



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Orientations ministérielles

**Politique de lutte contre le tabagisme
dans les établissements de santé
et de services sociaux**

Édition:

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-75323-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2016

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I - PROBLÉMATIQUE ET FONDEMENTS DE L'INTERVENTION.....	2
CHAPITRE II - PORTÉE DE LA LOI CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME	4
CHAPITRE III - OBJECTIFS, DÉMARCHE ET CONDITIONS FAVORABLES	5
CHAPITRE IV - ORIENTATIONS	7
CHAPITRE V - SUIVI ET REDDITION DE COMPTES	11
ANNEXE	12

INTRODUCTION

Le présent document a été produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin de fournir des orientations aux établissements de santé et de services sociaux qui ont à se conformer à l'obligation imposée par l'article 11 de la Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme (2015, chapitre 28), adoptée le 26 novembre 2015. En effet, cette disposition leur impose l'adoption, au plus tard le 26 novembre 2017, d'une politique de lutte contre le tabagisme visant la création d'environnements sans fumée. Le chapitre I de ce document porte sur la problématique et sur les fondements d'une telle intervention et le chapitre II, sur la portée actuelle de la Loi dans ces milieux. Le chapitre III concerne les objectifs d'une politique « sans fumée », les attentes envers les établissements, la démarche et les conditions favorisant le succès d'une telle politique. Le chapitre IV établit les grandes orientations permettant de guider et d'accompagner les établissements dans cet exercice. Enfin, le chapitre V aborde les éléments de suivi et de reddition de comptes.

CHAPITRE I - PROBLÉMATIQUE ET FONDEMENTS DE L'INTERVENTION

Aucun niveau d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) n'est sans danger. Les milieux de santé et de services sociaux sans fumée permettent de réduire les effets néfastes du tabagisme, de favoriser des choix santé et de soutenir un environnement sain pour tous, soit les usagers, le personnel et les visiteurs.

Les effets nocifs du tabac et le tabagisme au Québec

Le tabagisme constitue la principale cause évitable de mortalité et de morbidité en Amérique du Nord. Au Québec, il est responsable d'un peu plus de 10 000 décès annuellement; 50 % de ces décès surviendront avant l'âge de 69 ans, l'espérance de vie des fumeurs étant diminuée d'au moins 10 ans par rapport à celle des non-fumeursⁱ. Au moins la moitié des fumeurs mourront des suites de leur consommation de tabac.^{ii,iii}

Le tabagisme affecte presque chaque organe du corps humain, plusieurs pouvant être touchés simultanément. Il cause de nombreuses maladies et il affaiblit la santé du fumeur. Les appareils respiratoire et cardiovasculaire sont particulièrement affectés^{iv,v}. Dans les pays industrialisés^{vi}, le tabagisme cause près du tiers de tous les cancers, dont 85 % des cas de cancers du poumon^{vii}. Il affecte, au fil du temps, le bien-être quotidien du fumeur (toux, fatigue, souffle court, etc.)^{viii}.

La consommation de tabac entraîne généralement une forte dépendance. Dès lors qu'une dépendance de cette envergure est installée, on ne peut plus assimiler la consommation de tabac à un choix libre et éclairé. La majorité des fumeurs souhaitent cesser de fumer.^{ix}

Les produits du tabac affectent également les non-fumeurs par la fumée qu'ils produisent. Cette fumée contient plus de 7 000 substances chimiques, dont 69 substances cancérigènes^x. L'exposition à la FTE constitue l'un des risques environnementaux les plus sérieux pour la santé dans le monde, dépassant tous les autres agents contaminants présents dans l'air domestique^{xi}. Les risques pour la santé qui y sont associés sont sérieux et scientifiquement démontrés.

Ni la ventilation ni la filtration, même combinées, ne parviennent à ramener l'exposition à la FTE à des taux acceptables dans les lieux fermés. Seuls des espaces à 100 % sans fumée offrent une protection efficace^{xii}.

