

CONFÉRENCE DES  
RÉGIONS RÉGIONALES  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
DU QUÉBEC

SANTÉ PUBLIQUE

REQ  
B88  
C664  
1998



INSPO - Montréal

# SANTÉCOM

*Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux et son  
Conseil des directeurs de la santé publique*

## **MÉMOIRE SUR LE PROJET DE LOI SUR LE TABAC**

Mémoire présenté par la

**Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux et son  
Conseil des directeurs de la santé publique**

par

Gaston Gourde, président du conseil d'administration de la Conférence des régions  
Laurent Marcoux, porte-parole du Conseil des directeurs de la santé publique  
Alain Poirier, médecin spécialiste en santé communautaire

Déposé à la Commission parlementaire des affaires sociales le

**29 mai 1998**

Institut national de santé publique du Québec  
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0606

Que l'obligation soit faite au ministre ou à une municipalité locale, de nommer des personnes pour remplir les fonctions d'inspecteur.

Que l'exploitant ait le devoir d'assumer l'application de l'ensemble des mesures prévues par la loi concernant son établissement, lieu ou commerce.

Que, dans le but d'assurer des services d'inspection efficaces, un numéro « 1-800 » soit créé, afin de recueillir plaintes et commentaires relatifs à l'application de la *Loi sur le tabac*.

Que la fonction d'inspecteur soit exercée par des agents de la paix habilités à émettre des constats d'infraction.

Que la fonction d'inspecteur, soit exercée par des personnes déjà responsables de fonctions similaires mais autant que possible que ces inspecteurs ne soient pas des employés des milieux visés par l'application de la loi.

Que l'industrie du tabac assume les coûts liés à la mise en application de la *Loi sur le tabac*.

Que le gouvernement prévoit un prélèvement financier de l'industrie pour la mise en place de diverses mesures d'éducation et de recherche dans le domaine de la santé.

## **Table des matières**

---

<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>3</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>6</b>
<b>PRÉSENTATION DE L'ORGANISME.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
<b>1. AMÉLIORER LA PROTECTION DES QUÉBÉCOIS CONTRE LA FTE .....</b>	<b>10</b>
1.1 Les effets sur la santé de l'exposition à la FTE .....	10
1.2 La situation au Québec .....	12
1.3 Dispositions prévues et recommandations .....	13
<b>2. AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DE L'APPLICATION DE LA LOI .....</b>	<b>16</b>
<b>3. ASSURER UN FINANCEMENT .....</b>	<b>18</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>19</b>

## **Liste des annexes**

---

### **Annexe 1**

Les coûts de l'abus de substances au Canada - Faits saillants

### **Annexe 2**

California Environmental Protection Agency - Résumé du rapport final

### **Annexe 3**

La fumée de tabac menace la santé des travailleurs de la restauration - Communiqué de presse, 30 avril 1998

### **Annexe 4**

Sondage « Le tabagisme et la fumée de tabac dans l'environnement au Québec » - Faits saillants, avril 1998

## **Présentation de l'organisme**

---

Ce mémoire présente la position de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux et son Conseil des directeurs de la santé publique, en regard du projet de loi sur le tabac déposé à l'Assemblée nationale, le 14 mai dernier par monsieur Jean Rochon, ministre de la Santé et des Services sociaux.

Cette prise de position s'inscrit dans le mandat des directeurs de la santé publique, tient compte de leurs responsabilités à l'égard de l'application de la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics* (L.R.Q., chapitre P-38.01), s'inspire de l'expérience acquise depuis 1994 dans la mise en œuvre régionale du Plan d'action de lutte au tabagisme et fait suite au mémoire « *Recommandations pour une loi globale québécoise considérant les produits du tabac et leur usage* » déposé en mars 1996 à la Direction générale de la santé publique du MSSS.

Le Conseil des directeurs de la santé publique regroupe les 17 directeurs de la santé publique et le coordonnateur de la santé publique du Conseil Cri de la Baie-James. Le Conseil exerce ses mandats en regard de la concertation interrégionale sous l'égide de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux.

Le Conseil des directeurs de la santé publique a le mandat de fournir des avis au Comité des directeurs et directrices des régies régionales et d'effectuer les représentations nécessaires à l'exercice des mandats légaux confiés aux directeurs de la santé publique en vertu de la *Loi sur la santé publique* (art. 373, L.R.Q., c. 5-4.2).

Le directeur de la santé publique est responsable :

1. d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou des recherches nécessaires à cette fin;
2. d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
3. d'assurer le développement d'une expertise en prévention et en promotion de la santé au bénéfice de l'ensemble des programmes confiés à la régie régionale.

De plus, suite au transfert des responsabilités associées à l'application de la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics* (L.R.Q., c. P-38.01) du ministère de l'Environnement au ministère de la Santé et des Services sociaux en 1994, les régies régionales et leurs directions de la santé publique se sont vues confier les responsabilités suivantes :

1. promouvoir, au niveau régional, la loi auprès des organismes publics visés par cette loi;
2. agir en tant qu'expert-conseil auprès des responsables de son application;

3. assurer l'information et la gestion des plaintes de la population portant sur l'application de la loi sur le territoire régional;
4. et implanter, suite aux amendements apportés au Code de procédure pénale, les modalités d'application de la LPNF visant la fonction d'inspecteur, notamment la formation de ceux-ci.

Les Directions de la santé publique (DSP) sont engagées dans la lutte au tabagisme depuis plus de dix ans. En 1994, après la mise en place de mesures pour enrayer le commerce illégal du tabac, leur engagement s'est intensifié et s'est concentré vers la réalisation au plan régional des objectifs proposés par le Plan d'action triennal de lutte au tabagisme du MSSS. L'approche préconisée dans le Plan d'action vise la prévention, particulièrement auprès des jeunes, la protection et la cessation. Pour soutenir l'investissement des régions dans ce dossier, le MSSS a appuyé financièrement les Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS). Depuis le 9 janvier 1995, les RRSSS ont reçu quatre enveloppes budgétaires totalisant une somme de 7,5 millions de dollars qui ont été répartis dans les 17 DSP du Québec et au Conseil Cri.

En 1997, un portrait de la mise en application du Plan d'action de lutte au tabagisme par les DSP a été dressé. Toutes les régions ont au moins un répondant pour le dossier du tabac. Plus de 50 intervenants dans les 18 régions sont engagés à lutter contre l'usage du tabac. Toutes les DSP réalisent des activités reliées à l'implantation de programmes éducatifs visant les jeunes de 9 à 14 ans, à la collaboration de la réalisation de la Semaine québécoise sans fumée, à la consultation d'organismes visés et concernés par le renforcement de la loi; à l'application de la LPNF notamment par la formation des personnes qui en sont chargées. D'autres activités sont réalisées par la très grande majorité, soit au moins 80 % des DSP dans les domaines reliés à la promotion de la LPNF, au soutien et au développement des services de cessation, à la formation des professionnels de la santé et à la conception et à la diffusion de matériel éducatif.

## Introduction

---

La Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux tient d'abord à féliciter l'initiative du Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et du gouvernement. Ce projet de loi est une solution essentielle et satisfaisante pour freiner l'une des principales épidémies qui affecte la santé des Québécois et des Québécoises. Il contribue également à ralentir les coûts associés au tabagisme au Québec, qui se chiffrent à 2,367 milliards de dollars par année (Annexe 1). Le projet de loi reconnaît le tabac et la fumée de tabac comme des produits dangereux et propose des mesures pour améliorer le contrôle de la vente, de la commercialisation et de la fabrication du tabac et de ses dérivés. Il propose des règles applicables à l'usage du tabac et à la protection de la santé. La Conférence applaudit sa globalité.

La Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux souhaite toutefois apporter des recommandations qui :

- ♦ permettraient une meilleure protection des Québécois face à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) :
  - ⇒ en raccourcissant certains délais d'application;
  - ⇒ en assurant une protection plus efficace contre la FTE;
  - ⇒ en conservant aux municipalités le pouvoir de réglementer l'usage du tabac sur leur territoire;
- ♦ amélioreraient l'efficacité de l'application de la loi :
  - ⇒ en précisant certaines modalités d'inspection;
- ♦ assureraient un financement :
  - ⇒ en dotant le Québec de moyens financiers permettant de supporter les coûts reliés à la mise en application de la loi et diverses mesures d'éducation et de recherche.

À l'heure actuelle, la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics* ne protège pas la santé de l'ensemble des Québécois : il est donc souhaité que l'adoption et la mise en vigueur du projet de loi sur le tabac se réalisent dans les meilleurs délais possible.

## **1. Améliorer la protection des Québécois contre la FTE**

Depuis plus d'une décennie, les conclusions sur les conséquences désastreuses de la FTE sur la santé ne font que s'accumuler.

Nos recommandations s'appuient sur les conclusions récemment publiées en Grande-Bretagne (1998), en Australie (1997) et en Californie (1997) (Annexe 2) et sur le mandat des directeurs de la santé publique responsables entre autres, de voir à la mise en place des mesures nécessaires à la protection de la santé de l'ensemble de la population.

### **1.1 Les effets sur la santé de l'exposition à la FTE**

La gestion des contaminants dans l'environnement susceptibles d'affecter la santé publique s'appuie sur une démarche scientifique universelle qui peut être résumée par la réponse à six questions.

#### **1. Connaît-on les effets sur la santé de ce contaminant qu'est le tabac ?**

Les maladies cardio-vasculaires, les maladies pulmonaires (emphysème et bronchite chronique) et les cancers, particulièrement du poumon, sont les trois conséquences indubitablement associées au tabagisme. Notons par ailleurs que ces trois grandes catégories de maladies représentent, dans l'ordre, les trois premières causes de décès dans les pays industrialisés, tel le Québec.

Les études de causalité démontrent aussi qu'à chaque augmentation du niveau de consommation du tabac correspond une proportion plus élevée de la fréquence des maladies associées (lien dose-réponse). On n'observe donc pas chez les fumeurs l'existence d'un seuil de consommation sécuritaire. De plus, les contaminants de la fumée aspirée par le fumeur (43 cancérigènes reconnus) sont tous présents dans la fumée secondaire et pour plusieurs, à des concentrations encore plus élevées.

#### **2. Les non-fumeurs sont-ils exposés aux contaminants ?**

Le potentiel d'exposition à la fumée est énorme puisque nous passons plus de 90 % de notre temps à l'intérieur. Or, environ 2,3 millions de Québécois fument 10 000 cigarettes par an (28 X 365 jours) pour un total de 23 milliards de cigarettes annuellement. Quand on mesure la concentration de polluants dans l'air, on s'aperçoit que plus des neuf dixièmes proviennent du tabac. En effet, les particules respirables en suspension (PRS) atteignent entre 15 et 35 ug/m<sup>3</sup> dans nos maisons et nos bureaux quand il n'y a pas de tabagisme alors que la présence de fumeurs fait grimper cette concentration à 150 et 200 ug/m<sup>3</sup> dans les mêmes lieux et jusqu'à 350 ug/m<sup>3</sup> dans les restaurants déjà ventilés et même au-delà de 1 000 ug/m<sup>3</sup> dans certaines salles (bingo) non ventilées.

