établissement sans fumée*. L'outil disponible sur le Web propose aux établissements du réseau une démarche qui tient compte des meilleures pratiques et qui vise « à intégrer l'ensemble de ses activités liées au tabagisme et à les encadrer par une politique officielle »[K]. De plus, le guide inclut des outils pour faciliter la communication et la gestion du changement, éléments critiques d'une telle démarche.

Des terrasses et des patios de bars et de restaurants sans fumée

Les chercheurs canadiens ont réuni des preuves concluantes concernant la nécessité de garder les terrasses de restaurants sans fumée pour protéger les travailleurs et le public de la fumée secondaire [59]. Plusieurs provinces (Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Alberta, le Yukon et récemment l'Ontario) et municipalités (Vancouver, Saskatoon et Ottawa) ont adopté des lois ou règlements qui protègent des méfaits de la fumée secondaire les personnes qui travaillent ou se trouvent sur les terrasses de bars et de restaurants. Avec l'adoption récente de la loi ontarienne, Montréal deviendra la seule grande ville canadienne à ne pas offrir d'environnement sans fumée sur toutes les terrasses et tous les patios [60]. À Montréal, comme ailleurs au Québec, l'interdiction de fumer dans les restaurants et les bars, en vigueur depuis 2006, ne s'applique pas à la majorité des terrasses et des patios. Par conséquent, les travailleurs de la restauration (souvent des jeunes de 20 à 24 ans) de même que les clients et leurs enfants continuent d'être exposés à la fumée de tabac.

Néanmoins, il faut souligner les initiatives de certains établissements. La chaîne de restauration **Starbucks**, par exemple, se démarque en offrant à ses clients des terrasses totalement sans fumée depuis 2013 [61].

K http://www.eps.santemontreal.qc.ca/section-thématique/tabagisme.

Une municipalité proactive

Les municipalités ont le pouvoir d'adopter un règlement qui restreint l'usage du tabac dans certains lieux publics non couverts par la loi. Au Canada, la plupart des grandes villes canadiennes appliquent des mesures qui encadrent l'usage du tabac dans les parcs, les terrains de jeux, les piscines et autres espaces publics.

À Montréal, seule **la Ville de Côte-Saint-Luc** a pris des mesures règlementaires. En 2012, la Ville a adopté notamment un règlement qui élargit de 20 mètres le périmètre à l'intérieur duquel l'usage du tabac est interdit. Le règlement s'applique aux endroits suivants :

1. Les terrains de jeux, les pataugeoires ou tout autre endroit où se déroule une activité sportive ;
2. Les parcs municipaux pendant que s'y tient un événement spécial ;
3. Toutes les piscines extérieures municipales [62].

Habitations sans fumée

Projet Famille sans fumée

La campagne de communication Famille sans fumée, élaborée par Capsana, constitue l'un des outils d'information et de sensibilisation du public aux risques associés à la FTE [L]. Cette campagne, pour laquelle un site Web a été créé, invite les parents actuels et futurs à poser un geste concret pour la santé de leurs enfants en faisant de leur maison et de leur voiture des espaces sans fumée.

Habitations sans fumée au Québec – un site Web incontournable

En réponse au nombre croissant de demandes d'information concernant les résidences, logements ou condos sans fumée, l'Association pour les droits des non-fumeurs a conçu le site Web Les habitations sans fumée au Québec [M]. On y trouve des outils, des exemples, des avis légaux pour soutenir la création d'un mouvement qui fait la promotion des immeubles résidentiels dont l'air intérieur est sans fumée. L'un des objectifs est de favoriser une offre de logements répondant aux besoins des locataires qui souhaitent notamment assurer à leurs enfants un domicile sans fumée.

Des prisons sans fumée

Dans les établissements de détention, où 70 % à 80 % des détenus sont fumeurs, il est maintenant interdit de fumer à l'intérieur et à l'extérieur des installations. L'interdiction s'applique autant aux détenus qu'aux employés. À Montréal, la mesure est implantée dans l'ensemble du réseau carcéral provincial depuis le printemps 2014, à la demande du ministère de la Sécurité publique [63]. Le Québec est la dernière province canadienne à interdire complètement le tabac dans les établissements de détention.

L www.famillesansfumee.ca.

M www.habitationssansfumee.qc.ca.

Des constats

Les enfants et les adolescents : les plus exposés à la fumée de tabac

Exposition dans l'automobile

L'exposition des jeunes âgés de 12 à 19 ans à la fumée de tabac dans l'automobile a peu varié depuis 2003. En 2011-2012, la prévalence n'est passée que de 18 % à 16 %. Ces résultats indiquent que l'objectif visé par le plan de lutte contre le tabagisme (11 % d'ici 2015) ne pourra être atteint que s'il est appuyé par une législation qui interdit de fumer dans la voiture en présence d'un mineur [13].

L'exposition des enfants montréalais à la FTE dans l'automobile est supérieure à celle des enfants des autres grandes villes canadiennes où des lois provinciales qui interdisent de fumer dans l'automobile en présence d'enfants sont en vigueur [60]. Considérant que les concentrations de substances toxiques de la fumée de tabac sont très élevées dans une automobile, même avec une ventilation élevée, que les poumons immatures des jeunes enfants sont plus perméables à la fumée de tabac et que l'exposition à la FTE peut induire de la dépendance à la nicotine chez les jeunes, il est essentiel d'interdire de fumer dans une automobile en présence d'enfants [64-67]. Cette interdiction constitue une mesure efficace puisqu'elle a contribué à diminuer de 33 % l'exposition à la FTE chez les enfants des neuf autres provinces canadiennes [68].

Exposition au domicile

Bien que l'exposition à la FTE au domicile des jeunes âgés de 12 à 19 ans soit nettement à la baisse (le taux atteignait 14 % en 2011-2012), elle est trois fois plus élevée que pour les adultes de 25 ans et plus (4 %). Les efforts des prochaines années doivent donc viser à ce que les enfants et les adolescents soient au moins aussi bien protégés que les adultes.

Exposition dans les lieux publics

Alors que la loi régissant l'interdiction de fumer vise précisément les lieux publics, c'est là que l'on compte la proportion la plus élevée de non-fumeurs exposés à la fumée de tabac, par comparaison avec le domicile et la voiture. Ce constat indique l'urgence de renforcer la loi et les règlements, afin que tous les non-fumeurs soient mieux protégés, en particulier les jeunes âgés de 12 à 24 ans.

Établissements d'enseignement postsecondaire : mesures actuelles et à venir

À Montréal, peu de mesures sont mises en place pour protéger les jeunes âgés de 15 à 24 ans, un groupe d'âge où l'on observe une prévalence particulièrement élevée. Des universités et des collèges offrent quelques activités associées à la cessation, mais aucun de ces établissements ne s'est doté d'une politique visant à devenir totalement sans fumée. Cependant, plusieurs ont exprimé leur intention de contribuer à la lutte contre le tabagisme en sollicitant le soutien de la DSP ou d'un CSSS afin de devenir des espaces sans fumée et améliorer leur offre de service en cessation. Compte tenu de leur mission et de leur proximité avec les jeunes adultes, il ne fait aucun doute que les établissements d'enseignement postsecondaire [N] peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre le tabac.

N Établissement d'enseignement postsecondaire réfère aux centres de formation professionnelle, collèges, cégeps et universités.

Des engagements à partager pour protéger les non-fumeurs de la FTE

Considérant que le levier législatif est essentiel pour renforcer les efforts des acteurs locaux, plusieurs actions dans le domaine des politiques publiques ont été réalisées et devront être poursuivies dans le futur. Dans le contexte de la révision de la *Loi sur le tabac* 2005-2010, la DSP a, entre autres, participé au débat public avec l'appui de ses partenaires et produit un mémoire à l'intention du gouvernement [17]. Les principales recommandations de la DSP visent à réduire les méfaits causés par la FTE et à augmenter le nombre d'espaces sans fumée. Elles portent essentiellement sur l'interdiction de l'usage du tabac dans les automobiles en présence d'enfants, l'interdiction de fumer à l'intérieur des édifices et du périmètre des établissements de santé et de services sociaux, y compris les centres jeunesse, les instituts en santé mentale et le Centre de réadaptation en dépendance. De concert avec l'ensemble des directeurs de santé publique du Québec, la DSP a recommandé au ministre de la Santé et des Services sociaux d'inclure dans le nouveau projet de loi des dispositions pour interdire de fumer sur les terrasses et les patios des bars et des restaurants.

Au cours de la dernière année, la DSP a fait des efforts additionnels pour dresser un portrait des mesures prises par certains partenaires pour contrer l'exposition à la FTE, en particulier celles appliquées en périnatalité et en santé mentale. De plus, la DSP a accompagné les partenaires qui souhaitaient adopter et mettre en œuvre des politiques qui vont au-delà de ce qui est prévu par la loi, par exemple : des prisons, des centres jeunesse, des CSSS, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et l'Institut universitaire en santé mentale.

Pour atteindre les résultats visés dans le plan de lutte contre le tabac et faire de Montréal une île sans fumée, il est nécessaire que les partenaires concernés s'engagent à :

- **Automobile**

  17. Recommander au gouvernement de mettre à jour la *Loi sur le tabac* pour interdire de fumer dans l'automobile en présence d'enfants de moins de 16 ans.

- **Enfants et jeunes vulnérables**

  18. Recommander au gouvernement de mettre à jour la *Loi sur le tabac* pour interdire de fumer à l'intérieur des édifices et du périmètre des centres jeunesse, parallèlement à une systématisation des mesures de soutien à l'abandon.

  19. Offrir dans les deux centres jeunesse de Montréal un environnement totalement sans fumée à l'intérieur des édifices et du périmètre des installations, parallèlement à une systématisation des mesures de soutien à l'abandon adaptées aux besoins des jeunes.

- **Établissements de santé et de services sociaux**

  20. Recommander au gouvernement de mettre à jour la *Loi sur le tabac* pour interdire de fumer à l'intérieur des édifices et du périmètre des établissements de santé et de services sociaux, parallèlement à une systématisation des mesures de soutien à l'abandon.

  21. Élaborer et mettre en œuvre, dans tous les établissements de santé et de services sociaux, une politique intégrée et globale sur le tabagisme

afin qu'ils deviennent des environnements totalement sans fumée à l'intérieur des édifices et du périmètre des établissements. Un « établissement sans fumée » est un établissement qui s'est doté d'une vision et d'une planification stratégique d'ensemble qui concerne les usagers, le personnel et les visiteurs. Cette politique est accompagnée de mesures pour systématiser l'identification des patients fumeurs et des mesures de soutien à l'abandon. Ceci peut être modulé selon les besoins des personnes hébergées dans les milieux de vie.

- **Jeunes âgés de 15 à 24 ans**

22. Offrir dans tous les établissements d'enseignement postsecondaire de Montréal (centres de formation professionnelle, cégeps, collèges et universités) un environnement sans fumée (y compris dans les résidences pour étudiants) et des services systématiques de cessation adaptés à la réalité des jeunes âgés de 15 à 24 ans.

- **Terrasses et patios**

23. Recommander au gouvernement de mettre à jour la *Loi sur le tabac* pour interdire de fumer sur l'ensemble des terrasses et patios des bars et des restaurants.

24. Encourager les municipalités à adopter un règlement qui encadre l'usage du tabac sur l'ensemble des terrasses et patios des bars et des restaurants.

- **Terrains de jeux pour enfants, piscines, plages et lieux publics non couverts par la loi**

25. Encourager les municipalités à adopter un règlement qui encadre l'usage du tabac dans les lieux non couverts par la loi, tels les terrains de jeux pour enfants dans les parcs, les piscines et les pataugeoires, les plages et les lieux extérieurs pendant que s'y déroulent des activités sportives ou des évènements spéciaux.

- **Domicile**

26. Dans les territoires à prévalence élevée, s'assurer que l'intervention sur les méfaits causés par l'exposition à la FTE et les outils pour contrer les méfaits de la FTE au domicile soient intégrés aux services de cessation et à ceux offerts au continuum des services mère-enfant.