Les données disponibles montrent que la FTE comporte des risques pour la santé même à l'extérieur, dans certaines conditions (nombre de fumeurs, vitesse du vent, température de l'air, configuration des lieux, etc.)^{xiii, xiv}. Comme aucun niveau d'exposition n'est sécuritaire^{xv}, même une brève exposition augmente le risque d'événements cardiaques et peut exacerber les problèmes d'asthme ou de maladies respiratoires. Une exposition à plus long terme est une cause de cancer et de maladies cardiovasculaires et respiratoires^{xvi}.

Au Québec, pour le cycle 2013-2014, on estime que 21 % de la population âgée de 12 ans et plus fumait, ce qui représente 1 424 380 fumeurs^{xvii}.

Au cours des dernières décennies, plusieurs mesures ont été prises afin de mieux protéger la population contre les dangers du tabac et d'en décourager la consommation. Il est aujourd'hui interdit de fumer dans presque tous les lieux publics fermés, mais il subsiste quelques exceptions, notamment dans certains milieux de santé et de services sociaux. Ces situations font en sorte d'exposer des non-fumeurs à la FTE. C'est principalement dans le but de circonscrire davantage ces exceptions et de les réduire, voire de les éliminer que la politique « sans fumée » des établissements pourra jouer un rôle.

Par ailleurs, l'usage du tabac dans certains lieux extérieurs, dont les terrains des établissements de santé et de services sociaux, pose également problème. On observe une densité de fumeurs importante dans des zones situées à l'extérieur de la limite de neuf mètres, mais toujours sur le terrain des établissements. Ces endroits sont souvent les principaux lieux de passage pour accéder aux établissements. Les non-fumeurs qui fréquentent ces établissements y sont donc exposés à la FTE. Les usagers qui les fréquentent sont souvent plus vulnérables à la FTE; il peut donc s'avérer nécessaire d'augmenter le degré de protection des non-fumeurs dans ces lieux. L'ensemble de ces considérations explique qu'il est grandement souhaitable que les établissements de santé et de services sociaux offrent à ceux qui y travaillent et à ceux qui les fréquentent un environnement sain et sans fumée nocive pour la santé.

De plus, mentionnons qu'une politique « sans fumée » offre aux fumeurs l'occasion de réduire ou de cesser complètement leur consommation de tabac. Puisque la majorité des fumeurs souhaite cesser de fumer, leur séjour ou le fait qu'ils travaillent dans un établissement sans fumée offre une occasion de passer à l'action.

En ce sens, la politique devrait idéalement être plus globale qu'une simple interdiction d'usage et inclure aussi une dimension de soutien à l'abandon du tabagisme et de promotion du non-tabagisme.

CHAPITRE II - PORTÉE DE LA LOI CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

La Loi concernant la lutte contre le tabagisme, qui remplace la précédente Loi sur le tabac, encadre l'usage du tabac et de la cigarette électronique dans plusieurs lieux publics fermés et certains lieux extérieurs.

Dans les établissements de santé et de services sociaux, la Loi interdit de fumer ou de vapoter à l'intérieur, ou à l'extérieur dans un rayon de neuf mètres de toute porte communiquant avec l'intérieur. À partir de novembre 2016, cette interdiction s'étendra aussi aux fenêtres qui s'ouvrent et aux prises d'air. Toutefois, il subsiste une possibilité d'aménager un fumoir à l'intention des personnes hébergées, en respectant des conditions précises d'installation et de fonctionnement, ainsi qu'une possibilité de désigner jusqu'à 20 % de chambres où il peut être permis de fumer pour ces personnes. Ces chambres doivent être regroupées de manière à offrir un maximum de protection aux non-fumeurs. La Loi permet finalement à l'exploitant des lieux de soumettre à certaines conditions l'usage du tabac dans ces chambres.

Ces règles constituent les limites législatives minimales qui sont appliquées par le MSSS et ses inspecteurs ou par les inspecteurs locaux nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Les fumeurs qui ne respectent pas ces règles sont passibles de sanctions. Les exploitants de ces établissements sont, pour leur part, responsables du respect de ces interdictions, sous peine d'amendes pour tolérance.