### **3. Les contaminants sont-ils absorbés par les non-fumeurs ?**

Des milliers de produits chimiques sont contenus dans la fumée mais le niveau de nicotine de l'air constitue le meilleur indicateur du degré de fumée de tabac dans l'environnement. Une fois absorbée chez l'humain, la nicotine est transformée en cotinine, une molécule facilement mesurée dans divers liquides biologiques (salive, sang, urine) et qui reflète le degré de contamination des non-fumeurs.

### **4. Retrouve-t-on plus fréquemment des maladies chez les non-fumeurs exposés à la fumée des autres ?**

Plusieurs études s'accumulent depuis le début des années 1980. Ces études comparent les taux de maladies chez les non-fumeurs exposés dans leur foyer et/ou au travail par rapport aux mêmes taux chez des non-fumeurs qui n'ont pas été exposés au tabagisme dans leur environnement. Ces nombreuses études ont été analysées par plusieurs groupes d'experts internationaux qui ont tous conclu que la relation de causalité existait entre la fumée secondaire et plusieurs maladies. La plus exhaustive de ces recensions de la littérature, celle de California Environmental Protection Agency (CALEPA) conclut qu'un lien causal a été démontré avec la mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires, au syndrome de mort subite du nourrisson de même qu'aux cancers du poumon et des sinus. Une association causale est aussi retenue pour plusieurs maladies infantiles telles : asthme, bronchite, pneumonie, otite moyenne, insuffisance de poids à la naissance et prématurité.

Il a été démontré dans deux études récentes que les taux de maladies cardio-vasculaires et le cancer du poumon chez les non-fumeurs exposés étaient proportionnellement plus élevés chez ceux où était plus élevée la concentration de cotinine urinaire, démontrant encore une fois l'effet direct entre la dose et la réponse même chez les non-fumeurs exposés à la fumée des autres.

L'exposition à la fumée passive illustrée par la concentration de nicotine dans les lieux publics varie de 1 à 100  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . L'exposition de 1 000 personnes pendant 40 ans à un niveau moyen de 7,5  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  entraînerait 10 décès par maladies cardiaques et un décès par cancer du poumon. À l'échelle du Québec on estime donc qu'au moins 1 100 personnes décèdent chaque année à cause d'une exposition involontaire à la fumée des autres, dont au moins 100 par cancer du poumon et 35 par mort subite du nourrisson.

### **5. Ce risque justifie-t-il une intervention gouvernementale ?**

Le niveau « acceptable » de risque habituellement retenu pour les autres toxines ou carcinogènes environnementaux dans l'air, l'eau ou les aliments est d'un décès pour un million de personnes exposées. Quand le tabagisme passif est comparé aux autres contaminants, on parle donc d'un risque 10 000 fois plus élevé.

Les organismes réglementaires pour la santé et la sécurité des travailleurs et la protection de l'environnement interviennent habituellement à des niveaux de risque bien inférieurs à ceux qu'on mesure pour la fumée passive.

## **6. Comment peut-on réduire ce risque ?**

La relation entre le risque et le contaminant étant linéaire, si on ne voulait que réduire le risque du cancer du poumon au niveau de 1 sur 100 000 (parfois utilisé avec des populations plus petites), il faudrait augmenter la ventilation 226 fois, l'équivalent d'une tornade disent certains ! Les ingénieurs en ventilation reconnaissent qu'on peut difficilement doubler les niveaux de ventilation des édifices sans s'exposer à des coûts exorbitants. Alors, le seul contrôle possible de ce risque à l'intérieur des édifices consiste soit à interdire totalement le contaminant ou à isoler dans un espace fermé et ventilé indépendamment ceux qui choisissent de s'y exposer volontairement sans imposer ce risque à des non-fumeurs comme condition de travail.

### **1.2 La situation au Québec**

Les Québécois savent que la FTE est nuisible à leur santé et ils en sont incommodés. Certains s'empêchent de fréquenter des lieux enfumés, d'autres refusent que les fumeurs fument chez eux. Il sont tout à fait d'accord avec le fait que le gouvernement légifère sur cette question et souhaitent prescrire tous des restrictions totales de fumer dans les lieux publics (Annexe 5).

Le Québec est la seule province où la fréquence du tabagisme chez les travailleurs (41,6 %) dépasse nettement la moyenne nationale (30 %). C'est également au Québec que l'écart est le plus grand entre les sexes. La main d'œuvre féminine québécoise compte 46,2 % des fumeuses. C'est au Québec que les travailleurs sont les moins protégés contre la fumée de tabac : seulement 25 % des Québécois travaillent dans un environnement totalement sans fumée comparativement à 39 % des Canadiens ou à 48 % des Ontariens. Aucune restriction sur la FTE n'existe dans 30 % des milieux de travail.

La majorité (70 %) de la main d'œuvre québécoise se trouve aujourd'hui dans le secteur des services et 44 % de tous ces travailleurs sont des femmes. Les employés qui ont le moins de règlement contre la FTE se retrouvent dans le secteur des services et travaillent dans les restaurants, les bars, les salons, les hôtels et les motels, les casinos et autres établissements connexes.

La fumée de tabac menace particulièrement les travailleurs de la restauration. Une étude récente, réalisée par la Direction de la santé publique de la Montérégie (Annexe 4) révèle qu'à partir du haut niveau de contaminants de la cigarette qui ont pu être mesurés dans l'urine de travailleurs de la restauration, on estime qu'en moyenne sur 100 travailleurs exposés, 11 décéderont prématurément d'une maladie causée par le tabagisme au travail (10 par maladies cardiaques, un par cancer du poumon).

Selon les données d'un sondage mené par le Comité provincial sur le tabac et la santé du Conseil des directeurs de la santé publique et par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre,

près de la moitié des Québécois sont exposés à la FTE pratiquement tous les jours dans leur milieu de travail ou leur lieu d'activité principal. Toutefois, certaines études précisent que les gens sous-estiment leur degré d'exposition à la FTE. En effet, les travaux de James Repace, spécialiste de renommée internationale sur ces questions, indiquent qu'à partir de mesures de contaminants du tabac retrouvés dans les liquides biologiques, on estime que 92 % de la population serait exposée de façon significative à la FTE.

### **1.3 Dispositions prévues et recommandations**

#### **Restrictions de l'usage**

Le chapitre deux du projet de loi prévoit les dispositions concernant la restriction de l'usage du tabac dans certains lieux. Les lieux visés sont notamment les établissements publics (gouvernementaux, municipaux, scolaires et de santé), les commerces, les milieux de travail, les transports collectifs et les aires communes des immeubles à logements. Il permet l'installation de fumeurs ventilés et séparés dans la grande majorité des lieux sauf les écoles primaires et secondaires, les garderies ou centres de la petite enfance et les lieux fermés où se déroulent des activités communautaires ou de loisirs destinées aux mineurs. Ce projet de loi autorise la mise en place d'aires où il serait permis de fumer dans certaines catégories d'établissements.

L'autorisation de mettre en place des aires où il est permis de fumer, tel que prévu aux articles 4 et 5 du projet de loi, soulève des iniquités en matière de protection de la santé pour une grande partie des travailleurs, des consommateurs et des personnes hébergées et ne réduit pas le risque à des niveaux acceptables.

L'absence de définition de ce qu'est un « lieu fermé » a suscité beaucoup d'ambiguïté dans l'application de la LPNF et a nui à son application.

#### **Recommandations**

Dans les lieux prévus par l'article 4, l'usage du tabac ne devrait être permis que dans des fumeurs tels que définis à l'article 3 et, dans les lieux prévus à l'article 5, l'usage du tabac ne devrait être permis que dans les chambres.

Il faut définir « lieu fermé ».

#### **Restaurants**

L'article 7 du projet de loi propose dans les restaurants de 35 places et plus une séparation par cloison des aires fumeurs et non-fumeurs et l'installation de systèmes de ventilation. Cette mesure ne protégerait pas la santé des quelques 150 000 travailleurs québécois de la restauration, qui

représentent environ 4 % des emplois de l'économie, ni une partie de la clientèle des non-fumeurs qui accompagneraient des fumeurs dans les sections fumeurs.

Un sondage récent (Annexe 5) indiquait que plus de la moitié des Québécois (54 %) étaient favorables à une interdiction complète de fumer dans les restaurants. En août 1996, 191 villes, municipalités et comtés des Etats-Unis avaient mis en place une interdiction totale de fumer dans les restaurants. Plusieurs grandes villes américaines et les états du Vermont et de la Californie ont des restaurants libres de fumée de tabac. Au Canada, les villes de Toronto, de Vancouver, de Vaughan, de Guelph, de Windsor et de London ont des règlements municipaux qui interdisent totalement l'usage du tabac dans les restaurants.

### **Recommandation**

L'usage du tabac devrait totalement être interdit dans tous les restaurants du Québec, cinq ans après l'entrée en vigueur de la présente loi.

### **Casinos, bars et bingos**

Le projet de loi ne prévoit aucune disposition pour assurer la protection des non-fumeurs tant clients que travailleurs qui fréquentent les casinos, les bingos et les bars du Québec. Le projet de loi laisse à l'exploitant l'initiative en matière de protection. Dans le cas des casinos, le gouvernement est lui-même l'exploitant, et, tout en reconnaissant par ce projet de loi le caractère nocif de la FTE, il s'abstient de prendre les dispositions nécessaires pour protéger la santé des non-fumeurs.

### **Recommandation**

Le projet de loi doit prévoir l'aménagement de sections réservées aux fumeurs, fermées, séparées et dûment ventilées et n'occupant pas plus de 40 % de la superficie totale des lieux.

Par ailleurs, pour protéger la santé des travailleurs non-fumeurs qui pourraient avoir à travailler dans des sections fumeurs des casinos, bars et bingos, le législateur devrait reconnaître la fumée de tabac dans l'environnement comme un contaminant du milieu de travail tel que défini à l'article 1 de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* et offrir aux travailleurs exposés des mesures compensatoires appropriées (maladies professionnelles, retrait préventif pour les femmes enceintes, droit de refus).

### **Municipalités**

Le projet de loi ne fait plus référence au pouvoir des municipalités qui était auparavant énoncé à l'article 9 de la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics*.

*« Une municipalité locale peut, par règlement :*

1. *interdire de fumer dans toute autre catégorie de lieux situés sur son territoire;*
2. *prescrire toute autre mesure non incompatible avec la présente loi »*

Par conséquent, une municipalité qui a déjà agi ou qui songe à réglementer afin d'interdire l'usage du tabac dans certains lieux publics sur son territoire, n'aura plus le mandat clair et sans équivoque de prescrire des mesures progressistes de protection contre la FTE.

Advenant que les articles 4 et 5 ne soient pas modifiées, il serait au moins possible que la municipalité, par l'exercice de son pouvoir, adopte une réglementation qui pourrait assurer une meilleure protection de ses citoyens des effets sur la santé de l'exposition à la FTE.

Au Canada, huit provinces sur dix accordent le pouvoir aux municipalités d'élaborer des règlements concernant le tabagisme.

### **Recommandation**

Maintenir le pouvoir des municipalités d'interdire par règlement de fumer dans toute autre catégorie de lieux situés sur son territoire et de prescrire toute autre mesure non incompatible avec la présente loi.

## **2. Améliorer l'efficacité de l'application de la loi**

L'expérience acquise par les Directions de la santé publique en regard de leurs responsabilités face à la *Loi sur la protection des non-fumeurs dans certains lieux publics* nous amène à proposer des recommandations plus spécifiques.