6 Cessation : adapter le soutien aux fumeurs

Les maladies associées au tabagisme débutent à un jeune âge chez les fumeurs [23]. Or, il est démontré que cesser de fumer avant l'âge de 40 ans réduit de 90 % les risques associés au tabagisme [69]. De plus, une amélioration de la santé est observée peu de temps après le sevrage et la plupart des effets néfastes peuvent diminuer avec le temps, même chez les plus gros fumeurs [69].

À Montréal, conformément aux orientations nationales du *Plan québécois d'abandon du tabagisme* (PQAT) [70-71], des efforts importants sont déployés depuis plus de dix ans pour améliorer la gamme de services de soutien à la cessation et créer un réseau de services complémentaires tels que les services suivants :

Centres d'abandon du tabagisme (CAT) accessibles dans les 12 CSSS de Montréal

- Intervention individuelle intensive, c'est-à-dire un minimum de trois rencontres en face à face avec un professionnel de la santé.

Groupes de soutien à la cessation

- Le programme Respirer la santé comprend huit séances de groupe (de huit à dix personnes) animées par le professionnel du CAT, élaboré à partir des pratiques de groupe reconnues efficaces et en collaboration avec différents partenaires dont le CHUM, l'Hôpital général juif et l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Services téléphoniques de la ligne j'Arrête, de la Société canadienne du cancer (SCC)

- Diffusion d'information sur la gamme de services existants du PQAT, y compris la collaboration à des projets spéciaux.
- Intervention individuelle téléphonique intensive, avec une fréquence de rappels selon les besoins des fumeurs.

Service de messagerie texte pour arrêter le tabac (SMAT), de la SCC

- Messages textes de soutien à l'abandon aux personnes qui s'inscrivent.

Campagne annuelle Défi J'arrête, j'y gagne! organisée par Capsana

- Défi proposé aux fumeurs qui doivent s'inscrire et s'engager à cesser de fumer pendant six semaines, du 1er mars au 11 avril.
- Soutien offert par différents moyens (trousse, courriels, site Internet, etc.) et information sur la gamme des services existants du PQAT.

Campagnes régionales de promotion des CAT

- Pages Web promotionnelles, y compris la géolocalisation des services et la prise de rendez-vous en ligne, ainsi que des bannières destinées aux sites des partenaires.
- Utilisation des médias sociaux (Facebook, YouTube, Google Ads) ciblant les jeunes âgés de 25 à 34 ans.

Ordonnance collective régionale relative à la TRN

- Ordonnance collective régionale signée par le directeur de santé publique qui permet aux pharmaciens communautaires d'amorcer une TRN remboursable par la RAMQ.
- Orientation des fumeurs par les pharmaciens vers la ligne j'Arrête, de la SCC.

Quelques données

Moins de 10 % des fumeurs ont cessé de fumer au cours des 12 derniers mois

À Montréal, au cours des 12 mois précédant l'enquête TOPO, 8,8 % des fumeurs avaient cessé de fumer et 44 % avaient fait au moins une tentative de cessation d'une durée d'au moins 24 heures [10]. Depuis 2005, le taux de cessation se situe autour de 8 % et ne semble pas varier [72].

Un fumeur sur quatre serait prêt à cesser de fumer

À Montréal, on estime le nombre de fumeurs à 311 400 personnes. Au moment de l'enquête (TOPO 2012) [10, 18], un fumeur sur quatre (24,5 %) était considéré comme prêt à cesser de fumer dans les 30 jours suivants et avait fait au moins une tentative de cessation au cours de la dernière année.

Réussir à cesser de fumer : un bénéfice pour la santé inégalement réparti

Les fumeurs domiciliés dans les secteurs géographiques les plus favorisés affichent des taux de cessation nettement plus élevés que ceux des secteurs les plus défavorisés (13 % comparé à 5,4 %).

Caractéristiques individuelles des personnes les moins susceptibles de cesser de fumer

Pour mieux cerner les caractéristiques des fumeurs qui n'ont pas cessé de fumer, ces derniers ont été comparés aux personnes ayant cessé depuis moins de deux ans et à celles qui ont cessé depuis deux ans et plus. Les résultats montrent ce qui suit :

- Plus les personnes sont jeunes, moins elles sont susceptibles de cesser de fumer.
- Les personnes sans diplôme d'études secondaires sont moins susceptibles de cesser que celles qui détiennent un diplôme d'études secondaires ou d'études collégiales, et ces dernières sont moins susceptibles de cesser de fumer que les personnes qui ont fait des études universitaires.
- Les personnes qui souffrent de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux sont moins susceptibles de cesser de fumer que celles qui n'ont pas ces problèmes de santé.

Grossesse et usage du tabac

De 2000 à 2005, 10,4 % des Montréalaises enceintes ont fumé durant leur grossesse, un taux qui variait de 3,1 % à 18,4 % selon les territoire de CSSS [73]. Une étude canadienne récente montre que c'est dans le groupe des jeunes âgés de 15 à 19 ans que la prévalence du tabagisme est la plus élevée. Elle est sept fois plus élevée parmi les mères âgées de 15 à 19 ans (40 %) que parmi celles de 35 ans et plus (5 %) [74].

Parmi les non-fumeurs, la proportion de femmes enceintes exposées à la fumée de tabac est passée de 6,5 % en 2000 à 2,5 % en 2005 [73]. Pour cette même période, les femmes enceintes titulaires d'un diplôme de niveau primaire étaient proportionnellement plus exposées à la fumée de tabac (14,4 %) que les titulaires d'un diplôme universitaire (3,9 %).

Des initiatives porteuses

Services d'aide à la cessation en milieu hospitalier

Le tabagisme est l'une des principales causes de plusieurs maladies qui donnent lieu à des consultations médicales en services ambulatoires ou à des hospitalisations. Pour cette raison, le milieu hospitalier peut jouer un rôle important en termes de soutien à la cessation tabagique, et ce, d'autant plus que 35 % de la population montréalaise n'a pas de médecin de famille (TOPO 2012). Or, le soutien à la cessation tabagique effectué en milieu hospitalier est reconnu pour sa capacité à joindre les fumeurs ainsi que pour son efficacité auprès d'une clientèle réceptive à l'intervention. Les taux de succès sont de l'ordre de 26 % après six mois de cessation [75], ce qui est cinq fois plus élevé que les taux de succès des fumeurs qui tentent de cesser par eux-mêmes. Par ailleurs, l'occasion d'agir existe également en dehors des épisodes de soins aigus, comme en témoigne l'initiative du CSSS Cavendish, à savoir : la mise sur pied d'un projet d'intervention systématique destiné aux clients fumeurs de ses deux hôpitaux de réadaptation.

Depuis 2004, la DSP de Montréal offre un soutien financier et un accompagnement pour faciliter la réalisation de projets de cessation tabagique dans plusieurs centres hospitaliers de Montréal, dans les unités mère-enfant ou, encore, en cardiologie. Il s'agit souvent de projets qui visent à mettre en place des moyens pour systématiser l'identification des fumeurs hospitalisés et leur offrir une intervention brève visant l'abstinence temporaire durant l'hospitalisation. L'intervention peut comprendre le recours à la pharmacologie pour gérer les symptômes de sevrage et implique toujours l'orientation vers les services de cessation tabagique (CAT ou ligne j'Arrête) au moment du congé. Dans le cadre de ces projets, les centres hospitaliers ont offert à leurs professionnels de la formation en intervention brève et en entretien motivationnel afin de les habiliter à intervenir plus efficacement auprès de leur clientèle dans les différents départements.

L'évaluation de huit porjets en établissements [O] effectuée en 2007-2008 [76] a montré que 6 314 fumeurs ont été exposés à au moins une intervention au cours d'une période s'échelonnant de 8 à 44 mois. Elle a mis en lumière des enjeux liés à la pérennité de l'intervention en cessation tabagique aussi bien que la nécessité de systématiser l'intervention à l'échelle de l'établissement plutôt que dans les départements ciblés seulement. Or, il importe de reconnaître que la cessation tabagique fait partie intégrante de la mission de chaque établissement et devait faire l'objet d'activités obligatoires au même titre que la prévention des infections ou la gestion des plaintes.

Il faut souligner que certains de ces établissements ont réussi à faire valoir l'importance de l'intervention en cessation tabagique et à conserver une personne-ressource vouée à ce travail. L'Institut de Cardiologie de Montréal, notamment, a pu garder son infirmière en abandon du tabagisme depuis la réalisation

---

O Hôpital général du Lakeshore, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital de LaSalle, Centre hospitalier de St. Mary, Hôpital général juif, Hôpital Saint-Luc du CHUM, Hôpital Royal Victoria du CUSM.

des projets de 2004. L'Hôpital général juif a intégré un service de counseling intensif, individuel et de groupe, pour sa clientèle ambulatoire. Ces ressources ont contribué à augmenter l'achalandage et la visibilité du service en cessation dans les centres hospitaliers. Depuis la fin de ces projets en centres hospitaliers, d'autres projets porteurs et intégrateurs ont vu le jour.

Hôpital du Sacré-Cœur – Un poste dédié au tabac

L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal a depuis toujours veillé à intégrer l'abandon du tabagisme à la pratique des professionnels de son établissement, et s'est donné les moyens d'assurer la pérennité de son intervention. Premièrement, il a créé un poste voué à l'intervention en cessation tabagique ; deuxièmement, il a mis en place des mécanismes d'identification systématique des fumeurs hospitalisés. Il s'agit d'une première à Montréal.

CHUM – En route vers la systématisation

Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a mis sur pied une formation sur l'intervention brève en cessation tabagique à l'intention de tous les professionnels de la santé, et ce, dans toutes les unités et départements des trois sites. Le CHUM a produit avec le soutien de la DSP des fiches d'information destinées aux patients fumeurs. Adaptées à chaque département (cardiologie, oncologie, par ex.), ces fiches tiennent compte du stade de changement des fumeurs [77].

CUSM – Projet IMPACT

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) a quant à lui élaboré un projet de systématisation de l'intervention inspiré du modèle d'Ottawa. Ce modèle, qui a fait ses preuves à l'échelle canadienne, repose sur le rappel téléphonique systématique et automatisé après le congé du patient fumeur. De plus, le CUSM a pris soin de s'entourer de partenaires clés en vue des suivis, dont un CSSS et la Société canadienne du cancer (ligne j'Arrête). Ce projet pilote sera documenté et évalué afin de déterminer si le modèle ou certains de ses éléments peuvent être utiles pour d'autres territoires ou l'ensemble de la région de Montréal.

Services d'aide à la cessation en périnatalité

L'usage du tabac durant la grossesse accroît les risques de prématurité, de mortinatalité et de décès néonatal. Il peut aussi avoir des effets nocifs sur la santé du bébé. Il augmente le risque du syndrome de mort subite du nourrisson, de maladies respiratoires, de troubles du déficit de l'attention et d'hyperactivité [4].

Depuis 2005-2007, la DSP de Montréal soutient les initiatives des centres hospitaliers et des CSSS qui visent à favoriser la cessation tabagique chez les femmes enceintes et leurs conjoints et à réduire l'exposition à la fumée secondaire dans la maisonnée. Presque tous les hôpitaux qui abritent des services d'obstétrique ou des programmes mère-enfant offrent des services d'aide à la cessation ainsi que du counseling sur la FTE, notamment en utilisant les outils de la campagne Famille sans fumée. C'est également le cas des 12 CSSS qui offrent des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, et des trois services montréalais de sages-femmes.

CSSS de la Pointe-de-l'Île – *Zéro nico pour mon Coco*

Certains CSSS ont aussi décidé de prioriser la systématisation de la cessation tabagique dans leur plan d'action local. Dans le cadre de son projet *Zéro nico pour mon Coco*, le CSSS de la Pointe-de-l'Île a mis en œuvre, avec son réseau local de services, l'intervention en cessation tabagique auprès des femmes enceintes ou qui allaitent et leurs conjoints, dans les différents points de services. Le projet *Zéro nico pour mon Coco* reconnaît que le tabagisme est un déterminant important de la santé respiratoire des jeunes enfants de la Pointe-de-l'Île. Il s'intègre au projet clinique et vise à offrir une meilleure qualité d'air aux bébés et aux jeunes enfants par des actions concertées auprès des femmes enceintes, des nouvelles mamans et de leur réseau social. L'approche de l'intervention privilégiée permet de réunir les forces et les habiletés des professionnels du CSSS et des partenaires des familles du territoire afin de se pencher ensemble sur les enjeux rencontrés par cette clientèle, en intervenant tout au long du processus de consultation, au cours de la grossesse et à la suite de l'accouchement. Ainsi, que ce soit à la pharmacie, au centre de prélèvements, lors des cours prénataux, des rencontres thématiques avec les femmes en situation de vulnérabilité, dans les organismes communautaires de leur quartier ou à leur domicile, ces intervenants participent à passer le message « Zéro nico pour mon Coco ».