Ces mesures législatives ne permettent toutefois pas de garantir une protection à 100 % des usagers et du personnel des établissements contre la FTE. L'exploitant d'un établissement est en droit d'être plus restrictif que ne l'est la Loi quant à l'usage du tabac sur la propriété, en vertu de ses droits de propriétaire des lieux. L'exploitant est toutefois responsable de l'application des règles qui vont au-delà des dispositions de la Loi. Les éléments de politique plus restrictifs que les mesures législatives devront faire l'objet d'une application de nature administrative (avertissements, expulsion des lieux, mesures disciplinaires imposées aux employés fautifs, etc.).

En s'inscrivant dans ce processus comme chef de file et comme modèle de santé dans la lutte contre le tabagisme, les établissements de santé et de services sociaux accentueront le rôle significatif qu'ils jouent dans la « dénormalisation » du tabagisme.

CHAPITRE III - OBJECTIFS, DÉMARCHE ET CONDITIONS FAVORABLES

Objectifs

La politique « sans fumée » de l'établissement devra être adoptée au plus tard le 26 novembre 2017 et devra comporter les trois grands objectifs suivants :

- Créer des environnements totalement sans fumée à l'intérieur comme à l'extérieur
- Promouvoir le non-tabagisme
- Favoriser l'abandon du tabagisme chez le personnel et les usagers

Attentes minimales, démarche et conditions favorisant le succès

Les établissements conservent le pouvoir de cheminer au rythme qu'ils déterminent en fonction de leurs réalités propres (selon les différentes installations et les ressources). Toutefois, ils doivent se doter d'un plan précis qui tend, à terme, à offrir des environnements totalement sans fumée. Ce plan devrait aussi explorer toutes les possibilités d'offrir des services visant à soutenir l'abandon du tabagisme des employés et des usagers et des moyens de soulagement temporaire des symptômes de sevrage chez ceux qui ne souhaitent pas s'engager dans cette démarche.

Les établissements sont invités à faire appel à l'expertise de leur direction de santé publique pour les appuyer dans cette démarche importante. Les établissements peuvent également se référer au guide intitulé [*Devenir un établissement sans fumée*](#), réalisé par la Direction de santé publique de Montréal, en collaboration avec le Réseau québécois des établissements promoteurs de santé. Ce guide propose aux établissements une démarche visant à faciliter l'élaboration et l'implantation d'une politique « sans fumée ».

Idéalement, dans un souci de pérennité, de bon fonctionnement et d'acceptation par un plus grand nombre de personnes concernées, une telle politique n'est pas imposée unilatéralement ni applicable du jour au lendemain dans l'ensemble des milieux. Elle doit faire l'objet d'une réflexion et d'une adhésion par le personnel, les usagers et les visiteurs, et ce, par le biais d'une campagne d'information, d'écoute des besoins, de sensibilisation et de formation. L'appui de ces personnes, qu'elles soient fumeuses ou non, semble être un gage d'une implantation réussie et du respect de la politique à plus long terme. Afin de renforcer l'idée d'une politique positive pour la santé et le bien-être, plutôt qu'une mesure qui serait prise contre les fumeurs, il semble porteur de promouvoir la politique comme faisant partie d'une approche globale visant la santé du personnel (activité physique, saine alimentation, etc.), par exemple l'engagement relatif à la norme « Entreprise en santé ».

La réflexion, la consultation et la planification devraient être réalisées dans tous les milieux et installations, sans se limiter à des idées préconçues quant à certaines clientèles ou certains aménagements particuliers. L'expérience des milieux qui ont déjà implanté leur politique « sans fumée » montre en effet que les gestionnaires et le personnel appréhendent souvent de grandes difficultés au préalable, lesquelles se concrétisent peu dans les faits, une fois la politique

implantée. Un des exemples pertinents à citer est celui de plusieurs établissements de soins psychiatriques qui ont adopté et implanté avec succès une politique « sans fumée ».