Les deux principales failles de la LPNF en matière d'inspection sont :

- l'absence de dispositions pénales en cas de dérogation à l'article 11, lequel confiait à la personne ayant la plus haute autorité, le devoir de prendre des mesures appropriées pour assurer l'exécution des dispositions de la présente loi;
- la difficulté pour une personne « désignée » comme inspecteur dans son milieu de travail de donner des contraventions à ses collègues et supérieurs.

Le projet de loi s'attaque à ces deux problèmes. D'abord, l'article 11 responsabilise l'exploitant :

*« L'exploitant d'un lieu ou d'un commerce visé au présente chapitre ne doit pas tolérer qu'une personne fume dans un endroit où il est interdit de le faire ».*

Ensuite, l'article 43, alinéa 3, spécifie les sanctions qui seront imposées en cas de dérogation :

*« L'exploitant d'un lieu ou d'un commerce visé au chapitre II est passible d'une amende de 400 \$ à 4 000 \$ et, en cas de récidive d'une amende de 1 000 \$ à 10 000 \$ s'il :*  
*3<sup>e</sup> alinéa : contrevient aux dispositions de l'article 1 ».*

Cependant, au chapitre de la nomination des inspecteurs, le premier paragraphe de l'article 32 spécifie que :

*« Pour l'application de la présente loi, le ministre ou une municipalité locale peut nommer des personnes ou identifier des catégories de personnes pour remplir les fonctions d'inspecteur ou d'analyste ».*

L'expérience acquise avec l'application de la LPNF nous a appris que dans le cas d'un « exploitant » fumeur, ou même celui d'un non-fumeur qui n'ose pas s'attaquer au statu quo, il y a lieu de prévoir des mécanismes pour les personnes qui désirent se plaindre de l'usage du tabac dans leurs milieux de travail. En effet, bien qu'il y ait 1 373 inspecteurs formés et autorisés à agir en tant qu'inspecteurs dans 274 organismes, seulement 1 246 constats portatifs et rapports d'infraction ont été émis en trois ans. La presque totalité des contraventions sont émises par des inspecteurs provenant d'un service de sécurité. Actuellement, le grand nombre d'inspecteurs ne garantit ni l'application, ni le respect de la loi. De plus, des centaines de lieux visés par la LPNF n'ont jamais répondu à l'invitation des différentes régions régionales qui offraient des cours de formation gratuits aux futurs inspecteurs qui devaient être nommés en vertu de cette loi. Sans un devoir de nommer des inspecteurs, et sans l'existence d'inspecteurs venant de l'extérieur du lieu de travail, la difficulté de faire respecter les dispositions prévues au projet de loi risquerait de nuire à son efficacité.

**Recommandations :**

L'article 32 devrait se lire ainsi :

*« Le ministre ou une municipalité locale doit nommer des personnes pour remplir les fonctions d'inspecteur ».*

Par ailleurs, puisqu'il est impossible de définir ce que signifie l'expression « *ne doit pas tolérer qu'une personne fume* » (article 11), nous recommandons de préciser que l'exploitant doit assumer l'application de l'ensemble des mesures prévues par la loi concernant son établissement, lieu ou commerce.

Dans le but d'assurer des services d'inspection efficaces, un numéro « 1-800 » devrait être créé, afin de recueillir plaintes et commentaires relatifs à l'application de la *Loi sur le tabac*.

La fonction d'inspecteur devrait également être exercée par les agents de la paix, habilités à émettre des constats d'infraction.

La fonction d'inspecteur, en regard de la *Loi sur le tabac*, devrait être exercée par des personnes déjà responsables de fonctions similaires (exemple : aliments, bâtiments) mais autant que possible, ces inspecteurs ne devraient pas être des employés des milieux visés par l'application de la loi.

### **3. Assurer un financement**

Depuis 1995, l'Organisation mondiale de la santé suggère aux états membres de faire supporter aux producteurs les dépenses liées au tabac. Six mesures sont proposées :

1. relever le prix des produits du tabac en augmentant les taxes;
2. imposer plus lourdement les bénéfices de l'industrie du tabac;
3. dégager des fonds pour remplacer les parrainages de l'industrie du tabac;
4. mettre fin à la publicité en faveur du tabac;
5. faire supporter à l'industrie du tabac les coûts liés à la réglementation de son produit;
6. mettre fin aux subventions de l'état pour les producteurs et tabaculteurs.

Plusieurs de ces suggestions ont déjà été retenues, soit à l'intérieur de ce projet de loi ou dans certaines autres interventions gouvernementales, mais si le principe du « pollueur payeur » devait s'appliquer à l'industrie du tabac, alors elle serait responsable en partie :

- ♦ du coût de traitement de plusieurs maladies chez les fumeurs;
- ♦ de la baisse de productivité et de l'absentéisme;
- ♦ de plusieurs incendies;
- ♦ des conséquences de la fumée passive chez les non-fumeurs;
- ♦ des coûts associés au sevrage de la nicotine;
- ♦ des coûts de surveillance et d'application de la loi.

Comme tel n'est pas le cas, il nous semble approprié que l'industrie assume au moins les coûts associés à la surveillance et à l'application de la loi

#### **Recommandation**

Que l'industrie du tabac assume les coûts liés à l'application de la *Loi sur le tabac*.

Par ailleurs, chaque année, l'industrie du tabac investit plusieurs centaines de millions de dollars pour la promotion de ses produits au Canada. Certains états américains, tels la Californie, le Massachusetts et l'Arizona, ont prévu des mesure fiscales visant l'industrie du tabac afin de mettre à la disposition des intervenants engagés en promotion de la santé des budgets destinés à des programmes éducatifs, de recherche, de promotion, de cessation et de prévention. D'autres pays, tels l'Australie et la Nouvelle-Zélande, ont également adopté des mesures similaires. L'expérience accumulée depuis plus de dix ans nous encourage à mettre de l'avant cette proposition.

#### **Recommandation**

Dans le but de lutter efficacement contre le tabagisme au Québec et d'encourager l'émergence d'une génération québécoise de non-fumeurs, le gouvernement devrait prévoir un prélèvement financier de l'industrie du tabac pour la mise en place de mesures d'éducation et de recherche.

## ***Conclusion***

---

Malgré des activités éducatives intenses en promotion, en prévention et en cessation menées dans toutes les régions du Québec et réalisées par une multitude d'intervenants, le taux de tabagisme est en hausse chez les jeunes. Il nous faut reconnaître que le tabac est un produit qui crée une dépendance physiologique très puissante en raison de la nicotine qu'il contient, et qui supprime le geste initiatique qui se voulait d'abord un rite de passage social. À cela s'ajoute des preuves et des aveux concernant la manipulation de la nicotine par l'industrie ainsi que l'ajout d'ingrédients catalysant ses effets.

La globalité du projet de loi québécois est nécessaire pour s'attaquer à toutes les facettes de mise en marché d'un produit toxique, omniprésent, et qui crée une dépendance. Malgré ces attributs, le tabac est laissé pour compte par la Loi sur les produits dangereux, la Loi sur les aliments et drogues et les normes de sécurité des travailleurs, et cela justifie que le projet de loi actuellement à l'étude cherche à protéger la santé des non-fumeurs et à freiner les coûts de santé associés à l'usage du tabac. N'oublions pas que ce produit est seul dans sa catégorie, puisque son omniprésence sur la planète, conjuguée à la forte dépendance des usagers a précédé de quelques siècles les découvertes scientifiques sur son effrayante toxicité. Un seul de ses 43 cancérigènes dûment reconnus par les plus sérieuses agences réglementaires rendrait la consommation illégale de tout autre produit qui n'aurait pas son historique.

Le projet de loi québécois sur le tabac réussit admirablement à donner de la cohérence à la lutte au tabac, malgré le statut paradoxal associé au produit.

Il nous semble cependant que l'État doit prendre des mesures plus vigoureuses pour protéger la santé de ceux qui ont réussi à éviter l'emprise de ce produit mais qui ne sont pas libres d'arrêter de respirer... la fumée des autres.

## ***ANNEXE 1***

***Les coûts de l'abus de substances au Canada***

***Points saillants***

LES **COÛTS**  
*de* **L'ABUS DE**  
**SUBSTANCES**

*au Canada*

UNE ÉTUDE SUR  
L'ESTIMATION DES COÛTS PAR  
ERIC SINGLE, LYNDA ROBSON,  
XIAODI XIE ET JÜRGEN REHM

EN COLLABORATION AVEC  
RACHEL MOORE, BERNARD CHOI,  
SYLVIE DESJARDINS ET  
JIM ANDERSON

**POINTS**  
**SAILLANTS**

D'UNE ÉTUDE APPROFONDIE SUR LES COÛTS SOCIO-ÉCONOMIQUES  
ET LES DÉPENSES DE SANTÉ ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION  
DE L'ALCOOL, DU TABAC ET DES DROGUES ILLICITES

# Vue GÉNÉRALE

## DES COÛTS ÉCONOMIQUES DE L'ABUS DE SUBSTANCES

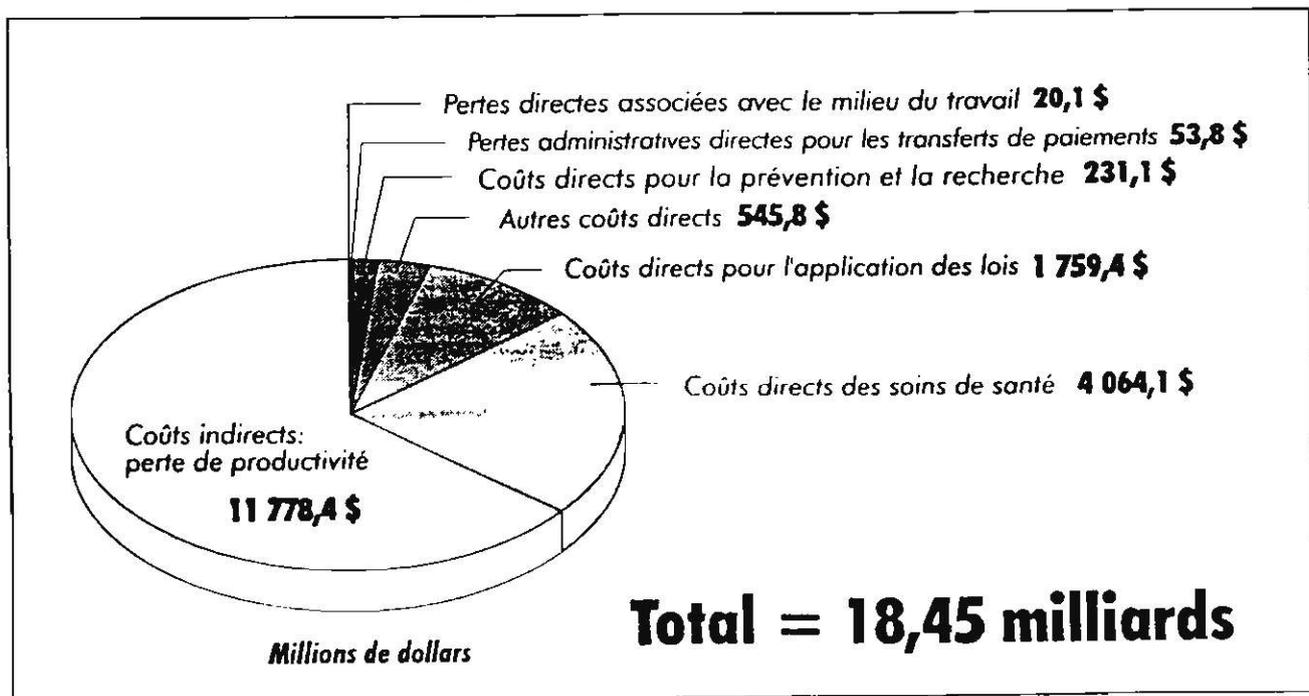
Il est estimé que l'abus de substances coûte plus de 18,45 milliards au Canada en 1992. Ceci représente 649 dollars per capita, ou près de 2,67 % du total du Produit intérieur brut.