CSSS de l'Ouest-de-l'Île et Hôpital général du Lakeshore

Le CSSS de l'Ouest-de-l'Île et l'Hôpital général du Lakeshore ont élaboré un modèle d'intervention en cessation tabagique pour les fumeurs de leur territoire. Le modèle, d'abord mis en œuvre par les équipes de périnatalité, vise l'identification systématique du statut tabagique de la femme enceinte et son conjoint, à tous les points de service du suivi de grossesse. Il comprend du counseling bref offert par un professionnel de la santé et l'orientation vers un CAT du territoire ou la ligne j'Arrête. Plusieurs outils d'aide à l'intervention ont été mis au point par les équipes locales avec le soutien de la DSP. Des professionnels de différents services ont été formés à l'utilisation de ces outils (algorithmes de poche, protocole infirmier, etc.) pour ensuite assurer la formation de leurs pairs au sein de leur service ou département. Le modèle d'intervention a par la suite été implanté dans d'autres unités, notamment en chirurgie, en cardiologie, en gériatrie et en santé mentale.

Les pharmaciens : des acteurs clés

Les pharmaciens communautaires sont des partenaires clés pour rejoindre les fumeurs et soutenir leur processus de cessation, grâce à la proximité et la fréquence des contacts qu'ils ont avec la population. La DSP a soutenu l'élaboration d'une stratégie de collaboration avec les pharmaciens en matière de lutte contre le tabagisme. L'ordonnance collective, le point central de cette stratégie, a pour but de faciliter l'accès géographique et économique aux TRN. De plus, elle constitue un levier pour atteindre divers objectifs :

- favoriser le transfert des connaissances auprès des pharmaciens ;
- soutenir la création d'un environnement favorable à la prévention et la cessation du tabagisme en pharmacie ;
- stimuler une pratique collaborative des pharmaciens avec les différentes ressources en cessation [78].

La majorité des pharmaciens de la grande région de Montréal et des alentours (84 %), perçoivent la cessation tabagique comme étant l'une des pratiques de promotion et de prévention pour laquelle ils devraient s'engager [79]. Les pharmaciens sont intéressés à s'impliquer davantage en matière d'abandon du tabac, et leurs pratiques de counseling a évolué positivement auprès des fumeurs [80-83].

Montréal compte plus de 1 600 pharmaciens qui pratiquent dans les 443 pharmacies de la région [84]. On peut considérer les pharmacies comme autant de points de services de première ligne qui peuvent offrir aux fumeurs des services personnalisés d'aide à la cessation tabagique.

L'accès aux aides pharmacologiques en pharmacie est une mesure reconnue efficace et efficiente [85-87]. Depuis 2007, la DSP de Montréal a émis une ordonnance collective régionale en cessation permettant aux pharmaciens de débuter une TRN.

L'ordonnance collective en cessation – une réussite

Comme pour une ordonnance individuelle délivrée par un médecin, une TRN, le Zyban et le Champix peuvent être remboursés dans une proportion de 80 % par la RAMQ, et ce, pour un traitement de 12 semaines par année.

La mise en œuvre de l'ordonnance collective a un impact significatif sur le taux d'abstinence.

- Les données montrent que l'implantation de l'ordonnance collective dans les pharmacies communautaires donne des résultats prometteurs. En effet, la participation des pharmaciens et le recours à l'ordonnance contribuent aux efforts montréalais de réduction du tabagisme, et ce, particulièrement auprès des jeunes adultes et dans les territoires où la prévalence du tabagisme est plus élevée [88].
- Entre 2010 et 2013, le nombre de personnes ayant eu accès à une TRN au moyen de l'ordonnance collective est passée de 3 008 à 5 970, ce qui représente une augmentation de plus de 50 %.
- L'ordonnance collective permet de rejoindre proportionnellement plus de jeunes fumeurs. La proportion de fumeurs âgés de 18 à 34 ans ayant bénéficié d'une TRN par ordonnance collective est de 31,7 %, de 23,5 % pour les fumeurs âgés de 45 à 54 ans et de 18 % pour les fumeurs âgés de 55 ans et plus.
- L'ordonnance collective permet d'optimiser la thérapie de manière significative. En 2013, 36,5 % des fumeurs qui y ont eu accès ont reçu une combinaison de TRN (timbres et un autre produit) conformément aux lignes directrices canadiennes, en comparaison de 11,5 % pour les fumeurs qui s'étaient fait remettre une ordonnance médicale individuelle.
- En 2012-2013, 115 fumeurs par mois, en moyenne, ont été orientés par les pharmaciens vers les ressources de counseling du PQAT à l'aide du formulaire d'orientation de l'ordonnance collective TRN [89].

Des initiatives visant des groupes présentant des facteurs de vulnérabilité

À Montréal, comme mentionné au chapitre de la protection, des mesures visant la réduction du tabagisme dans certains milieux institutionnels ont été mises en place au cours des dernières années ou sont en voie de l'être. Les établissements en question, à savoir le pavillon de psychiatrie Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur (2001), l'Institut Philippe-Pinel (2005), le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire et des prisons provinciales (2014) ont agi en partenariat avec la DSP et les CSSS de leur territoire. Plus récemment, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal a décidé d'emboîter le pas et de faire les premiers gestes pour devenir un établissement sans fumée.

Il va sans dire que les organismes communautaires, grâce à leur travail de proximité, peuvent contribuer à joindre des clientèles qui présentent des facteurs de vulnérabilité et qui ne sont pas susceptibles d'utiliser les services offerts dans les milieux institutionnels.

Chose certaine, qu'il s'agisse des établissements de santé ou des organismes communautaires, tous servent des clientèles pour lesquelles la prévalence du tabagisme est très élevée et qui sont généralement peu susceptibles de cesser de fumer. Selon une idée préconçue, le tabagisme peut constituer pour ces clientèles un dérivatif et même faire partie d'un traitement. La *Loi sur le tabac* prévoit même des exemptions qui permettent des espaces où il est permis de fumer à l'intérieur des établissements. Or, malgré cela, certains d'entre eux ont réussi à créer des environnements sans fumée et démontré que l'intervention pour contrer le tabagisme auprès de ces clientèles n'est pas une mission impossible.

Des constats

Des services de soutien à la cessation peu utilisés

Malgré la gratuité des services offerts en cessation et leur promotion par divers moyens, moins de 2 % des fumeurs montréalais les ont utilisés en 2011-2012. Leur efficacité est claire : le taux d'abandon du tabagisme après six mois est de 27 %, ce qui est comparable aux résultats des meilleures interventions [71, 90].

En 2009-2010, seulement 9 % des fumeurs ont été exposés à un counseling médical lié au tabagisme [71] et, en 2011, environ 5 % ont reçu une ordonnance collective pour une TRN. Bien que ces taux d'exposition varient du simple au double d'un territoire de CSSS à un autre, ils demeurent faibles dans tous les territoires [91].

Des services de soutien à la cessation pertinents

La campagne annuelle Défi J'arrête, j'y gagne!

Depuis la première édition du Défi en 2000, 50 260 Montréalais s'y sont inscrits. Parmi les répondants au sondage de 2013, 68,3 % ont cessé de fumer pendant les six semaines du Défi, et le taux de cessation était de 34 % après six mois et de 20 % après un an.

L'intervention des professionnels de la santé

La pertinence de l'intervention en cessation tabagique des professionnels de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes, etc.) n'est plus à démontrer. Elle est considérée comme l'une des pratiques cliniques préventives les plus efficaces [90]. L'évaluation de l'utilisation des services offerts par les CAT à Montréal a montré que plus de la moitié des répondants (57 %) ont cessé de fumer durant leur démarche de cessation et que le taux d'abstinence après six mois s'élevait à 27 % [71]. Lorsqu'un soutien était combiné à l'utilisation d'une TRN, les chances de réussite étaient au moins trois fois plus grandes que lorsque la TRN était utilisée seule [92].

Des engagements à partager pour adapter le soutien à la cessation

Le plan de lutte contre le tabagisme de Montréal vise un taux de cessation annuel global qui dépasserait 10 % [13]. Compte tenu de la grande variabilité du taux de cessation d'un territoire de CSSS [10] à un autre, il faudrait que les services d'aide à la cessation soient innovateurs et adaptés aux clientèles définies précédemment, qui sont les moins susceptibles de cesser de fumer. En outre, les partenaires concernés doivent prendre les engagements suivants :

- **Financement**

  27. Réviser le cadre de financement des services de cessation tabagique en fonction de la prévalence, de la réduction des inégalités sociales de santé et de la nouvelle configuration du réseau de santé montréalais à partir du mois d'avril 2015.

- **Continuum de soins et de services**

  28. Offrir systématiquement des interventions en cessation tabagique au sein des établissements de santé et de services sociaux, et ce, à tous les points de contact du continuum de soins et de services (par ex. : à l'accueil de l'hôpital, durant le séjour, dans les services ambulatoires, lors du congé). Ce faisant, assurer le lien avec les services offerts dans la communauté.

  29. Inscrire l'offre systématique de services en cessation dans une politique d'établissement sans fumée pour en assurer la pérennité.

  30. Dans tous les établissements de santé et de services sociaux, s'assurer de l'intégration des services en cessation et de protection au continuum des services mère-enfant.

- **Ordonnance collective**

  31. Encourager plus de pharmaciens à amorcer une TRN, notamment dans les territoires à prévalence élevée et auprès de certaines clientèles, tels les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans et les personnes les plus vulnérables.

  32. Faire connaître aux jeunes adultes (de 18 à 34 ans) l'ordonnance collective qui donne accès au remboursement de la TRN.

- **Clientèles vulnérables**

  33. Recommander au gouvernement de mettre à jour la *Loi sur le tabac* pour interdire de fumer à l'intérieur des édifices et du périmètre des deux instituts en santé mentale et du Centre de réadaptation en dépendance, parallèlement à une systématisation des mesures de soutien à l'abandon.

  34. Offrir, dans les instituts en santé mentale et le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, un environnement totalement sans fumée à l'intérieur des installations et du périmètre, parallèlement à une systématisation des mesures de soutien à l'abandon adaptées aux besoins des clientèles.

7 Cigarette électronique : un encadrement nécessaire

Conception et composition

La cigarette électronique (CE), communément appelée « e-cigarette », est présentement l'inhalateur électronique le plus fréquemment utilisé. Les inhalateurs électroniques de nicotine ressemblent aux produits classiques du tabac (cigarettes, cigares, pipes ou chicha), mais peuvent aussi prendre la forme de dispositifs cylindriques ou rectangulaires plus grands [93-95]. Ils génèrent un aérosol à partir d'une solution (« juice » ou « e-liquide ») qui contient du propylène glycol auquel peuvent s'ajouter du glycérol, des aromatisants, de la nicotine et d'autres substances psychoactives. Les concentrations de nicotine et des substances toxiques présentes dans les émissions peuvent varier selon le voltage de la pile, le montage des circuits de l'atomiseur ou pulvérisateur et la décision de l'utilisateur (ou vapoteur) de placer le liquide directement sur l'atomiseur, un mode d'utilisation qu'on appelle en anglais « dipping ».

Les concentrations des composés cancérogènes et des autres substances toxiques présents dans la vapeur de la CE sont de beaucoup inférieures à celles de la fumée de cigarette [96-99]. Pour certaines marques, la concentration de certains agents cancérogènes, tels le formaldéhyde et d'autres substances toxiques comme l'acroléine, pourrait être aussi élevée que dans la fumée produite par certaines cigarettes. Les composés chimiques des e-liquides présentent une cytotoxicité potentielle liée à la concentration et au nombre d'aromatisants [100]. Une analyse de la quantité de nicotine contenue dans l'e-liquide de cinq marques populaires au Royaume-Uni a démontré une variation du contenu de nicotine considérée comme acceptable. Cependant, les auteurs de l'étude n'ont pu établir de corrélation entre le contenu de nicotine du liquide et la concentration de nicotine trouvée dans la vapeur. Ils ont donc conclu que les caractéristiques du dispositif et la façon de l'utiliser influencent le contenu de nicotine dans la vapeur [101]. La CE expose le vapoteur à moins de nicotine et de substances toxiques que la cigarette conventionnelle, mais à bien plus qu'un inhalateur pharmaceutique de nicotine [98].