L'implantation de ce type de politique nécessite donc la mise en œuvre d'une séquence d'activités concrètes afin de contribuer à sa réussite, dont les suivantes :

- désigner une personne responsable de la démarche;
- dresser un état de situation et consulter différents acteurs du milieu (employés, usagers, visiteurs);
- désigner une équipe de projet responsable, qui inclura des personnes représentant plusieurs catégories d'employés, des gens des communications, des représentants des usagers, etc.;
- formuler une politique équitable, claire, simple et précise – elle devra spécifier les procédures et les sanctions prévues pour en maximiser le respect;
- planifier l'implantation (calendrier, budget si nécessaire);
- planifier et bien communiquer la politique;
- sensibiliser le personnel et le former sur la politique;
- prévoir les ressources d'aide à l'abandon du tabagisme;
- prévoir un mécanisme permettant de s'assurer de répondre aux questions et aux plaintes éventuelles;
- évaluer les résultats et veiller à l'application uniforme de la politique.

CHAPITRE IV - ORIENTATIONS

Principes directeurs

Certains principes directeurs soutiennent la réflexion sur les orientations et l'ont guidée; ils devraient guider également les établissements dans l'adoption de leur politique « sans fumée » respective.

Tout d'abord, la **promotion de la santé**, parce que l'implantation d'une telle politique fait référence à un environnement sain, à la santé, au bien-être et à la qualité de vie des personnes. Selon ce principe, la politique ne doit pas être perçue comme une mesure de coercition ou une attaque contre les fumeurs. Il s'agit plutôt d'une mesure de santé positive pour tous.

Ensuite, les concepts de **responsabilité** et de **cohérence** réfèrent à la mission fondamentale des établissements de santé et de services sociaux, laquelle vise à contribuer à l'amélioration et au maintien de la santé des clientèles qu'ils desservent. Offrir un environnement sans fumée et promouvoir le non-tabagisme est en accord avec cette mission.

Enfin, le principe d'**exemplarité**, qui signifie que les établissements de santé et de services sociaux doivent donner l'exemple et faire figure de modèle dans la lutte contre le tabagisme et la protection contre la FTE. Ces établissements concourent ainsi à améliorer la santé des personnes et contribuent à l'avancement de la norme sociale de non-tabagisme.

Orientations

- **Éliminer les chambres où il est permis de fumer, sauf dans des cas d'exception et de manière temporaire**

Il est recommandé d'éliminer l'ensemble des chambres où il est permis de fumer, dans toutes les installations et les milieux d'hébergement du réseau. La présence de chambres où il est permis de fumer empêche d'assurer une protection adéquate des non-fumeurs et du personnel. Plusieurs installations du réseau ont déjà cessé d'offrir des chambres où il est permis de fumer.

Néanmoins, les établissements pourraient aussi choisir de maintenir une possibilité de faire des exceptions, pour un patient en phase terminale par exemple. Ces cas d'exception devraient nécessiter une discussion et une décision par l'équipe multidisciplinaire de soins. Le caractère « de dernier recours » et « d'exception restreinte dans le temps » devrait mener la réflexion de l'équipe. Tous les efforts devraient être déployés pour réduire au minimum les risques et l'exposition du personnel et des autres usagers à la FTE.

- **Planifier la fermeture des fumeurs**

La politique pourrait planifier une abolition progressive ou complète de tous les fumeurs. Les fumeurs constituent une solution imparfaite en matière de santé, mais elle demeure moins dommageable que les chambres de fumeurs. Le fumeur peut s'avérer une solution temporaire pour accommoder certaines personnes hébergées à long terme, notamment dans un CHSLD. Dans la mesure où le taux de tabagisme ne cesse de décroître et que la plupart des

personnes admises dans ce type d'installations présentent des pertes d'autonomie importantes (profils ISO-SMAF de 10 à 14), la responsabilité de leur sécurité est d'autant plus importante. Il pourrait donc être envisageable de planifier l'abolition des fumeurs. Certains établissements envisagent déjà un horizon de 5 ans pour le faire, tout en offrant un soutien et en impliquant le personnel, les usagers et les visiteurs.