- ▶ L'alcool est responsable de 7,5 milliards des coûts, ou 265 \$ per capita. Ceci représente 40,8 % du total des coûts de l'abus de substances. La majorité des coûts économiques pour l'alcool est de 4,1 milliards pour la perte de productivité due à la maladie et aux décès prématurés, 1,36 milliards pour l'application des lois et 1,3 milliards en coûts directs pour les soins de santé.
- ▶ Le tabac compte pour 9,56 milliards en coût, ou 336 \$ per capita. Ceci représente plus de la moitié

(51,8 %) des coûts totaux de la toxicomanie. La perte de productivité due à la maladie et aux décès prématurés est responsable de plus de 6,8 milliards de ces coûts et les soins directs de santé dus au tabagisme comptent pour 2,67 milliards des coûts totaux.

- ▶ Les coûts économiques des drogues illicites sont estimés à 1,37 milliards, ou 48 \$ per capita. La majorité des coûts (approximativement 823 millions) représente une perte de productivité due à la maladie et aux décès prématurés et une partie substantielle des coûts (400 millions) sont pour l'application des lois. Les coûts directs pour les soins de santé dus aux drogues illicites sont estimés à 88 millions.

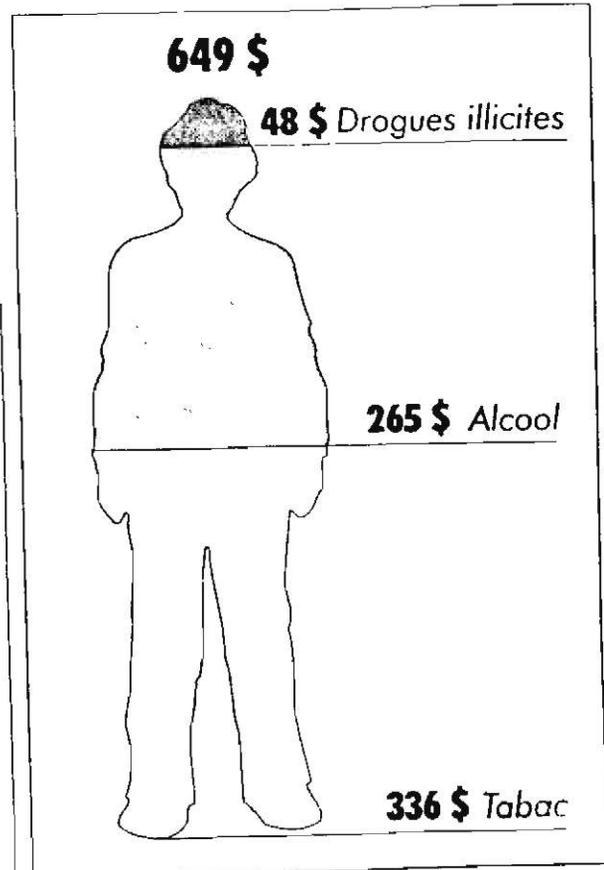
### Les coûts totaux pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites au Canada, 1992



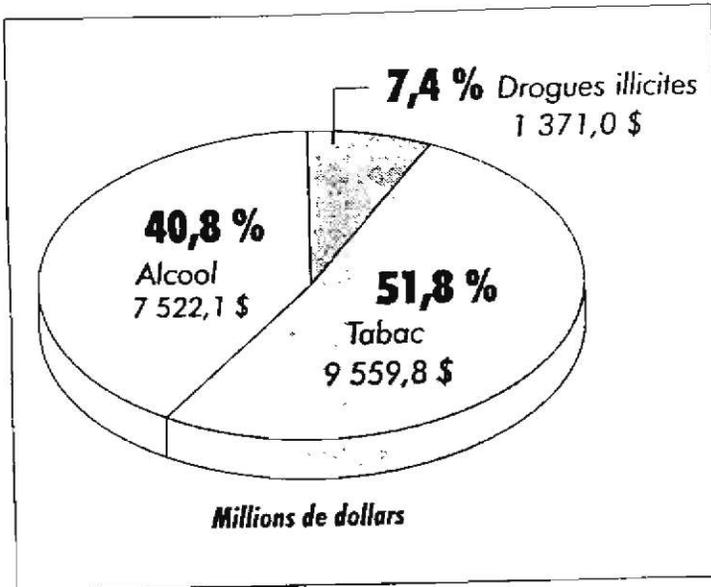
## Les coûts totaux pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites au Canada, 1992

	Alcool	Tabac	Drogues illicites	Total
	Millions de dollars			
<b>1. Coûts directs des soins de santé: total</b>	<b>1 300,6 \$</b>	<b>2 675,5 \$</b>	<b>88,0 \$</b>	<b>4 064,1 \$</b>
1.1 morbidité-hôpitaux de soins généraux	666,0	1 752,9	34,0	2 542,9
-hôpitaux psychiatriques	29,0	—	4,3	33,3
1.2 co-morbidité	72,0	—	4,7	76,7
1.3 service d'ambulance	21,8	57,2	1,1	80,1
1.4 soins à domicile	180,9	—	20,9	201,8
1.5 traitement externe	82,1	—	7,9	90,0
1.6 soins ambulatoires: honoraires des médecins	127,4	339,6	8,0	475,0
1.7 médicaments prescrits	95,5	457,3	5,8	558,5
1.8 autres coûts pour les soins de santé	26,0	68,4	1,3	95,8
<b>2. Pertes directes associées au milieu de travail</b>	<b>14,2</b>	<b>0,4</b>	<b>5,5</b>	<b>20,1</b>
2.1 PAE et programme de promotion de la santé	14,2	0,4	3,5	18,1
2.2 dépistage de consommation de drogues en milieu de travail	s/o	—	2,0	2,0
<b>3. Coûts administratifs directs pour les transferts de paiements</b>	<b>52,3</b>	<b>—</b>	<b>1,5</b>	<b>53,8</b>
3.1 allocations de bien-être et autres programmes	3,6	—	s/o	3,6
3.2 compensation des travailleurs	48,7	—	1,5	50,2
3.3 autres coûts administratifs	s/o	s/o	s/o	s/o
<b>4. Coûts directs pour la prévention et la recherche</b>	<b>141,4</b>	<b>48,0</b>	<b>41,9</b>	<b>231,1</b>
4.1 recherche	21,6	34,6	5,0	61,1
4.2 programmes de prévention	118,9	13,4	36,7	168,9
4.3 coûts de formation pour les médecins et les infirmières	0,9	s/o	0,2	1,1
4.4 coûts pour la modification de comportement	s/o	s/o	s/o	s/o
<b>5. Coûts directs de l'application des lois</b>	<b>1 359,1</b>	<b>—</b>	<b>400,3</b>	<b>1 759,4</b>
5.1 policiers	665,4	s/o	208,3	873,7
5.2 tribunaux	304,4	s/o	59,2	363,6
5.3 services correctionnels incluant la probation	389,3	s/o	123,8	513,1
5.4 douanes et accises	s/o	s/o	9,0	9,0
<b>6. Autres coûts directs</b>	<b>510,0</b>	<b>17,1</b>	<b>10,7</b>	<b>545,8</b>
6.1 dommage dû aux incendies	35,2	17,1	s/o	52,3
6.2 dommage dû aux accidents de la circulation	482,8	—	10,7	493,5
<b>7. Coûts indirects: perte de productivité</b>	<b>4 136,5</b>	<b>6 818,8</b>	<b>823,1</b>	<b>11 778,4</b>
7.1 perte de productivité due à la morbidité	1 397,7	84,5	275,7	1 757,9
7.2 perte de productivité due à la mortalité	2 738,8	6 734,3	547,4	10 020,5
7.3 perte de productivité due au crime	—	—	s/o	s/o
<b>TOTAL</b>	<b>7 522,1</b>	<b>9 559,8</b>	<b>1 371,0</b>	<b>18 452,9</b>
Total du % du Produit intérieur brut	1,09 %	1,39 %	0,20 %	2,67 %
Total per capita	265 \$	336 \$	48 \$	649 \$
Total du % de tous les coûts reliés aux substances	40,8 %	51,8 %	7,4 %	100,0 %

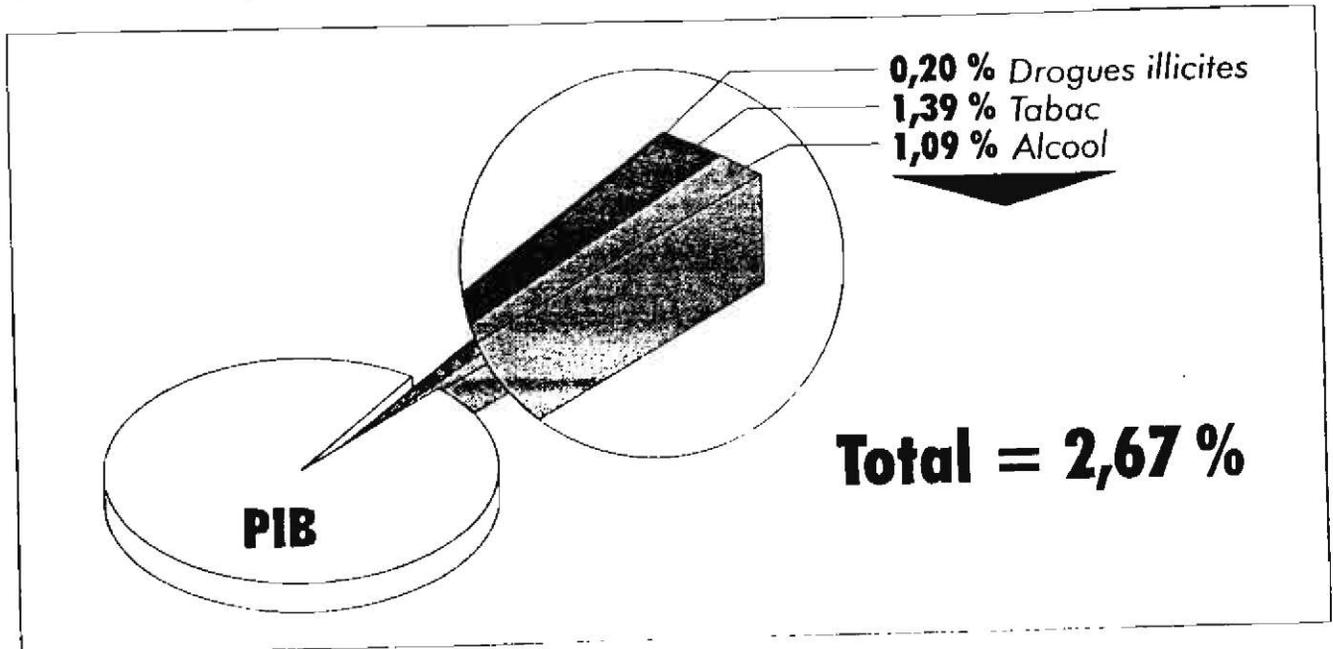
**Coûts totaux per capita**



**Coûts totaux par substance**



**Coûts totaux représentant un pourcentage du Produit intérieur brut**





## ESTIMATIONS PAR PROVINCE

es coûts économiques reliés à l'abus de substances ont également été estimés pour chacune des dix provinces canadiennes. Les estimations des décès et des maladies dûs à l'alcool, au tabac et aux drogues reposent sur les données provinciales en regard de la prévalence de l'utilisation et du nombre de décès et d'hospitalisations. Là où des données spécifiques provinciales étaient disponibles sur les différentes composantes, elles ont été utilisées. Là où les données ne sont pas disponibles, les per capita nationaux moyens ont été utilisés.