En effet, contrairement à la cigarette conventionnelle, il n'y a pas de courant secondaire qui se dégage de l'extrémité de la CE ; c'est l'aérosol exhalé par le vapoteur qui augmente la concentration de particules dans l'air. La quantité de substances toxiques et de nicotine est plus faible que dans les émissions d'une cigarette conventionnelle. Les particules ultrafines sont composées de propylène glycol, de glycérol, d'eau et de nicotine et ne contiennent pas de produits de combustion comme le monoxyde de carbone et différents composés organiques [102-103]. Cette vapeur se dissipe rapidement en comparaison à la fumée secondaire et renferme moins de nicotine que la fumée secondaire. Cependant, elle ne prévient pas l'absorption éventuelle de nicotine par le vapoteur passif [104-107].

Risques et efficacité

Risques pour la santé des utilisateurs et des non-utilisateurs

Les niveaux de composés chimiques et de nicotine contenus dans la vapeur posent beaucoup moins de risques pour la santé de la majorité des vapoteurs, actifs et passifs, que les 7 000 composés chimiques, dont quelque 70 cancérogènes, en plus du monoxyde de carbone présents dans la fumée du tabac. Néanmoins, l'exposition du fœtus et de l'adolescent à la nicotine a des conséquences à long terme sur le développement du cerveau et pourrait agir comme drogue de passage à la cigarette et à d'autres drogues [108-109].

À ce chapitre, les éléments de preuve sont suffisants pour mettre en garde les enfants et les adolescents, les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer contre l'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine et, bien entendu, de tous les produits du tabac. Le risque d'exposition à la nicotine par ingestion ou par contact cutané avec le « juice » est particulièrement préoccupant chez les enfants. Le nombre d'incidents causés par l'empoisonnement à la nicotine, qui ont été déclarés aux États-Unis et au Royaume-Uni, a augmenté depuis l'arrivée des inhalateurs électroniques [93]. Quelques cas de feu et d'explosion du dispositif ont également été rapportés.

Malheureusement, les données probantes sur la possibilité d'association entre la CE et des maladies telles que le cancer et les maladies cardiovasculaires ne seront pas disponibles avant des décennies. À court terme, l'irritation des yeux et des voies respiratoires due à l'exposition au propylène glycol semble le seul risque signalé [93].

Efficacité et réduction des risques pour la santé

L'efficacité de la CE et de l'inhalateur de nicotine comme méthodes de sevrage tabagique n'a pas encore été systématiquement évaluée. Le seul essai thérapeutique randomisé, réalisé avec des fumeurs voulant cesser de fumer, a évalué l'abandon du tabac à l'aide de trois méthodes différentes : la CE contenant 16 mg de nicotine, le timbre de nicotine de 21 mg et la CE sans nicotine, durant 13 semaines. Cette étude n'a pas démontré de différence significative entre les trois méthodes de traitement. Les taux d'abandon du tabac après 6 mois, respectivement de 7,3 %, 5,8 % et 4,1 %, étaient trois fois inférieurs à ceux observés dans les essais thérapeutiques utilisant des timbres de nicotine accompagnés d'un soutien comportemental. L'étude n'a pas pu démontrer une différence entre les trois groupes. De plus, la CE renfermait et libérait moins de nicotine que ce que le fabricant affirmait. Quelque 30 % des participants ont cependant continué à utiliser la CE après l'essai, ce qui démontre l'acceptabilité du produit auprès des fumeurs [110].

Une étude populationnelle anglaise a démontré que plus de fumeurs ayant utilisé la CE de 2009-2014 ont réussi à cesser de fumer que d'utilisateurs de TRN en vente libre [111]. De plus, une étude populationnelle américaine a montré que l'utilisation quotidienne intense de la CE, durant au moins un mois, était associée à un taux d'abandon du tabac, de deux à trois ans plus tard, six fois supérieur au taux observé en l'absence d'utilisation de la CE ou avec un usage moins intense [112].

L'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine semble aider certains fumeurs à remplacer complètement les cigarettes par ces dispositifs, mais a le plus souvent pour effet de diminuer la consommation de cigarettes. Une réduction de la consommation entraîne une réduction des risques pour la santé, dont l'importance est liée à l'exposition persistante aux produits de combustion du tabac [113-115].

L'OMS estime que l'exposition des fumeurs adultes réguliers à des substances toxiques, générées par des inhalateurs électroniques de nicotine, pourrait être moins nocive pour le fumeur que la cigarette conventionnelle, dans la mesure où les inhalateurs électroniques sont bien règlementés et qu'ils sont utilisés en remplacement total des cigarettes. Selon l'OMS, « Chez certains fumeurs, pour qui le traitement a échoué, qui ne l'ont pas toléré ou qui refusent d'utiliser les produits classiques pour arrêter de fumer, l'utilisation d'inhalateurs électroniques de nicotine, correctement règlementée, pourrait contribuer à faciliter les tentatives de sevrage. » [95, 116].

Au chapitre de la réglementation, la *Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency*, du Royaume-Uni, a annoncé qu'à compter de 2016 la CE sera acceptée comme médicament et soumise aux mêmes standards de pureté et de disponibilité que les produits pharmaceutiques. La publicité qui s'y rapporte fera l'objet d'une surveillance pour éviter d'éventuels abus de marketing [93].

Pour sa part, l'Union européenne a annoncé qu'à partir de 2017 la CE sera considérée comme un produit du tabac et soumise aux mêmes règles que celles qui s'appliquent à la cigarette conventionnelle (par ex. : mises en garde sur le produit, publicité interdite, augmentation des taxes). Elle sera aussi considérée comme un médicament et prescrite par ordonnance médicale comme aide à la cessation tabagique ou de réduction des méfaits associés au tabagisme. Le cas échéant, elle sera soumise aux règles de standardisation appliquées aux médicaments.

Aux États-Unis, la *Food and Drug Administration* a proposé des règlements soumis à une consultation en 2014. Les Américains se sont donné deux ans pour établir des standards de qualité et de sécurité de la CE [117]. Par contre, aucune démarche n'a été entreprise pour que les bouteilles de liquide soient munies d'un dispositif de sécurité qui permettrait d'éviter tout contact d'un enfant avec le liquide.

Quelques données

Un marché mondial en pleine expansion

En 2014, il existe environ 466 marques d'inhalateurs électroniques et, en 2013, on évaluait à 3 milliards de dollars américains le total des sommes dépensées pour ces produits à l'échelle de la planète. D'après les données provenant principalement de l'Amérique du Nord, de l'Union européenne et de la République de Corée, leur utilisation a au moins doublé chez les adultes comme chez les adolescents entre 2008 et 2012 [95]. En 2012, 7 % des habitants de l'Union européenne âgés de 15 ans et plus avaient essayé la cigarette électronique, mais seulement 1 % vapotait régulièrement [93]. En 2013, 47 % des fumeurs et des anciens fumeurs des États-Unis avaient essayé la CE, mais la prévalence du vapotage régulier était de 4 % dans ce groupe [118]. La diminution de la consommation de tabac, l'abandon du tabac et la possibilité de vapoter librement dans les espaces réservés aux non-fumeurs constituent les principales raisons invoquées pour l'utilisation de ces produits [95].

Canada

Une enquête transversale réalisée en 2012, à partir d'un panel en ligne, a révélé que 16,1 % des jeunes âgés de 16 à 30 ans (5,2 % des non-fumeurs et 34,5 % des fumeurs) avaient fait l'essai de la CE. Les fumeurs étaient 15 fois plus susceptibles que les anciens fumeurs d'être des consommateurs de la CE au moment de l'enquête. Les principales raisons invoquées par les fumeurs pour en avoir fait

l'essai étaient les suivantes : les aider à cesser de fumer (80,4 %), remplacer la cigarette à long terme (77,8 %) et avoir la possibilité de l'utiliser dans les espaces où il est interdit de fumer (80,9 %) [119].

Québec

En 2013, environ 28 % des élèves du secondaire ont déjà essayé la cigarette électronique au cours de leur vie, 4 % des élèves l'ont utilisée au cours des 30 derniers jours et environ 20 % des élèves n'ayant jamais fumé la cigarette ont essayé la cigarette électronique. À Montréal, en 5e secondaire, 31,9 % ont déjà essayé la cigarette électronique au cours de leur vie, 4,3 % l'ont utilisée au cours des 30 derniers jours [119a].

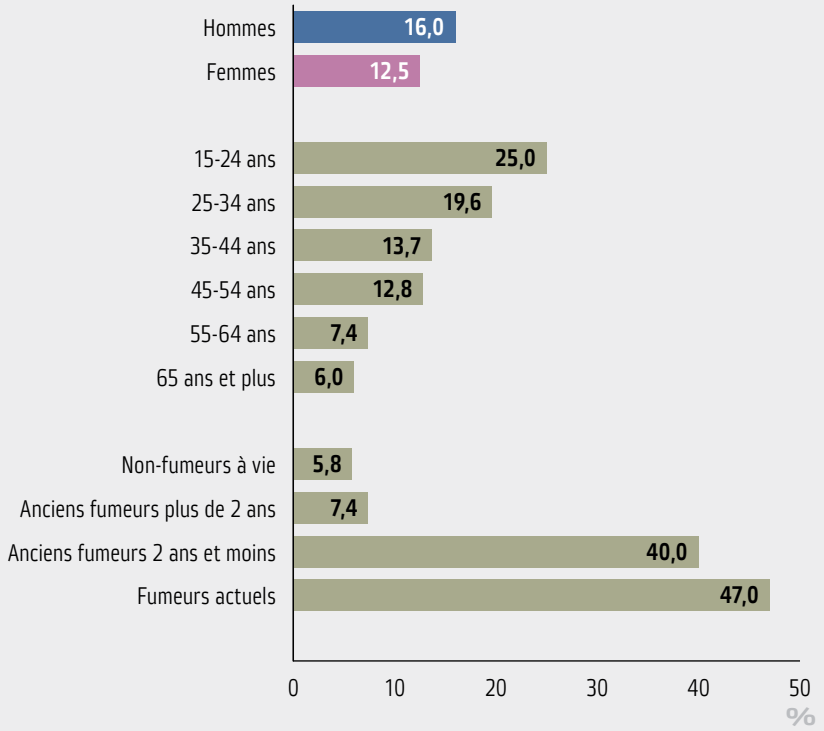
Montréal

La DSP a mené un sondage téléphonique auprès de 2 501 personnes âgées de 15 ans et plus au cours du mois d'août 2014. Il révèle que la CE est connue par près de 90 % des répondants. Pour un grand nombre d'entre eux, l'utilisation de la CE est motivée par le désir de réduire leur consommation de tabac ou, encore, la volonté de cesser de fumer, deux motivations favorables à l'amélioration de leur santé [120]. La figure 11 présente les caractéristiques des répondants qui ont déjà utilisé la CE.

Un peu moins de 15 % des répondants au sondage avaient déjà utilisé la CE, environ 5 % l'avaient utilisée au cours des 30 derniers jours, et un peu moins de 2 % en faisaient un usage quotidien. Ces proportions sont significativement

Figure 11

Proportion (%) des répondants qui ont déjà utilisé la CE selon certaines caractéristiques individuelles



Source : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Enquête sur la cigarette électronique à Montréal 2014.

plus élevées parmi les fumeurs actuels. Ainsi, 47 % l'avaient utilisée au moins une fois, 20,3 % au cours des 30 derniers jours et 7,9 % l'utilisent tous les jours. L'utilisation de la CE apparaît donc comme un comportement associé surtout au tabagisme. Parmi les utilisateurs récents, plus des deux tiers (69,6 %) avaient aussi consommé la cigarette conventionnelle [120].

Parmi les non-fumeurs à vie qui ont déjà utilisé la cigarette électronique, 6 % l'ont utilisée au moins une fois, 1 % au cours des 30 derniers jours et 0 % l'utilise tous les jours.