- **Planifier les interdictions de fumer sur l'ensemble de la propriété, avec ou sans zone fumeurs désignée**

Aussi, la politique « sans fumée » devrait tendre vers une interdiction d'usage sur l'ensemble des terrains des établissements, et ce, afin de mieux remplir la mission de ces établissements et d'offrir l'environnement sain et sans fumée qui favorise le non-tabagisme et l'abandon du tabagisme. Bien que la règle d'une limite de neuf mètres permette d'éviter que la fumée pénètre à l'intérieur des édifices, la présence simultanée de plusieurs fumeurs à cette distance des entrées fait en sorte de créer des concentrations importantes de fumée que les personnes, souvent vulnérables et malades, n'ont pas le choix de traverser pour accéder à ces entrées ou lorsqu'elles se déplacent à proximité. Cette exposition involontaire à la fumée nocive occasionne des problèmes de santé. Cela interfère également avec les efforts des personnes qui sont en démarche d'abandon du tabagisme et va à l'encontre de la mission de santé de ces établissements.

Bien que cela soit peu souhaitable – les études disponibles montrent en effet qu'une telle mesure diminue l'efficacité de ce type de politique –, l'établissement pourrait envisager la possibilité de délimiter une zone à l'intention des fumeurs sur le terrain, sans toutefois y aménager des abris pour fumeurs, la Loi l'interdisant nommément. Cette zone devrait être située à plus de neuf mètres des portes d'accès, des fenêtres qui s'ouvrent et des prises d'air. Dans le choix de l'emplacement, il serait pertinent d'envisager un lieu peu visible afin de ne pas nuire aux tentatives d'abandon du tabagisme de membres du personnel et d'usagers et de mieux promouvoir le non-tabagisme. Il serait également pertinent d'envisager d'offrir cet emplacement de façon temporaire, dans un plan qui viserait, à terme, l'interdiction complète d'usage du tabac sur l'ensemble de la propriété.

Par ailleurs, un effort particulier devrait être fourni dans les milieux où se trouvent des personnes mineures, dont les centres jeunesse. Les données disponibles montrent que les deux tiers des jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec fument quotidiennement et que 30 % des jeunes s'initient au tabagisme lors de leur passage dans ces établissements^{xviii}. Il est particulièrement important d'agir rapidement en vue de modifier cet état de fait, ces jeunes étant particulièrement à risque et vulnérables. Il ressort, en outre, qu'ils souhaitent eux aussi en grande majorité cesser de fumer. Les objectifs de l'intervention seraient non seulement de protéger ces jeunes de la FTE, mais également de les protéger de l'exposition sociale à l'usage du tabac, donc de prévenir cet usage. En effet, le fait de voir des personnes fumer ou de voir des signes de l'usage de tabac peut contribuer à l'initiation au tabagisme chez les jeunes. Plus l'usage de tabac est visible, plus les jeunes peuvent percevoir que ce comportement est prévalent et plus ils peuvent considérer que ce comportement est acceptable. L'usage de tabac, à l'intérieur comme à l'extérieur sur les terrains des installations devrait être proscrit. De l'accompagnement devrait être envisagé pour soutenir les jeunes et le personnel dans cette transition. Quelques centres jeunesse, notamment ceux de Montréal, de

l'Abitibi-Témiscamingue et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, ont déjà adopté et implanté leur politique en ce sens et les premiers bilans de mise œuvre sont très positifs.

- **Couvrir l'usage de la cigarette électronique**

À titre de rappel, mentionnons que les restrictions légales d'usage s'appliquent aussi à la cigarette électronique. Pour diverses considérations, notamment celle d'assurer une application harmonieuse de la politique « sans fumée » et de fournir un environnement exempt de rappel visuel du tabagisme, il est souhaitable que l'usage de la cigarette électronique et de tout autre dispositif de cette nature soit aussi visé par cette politique.

- **Communiquer la politique « sans fumée » et sensibiliser les ressources intermédiaires et de type familial**

Les ressources intermédiaires et de type familial doivent aussi être sensibilisées à l'importance d'offrir un environnement sain, sans fumée, aux usagers qu'un établissement leur a confiés. Des outils d'information, de la formation et des services conseils pourraient leur être offerts. Dans le document intitulé *Cadre de référence – Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial* (Cadre de référence RI-RTF), les orientations qui concernent la démarche de recrutement et d'évaluation recommandent un environnement sans fumée.