### DIFFÉRENCE ENTRE MORTALITÉ ET MORBIDITÉ

Le taux général de mortalité dû à l'abus de substances est plus élevé à l'Île-du-Prince-Édouard (180 décès par 100 000 de population) et en Nouvelle-Écosse (128

décès par 100 000 de population). Ces différences entre les provinces concernant les décès reliés en général aux substances sont majoritairement dues au nombre de décès reliés au tabac, qui est plus élevé en Nouvelle-Écosse (154 décès par 100 000) et à l'Île du Prince-Édouard (153 décès par 100 000). L'Alberta, d'autre part, a le taux le plus bas de mortalité due au tabagisme (89 décès par 100 000 de population). L'Ontario (110 par 100 000), Terre-Neuve (112 par 100 000) et la Saskatchewan (116 par 100 000) ont également

des taux relativement plus élevés de mortalité reliés au tabac, alors que le Québec (132 par 100 000) et le Nouveau-Brunswick (131 par 100 000) sont au dessus de la moyenne nationale.

Les différences entre les provinces concernant les pertes d'années de vie potentielles, et les hospitalisations dues à l'utilisation du tabac reflètent les tendances relatives aux décès, avec les plus hauts per capita à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse et les plus bas en Alberta. Toutefois, les plus haut taux de jours en milieu hospitalier dûs aux maladies reliées au tabac sont attribuable au Nouveau-Brunswick (13 493 jours pour 100 000 de population) et au Québec (13 225 par 100 000). Le taux de mortalité le plus bas en lien avec les problèmes dûs à l'alcool est à Terre-Neuve (15 décès par 100 000 de population).

Parmi les autres provinces, il y a relativement peu de variation dans les taux de décès reliés à l'alcool, variant de 23 par 100 000 de population en Ontario, au Québec et au Nouveau-Brunswick à 27 par 100 000 en Colombie-Britannique. Terre-Neuve et l'Ontario ont les taux les plus bas sur la perte des années de vie potentielles, alors que l'Alberta a les taux les plus élevés. Le nombre d'hospitalisations et de jours en milieu hospitalier, reliés à l'alcool est moins élevé au Nouveau-Brunswick. La Saskatchewan a les taux les plus élevés concernant les hospitalisations dues aux problèmes reliés à l'alcool alors que la Colombie-Britannique a le plus grand nombre de jours en milieu hospitalier per capita, reliés aux problèmes d'alcool.

Les situations reliées aux drogues illicites sont responsables de beaucoup moins de décès en général que les situations reliées au tabac. Les taux de décès dûs aux drogues illicites varient considérablement d'une province à l'autre. De loin, on compte le plus grand nombre de décès per capita en Colombie Britannique (4,7 par 100 000 de population) et les taux les plus bas à Terre-Neuve (1,0 par 100 000). L'Alberta (3,1) et le Québec (2,8) ont des taux de décès reliés aux drogues illicites supérieurs à la moyenne. Il y a relativement

**LE NOMBRE DE DÉCÈS RELIÉS AUX DROGUES ILLICITES EN ONTARIO EST PRÈS DE LA MOYENNE NATIONALE EN DÉPIT DE LA CONCENTRATION DES CONSOMMATEURS DE DROGUES DANS LA MÉTROPOLÉ DE TORONTO.**



peu de variation parmi les autres provinces, avec un taux de variation de 1,5 au Nouveau-Brunswick à 2,0 en Saskatchewan et en Ontario. Quelque peu surprenant, le nombre de décès reliés aux drogues illicites en Ontario est près de la moyenne nationale en dépit de la concentration des consommateurs de drogues dans la métropole de Toronto. Les différences au niveau des provinces quant au nombre d'années de vie potentielles perdues, aux hospitalisations et aux jours en milieu hospitalier suivent généralement les taux de mortalité. Toutefois, Terre-Neuve a un taux relativement élevé quant aux jours en milieu hospitalier, reliés aux drogues illicites, en dépit de taux relativement peu élevés de décès et d'hospitalisation.

## DIFFÉRENCES DANS LES COÛTS ÉCONOMIQUES

Le rapport démontre que les coûts per capita reliés à l'abus d'alcool sont plus élevés en Alberta (285 \$). Les per capita les moins élevés sont à Terre-Neuve (199 \$). Parmi les autres provinces, le per capita varie de 242 \$ au Québec à 283 \$ à l'Île du Prince-Édouard.

La Nouvelle-Écosse encourt les plus importants coûts reliés au tabac (398 \$), suivie par l'Île du Prince-Édouard (361 \$), le Nouveau-Brunswick (354 \$) et

l'Ontario (346 \$). Les coûts les moins élevés per capita attribuables au tabac sont en Alberta (277 \$), Saskatchewan (281 \$) et Terre-Neuve (294 \$).

Les coûts per capita pour les drogues illicites varient de 31 \$ à Terre-Neuve à 60 \$ en Colombie Britannique. Il est estimé que les drogues illicites ont généré des coûts de 207 millions à la Colombie Britannique en 1992. Des coûts économiques relativement élevés sont également attribués aux drogues illicites en Alberta (135 millions ou 51 \$ per capita), en Ontario (507 millions ou 48 \$ per capita), au Québec (334 millions ou 47 \$ per capita) et à l'Île-du-Prince-Édouard (4,7 millions ou 36 \$ per capita). Le tableau suivant présente les coûts de l'abus de substances dans les provinces en regard du Produit intérieur brut (PIB) et comme dépense per capita. Le coût per capita est le plus élevé en Nouvelle-Écosse (699 \$) et à l'Île-du-Prince-Édouard (681 \$) et le moins élevé à Terre-Neuve (524 \$). En relation avec le Produit intérieur brut, les coûts reliés à l'abus de substances sont plus élevés à l'Île-du-Prince-Édouard (88,7 millions ou 4,03 % du PIB) et moins élevés en Alberta (1,6 milliards ou 2,2 % du PIB). Le coût de l'abus de substances dans les autres provinces varie de 2,5 % du PIB en Ontario à 3,6 % en Nouvelle-Écosse.

## Le total des coûts de l'abus de substances dans les provinces canadiennes en 1992

Province:	C.B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qué.	N.-B.	N.-É.	I.-P.-É.	N.L.
Population (x 1000)	3 451,3	2 632,4	1 004,5	1 113,1	10 609,8	7 150,7	749,1	920,8	130,3	581,1
PIB (x million \$)	86 337	73 720	21 001	23 631	280 509	156 761	13 967	17 800	2 196	9 182
<b>Coûts totaux pour l'alcool</b>	<b>938 863</b>	<b>749 330</b>	<b>265 977</b>	<b>283 542</b>	<b>2 861 936</b>	<b>1 728 517</b>	<b>178 645</b>	<b>240 092</b>	<b>36 928</b>	<b>115 233</b>
Le % en rapport avec le PIB	1,09 %	1,02 %	1,27 %	1,20 %	1,02 %	1,11 %	1,28 %	1,35 %	1,67 %	1,26 %
Coûts totaux per capita	272 \$	285 \$	265 \$	255 \$	270 \$	243 \$	239 \$	261 \$	283 \$	199 \$
Le % sur le total des coûts engendrés par l'abus de substances	41,6	46,5	45,5	41,6	40,5	39,0	38,1	37,3	41,6	37,9
<b>Coûts totaux pour le tabac</b>	<b>1 110 645</b>	<b>728 589</b>	<b>281 842</b>	<b>354 008</b>	<b>3 673 860</b>	<b>2 366 748</b>	<b>265 551</b>	<b>367 016</b>	<b>47 858</b>	<b>170 976</b>
Le % en rapport avec le PIB	1,29	0,99	1,34	1,50	1,31	1,51	1,90	2,06	2,14	1,86
Coûts totaux per capita	322	277	281	318	346	331	354	398	361	294
Le % sur le total des coûts engendrés par l'abus de substances	49,2	45,2	48,3	51,9	52,3	53,4	56,6	57,1	53,1	56,1
<b>Coûts totaux pour les drogues illicites</b>	<b>207 524</b>	<b>135 258</b>	<b>36 128</b>	<b>45 132</b>	<b>507 518</b>	<b>334 299</b>	<b>25 256</b>	<b>36 156</b>	<b>4 686</b>	<b>18 239</b>
Le % en rapport avec le PIB	0,24	0,18	0,17	0,19	0,18	0,21	0,18	0,20	0,21	0,20
Coûts totaux per capita	60	51	36	40	48	47	34	39	36	31
Le % sur le total des coûts engendrés par l'abus de substances	9,2	8,4	6,2	6,6	7,2	7,5	5,4	5,6	5,3	6,0
<b>Coûts totaux de l'abus de substances</b>	<b>2 257 042</b>	<b>1 613 176</b>	<b>583 946</b>	<b>682 682</b>	<b>7 027 101</b>	<b>4 429 546</b>	<b>469 451</b>	<b>643 265</b>	<b>88 672</b>	<b>304 548</b>
Le % en rapport avec le PIB	2,61	2,19	2,78	2,89	2,51	2,83	3,36	3,61	4,03	3,32
Coûts totaux per capita	654	613	581	613	662	619	627	698	895	524

# Errata

## Les coûts de l'abus de substances au Canada : points saillants

- Dans le tableau de la page 8, le coût total de la morbidité applicable aux hôpitaux généraux (ligne 11), soit 2 542,9 dollars, devrait se lire 2 452,9 dollars. Tous les autres chiffres du tableau sont corrects.
- A la page 10, à compter de la neuvième ligne de la deuxième colonne, il y aurait lieu de remplacer le nombre estimatif des décès reliés au tabac, 45 000, par 41 400. Ce chiffre s'applique d'ailleurs à 1991 et non pas à 1993. Il conviendrait en outre de corriger l'un des noms associés à cette estimation comme suit : Makomaski-Illing.
- Certains changements ont été apportés au tableau de la page 15. Le tableau révisé, **Le total des coûts de l'abus de substances dans les provinces canadiennes, 1992**, paraît ci-après.
- Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (Québec) a contribué au financement de la présente étude des coûts de l'abus de substances au Canada. Nous nous excusons d'avoir omis, par inadvertance, de lui rendre tout particulièrement hommage dans nos remerciements.