Ce sondage récent sur la cigarette électronique ne permet pas de décrire l'évolution de son utilisation, mais il montre que son usage quotidien est encore peu répandu.

Des initiatives porteuses

Le directeur national de santé publique du Québec invite les usagers de la CE à ne pas consommer dans les lieux visés par la *Loi sur le tabac*, et les exploitants de ces lieux à ne pas en tolérer l'usage dans leur établissement. Dans ce contexte, de plus en plus d'acteurs montréalais prennent des initiatives pour encadrer l'usage de la CE dans les lieux où l'usage du tabac est interdit et pour informer que la cigarette électronique peut provoquer un incendie.

Des établissements du réseau de la santé et de l'éducation interdisent la CE

Dans la dernière année, plusieurs établissements ont soumis l'usage de la cigarette électronique à leur politique relative à l'usage du tabac ou ont émis des notes de service qui vont dans ce sens. À titre d'exemple, l'Agence de Montréal, les CSSS Cavendish, d'Ahuntsic et Montréal-Nord, de la Pointe-de-l'Île, le CHUM, l'Institut de Cardiologie de Montréal, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire et l'Université de Montréal ont pris position et interdisent l'usage de la CE dans leurs établissements.

La DSP et le Service de sécurité incendie de Montréal appellent à la vigilance

La DSP de Montréal a été informée, en novembre 2014, d'un incident impliquant une cigarette électronique survenu au domicile d'une personne sous oxygénothérapie. Les résultats de l'enquête démontrent que l'utilisation de la CE chez les personnes recevant de l'oxygénothérapie peut être associée à un risque d'incendie et d'explosion. Il s'agit du premier cas de ce genre rapporté au Canada. [121-122].

La DSP a informé les médecins de la région de Montréal que la cigarette électronique peut produire une étincelle pendant son utilisation ou son chargement et provoquer un incendie. Elle recommande trois mesures de sécurité concernant la manipulation et l'utilisation d'un appareil d'oxygénothérapie à domicile ou de déambulation :

1) ne pas utiliser la cigarette électronique en même temps que l'oxygène ;
2) ne pas approcher à moins de trois mètres d'une personne utilisant une cigarette électronique ;
3) ne pas recharger une cigarette électronique à une distance de moins de trois mètres de l'appareil [123].

La DSP a tenu un point de presse avec le Service de sécurité incendie de Montréal.

Des municipalités prennent position

En septembre dernier, le conseil de ville de Montréal a demandé au gouvernement du Québec d'inclure la cigarette électronique dans la *Loi sur le tabac*. Elle a aussi invité Santé Canada à statuer sur les conditions selon lesquelles les cigarettes électroniques pourraient être utilisées. La Ville de Côte-Saint-Luc a également adopté une résolution pour demander à l'Assemblée nationale d'interdire l'usage de la cigarette électronique dans les espaces publics.

Impact de la CE sur les mesures en vigueur de lutte contre le tabac

Bien que non homologuée par Santé Canada, la CE avec nicotine est disponible sur le marché. À l'heure actuelle, il existe un risque que la cigarette électronique contribue à redéfinir la norme actuelle selon laquelle le tabagisme nuit à la santé en incitant les non-fumeurs, en particulier les jeunes, à consommer de la nicotine avec la CE pour passer ensuite à la cigarette conventionnelle. Il est également possible que l'utilisation d'arômes attire les jeunes. D'après une récente étude, les inhalateurs électroniques de nicotine sont commercialisés en 7 764 arômes uniques [124-125].

Le nombre d'adolescents qui essaient la CE augmente rapidement, mais la plupart sont déjà des fumeurs. Le double usage, qui s'accompagne d'une diminution du nombre de cigarettes fumées, constitue le mode d'utilisation le plus fréquent chez les adultes. De plus, moins de 1 % de la population n'ayant jamais fumé commence à utiliser la CE [126-131]. Au Royaume-Uni, où l'usage de la CE est de plus en plus courant, la prévalence du tabagisme continue de diminuer sans qu'on ait constaté d'effet de redéfinition de la norme actuelle [132]. Par contre, en Pologne, deux études transversales réalisées auprès des jeunes âgés de 15 à 19 ans indiquent ce qui suit : l'usage actuel de la CE est passé de 6 % en 2010-2011 à 30 % en 2013-2014 ; le double usage a augmenté de 4 % à 22 % ; et l'utilisation de la cigarette conventionnelle de 24 % à 38 % [133].

Les promoteurs de la cigarette électronique allèguent que la CE est relativement sans danger et qu'on peut vapoter dans les endroits où il est interdit de fumer. Ce message est susceptible de dissuader certains fumeurs de tenter de cesser de fumer et d'avoir recours aux méthodes efficaces de cessation. Les politiques antitabac sont destinées à protéger les non-fumeurs contre le tabagisme passif, à inciter les fumeurs à arrêter de fumer et à soutenir la norme sociale actuelle selon laquelle le tabagisme nuit à la santé. La possibilité d'utiliser la CE dans les endroits où la cigarette conventionnelle est interdite rend ces politiques difficiles à appliquer et diminue leur impact.

Cependant, la cigarette électronique peut avoir un effet positif sur des fumeurs qui tenteront de cesser de fumer et qui réussiront à le faire. La réduction des risques pour la santé des vapoteurs qui font un double usage en fumant encore des cigarettes a un potentiel de réduction des risques réel, mais difficile à évaluer selon les connaissances actuelles.

Dans sa récente prise de position, l'OMS statue que pour élaborer une stratégie de réglementation des inhalateurs électroniques de nicotine, les pouvoirs publics doivent viser les objectifs généraux suivants :

- empêcher la promotion des inhalateurs électroniques de nicotine auprès des non-fumeurs, des femmes enceintes et des jeunes, et éviter qu'ils n'utilisent ces produits ;

- réduire au maximum les risques potentiels que présentent les inhalateurs électroniques de nicotine pour les utilisateurs et les non-utilisateurs ;
- interdire les allégations sanitaires infondées au sujet des inhalateurs électroniques de nicotine ;
- veiller à ce que les mesures de lutte contre le tabac en vigueur ne soient pas contrées par les intérêts commerciaux de l'industrie du tabac.

L'OMS recommande aussi que les inhalateurs électroniques de nicotine soient réglementés de façon à :

- réduire au maximum les concentrations et les émissions de substances toxiques ;
- utiliser une nicotine de qualité pharmacologique, lorsque l'utilisation de nicotine est prévue ;
- standardiser la diffusion de nicotine à des concentrations connues des consommateurs ;
- réduire au maximum les effets toxiques aigus de la nicotine ;
- empêcher que le produit ne puisse être modifié pour être utilisé avec d'autres drogues [93].

Des engagements à partager pour encadrer la CE

Bien qu'aucune mise en marché de la cigarette électronique n'ait été autorisée au Canada, la CE est disponible sur le marché, même celle qui contient de la nicotine. Il y a à peine un an, le nombre de boutiques spécialisées dans la vente de cigarettes électroniques était très limité à Montréal, mais leur nombre ne cesse d'augmenter et le produit ne cesse de se diversifier. La visibilité de ces boutiques est de plus en plus grande, de même que la promotion de la CE et de la chicha électronique comme solutions de remplacement au tabac. Ces deux produits sont de plus en plus utilisés dans les lieux où l'usage du tabac est interdit, tels les restaurants, les bars ou les transports en commun.

Pour encadrer l'usage du nouveau produit qu'est la cigarette électronique, l'ensemble des partenaires concernés sont invités à s'associer aux engagements suivants :

35. Que des normes soient établies par Santé Canada sur les concentrations maximales de nicotine et de produits toxiques, dont les nitrosamines pouvant être contenues dans la CE, afin d'augmenter la qualité des produits et de minimiser les risques associés.

36. Que la CE soit mise en marché au Canada comme un produit du tabac.

37. Recommander au gouvernement de mettre à jour la *Loi sur le tabac* pour y inclure la cigarette électronique dans les six prochains mois en y précisant les dispositions suivantes : interdiction de vendre aux mineurs ; interdiction de toute publicité, promotion et commandite, y compris la publicité présentée comme aide à la cessation ou à la réduction des méfaits, et interdiction de toutes les saveurs. Recommander que l'utilisation soit permise dans certains lieux qui font déjà l'objet d'exceptions dans la *Loi sur le tabac*, tels les CHSLD, les instituts en santé mentale et le Centre de réadaptation en dépendance.

38. Que la CE soit mise à la disposition des fumeurs incapables de cesser de fumer, sous supervision thérapeutique en attendant que sa mise en marché soit autorisée au Canada.

39. Que la CE ne soit autorisée comme aide pharmacologique qu'après une évaluation de son efficacité à l'égard de l'abandon du tabac ou de la réduction des méfaits.

40. Que les acteurs montréalais, tels les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les commissions scolaires, les établissements d'enseignement postsecondaire, les municipalités, la Ville de Montréal, la Société de transport, la Chambre de commerce, et les associations d'hôtellerie, de restaurateurs et de propriétaires de bars incluent rapidement la cigarette électronique dans leur politique concernant l'usage du tabac.

8 Surveillance et évaluation : suivi de la consommation et des politiques

L'Organisation mondiale de la santé considère que la surveillance de la consommation de tabac et des politiques est l'un des six éléments clés pour inverser le cours de l'épidémie de tabagisme [47]. La surveillance renseigne les responsables sur l'ampleur du problème dans leurs établissements, territoires, villes et municipalités, tout en les aidant à affecter les ressources pertinentes là où elles font le plus défaut et seront les plus efficaces. La surveillance permet aussi de déterminer si les politiques et les projets donnent des résultats et comment les adapter aux besoins des différents groupes et territoires.

La DSP de Montréal a investi beaucoup d'efforts [134-136] pour surveiller aux niveaux régional [134] et local [135] la consommation de tabac, tant chez les adultes que chez les jeunes [27], l'utilisation des services d'aide à la cessation et l'exposition à la FTE. Les données récentes [10] ont permis de dresser un portrait plus précis des inégalités sociales de santé associées au tabagisme.

De plus, la DSP a tracé des portraits des politiques et des pratiques en vigueur dans les établissements de santé au regard des mesures de contrôle de la FTE et des services d'aide à l'abandon du tabagisme, notamment auprès des établissements et des services en santé mentale, en dépendance et en périnatalité (femmes enceintes et conjoints). Elle a également effectué une recension des points de vente de tabac à proximité des écoles montréalaises [44]. Quant au récent sondage sur la cigarette électronique, il complète les données déjà recueillies [120].

La DSP a conçu et mis à la disposition de tous les CSSS un tableau de bord qui leur permet de suivre les activités réalisées dans les territoires en matière de lutte contre le tabac. Elle en assurera la mise à jour périodique pour soutenir les gestionnaires et les partenaires et partager une vision commune des enjeux. Le soutien de la DSP aux différents projets des établissements se traduit également par la production et le transfert de connaissances en collaboration avec les partenaires.

La DSP s'engage à :

41. Poursuivre les activités de surveillance et d'évaluation liées à tous les axes de lutte contre le tabac, à savoir : la prévention, la protection, la cessation, la CE et les politiques, dans le souci de bien documenter les retombées des interventions sur les différents groupes et territoires ainsi que sur la réduction des ISS.

9 Un réseau d'acteurs et des engagements partagés

Comme l'illustre le présent rapport, plusieurs initiatives et projets ont vu le jour depuis 2013 grâce à une étroite collaboration des partenaires régionaux et locaux. L'effort collectif a permis de concrétiser plusieurs activités prévues dans le plan montréalais de lutte contre le tabagisme de 2012-2015.

L'élaboration de ce rapport a nécessité une démarche de consultation et de mobilisation au cours de l'automne 2014. Des rencontres ont eu lieu avec l'ensemble des partenaires identifiés dans le tableau ci-dessous afin de discuter des engagements qui les concernent. Tous les groupes rencontrés ont exprimé leur adhésion à ces engagements. Simultanément, une version préliminaire du rapport a été acheminée à plus de 150 personnes de différents milieux : réseau de la santé et des services sociaux, milieu de l'éducation, milieu municipal, milieu carcéral et partenaires associés à la lutte au tabac. Cette consultation a permis d'enrichir le contenu du rapport.