Bien qu'il soit ici question de milieux de vie, considérant la grande nocivité de la FTE, particulièrement pour certaines clientèles qui y sont hébergées (jeunes, malades chroniques, personnes âgées, etc.), la possibilité de permettre d'y fumer à l'intérieur devrait être fortement découragée. Dans la mesure où la solution du fumoir serait tout de même retenue, les exploitants doivent s'assurer que celui-ci est conforme en tout point aux exigences de l'article 3 de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme.

L'activité de suivi professionnel de l'utilisateur, qui consiste au jumelage/pairage de l'utilisateur avec une ressource qui est définie dans le Cadre de référence RI-RTF, devrait être extrêmement rigoureuse afin de tenir compte du statut non-fumeur de l'utilisateur.

- **Favoriser l'abandon du tabagisme ou la gestion des symptômes de sevrage (chez les usagers et le personnel)**

Chez le personnel

Explorer toutes les possibilités d'offrir aux employés du soutien à l'abandon du tabagisme, avant et pendant la mise en œuvre de la politique « sans fumée ». Ces derniers seront ainsi davantage en mesure de se préparer et d'appuyer le changement. Voici, selon la disponibilité des ressources mises à la disposition d'un établissement, quelques avenues possibles :

- diffusion d'un répertoire de ressources d'aide à l'abandon du tabagisme : ligne j'Arrête, site Internet j'Arrête, programme de soutien par messagerie texte (SMAT), counseling individuel ou de groupe offert dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT);
- remise d'outils autodidactiques;
- service de counseling offert sur les lieux de travail (CAT);

- soutien offert aux membres de la famille;
- accès aux thérapies de remplacement de la nicotine;
- organisation de concours visant à encourager les employés à cesser de fumer.

Chez les usagers

Chaque personne qui fréquente un établissement de santé et de services sociaux ou qui y est admise devrait être informée, dès son arrivée, de la politique « sans fumée ». Le soutien offert aux usagers, comme celui offert aux employés, peut varier selon les ressources disponibles. Il pourrait comprendre les éléments suivants :

- diffusion d'un répertoire de ressources d'aide à l'abandon du tabagisme : ligne j'Arrête, site Internet j'Arrête, programme de soutien par messagerie texte (SMAT), counseling individuel ou de groupe offert dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT);
- remise d'outils autodidactiques;
- soutien à l'abandon pendant la durée du séjour dans l'établissement;
- accès aux thérapies de remplacement de la nicotine.

Tous les employés pourraient être sensibilisés à l'aide qu'ils peuvent offrir aux usagers et être bien au fait de toutes les ressources disponibles pour les soutenir dans une démarche d'abandon du tabagisme ou dans la gestion des symptômes de sevrage.

Les établissements pourraient également explorer la possibilité d'implanter une systématisation de l'intervention en abandon du tabagisme, qui débiterait avec l'identification du statut tabagique, l'instauration d'un traitement et un suivi après le séjour dans l'établissement. Les plus récentes données scientifiques montrent que les interventions de counseling intensif initiées pendant l'hospitalisation et poursuivies par des contacts de soutien pendant au moins un mois après la sortie d'hôpital augmentent les taux de sevrage tabagique après la sortie d'hôpital. L'ajout d'un traitement de substitution nicotinique (TSN) à une intervention de conseils intensifs augmente les taux de sevrage tabagique par rapport aux conseils intensifs seuls.^{xix}.

CHAPITRE V - SUIVI ET REDDITION DE COMPTES

L'article 11 de la Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme stipule que le directeur général d'un établissement ou la personne qui occupe une fonction de rang équivalent doit, tous les deux ans, faire rapport au conseil d'administration sur l'application de la politique « sans fumée » de l'établissement. Ce rapport doit être transmis au ministre de la Santé et des Services sociaux dans les 60 jours de suivant son dépôt.

Par ailleurs, afin d'être en mesure d'atteindre ses objectifs, l'établissement devrait prévoir un suivi de l'application de sa politique afin d'en vérifier globalement le respect, de faire le lien entre les infractions et les conséquences qui en ont découlé ou non et de déterminer qui sont les récidivistes et quels sont les secteurs plus problématiques afin de prendre des mesures spécifiques pour assurer le respect des règles établies. Par exemple, certains établissements ont choisi de documenter les infractions signalées afin de mettre en place un « tableau de bord ».