Province:	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qué.	N.-B.	N.-E.	I.-P.-E.	T.-N.
Population (x 1000)	3 451,3	2 632,4	1 004,5	1 113,1	10 609,8	7 150,7	749,1	920,8	130,3	581,1
PIB (x million \$)	86 337	73 720	21 001	23 631	280 509	156 761	13 967	17 800	2 196	9 182
<b>Coûts totaux pour l'alcool</b>	<b>938 863</b>	<b>749 330</b>	<b>265 977</b>	<b>283 542</b>	<b>2 861 926</b>	<b>1 728 517</b>	<b>178 645</b>	<b>240 092</b>	<b>36 928</b>	<b>115 333</b>
Le % en rapport avec le PIB	1,09 %	1,02 %	1,27 %	1,20 %	1,02 %	1,11 %	1,28 %	1,35 %	1,67 %	1,26 %
Coûts totaux per capita	272 \$	285 \$	265 \$	255 \$	270 \$	243 \$	239 \$	261 \$	283 \$	199 \$
Le % sur le total des coûts engendrés par l'abus de substances	41,6	46,5	45,5	41,6	40,5	39,0	38,1	37,3	41,6	37,9
<b>Coûts totaux pour le tabac</b>	<b>1 110 665</b>	<b>728 589</b>	<b>281 842</b>	<b>354 008</b>	<b>3 673 860</b>	<b>2 366 748</b>	<b>265 551</b>	<b>367 016</b>	<b>47 058</b>	<b>170 976</b>
Le % en rapport avec le PIB	1,29	0,99	1,34	1,50	1,31	1,51	1,90	2,06	2,14	1,86
Coûts totaux per capita	322	277	281	318	346	331	354	398	361	294
Le % sur le total des coûts engendrés par l'abus de substances	49,2	45,2	48,3	51,9	52,3	53,4	56,6	57,1	53,1	56,1
<b>Coûts totaux pour les drogues illicites</b>	<b>207 534</b>	<b>135 258</b>	<b>36 128</b>	<b>45 132</b>	<b>507 518</b>	<b>334 299</b>	<b>25 256</b>	<b>36 156</b>	<b>4 686</b>	<b>18 239</b>
Le % en rapport avec le PIB	0,24	0,18	0,17	0,19	0,18	0,21	0,18	0,20	0,21	0,20
Coûts totaux per capita	60	51	36	40	48	47	34	39	36	31
Le % sur le total des coûts engendrés par l'abus de substances	9,2	8,4	6,2	6,6	7,2	7,5	5,4	5,6	5,9	6,0
<b>Coûts totaux de l'abus de substances</b>	<b>2 257 062</b>	<b>1 613 176</b>	<b>583 946</b>	<b>682 682</b>	<b>7 027 101</b>	<b>4 429 546</b>	<b>469 451</b>	<b>643 265</b>	<b>88 672</b>	<b>304 548</b>
Le % en rapport avec le PIB	2,61	2,19	2,78	2,89	2,51	2,83	3,36	3,61	4,03	3,32
Coûts totaux per capita	654	613	581	613	662	619	627	698	681	524

# SOMMAIRE ET CONCLUSIONS

## UN TRÈS LOURD BILAN

Un nombre de 40 930 décès est attribuable à l'abus de substances au Canada en 1992. Le tabac est responsable de 33 498 de ces décès, l'alcool de 6 701 et les drogues illicites de 732. Ceci représente 21 % du total des décès pour cette même année. Les décès reliés au tabac comptent à eux seuls pour 17 % de l'ensemble des décès en 1992. La perte d'années de vie potentielles due à l'abus de substances constitue 23 % du total des années perdues pour toutes causes—16 % due au tabac, 6 % due à l'alcool et 1 % due à l'utilisation des drogues illicites. Le nombre d'hospitalisations dues à l'abus de substances constitue 8 % du nombre total des hospitalisations et 10 % des jours en milieu hospitalier pour toutes causes.

Il est estimé que les coûts reliés à l'abus de substances sont de 18,45 milliards au Canada en 1992. Ceci représente un per capita de 649 \$, ou près de 2,7 % du total du Produit intérieur brut. L'alcool est responsable de plus de 7,5 milliards de ces coûts, représentant 265 \$ per capita. Le tabac est responsable de plus de 9,6 milliards de ces coûts ou 340 \$ per capita. Le coût économique des drogues illicites est estimé à 1,37 milliards, ou 48 \$ par personne.

## MEILLEURES ESTIMATIONS

Dans la présente étude, l'estimation des décès et de la maladie attribuables à l'abus de substances est moins élevée que dans des études antérieures. Ceci est grandement dû à l'accessibilité d'informations beaucoup plus précises sur les fractions attribuables aux catégories de maladies spécifiques (en regard de catégories plus larges) avec l'âge, le genre et la province, toutes prises en compte. En regard du tabac, l'estimation moins élevée de la maladie et des décès est largement attribuable à l'utilisation de nombreuses sources d'estimation provenant de différentes études plutôt que d'une seule.

## DÉCÈS ÉVITÉS

Il a été trouvé que l'alcool a contribué à prévenir 7 401 décès en 1992, en grande partie à cause des impacts bénéfiques de la consommation d'alcool sur les maladies du coeur et les arrêts cardiaques. Toutefois, les années potentielles de vie perdues à cause de l'alcool (186 257) sont beaucoup plus importantes que le nombre d'années potentielles de vie sauvées par ces effets bénéfiques (88 656). De plus, le nombre d'hospitalisations causées par l'alcool (86 076) dépasse de loin le nombre que l'alcool a contribué à éviter. (45 414).

## DÉCÈS ACCIDENTELS

Les décès accidentels sont responsables d'un beaucoup plus grand nombre de l'ensemble des situations de morbidité et de mortalité reliées à l'alcool que démontré dans les études précédentes. Ceci est le résultat de maladies chroniques contribuant une proportion moindre des maladies et des décès sur l'ensemble des cas reliés à l'alcool que dans les études antérieures. Par exemple, des estimations antérieures attribuaient 10 % de tous les cancers à l'alcool, mais des calculs plus détaillés indiquent que seulement 2,1 % des décès reliés au cancer sont dus à l'alcool.

## COÛTS ÉVITABLES

En 1992, le coût des politiques, application des lois, prévention et recherche était plus bas pour le tabac, la substance psychoactive qui afflige la société des coûts les plus élevés. On en conclut que la majorité des coûts associés à l'alcool et aux drogues illicites sont évitables, mais ceci est moins vrai pour le tabac.

## VARIATION DES COÛTS

Enfin, on conclut que les coûts reliés à l'abus de substances varient considérablement d'une province à l'autre au Canada.



***ANNEXE 2***

***California Environmental Protection Agency***

***Résumé du rapport final***

# Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke

Final Report  
September 1997



**C A L I F O R N I A**  
**ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY**  
**OFFICE OF ENVIRONMENTAL HEALTH HAZARD ASSESSMENT**

**LA FUMÉE DU TABAC DANS L'ENVIRONNEMENT :**  
**TRADUCTION DU RÉSUMÉ DU RAPPORT DU CALEPA**

Au cours de la dernière décennie, de nombreuses études scientifiques ont établi des liens de cause à effet entre la fumée du tabac dans l'environnement (FTE) et diverses conséquences néfastes pour la santé.

Le rapport du *Surgeon-General* des États-Unis, publié en 1986, a été le premier à dresser un bilan des méfaits de la FTE sur la santé. Ces données ont été confirmées en 1994 dans le rapport du *Environmental Protection Agency* américain (US EPA). En 1997, la CALEPA (*California Protection Agency*) publie le rapport *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke*, après cinq années de consultations et d'analyses épidémiologiques. Ce rapport confirme les données et résultats de toutes les études antérieures :

« Un lien de cause à effet a été démontré entre l'exposition à la FTE et la mortalité liée aux maladies cardiaques, au syndrome de mort subite du nourrisson de même qu'aux cancers du poumon et des sinus. Parmi les effets importants de l'exposition à la FTE sur la santé des enfants notons, l'apparition et l'aggravation de l'asthme, les bronchites et les pneumonies, les infections de l'oreille moyenne, les symptômes respiratoires chroniques de même qu'un poids insuffisant à la naissance. »

Il est à noter que, depuis la publication du rapport du CALEPA, les ministères de la santé d'Australie (*The Health Effects of Passive Smoking*, novembre 1997) et de Grande-Bretagne (*Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health - SCOTH*, 1998) ont, à leur tour, publié des rapports sur les conséquences désastreuses de la FTE sur la santé.

Ces trois rapports sont disponibles en version électronique :

CALEPA : <http://www.calepa.cahwnet.gov/oehha/docs/finalets.htm>  
Australie : <http://www.health.gov.au/nhmrc/advice/nhmrc/foreword.htm>  
SCOTH : <http://www.open.gov.uk/doh/public/scoth.htm>

## LES EFFETS SUR LA SANTÉ DE L'EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC DANS L'ENVIRONNEMENT

Conclusions adoptées par le Comité scientifique  
responsable de la révision du rapport

19 juin 1997

Le Comité scientifique a révisé le rapport intitulé « Les effets sur la santé de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement » (*Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke*) préparé par le Bureau d'évaluation des risques environnementaux à la santé (*Office of Environmental Health Hazard Assessment [OEHHA]*). Les membres du Comité ont également revu les commentaires reçus du public concernant ce rapport. À la suite de cette révision, le Comité établit les conclusions suivantes :

1. La fumée de tabac dans l'environnement (*FTE*) constitue une source importante d'exposition à des contaminants toxiques de l'air. Ainsi, malgré le nombre croissant de restrictions appliquées à l'usage du tabac et une sensibilisation accrue aux impacts de la *FTE* sur la santé, l'exposition à la *FTE* continue de représenter une préoccupation majeure de santé publique.
2. Un lien de cause à effet existe entre l'exposition au tabagisme du conjoint et la mortalité liée aux maladies coronariennes chez les non-fumeurs. La valeur du risque associé à l'exposition à la *FTE* a presque toujours été augmentée par l'ajustement pour les autres variables mesurées dans les études. Chez les non-fumeurs exposés à la *FTE* d'un conjoint fumeur, le risque de mortalité due à l'insuffisance coronarienne est augmenté par un facteur de 1,3 par rapport à celui de non-fumeurs non exposés à la *FTE*. Le lien entre les maladies coronariennes et le risque est plus fort en ce qui concerne la mortalité qu'en ce qui concerne les conséquences non mortelles, incluant l'angine. Les maladies cardiaques sont la principale conséquence mortelle de l'exposition à la *FTE*.
3. La *FTE* est un mélange complexe de produits chimiques créés lorsque des produits de tabac sont brûlés et fumés. Les produits chimiques contenus dans la *FTE* comprennent des irritants et des substances toxiques pour l'organisme, des substances mutagènes et cancérigènes ainsi que des substances toxiques agissant sur le système de reproduction et sur le développement. A ce jour, plus de cinquante composantes de la fumée de tabac ont été identifiées comme cancérigènes et six, comme substances toxiques agissant sur le système reproducteur et sur le développement selon la proposition 65 du Code de santé et de sécurité de la Californie, article 25249.5 et suivants (*California Health and Safety Code 25249.5 et seq.*). Douze ont été identifiées comme des contaminants toxiques de l'air, selon l'article AB 1807.
4. Le rapport du Chef des services de santé des Etats-Unis de 1986 (*Report of the Surgeon General*), le rapport du Conseil national de la recherche (*National Research Council*) également publié en 1986 sous le titre « La fumée de tabac dans l'environnement : mesures

de l'exposition et des impacts sur la santé (*Environmental Tobacco Smoke: Measuring Exposures and Assessing Health Effects*) ainsi que le rapport de l'Agence américaine de protection de l'environnement de 1992 (US Environmental Protection Agency) intitulé «Les effets de la fumée passive sur la santé respiratoire : cancer du poumon et autres maladies» (*Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders*) ont démontré que l'exposition à la FTE cause le cancer du poumon. Les résultats d'études épidémiologiques récentes sont compatibles avec le lien de cause à effet établi précédemment.