Les avancées de la dernière année montrent qu'il est encore possible d'innover sur ce terrain. En outre, elles soulignent l'importance d'unir les forces complémentaires de chacun des partenaires afin d'aller plus loin. La mobilisation du réseau Montréal sans tabac doit absolument se poursuivre ; il en va de la santé et du bien-être de tous les Montréalais. Elle est essentielle à la réduction des inégalités sociales de santé et de la prévalence du tabagisme.

Tous les partenaires doivent conjuguer leurs efforts pour dynamiser le réseau Montréal sans tabac afin que les engagements soient honorés et que Montréal se positionne parmi les grandes villes canadiennes qui se distinguent par leur dynamisme et leur exemplarité.

Tableau 2

Sommaire des engagements du réseau de partenaires de Montréal sans tabac

No	Catégories	Engagements	Responsables
Mise en place de conditions structurantes pour lutter contre le tabac dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé (ISS)			
1	Vision	Reconnaître que le tabagisme est l'un des facteurs d'aggravation des ISS.	Tous
2	Vision	Recentrer les efforts de lutte contre le tabac auprès des groupes les plus vulnérables.	Tous
3	Financement	Consolider et protéger le financement actuel et les ressources vouées à la lutte contre le tabac.	Direction de santé publique (DSP) ; ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
4	Financement	Réserver une partie du budget destiné à la lutte contre le tabac aux actions ciblant les groupes les plus vulnérables.	DSP

No	Catégories	Engagements	Responsables
Prévention			
	Produits du tabac	Recommander au gouvernement de mettre à jour la *Loi sur le tabac* pour :	
5	Aromatisation	• Interdire la mise en marché de produits aromatisés, y compris le menthol, pour l'ensemble des produits du tabac, comprenant ceux fumés à l'aide d'une pipe à eau, comme la chicha et la cigarette électronique.	DSP
6	Emballage	• Imposer un emballage neutre pour tous les produits du tabac vendus au Québec.	DSP
7	Chicha	• Interdire les salons de chicha et retirer les permis aux salons exemptés par la loi.	DSP
8	Nouveaux produits	• Imposer un moratoire sur la vente de nouveaux produits du tabac et ceux qui s'y apparentent, afin de contrer le développement de nouveaux produits.	DSP
9	Montant minimum	• Augmenter à au moins 20 $ le montant minimum payé par un consommateur pour l'achat d'un ou de plusieurs produits du tabac autres que des cigarettes.	DSP
10	Prix	Recommander au gouvernement d'augmenter progressivement la taxe sur les produits du tabac de façon à rejoindre la moyenne canadienne tout en tenant compte du prix des cigarettes dans les provinces et États limitrophes.	DSP
11	Points de vente	Recommander au ministère de la Santé et des Services sociaux de mettre en place un système efficace de surveillance et de gestion des points de vente basé sur des données fiables et permettant d'en suivre l'évolution.	DSP
12	Jeunes âgés de 11 à 24 ans	Poursuivre les efforts de lutte contre le décrochage scolaire visant la persévérance et la réussite scolaires.	Commissions scolaires (CS) ; Établissements de santé et de services sociaux
13	Jeunes âgés de 11 à 24 ans	Intégrer la lutte contre le tabagisme au programme de prévention des toxicomanies en milieu scolaire.	Commissions scolaires (CS) ; Établissements de santé et de services sociaux
14	Jeunes âgés de 11 à 24 ans	Inciter les établissements qui offrent un cheminement scolaire particulier à revoir leurs pratiques à l'égard du tabac, notamment l'application des mesures législatives concernant les terrains d'écoles sans fumée.	CS
15	Jeunes âgés de 11 à 24 ans	Augmenter le nombre de projets communautaires qui mobilisent les partenaires et les incitent à agir ensemble sur les leviers qui ont un impact sur la prévalence du tabagisme chez les jeunes, en particulier dans les territoires où la prévalence est élevée.	Établissements de santé et de services sociaux ; CS
16	Jeunes âgés de 11 à 24 ans	Soutenir les démarches d'engagement social pour et par des jeunes en matière de lutte contre le tabagisme (par ex. : Opération Fais-toi entendre!, Programme La gang allumée) en collaboration avec les acteurs locaux et les partenaires, en particulier dans les territoires où la prévalence est élevée, les écoles de milieux défavorisés et les milieux offrant des cheminements particuliers.	Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS) ; DSP ; CS
Protection			
17	Automobile	Recommander au gouvernement de mettre à jour la *Loi sur le tabac* pour interdire de fumer dans l'automobile en présence d'enfants de moins de 16 ans.	DSP
18	Enfants et jeunes vulnérables	Recommander au gouvernement de mettre à jour la *Loi sur le tabac* pour interdire de fumer à l'intérieur des édifices et du périmètre des centres jeunesse, parallèlement à une systématisation des mesures de soutien à l'abandon.	DSP
19	Enfants et jeunes vulnérables	Offrir dans les deux centres jeunesse de Montréal un environnement totalement sans fumée à l'intérieur des édifices et du périmètre des installations, parallèlement à une systématisation des mesures de soutien à l'abandon adaptées aux besoins des jeunes.	Centres jeunesse

No	Catégories	Engagements	Responsables
		Recommander au gouvernement de mettre à jour la *Loi sur le tabac* pour :	
20	Établissements de santé et de service sociaux	• Interdire de fumer à l'intérieur des édifices et du périmètre des établissements de santé et de services sociaux, parallèlement à une systématisation des mesures de soutien à l'abandon.	DSP
21	Établissements de santé et de service sociaux	• Élaborer et mettre en œuvre, dans tous les établissements de santé et de services sociaux, une politique intégrée et globale sur le tabagisme afin qu'ils deviennent des environnements totalement sans fumée, à l'intérieur des édifices et du périmètre des établissements. Cette politique est accompagnée de mesures pour systématiser l'identification des patients fumeurs et des mesures de soutien à l'abandon. Ceci peut être modulé selon les besoins des personnes hébergées dans les milieux de vie.	Tous les établissements de santé et de services sociaux
22	Jeunes âgés de 15 à 24 ans	Offrir dans tous les établissements d'enseignement postsecondaire de Montréal (centres de formation professionnelle, cégeps, collèges et universités) un environnement sans fumée (y compris dans les résidences pour étudiants) et des services systématiques de cessation adaptés à la réalité des jeunes âgés de 15 à 24 ans.	Établissements d'enseignement postsecondaire
23	Terrasses et patios	Recommander au gouvernement de mettre à jour la *Loi sur le tabac* pour interdire de fumer sur l'ensemble des terrasses et patios des bars et des restaurants.	DSP
24	Terrasses et patios	Encourager les municipalités à adopter un règlement qui encadre l'usage du tabac sur l'ensemble des terrasses et patios des bars et des restaurants.	DSP ; Municipalités
25	Terrains de jeux pour enfants, piscines, plages et lieux publics non couverts par la loi	Encourager les municipalités à adopter un règlement qui encadre l'usage du tabac dans les lieux non couverts par la loi, tels les terrains de jeux pour enfants dans les parcs, les piscines et les pataugeoires, les plages et les lieux extérieurs pendant que s'y déroulent des activités sportives ou des évènements spéciaux.	DSP ; Municipalités
26	Domicile	S'assurer, dans les territoires à prévalence élevée, que l'intervention sur les méfaits causés par l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) et les outils pour contrer les méfaits de la FTE au domicile soient intégrés aux services de cessation et à ceux offerts au continuum des services mère-enfant.	Établissements de santé et de services sociaux
Cessation			
27	Financement	Réviser le cadre de financement des services de cessation tabagique en fonction de la prévalence, de la réduction des inégalités sociales de santé et de la nouvelle configuration du réseau de santé montréalais à partir du mois d'avril 2015.	DSP
28	Continuum de soins et services	Offrir systématiquement des interventions en cessation tabagique au sein des établissements de santé et de services sociaux, et ce, à tous les points de contact du continuum de soins et de services (par ex. : à l'accueil de l'hôpital, durant le séjour, dans les services ambulatoires, lors du congé). Ce faisant, assurer le lien avec les services offerts dans la communauté.	Établissements de santé et de services sociaux ; Société canadienne du cancer ; pharmacies
29	Continuum de soins et services	Inscrire l'offre systématique de services en cessation dans une politique d'établissement sans fumée pour en assurer la pérennité.	Établissements de santé et de services sociaux
30	Continuum de soins et services	S'assurer, dans tous les établissements de santé et de services sociaux, de l'intégration des services en cessation et de protection au continuum des services mère-enfant.	Établissements de santé et de services sociaux - Périnatalité
31	Ordonnance collective	Encourager plus de pharmaciens à amorcer une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), notamment dans les territoires à prévalence élevée et auprès de certaines clientèles, tels les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans et les personnes les plus vulnérables.	Pharmacies
32	Ordonnance collective	Faire connaître aux jeunes adultes (18-34 ans) l'ordonnance collective qui donne accès au remboursement de la TRN.	Pharmacies

No	Catégories	Engagements	Responsables
33	Clientèles vulnérables	Recommander au gouvernement de mettre à jour la *Loi sur le tabac* pour interdire de fumer à l'intérieur des édifices et du périmètre des deux instituts en santé mentale et du Centre de réadaptation en dépendance, parallèlement à une systématisation des mesures de soutien à l'abandon.	DSP
34	Clientèles vulnérables	Offrir, dans les deux instituts en santé mentale et le Centre de réadaptation en dépendance, un environnement totalement sans fumée à l'intérieur et du périmètre des installations, parallèlement à une systématisation des mesures de soutien à l'abandon adaptées aux besoins des clientèles.	Instituts en santé mentale ; Centre de réadaptation en dépendance de Montréal
Cigarette électronique (CE)			
		Recommander à Santé Canada :	
35	Cigarette électronique	• Que des normes sur les concentrations maximales de nicotine et de produits toxiques, dont les nitrosamines pouvant être contenues dans la CE, soient établies afin d'augmenter la qualité des produits et de minimiser les risques associés.	DSP
36	Cigarette électronique	• Que la CE soit mise en marché au Canada comme un produit du tabac.	DSP
37	Cigarette électronique	Recommander au gouvernement du Québec de mettre à jour la *Loi sur le tabac* pour y inclure la cigarette électronique dans les six prochains mois en y précisant les dispositions suivantes : interdiction de vendre aux mineurs ; interdiction de toute publicité, promotion et commandite, y compris la publicité présentée comme aide à la cessation ou à la réduction des méfaits, et interdiction de toutes les saveurs. Recommander que l'utilisation soit permise dans certains lieux qui font déjà l'objet d'exceptions dans la *Loi sur le tabac*, tels les CHSLD, les instituts en santé mentale et le Centre de réadaptation en dépendance.	DSP
38	Cigarette électronique	Que la CE soit mise à la disposition des fumeurs incapables de cesser de fumer, sous supervision thérapeutique en attendant que sa mise en marché soit autorisée au Canada.	DSP Professionnels de la santé
39	Cigarette électronique	Que la CE ne soit autorisée comme aide pharmacologique qu'après une évaluation de son efficacité à l'égard de l'abandon du tabac ou de la réduction des méfaits.	Professionnels de la santé
40	Cigarette électronique	Encourager les acteurs mentionnés ci-contre à inclure rapidement la cigarette électronique dans leur politique concernant l'usage du tabac.	Commissions scolaires ; Établissements d'enseignement postsecondaire ; Municipalités ; Ville de Montréal ; Établissements de santé et de services sociaux ; Société de transport ; Chambre de commerce ; Associations d'hôtellerie, de restaurateurs et de propriétaires de bars
Surveillance et évaluation			
41	Surveillance et évaluation	Poursuivre les activités de surveillance et d'évaluation liées à tous les axes de lutte contre le tabac, à savoir : la prévention, la protection, la cessation, la CE et les politiques, dans le souci de bien documenter les retombées des interventions sur les différents groupes et territoires, ainsi que sur la réduction des ISS.	DSP

Références

[1] Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). (2013). Composante annuelle : Guide de l'utilisateur - Fichiers de microdonnées 2011-2012. Ottawa, Ontario : Statistique Canada.

[2] Gouvernement du Québec. (2014). Loi sur le tabac (L.R.Q, ch. T-0.01). Québec.