La politique « sans fumée » de l'établissement devrait être mise à jour périodiquement, de façon à toujours mieux protéger la clientèle et le personnel et de refléter l'évolution de la norme sociale.

Le MSSS encourage les établissements à souligner les progrès amenés par leur politique respective à la suite de son implantation et à partager leurs histoires de réussites. Il s'agit d'une façon positive de renforcer et de consolider le changement de culture.

ANNEXE

PROPOSITION D'UN CANEVAS DE POLITIQUE

Chaque établissement sera libre de choisir son propre modèle de politique « sans fumée » conformément aux orientations proposées. Il revient à chacun des établissements d'élaborer sa politique respective, laquelle tiendra compte des particularités de son milieu et des différentes installations. Le canevas présenté ci-dessous peut servir de point de départ aux travaux d'élaboration.

TITRE

PRÉAMBULE

BUT ET OBJECTIFS

DESTINATAIRES

ORIENTATIONS RELATIVES À UN ENVIRONNEMENT SANS FUMÉE À L'INTÉRIEUR ET À L'EXTÉRIEUR

ORIENTATIONS VISANT À FAVORISER L'ABANDON DU TABAGISME CHEZ LES USAGERS ET LE PERSONNEL

ORIENTATIONS RELATIVES À LA PROMOTION DU NON-TABAGISME

MODALITÉS D'APPLICATION ET DE SUIVI

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

ÉVALUATION

ENTRÉE EN VIGUEUR ET DATE DE RÉVISION ENVISAGÉE

PERSONNES DÉSIGNÉES POUR RÉPONDRE AUX QUESTIONS, AUX PLAINTES OU AUX COMMENTAIRES

RÉFÉRENCES

- i BEN AMAR, M. et N. LÉGARÉ (2006). *Le tabac à l'aube du 21^e siècle – Mises à jour des connaissances*, Montréal, Centre québécois de lutte aux dépendances, 181 pages et annexes.
- ii *Ibid.*
- iii BANKS, E. et coll. (2015). « Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: Findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence », *BMC Medicine*, vol.13, n° 38.
- iv U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2004). *The Health Consequences of Smoking – A Report of the Surgeon General*, 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, États-Unis.
- v 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*, 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, États-Unis.
- vi BEN AMAR, M. et N. LÉGARÉ, *op. cit.*
- vii GÉRIN, M. et P. BAND (2003). *Cancer*, dans « Environnement et santé publique – Fondements et pratiques », Édisem, Tec & Doc, Acton Vale/Paris.
- viii U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1994). *Preventing Tobacco Use Among Young People – A Report of the Surgeon General*, Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, États-Unis.
- ix STATISTIQUE CANADA (2013). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2011-2012*, fichier de microdonnées à grande diffusion.
- x U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2010), *op. cit.*
- xi ERIKSEN, M., MACKAY, J. et H. ROSS (2012). *Atlas du tabac*, quatrième édition, deuxième impression, Atlanta, GA (États-Unis), American Cancer Society, New York, NY, World Lung Foundation.
- xii ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2007). « Battre en brèche les mythes de l'industrie du tabac : Comment y répondre », [\[http://www.who.int/features/factfiles/tobacco/tobacco_facts/fr/index4.html\]](http://www.who.int/features/factfiles/tobacco/tobacco_facts/fr/index4.html).
- xiii REPACE, J. et coll. (2000). « Banning outdoor smoking is scientifically justifiable », *Tobacco Control*, 2000, vol. 9, n° 98.
- xiv REPACE, J. (2005). *Measurements of outdoor air pollution from secondhand smoke on the UMBC campus*, Repace Associates Inc.
- xv U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke – A Report of the Surgeon General*, 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, États-Unis.
- xvi *Ibid.*
- xvii STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, tableaux CANSIM 105-0502, extraction : juillet 2015.

^{xviii} LAMBERT, G. et coll. (2011). *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 – Rapport*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec.

^{xix} RIGOTTI, N. A. et coll. (2012). « Interventions for smoking cessation in hospitalised patients », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 5, Art. n° CD001837, DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub3.