5. Les données disponibles suggèrent que la fréquence de l'exposition à la FTE est moindre en Californie qu'ailleurs aux États-Unis. Néanmoins, les adultes californiens sont exposés à la FTE de façon importante dans leur lieu de travail, à la maison, de même que dans d'autres lieux intérieurs. La maison est le lieu où les enfants sont le plus exposés.
6. L'exposition à la FTE affecte la croissance du fœtus et de nombreuses études épidémiologiques ont identifié des risques accrus de bébés de poids insuffisant à la naissance et de bébés dont le poids ne correspond pas à l'âge gestationnel. Le principal effet observé, soit une réduction du poids moyen à la naissance, est de moindre importance. Si la distribution du poids à la naissance est réduite par une exposition à la FTE, comme il semble être le cas chez les bébés des femmes qui fument pendant la grossesse, les nouveau-nés qui sont déjà à risque pourraient se retrouver dans des catégories à risque encore plus élevées. Un poids insuffisant à la naissance est associé à plusieurs problèmes de santé reconnus chez le nouveau-né et est un facteur de risque important de mortalité périnatale.
7. De nombreuses études ont démontré un risque accru du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) chez les nouveau-nés de mères qui fument. Jusqu'à tout récemment, il était impossible de distinguer les effets de l'exposition du nouveau-né à la FTE après la naissance des effets de l'exposition du fœtus causée par le tabagisme de la mère durant la grossesse. Des études épidémiologiques récentes ont maintenant démontré que l'exposition à la FTE en période postnatale est en elle-même une cause du syndrome de mort subite du nourrisson.
8. L'exposition à la FTE affecte les voies respiratoires supérieures et inférieures. Chez les enfants, l'exposition à la FTE peut exacerber l'asthme et augmenter le risque de maladies des voies respiratoires inférieures de même que d'infections aiguës et chroniques de l'oreille moyenne. L'irritation des yeux et du nez sont les symptômes décrits le plus fréquemment parmi les non-fumeurs adultes exposés à la FTE. L'odeur de la fumée de tabac crée un désagrément identifié dans plusieurs études.
9. En ce qui concerne les effets chroniques sur la santé, des preuves convaincantes indiquent que la FTE serait un facteur de risque associé à l'apparition de nouveaux cas d'asthme de même qu'à l'accroissement de la gravité de la maladie chez des enfants déjà asthmatiques. De plus, les symptômes respiratoires chroniques chez les enfants, comme la toux, le flegme et la respiration sifflante, sont associés au tabagisme des parents.. Bien qu'il existe certaines divergences entre les résultats de différentes études, il a été démontré que l'exposition à la FTE pendant l'enfance a un effet sur la croissance et le développement des poumons. Cet effet peut être mesuré lors de tests de fonction pulmonaire par une diminution légère mais

statistiquement significative de la fonction pulmonaire. Ces altérations de la fonction pulmonaire pourraient persister jusqu'à l'âge adulte.

10. Les effets de l'exposition chronique à la FTE sur la fonction pulmonaire d'adultes en santé sont probablement mineurs. Cependant, lorsque combinée avec d'autres facteurs (ex. : le fait d'avoir déjà fumé, l'exposition à des irritants liés au milieu de travail ou à des polluants contenus dans l'air ambiant), l'exposition à la FTE pourrait contribuer à la détérioration chronique de la fonction respiratoire chez l'adulte. De plus, l'exposition régulière à la FTE chez l'adulte augmente le risque de certaines maladies des voies respiratoires inférieures (ex. : la bronchite et la respiration sifflante autre qu'associée à un rhume).
11. Les enfants sont particulièrement sensibles aux effets de l'exposition à la FTE sur la respiration. Les enfants qui souffrent de fibrose kystique sont probablement plus sensibles que les enfants en bonne santé. Plusieurs études réalisées auprès de patients souffrant de fibrose kystique, une maladie qui se caractérise par des infections pulmonaires récurrentes et chroniques, suggèrent que la FTE peut exacerber cette maladie. Plusieurs études ont démontré un risque accru d'atopie (une prédisposition au développement d'anticorps IgE contre des allergènes courants, pouvant ensuite se manifester par une variété de conditions allergiques) chez les enfants de mères qui fument, bien qu'il existe certaines divergences à ce sujet.
12. Chacune des trois études examinant les effets de l'exposition à la FTE sur le cancer des sinus démontre des associations compatibles, indiquant fortement que l'exposition à la FTE augmente le risque de cancer des sinus chez les adultes non fumeurs. D'autres études sont nécessaires afin de caractériser l'ampleur du risque de cancer des sinus associé à l'exposition à la FTE.
13. Des données épidémiologiques et biochimiques suggèrent que l'exposition à la FTE pourrait augmenter le risque de cancer du col de l'utérus. Des liens positifs ont été observés dans deux des trois études cas-témoin et un lien positif mais statistiquement non significatif a été observé dans la seule étude prospective réalisée. La découverte de fragments d'ADN dans l'écouvillon du col de l'utérus de même que la présence de nicotine et de cotinine dans le mucus du col de l'utérus chez des non-fumeuses exposées à la FTE fournissent une certaine plausibilité biologique à cette hypothèse.
14. Des études suggèrent une association entre l'exposition à la FTE et le cancer du sein mais ces associations n'étaient présentes que dans certains sous-groupes, indiquant qu'il n'y a soit aucun lien entre le fait de fumer et le risque de cancer du sein ou que le lien entre le cancer du sein et le fait de fumer est plus faible que celui entre le cancer du sein et l'exposition à la FTE. Cependant, rien n'indique que le risque augmente avec une augmentation de l'intensité de l'exposition à la FTE. Les résultats d'une étude récente suggèrent tout de même que la fumée de tabac peut avoir une influence sur le risque de cancer du sein chez certains groupes de femmes plus prédisposées. D'autres recherches sont nécessaires.

En résumé, il existe un lien de cause à effet entre l'exposition à la FTE et bon nombre d'effets mortels et non-mortels sur la santé. Un lien de cause à effet a été démontré entre l'exposition à la FTE et la mortalité liée aux maladies cardiaques, au syndrome de mort subite du nourrisson de même qu'aux cancers du poumon et des sinus. Parmi les effets importants de l'exposition à la FTE sur la santé des

enfants notons, l'apparition et l'aggravation de l'asthme, les bronchites et les pneumonies, les infections de l'oreille moyenne, les symptômes respiratoires chroniques de même qu'un poids insuffisant à la naissance. Chez les adultes, il existe un lien de cause à effet entre la morbidité liée aux maladies cardiaques aiguës et chroniques et l'exposition à la FTE. La FTE cause également l'irritation des yeux et du nez et son odeur est source de désagrément.

Il existe probablement un lien entre la FTE et les situations suivantes : l'avortement spontané, le mauvais développement neuropsychologique, le cancer du col de l'utérus, l'aggravation de la fibrose kystique de même que la diminution de la fonction pulmonaire, mais d'autres études sont nécessaires pour confirmer ce lien.

Il est impossible de juger, en se basant sur les preuves actuelles, de l'impact de la FTE sur, notamment, les malformations congénitales, les changements affectant la fertilité et la fécondité des femmes, le système reproducteur des hommes, les cancers infantiles rares de même que les cancers de la vessie, du sein, de l'estomac, du cerveau, et des systèmes hématopoïétique et lymphatique.

Plusieurs Californiens sont exposés à la FTE et le nombre de personnes dont la santé est affectée est, par conséquent, important. Chaque année, la FTE suscite l'apparition de 960 à 3 120 nouveaux cas d'asthme chez les enfants et entre 48 000 et 120 000 enfants voient leur condition asthmatique s'aggraver. De plus, l'exposition à la FTE concourt à 78 600 à 188 700 visites d'enfants chez le médecin pour des infections de l'oreille moyenne, à 18 000 à 36 000 cas de bronchite ou de pneumonie chez les nouveau-nés et les tout-petits dont 900 à 1.800 nécessitent un séjour à l'hôpital et à 1 200 à 2 200 naissances de bébés de poids insuffisant. En Californie, la mortalité annuelle liée à l'exposition à la FTE est évaluée à environ 120 décès causés par le syndrome de la mort subite du nourrisson, à 16 à 25 décès de tout-petits et de nourrissons causés par la bronchite et la pneumonie, à environ 360 décès causés par le cancer du poumon et à 4 200 à 7 440 décès par cardiopathie ischémique. Ainsi, la FTE a un impact majeur sur la santé publique.

À la suite de la révision attentive du rapport préliminaire de l'OEHHA présenté en février 1997 et intitulé «Les effets sur la santé de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement » (*Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke*), il est de notre avis que la version actuelle, qui inclut les modifications précisées par l'OEHHA lors de notre rencontre du 19 juin 1997, représente une évaluation complète du bilan des connaissances scientifiques actuelles. En nous basant sur les preuves disponibles, nous concluons que la FTE est un contaminant toxique de l'air.

Je certifie que ce qui précède est une copie fidèle et exacte des conclusions adoptées par le Comité scientifique le 19 juin 1997

James N. Pitts Jr., Ph.D.  
Président, Comité scientifique

***ANNEXE 3***

***La fumée de tabac menace la santé des travailleurs  
de la restauration***

***Communiqué de presse  
30 avril 1998***



---

## COMMUNIQUÉ

Diffusion : 30 avril 1998  
11h00

---

### LA FUMÉE DE TABAC MENACE LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS DE LA RESTAURATION NON-FUMEURS.

Montréal, le 30 avril 1998. Une étude réalisée au Québec par la Direction de la santé publique de la Montérégie démontre que les travailleurs non-fumeurs de la restauration sont dangereusement exposés à la fumée de tabac dans l'environnement. Le risque pour ces travailleurs de décéder du cancer du poumon est augmenté en moyenne de 1% et celui de décéder de maladie cardiovasculaire est augmenté en moyenne de 10%. Ainsi, pour 100 travailleurs exposés pendant 40 ans, 1 décèdera d'un cancer du poumon et 10 décèderont de maladie cardiovasculaire. Cet important risque s'ajoute au risque déjà présent de décéder de ces maladies.

L'étude réalisée par la Direction de santé publique de la Montérégie, en collaboration avec James L. Repace, la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke et le Centre de toxicologie du Québec avait pour objectif de mesurer l'exposition à la fumée des travailleurs de la restauration au Québec en utilisant un marqueur biologique, la cotinine urinaire, afin d'estimer les risques d'atteinte à leur santé.

42 travailleurs non-fumeurs oeuvrant dans 26 restaurants de 3 régions québécoises ayant des espaces pour les fumeurs et les non-fumeurs ont été recrutés. Ces participants n'étaient exposés à la fumée de tabac que dans leur milieu de travail. La concentration de cotinine dans l'urine a été mesurée à la fin du quart de travail, suite à une exposition régulière de deux à trois jours. Après son absorption dans l'organisme, la nicotine est transformée en cotinine. La cotinine est un marqueur spécifique de cette exposition et reflète l'exposition à l'ensemble des produits toxiques de la fumée. La concentration observée chez ce groupe de travailleurs est près de 5 fois supérieure à la concentration chez une population de non-fumeurs non exposée à la fumée au travail ou à la maison.

L'organisme américain qui réglemente en matière de santé au travail (OSHA) considère que les niveaux de risque qui dépassent 1 décès pour 1000 personnes à risque nécessitent une intervention afin de ramener le taux de risque à un niveau acceptable de l'ordre de 1 décès pour 1 000 000 de personnes à risque. Pour atteindre ce niveau de risque, les seules mesures de contrôle valables recommandées sont celles visant à restreindre le tabagisme à l'extérieur des bâtiments ou à assurer une ventilation adéquate. Les experts en ventilation estiment qu'on peut tout au plus doubler le taux d'échange d'air, ce qui réduirait le risque de moitié alors qu'une réduction de l'ordre de 100 000 fois serait nécessaire. « Seule une tornade pourrait créer un tel niveau d'aspiration » conclut James Repace.

## ***ANNEXE 4***

***Sondage  
Le tabagisme et la fumée de tabac dans  
l'environnement au Québec***

***Faits saillants  
avril 1998***



## COMMUNIQUÉ

Pour publication immédiate

### TROIS QUÉBÉCOIS SUR QUATRE SOUHAITENT L'INTERVENTION DU GOUVERNEMENT POUR RÉDUIRE L'EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC

( Montréal, le 28 avril 1998) Près de 75% des Québécois souhaitent que le gouvernement intervienne afin de réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) et la majorité d'entre eux sont favorables à une interdiction complète de fumer dans les garderies (95%), les hôpitaux (89%) et les écoles primaires et secondaires (89%). De plus, 49% des Québécois sont exposés à la FTE pratiquement tous les jours dans leur milieu de travail ou dans le lieu où s'exerce leur activité principale : il n'est donc pas étonnant que 60% de l'ensemble des répondants favorisent une interdiction totale de fumer en milieu de travail.

Ces données sont tirées d'un sondage téléphonique réalisé par la firme Sondagem pour le compte du Comité provincial de santé publique sur le tabac du Conseil des directeurs de santé publique et pour la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Ce sondage, qui portait sur l'exposition à la FTE et l'attitude des Québécois sur cette question, a été réalisé entre le 24 novembre et le 12 décembre 1997 auprès de 2 002 résidents du Québec âgés de 15 ans et plus. Le taux de réponse est de 62,8% et la marge d'erreur n'excède pas 2,2% , 95 fois sur 100.

La presque totalité des Québécois reconnaît les effets néfastes de la FTE sur leur santé et sur celle des enfants: de fait, 94% des Québécois de 15 ans et plus, fumeurs et non-fumeurs, sont d'avis que la fumée de cigarette peut causer un problème de santé chez les enfants. Près du tiers des non-fumeurs s'empêchent de fréquenter les lieux enfumés. Plus de la moitié des répondants sont d'accord pour une interdiction totale de fumer dans les restaurants; chez les non-fumeurs, cette proportion atteint les deux tiers.

Les résultats de ce sondage viennent encore confirmer la volonté exprimée par l'ensemble des Québécois qui souhaitent l'intervention du gouvernement sur cette question. En effet, un sondage CROP réalisé en novembre dernier sur les perceptions et attitudes des Québécois sur différents aspects d'une loi sur le tabac démontrait que 61% des Québécois étaient en faveur d'une loi: le sondage Sondagem démontre que cette proportion atteint maintenant 74%.

Dans le cadre de l'adoption des Priorités nationales de santé publique 1997 - 2002, le gouvernement s'est donné comme objectif de réduire le tabagisme en mettant en place une batterie de mesures économiques, éducatives et législatives. Le Conseil des directeurs de santé publique considère qu'une loi québécoise sur le tabac est un outil essentiel pour l'atteinte de cet objectif.

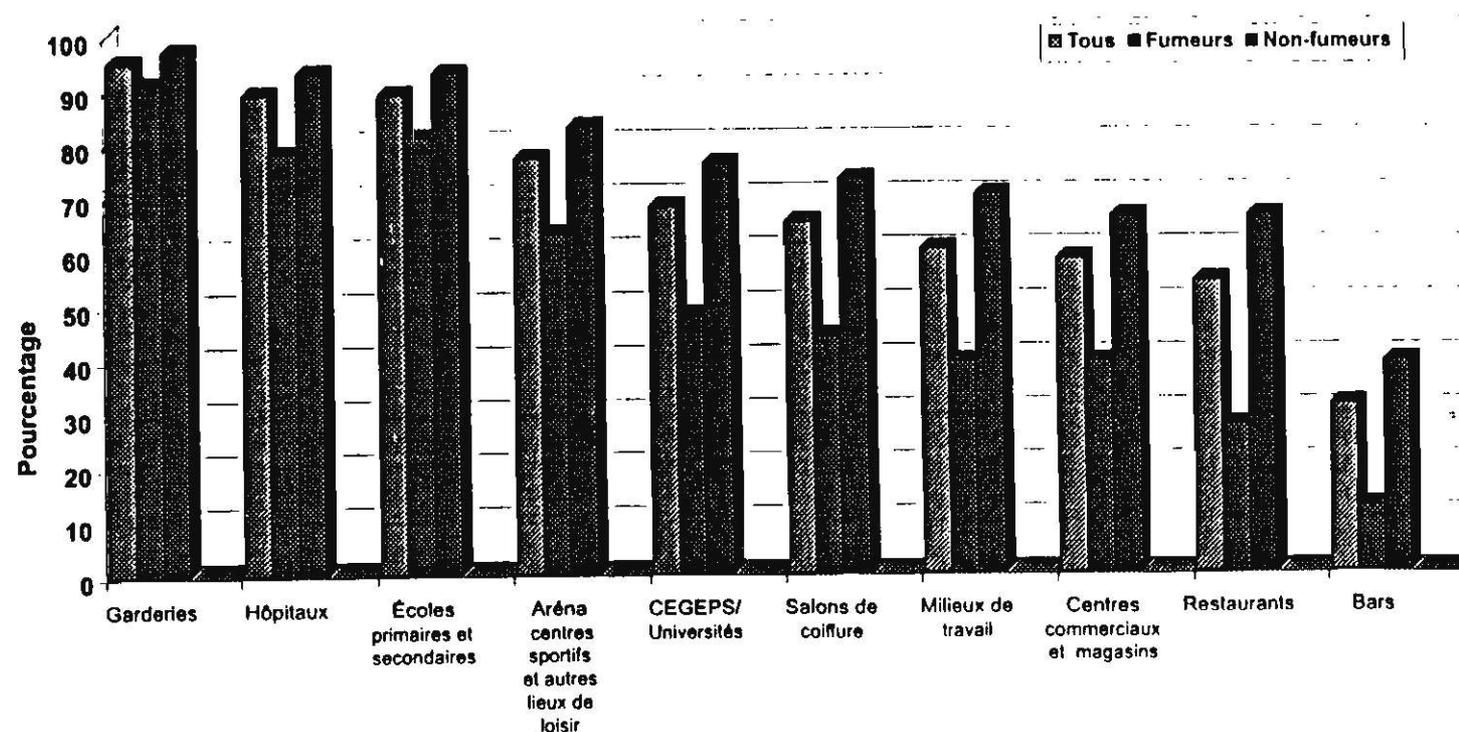
- 30 -

---

Source: - Docteur Laurent Marcoux  
Président / Comité provincial de santé publique sur le tabac  
Conseil des directeurs de santé publique 1-800-363-5144 (61412)  
- Danièle Brochu / DSP de Montréal-Centre (514) 528-2400 poste 3479

# *Interdiction complète de fumer dans les lieux publics*

*Degré d'accord avec une interdiction complète de fumer dans les lieux publics selon le lieu, fumeurs et non-fumeurs, population de 15 ans et plus, Québec*



## *Effets sur la santé de l'exposition à la FTE*

*Connaissance des effets de la fumée de tabac des autres sur la santé des non-fumeurs, fumeurs et non-fumeurs, population de 15 ans et plus, Québec*

Affirmation/Degré d'accord		Fumeur	Non-Fumeur	Total
La fumée de tabac des autres est nocive pour tout le monde	Tout à fait d'accord	53 %	78 %	71 %
	Plutôt d'accord	29 %	17 %	21 %
	Plutôt en désaccord	12 %	4 %	6 %
	Tout à fait en désaccord	6 %*	1 %**	2 %
	Total	100 %	100 %	100 %
		82 %	95 %	92 %

\* Coefficient de variation entre 15% et 25%; interpréter avec prudence

\*\* Coefficient de variation > 25%; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement

## Faits Saillants Sondagem

Le Comité provincial sur le tabac et la santé du Conseil des directeurs de la santé publique et la Direction de la santé publique de Montréal-Centre dévoilent les résultats de la plus récente étude sur l'attitude des Québécois face à la FTE.

Le sondage a été réalisé entre le 24 novembre et le 12 décembre 1997 auprès de 2002 résidants du Québec âgés de 15 ans et plus. Le taux de réponse est de 62,8% et la marge d'erreur n'excède pas 2,2%, 95 fois sur 100. Le sondage téléphonique a été réalisé par la firme Sondagem.

Les québécois savent que la FTE est nuisible à leur santé, ils en sont incommodés et souvent exposés. Certains s'empêchent de fréquenter des lieux enfumés, d'autres refusent que les fumeurs fument chez eux. Ils sont tout à fait d'accord avec le fait que le gouvernement légifère sur cette question et souhaitent presque tous des restrictions totales de fumer dans les lieux publics.

- Les trois quarts (74%) des Québécois sont d'accord pour que le gouvernement se préoccupe de réduire l'exposition à la FTE.
- La très grande majorité des québécois est favorable à une interdiction complète de fumer
  - Dans les garderies (95%)
  - Les hôpitaux (89%)
  - Les écoles primaires et secondaires (89%)
  - Les lieux sportifs (77%)
  - Les Cégeps et les universités (68%)
  - Les salons de coiffures (65%)
  - Les milieux de travail (60%)
  - Les centres commerciaux et les magasins (58%)
  - Les restaurants (54%)
- Presque tous les québécois (92%) reconnaissent que la FTE est nocive pour tout le monde.
- Environ les deux tiers (64%) des non fumeurs sont incommodés par la FTE.
- La moitié des Québécois (49%) sont exposés à la FTE pratiquement chaque jour dans leur milieu de travail ou lieu d'activité principale
- **Environ le quart (22%) des québécois s'empêchent de fréquenter des lieux publics ou d'autres endroits afin d'éviter d'être exposés à la FTE**
- Le quart des québécois (24%) s'objectent habituellement à ce que les visiteurs ou un membre de la famille fument chez soi.

T 12,968  
Ex.2

E-1897

Gourde, Gaston

Marcoux, Laurent

Poirier, Alain

Mémoire sur le projet de loi sur le  
tabac

DATE

NOM

T 12,968

Ex.2



CONFÉRENCE DES  
RÉGIONS RÉGIONALES  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
DU QUÉBEC

SANTÉ PUBLIQUE

580, GRANDE-ALLÉE EST, BUREAU 150  
QUÉBEC (QUÉBEC) G1R 2K2  
TÉLÉPHONE : (418) 523-4290