[3] OMS (Organisation mondiale de la santé). (2004). *Tabac et pauvreté : un cercle vicieux. Les pauvres et la consommation de tabac*.

[4] U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General.* Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. http://www.surgeongeneral.gov.

[5] Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519-2.

[6] OMS. Tabagisme. Aide-mémoire n° 339. Juillet 2013. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/. Page consultée le 1er août 2013.

[7] Baliunas D, Patra J, Rehm J, Popova S, Kaiserman M, Taylor B. Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002 : Conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques. Maladies chroniques au Canada. Calcul fait à partir fichier des décès du Québec, DSP Montréal. 2007;27:168-176.

[8] Rehm, J. et al. (2006). Les coûts de l'abus des substances au Canada 2002. Ottawa, Ontario, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

[9] Ouellet, P., Crémieux, P. Y., Petit, P. et Carter, V. (2005). Étude d'impact des modifications porposées à la Loi sur le tabac : préparé pour le compte du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 21 mars 2005. http://publications.mss.gouv.qc.ca/acrobat/F/documentation/2005/Rap-Tabac-22-03-2005.pdf

[10] Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2012). Enquête TOPO 2012 sur les maladies chroniques et leurs déterminants.

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

[12] Le Blanc et *al.* (2012). Rapport de santé publique 2011 : Les inégalités sociales de santé à Montréal : Le chemin parcouru.

[13] Tessier, S., Drouin, M., et Simoneau, M.-E. (2013). *Montréal sans tabac – Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015*. Montréal, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (ISBN : 978-2-89673-249-4).

[14] OMS. (2014). Tobacco and inequities: Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm.

[15] OMS. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), cahier de directive, article 11, 46e directive. Genève, 2003.

[16] Commission de la santé et des services sociaux. (2013). Consultations particulières et auditions publiques sur le mandat conféré par l'article 77 de la Loi sur le tabac concernant l'examen du rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010- Observations, conclusions et recommandations. Rapport de la Commission de la santé et des services sociaux. Publié par la Direction des travaux parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec.

[17] Gervais, A., Jacques, M. et Tessier, S. (2013). *Mise en œuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 : observations et recommandations pour la mise à jour de la Loi.* Mémoire du directeur de santé publique. Montréal, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (ISBN 978-2-89673-306-4).

[18] Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (À paraître). Portrait régional du tabagisme – Montréal.

[19] Beaulieu et *al.* (2013). L'utilisation des services de santé par les Montréalais atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : Années 2001-2002 à 2009-2010.

[20] Wilkins, R., Tjepkema, M., Mustard, C. et Choinière, R. (2008). Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001 inclusivement. Rapports sur la santé. 19(3), 23 p.

[21] Tjepkema, M., Wilkins, R. et Long, A. (2013). Mortalité par cause selon la suffisance du revenu au Canada : une étude de suivi sur 16 ans. Rapport sur la santé. 24(7), 12-21.

[22] Lasnier B, Leclerc BS, Hamel D. Les inégalités sociales de santé en matière de tabagisme et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec. Institut national de santé publique du Québec. Montréal, 2012.

[23] Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2224–60. www.thelancet.com.

[24] DSP (Direction de santé publique). (1998). *Les inégalités sociales de la santé. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

[25] The Marmot Review. (2010). Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010.

[26] MSSS. (2010). Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

[27] Ibrahima, M. (2014). *L'usage de la cigarette chez les jeunes du secondaire à Montréal*. Montréal, Québec : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-desmontrealais/axes-dintervention/jeunes/.

[28] Lasnier B. (2013). Enquête sur le tabagisme chez les jeunes. Prévalence de l'usage de cigarettes et de cigares ou cigarillos chez les élèves québécois : 2010-2011. Institut national de santé publique du Québec.

[29] Laprise, P., Tremblay, L. M. et Cazale, L. (2012). « Usage de la cigarette », in Pica et al., L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011-Tome 1. Le visage des jeunes aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie, Chapitre 6, pp. 149-168.

[30] Reid JL, Hammond D, Burkhalter R, Rynard VL, Ahmed R. Tobacco use in Canada: Patterns and trends. (2013). Edition. Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.

[31] Manske SR, Rynard VL, Minaker LM. (2014). Usage de produits du tabac aromatisés chez les élèves canadiens : Données de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (2012-2013), Université de Waterloo, Propel Centre pour l'avancement de la santé des populations, septembre, 2014. ectade.ca/rapports.

[32] Dugas E, Tremblay M, Low NCP, Cournoyer D, O'Loughlin J. Water-pipe smoking among North American youths. Pediatrics 2010; 125:1184-1119.

[33] Neergaard J, Singh P, Job J, Montgomery S. Waterpipe smoking and nicotine exposure: A review of the current evidence. Nicotine & Tobacco Research 2007; 9:987–994.

[34] Wakefield MA, Hayes L, Durkin S, Borland R. Introduction effects of the Australian plain packaging policy on adult smokers: A cross-sectional study. British Medical Journal Open 2013; 3:e003175. doi:10.1136/bmjopen-2013-003175.

[35] Chaiton MO, Tilson ML, Cohen JE, Mecredy GC. Tobacco Retail Outlets and Vulnerable Populations in Ontario, Canada. International Journal of Environmental Research and Public Health 2013; 10(12):7299-7309.

[36] Adams ML, Jason LA, Pokorny S, Hunt Y. Exploration of the link between tobacco retailers in school neighborhoods and student smoking. J Sch Health 2013; 83(2):112-118.

[37] Chan WC, Leatherdale ST. Tobacco retailer density surrounding schools and youth smoking behaviour: a multi-level analysis. Tob Induc Dis 2011; 9(1):9.

[38] McCarthy WJ, Mistry R, Lu Y, Patel M, Zheng H, Dietsch B. Density of tobacco retailers near schools: effects on tobacco use among students. Am J Public Health 2009; 99(11):2006-2013.

[39] Pokorny SB, Jason LA, Schoeny ME. The relation of retail tobacco availability to initiation and continued smoking. J Clin Child Adolesc Psychol 2003; 32(2):193-204.

[40] Frick M, Castro MC. Tobacco retail clustering around schools in New York City: examining "place" and "space". Health Place 2013; 19:15-24.

[41] Henriksen L, Feighery EC, Schleicher NC, Cowling DW, Kline RS, Fortmann SP. Is adolescent smoking related to the density and proximity of tobacco outlets and retail cigarette advertising near schools? Prev Med 2008; 47(2):210-214.

[42] Lipperman-Kreda S, Grube JW, Friend KB. Contextual and community factors associated with youth access to cigarettes through commercial sources. Tob Control 2014; 23(1):39-44.

[43] Scully M, McCarthy M, Zacher M, Warne C, Wakefield M, White V. Density of tobacco retail outlets near schools and smoking behaviour among secondary school students. Aust N Z J Public Health 2013; 37(6):574-578.

[44] Gould, A., Lalonde, M. et Hubert, F. (2014). La densité des points de vente des produits du tabac autour des écoles secondaires et la défavorisation scolaire sur l'île de Montréal. Affiche présentée aux Journées annuelles de santé publique du Québec. Québec.

[45] Chapman S, Freeman B. Regulating the tobacco retail environment: beyond reducing sales to minors. Tob Control 2009; 18(6):496-501.

[46] Gouvernement du Québec. (2008). Règlement d'application de la Loi sur le tabac. L.R.Q. chapitre T-0.01, a. 19, 25 et 29.1. Québec. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/download.php?f=01d894825bce63a37c1e101527e3dfa6).

[47] OMS. MPOWER. (2008). Un programme de politiques pour inverser le cours de l'épidémie de tabagisme. Organisation mondiale de la santé. Genève.

[48] Association pour les droits des non-fumeurs. Prix des cigarettes au Canada http://www.nsra-adnf.ca/adnf/file/files/140605_carte_et_tableau.pdf.page consultée le 19 novembre 2014.

[49] Gouvernement du Québec. (2014). Budget 2014-2015 : Plan budgétaire.

[50] Commission des finances publiques. (2012). Étude des mesures pour contrer la consommation du tabac de contrebande. Observations, conclusions et recommandations. Rapport de la Commission des finances publiques. Publié par la Direction des travaux parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec.

[51] U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease : A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. http://www.surgeongeneral.gov/library (accès le plus récent 1er août 2012).

[52] National Toxicology Program. (2002). *Report on Carcinogens, Tenth Edition.* Research Triangle Park, NC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program.

[53] Schick, S., Glantz, S. (2005). *Philip Morris toxicological experiments with fresh sidestream smoke: More toxic than mainstream smoke.* Tobacco Control, 14, 396-404.

[54] CIRC. (2004). *Le CIRC classe le tabagisme passif dans le groupe des cancérogènes pour l'homme.* Lyon, France : Centre international de recherche sur le cancer.

[55] Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2011). Plan régional de santé publique 2010-2015 – Garder notre monde en santé.

[56] Lambert, G., Haley, N., Jean, S., Tremblay, C., Frappier, J.-Y., Otis, J.et Roy., É. (2012). *Sexe, drogue et autres questions de santé. Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*. Montréal, Canada : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec.

[57] Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. (2014). Le CJM-IU devient un établissement sans fumée. www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/infolettre/juin2014/juin2014_actualité10.html.

[58] Institut Philippe-Pinel de Montréal. (2006). Hôpital sans fumée: un projet visionnaire. Montréal. http://www.pinel.qc.ca/contentt.aspx?navid=72&CultureCode=fr-CA.

[59] Kennedy, R.D. et al. (2010). Understanding the impact of the Smoke-Free Ontario Act on hospitality establishments'outdoor environments: a survey of restaurants and bars. Tobacco Control. 19:165-167.

[60] Association pour les droits des non-fumeurs. Fichier des lois sans fumée. www.nsra.adnf.ca/cms/smoke-free-laws-datase.html. Page consultée le 10 novembre 2014.

[61] Harris, P. (2013). Starbucks bans smoking within 25 feet of stores un US and Canada. The Guardian.

[62] Ville de Côte-Saint-Luc. (2012). Règlement 2374 régissant l'usage du Tabac dans la ville de Côte-Saint-Luc.

[63] Gouvernement du Québec. (2013). Le ministre de la Sécurité publique annonce une interdiction complète de fumer dans les établissements de détention au Québec. Communiqué de presse.

[64] Rees VW, Connolly GN. Measuring air quality to protect children from second-hand smoke in cars. American Journal of Preventive Medicine 2006; 31(5):363-8.

[65] Sendzik T, Fong GT, Travers MJ, Hyland A. An experimental investigation of tobacco smoke pollution in cars. 2009; 6:627-634.

[66] Miller MD, Broadwin R, Green S, Marty MA, Polakoff J, Salmon AG, Winder B. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant. Part B: Health effects. California Environmental Protection Agency, Air Resources Board. San Francisco, 2005. http://www.oehha.org/air/environmental_obacco/2005etsfinal.html.

[67] Racicot S, McGrath JJ, Karp I, O'Loughlin J. Predictors of nicotine dependence symptoms among never-smoking adolescents: A longitudinal analysis from the Nicotine Dependence in Teens Study. Drug and Alcohol Dependence 2013;130(1-3):38-44.

[68] Nguyen HV. Effectiveness of bans against smoking inside private vehicles in Canada. Report Card on Cancer in Canada 2012; 13:10-11.

[69] Jha, P., Ramasundarahettige, C., Landsman, V., Rostron, B., Thun, M., Anderson, R. N., McAfee, T. et Peto, R. (2013). 21st- Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *New England Journal of Medicine*, 368, 341-350. doi : 10.1056/NEJMsa1211128.

[70] MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec). (2002). Plan québécois d'abandon du tabagisme. Québec.

[71] Tessier, S., Drouin, M., et Simoneau, M.-E. (2013). *Montréal sans tabac – Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015*. Montréal, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (ISBN : 978-2-89673-249-4).

[72] Simoneau, M.-E., Leaune V. Le point sur le tabagisme. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Montréal, 2013.

[73] Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2011). *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans. Rapport synthèse régional.* Récupéré le 16 août 2012 du site de la DSP, section Environnement urbain : http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/index.php?id=523&tx_wfqbe_pi1[uid]=1029.

[74] Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale au Canada : un rapport du Système canadien de surveillance périnatale. Ottawa, 2013.

[75] Rigotti, N.A., Clair, C., Munafo, M.R. Stead, L.F. (2012). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews, 5.

[76] Tessier, S., Leaune, V. (2011). Évaluation du projet Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal. Principaux résultats. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

[77] Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. et Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-14. doi : 10.1037/0003-066X.47.9.1102.

[78] Normandeau, M., Paquet, M.-J. et Drouin, M. (2012). Le pharmacien dans un système de santé qui sert aussi à prévenir – Cadre de référence. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

[79] Laliberté et *al.*: Ideal and actual involvement of community pharmacists in health promotion and prevention: a cross- sectional study in Quebec, Canada. BMC Public Health 2012 12:192.

[80] Ordre des pharmaciens du Québec. (2010). Énoncé de position : Les pharmaciens du Québec : Des professionnels engagés dans la lutte au tabagisme. Montréal. http://www.opq.org/fr/media/docs/memoires_positions/enonce_21jan10_fweb.pdf.

[81] Ordre des pharmaciens du Québec. (2014). *Vous désirez arrêter de fumer? Consultez votre pharmacien!* – OPQ et la semaine pour un Québec sans tabac. http://www.opq.org/fr-CA/l-ordre/espace-video/vous-desirez-arreter-de-fumer-consultez-votre-pharmacien-/#sthash.CzCOCoVD.dpuf.

[82] Jean Coutu et la campagne *Défi J'arrête, j'y gagne!* Hyperlien : http://www.defitabac.qc.ca/fr/le-d%C3%A9fi/les-partenaires.

[83] Tremblay, M., O'Loughlin, J., Comtois, D. (2013). Les pratiques de counseling en abandon du tabac des pharmaciens : une comparaison entre 2005 et 2010. INSPQ. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1655_PratCounsTabacPharma_Comp20052010.pdf.

[84] Ordre des pharmaciens du Québec. (2014). Rapport annuel 2013-2014. Se donner les moyens d'avancer.

[85] Bauld L, Boyd KA, Briggs AH, and all. One-Year Outcomes and a Cost-Effectiveness. Analysis for Smokers Accessing Group-Based and Pharmacy-Led Cessation Services - Nicotine & Tobacco Research, Volume 13, Number 2, Feb. 2011, p.135–145.

[86] Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004.

[87] Khan K, Anderson JR, Du J, Tinker D, Bachyrycz AM, Namdar R. Smoking Cessation and Its Predictors: Results from a Community-Based Pharmacy Tobacco Cessation Program in New Mexico. Ann Pharmacother 2012; 46:1198-1204.

[88] Normandeau, M. (2014). L'ordonnance collective pour la thérapie de remplacement à la nicotine (OC TRN) : un outil qui améliore l'accessibilité et la qualité de l'intervention en pharmacie. Présentation faite au 5e Rendez-vous de la gestion des maladies chroniques - Patients, professionnels et partenaires : des attentes convergentes. Ministère de la Santé et des Services sociaux- Montréal. 3 octobre 2014.

[89] Société canadienne du cancer. Données de monitorage de la ligne j'Arrête (2013).

[90] The Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment (CAN-ADAPTT) (2012). *Lignes Directrices Canadiennes de Pratique Clinique sur le Renoncement au Tabagisme.* Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique.www.can-adaptt.net.

[91] Tessier, S., Drouin, M., et Simoneau, M.-E. (2013). *Montréal sans tabac – Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015*. Montréal, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (ISBN : 978-2-89673-249-4).

[92] Fiore, M. C. et *al*. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

[93] OMS. (2014). Inhalateurs électroniques de nicotine. Rapport de l'OMS. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac FCTC/COP/6/10. Page consultée le 21 juillet 2014

[94] McNeill A, Etter JF, Farsalinos K, Hajek P, Le Houezec J, McRobbie H. (2014). Journal Club. A critique of a WHO-commissioned report and associated article on electronic cigarettes

[95] Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. Circulation. 2014; 129: e490-e492. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008545.

[96] Farsalinos KE, Polosa R. Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. Therapeutic Advances in Drug Safety 2014 doi: 10.1177/2042098614524430 published online 13 February 2014.

[97] Farsalinos KE, Romagna G, Voudris V. (2013). Authors miss the opportunity to discuss important public health implications. J Chromatogr A 2013;1312:155-156.

[98] Goniewicz ML, Knysak J, Gawron M, Kosmider L, Sobczak A, Kurek J, Prokopowicz A, Jablonska-Czapa M, Rosik-Dulewska C, Havel C, Jacob Peyton III, Benowitz N. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes.Tob Control 2014;23:133–139. doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050859.

[99] Kim HJ, Shin HS. Determination of tobacco-specific nitrosamines in replacement liquids of electronic cigarettes by liquid chromatography-tandem mass spectrometry. J Chromatogr A 2013;1291:48-55.

[100] Bahl V, Lin S, Xu N, Davis B, Wang Y. Comparison of electronic cigarette refill fluid cytotoxicity using embryonic and adult models. Reproductive Toxicology. 2012; 34:529-37.

[101] Goniewicz ML, Hajek P, McRobbie H. Nicotine content of electronic cigarettes, its release in vapour and its consistency across batches : regulatory implications. Addiction 2013;109:500-507

[102] Williams M, Villarreal A, Bozhilov K, Lin S, Talbot P. Metal and silicate particles including nanoparticles are present in electronic cigarette cartomizer fluid and aerosol. PLoS One 2013;8:e57987.

[103] Schripp T., D. Markewitz, E. Uhde, and T. Salthammer. Does e-cigarette consumption cause passive vaping? Indoor Air. 2013; 23(1):25-31.

[104] Bertholon JF, Becquemin MH, Annesi-Maesano I, Dautzenberg B. Electronic cigarettes: a short review. Respiration 2013;86:433-8. doi: 10.1159/000353253. Epub 2013 Sept 24.

[105] Czogala J1, Goniewicz ML, Fidelus B, Zielinska-Danch W, Travers MJ, Sobczak A. Secondhand exposure to vapors from electronic cigarettes. Nicotine and Tobacco Research. 2014; 16(6):655-62. doi: 10.1093/ntr/ntt203.

[106] McAuley TR, Hopke PK, Zhao J, Babaian S. Comparison of the effects of e cigarette vapor and cigarette smoke on indoor air quality. Inhalation Toxicology. 2012; 24(12):850-7.

[107] Flouris AD, Chorti MS, Poulianiti KP, Jamurtas AZ, Kostikas K, Tzatzarakis MN et al. Acute impact of active and passive electronic cigarette smoking on serum cotinine and lung function. Inhalation Toxicology. 2013; 25(2):91-101. doi: 10.3109/08958378.2012.758197.

[108] The health consequences of smoking – 50 years of progress. A report of the Surgeon General. Rockville (MD); US Department of Health and Human Services: 2014.

[109] Kandel ER, Kandel DB. A Molecular Basis for Nicotine as a Gateway Drug. N Engl J Med 2014;371:932-43. DOI: 10.1056/NEJMsa1405092

[110] Bullen CB, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013; 382(9905):1629-37.

[111] Brown J, Beard E, Kotz D, Michie S, West R. Real-world effectiveness of e-cigarettes when used to aid smoking cessation: a cross-sectional population study. Addiction. Published online, 20 May 2014. doi: 10.1111/add.12623.

[112] Biener L, Hargraves JL. (2014). A Longitudinal Study of Electronic Cigarette Use in a Population-based Sample of Adult Smokers: Association with Smoking Cessation and Motivation to Quit. Nicotine Tob Res. doi:10.1093/ntr/ntu200.

[113] Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. Tobacco Control 2005;14:315-20.

[114] Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, Diaz R, Rashed W, Freeman R, Jiang L, Zhang X, Yusuf S; INTERHEART Study Investigators. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet 2006;368:647-658.

[115] Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. BMJ 2009;338:b1024.

[116] Fiore MC, Schroeder SA, Baker TB. Smoke, the chief killer – strategies for targeting combustible tobacco use. New England Journal of Medicine. 2014; 370(4):297-9. doi: 10.1056/NEJMp1314942.

[117] Cobb NK, Abrams DB. The FDA, E-Cigarettes, and the Demise of Combusted Tobacco. N Engl J Med 2014; 371(16) 1469-71.

[118] Giovenco DP, Lewis L, Delnevo. Factors Associated with E-cigarette Use. A National Population Survey of Current and Former Smokers. Am J Prev Med 2014;47(4):476–480.

[119] Czoli CD, Hammond D, White CM. Electronic cigarettes in Canada: Prevalence of use and perceptions among youth and young adults. Can J Public Health 2014;105(2) e97-e102.

[119a] Institut de la statistique du Québec. (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*. Québec : Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec. http://www.stat.gouv.qc.ca.

[120] Leauve, V., Gervais, A., Jacques, M. (2014). *Enquête sur la cigarette électronique à Montréal*. Montréal, Québec : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

[121] U.S. Fire Administration. (2014). Electronic Cigarette Fires and Explosions FEMA. Octobre 2014. https://www.usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/electronic_cigarettes.pdf

[122] Dearden, L. (25 novembre 2014). Calls for safety warnings after 'exploding' e-cigarette chargers cause more than 100 fires. The Indepenent. http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/calls-for-safety-warnings-after-exploding-ecigarette-chargers-cause-more-than-100-fires-9862857.html.

[123] Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (20 novembre 2014). Cigarette électronique et oxygénothérapie. Appel à la vigilance.

[124] de Andrade M, Hastings G, Angus K, Dixon D, Purves R. The marketing of electronic cigarettes in the UK. London: Cancer Research UK; November 2013.

[125] The scientific basis of tobacco product regulation: a WHO Study Group on Tobacco Product Regulation report. Candy-flavoured tobacco products: research needs and regulatory recommendations. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (OMS, Série de Rapports techniques, Nº 945).

[126] Chiffres basés sur les données des Centers for Disease Control and Prevention tirées de l'enquête nationale sur laconsommation de tabac chez les jeunes aux États-Unis, figurant dans : Corey C, Wang B, Johnson SE, Apelberg B, Husten C. (2014).

[127] King BA et *al*. (2013). Notes from the Field: Electronic Cigarette Use Among Middle and High School Students – United States, 2011-2012. Morbidity and Mortality Weekly Report; 62(35):729-30.

[128] Lee S, Grana RA, Glantz SA, Electronic cigarette use among Korean adolescents: a cross-sectional study of marketpenetration, dual use, and relationship to quit attempts and former smoking. Journal of Adolescent Health. Publié en ligne le 22 novembre 2013. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.003.

[129] Lukasz Goniewicz M, Zielinska-Danch W. Electronic cigarette use among teenagers and young adults in Poland. Pediatrics. Publié en ligne le 17 septembre 2012. doi: 10.1542/peds.2011-3448.

[130] Sutfina EL, McCoy TP, Morrell HER, Hoeppner BB, Wolfson M. Electronic cigarette use by college students. Drug and Alcohol Dependence. 2013; 131(3):214-221. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.05.001.

[131] ASH UK fact sheet. Use of electronic cigarettes in Great Britain. April 2014. Disponible à l'adresse : http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_891.pdf.

[132] West R, Brown J, Beard E. Smoking toolkit study. Trends in electronic cigarette use in England. Updated 4th April2014. Disponible à l'adresse : http://www.smokinginengland.info/latest-statistics/.

[133] Goniewicz ML, Gawron M, Nadolska J, Balwicki L, Sobczak A. Rise in Electronic Cigarette Use Among Adolescents in Poland. Journal of Adolescent Health 2014;55:713e715.

[134] Simoneau, M.-E. et Leaune, V. (2013). *Montréal sans tabac – Le point sur le tabagisme*. Montréal, Québec : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (ISBN 978-2-89673-251-7).

[135] Gould, A., Hallouche, K., Leaune, V. et Meshefedjian, G. (2014). Portrait local du tabagisme. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. www.emis.santemontreal.qc.ca.

[136] Jacques, L., Plante, C., Goudreau, S., Deger, L., Fournier, M., Smargiassi, A., ... Thivierge, R. (2011). *Étude sur la santé respiratoire des enfants montréalais de 6 mois à 12 ans : Portrait du territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île*. Montréal, Québec : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ISBN 978-2-89673-058-2).

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec