

Environnements Sans Fumée

RÉFUTATION DES ARGUMENTS DE L'INDUSTRIE DU TABAC

Les fabricants de tabac s'opposent aux lois d'interdiction totale de fumer car elles constituent une menace pour leurs activités commerciales. Voici une série d'arguments que les fabricants de tabac utilisent pour contrer les lois d'interdiction de fumer, suivis de contre-arguments réfutant chacun d'eux.

Argument de l'industrie : La fumée secondaire n'est pas dangereuse pour la santé.

RÉPONSE : Toutes les grandes institutions scientifiques du monde, parmi lesquelles l'Organisation Mondiale de la Santé, le Centre International de Recherche sur le Cancer et le Département Américain de la Santé et des Services Sociaux, sont parvenues à la même conclusion : la fumée secondaire représente une grave menace pour la santé et est une cause importante de maladie et de décès.¹⁻³

La fumée de cigarette contient plus de 7 000 produits chimiques, dont plusieurs centaines sont toxiques et plus de 70 provoquent le cancer. La fumée du tabac est une cause connue de cancer du poumon, de maladie cardiaque, de faible poids de naissance et de troubles respiratoires chroniques tels que la bronchite, ainsi que d'autres maladies.³ L'exposition à la fumée du tabac n'est jamais sans danger. Même de faibles niveaux d'exposition peuvent s'avérer nocifs.⁴

L'industrie du tabac finance depuis longtemps, et délibérément, des travaux de recherche destinés à démonter les preuves scientifiques des dangers pour la santé du tabagisme passif.⁵⁻⁶ Les études qui n'établissent pas de lien entre la fumée secondaire et l'apparition de maladies sont généralement financées par l'industrie du tabac elle-même.⁷ Dans toutes les régions du monde, les fabricants de tabac engagent des consultants scientifiques afin d'entraver les efforts de protection des populations contre l'exposition à la fumée secondaire.⁸⁻¹⁰

Argument de l'industrie : Les lois d'interdiction de fumer ne sont pas réalisables dans tous les pays ou n'y sont pas forcément adaptées.

RÉPONSE : Près d'1,5 milliard de personnes sont protégées par des lois d'interdiction totale de fumer.¹¹ Elles vivent dans des pays, états et villes de toutes tailles, de cultures, climats et niveaux de revenus différents.¹¹ Des pays aussi divers que l'Australie, le Brésil et la Russie ont adopté et appliqué efficacement des lois d'interdiction totale de fumer. Il est légitime de protéger tous les habitants des décès et des maladies causés par la fumée secondaire, quel que soit le pays dans lequel ils vivent. Il n'existe pas de niveau d'exposition à la fumée secondaire qui soit sans danger.⁴

Argument de l'industrie : Pas besoin de lois. Une politique reposant sur le volontariat suffit.

RÉPONSE : Les fabricants de tabac encouragent la mise en place de mesures volontaires plutôt que l'adoption de lois car ce type de mesures est sans effet. Seules des lois simples, claires, rigoureuses et qu'il est possible de faire respecter garantiront aux travailleurs et au public de pouvoir bénéficier d'un air sans fumée.¹² L'industrie du tabac finance des programmes tels que le « choix respectueux » qui exhortent les entreprises à créer volontairement des espaces fumeurs et non-fumeurs.¹³ Dans les endroits où l'industrie a réussi à promouvoir ce type de programmes dits de « conciliation », la démarche a souvent empêché l'adoption de mesures antitabac efficaces.¹⁴

Au Royaume-Uni, plus de cinq ans après l'instauration d'un code basé sur le volontariat, moins de 1 % des bars étaient non-fumeurs et fumer était autorisé dans la plupart des restaurants.¹⁵ En 2007, le Royaume-Uni a adopté une loi d'interdiction totale de fumer et l'on estime que la loi est respectée à 98 %.¹⁶

Argument de l'industrie : Les lois d'interdiction de fumer ne sont pas appréciées du public. La plupart des gens n'en veulent pas.

RÉPONSE : Les lois d'interdiction de fumer sont extrêmement populaires auprès du grand public et le deviennent même davantage après leur entrée en vigueur.¹⁷ De nombreux sondages ont été réalisés dans des pays ayant adopté une loi d'interdiction de fumer et ils ont montré des taux de soutien très élevés en faveur de ces lois. Par exemple :

- En 2004, lorsque l'Irlande est devenue le premier pays à adopter une loi d'interdiction totale de fumer, 67 % de la population était favorable à la loi. Un an après, le soutien est passé de 67 % à 93 % et 98 % des gens pensaient que leur lieu de travail était plus sain grâce à cette loi.¹⁸
- Au Kenya, 95 % de la population adulte soutient les efforts du gouvernement visant à interdire le tabagisme dans tous les lieux de travail et d'accueil du public fermés.¹⁹
- En Uruguay, 8 habitants sur 10 et près de deux fumeurs sur trois sont favorables à la loi d'interdiction de fumer.¹
- Dans la ville de Mexico, le soutien de la population pour les restaurants non-fumeurs est passé de 80 % à 93 % la mise en œuvre d'une interdiction totale de fumer. Le soutien public pour les bars non-fumeurs a aussi, augmenté passant de 61 % à 71 %.²⁰
- Au Brésil, plus de 95 % des non-fumeurs et plus de 88 % des fumeurs témoignent leur soutien pour d'une loi nationale d'interdiction de fumer.²¹
- En Chine, 92 % des habitants des dix plus grandes villes du pays défendent une interdiction totale de fumer dans tous les lieux publics intérieurs, les lieux de travail fermés et les transports publics.²²
- Au Costa Rica, une loi d'interdiction totale de fumer a été adoptée en 2012, et l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes (Global Adult Tobacco Survey ou GATS) réalisée en 2015 révèle que la loi bénéficiait toujours du même soutien du public puisque 93,1 % de la population étaient favorables à l'interdiction de fumer.²³
- En Ukraine, 83,2 % des habitants estiment qu'il faudrait interdire le tabagisme dans les lieux de travail et d'accueil intérieur du public.²⁴

Argument de l'industrie : Les lois d'interdiction de fumer violent le droit à fumer des individus.

RÉPONSE : Aux termes de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac, du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et d'autres traités de droits de l'homme, et conformément aux constitutions de nombreux pays, les gouvernements ont

la responsabilité de protéger le droit des citoyens au niveau de santé le plus élevé possible, à la vie et à un environnement de travail sain. Fumer n'est pas un droit constitutionnel. L'exposition à la fumée secondaire n'est une cause reconnue de décès et de maladie. Permettre l'exposition à la fumée secondaire enfreint par conséquent le droit à la santé des non-fumeurs.

Le droit d'une personne à respirer un air sain prime sur tout autre droit dont pourraient se prévaloir les fumeurs à polluer l'air que les autres respirent. Les lois d'interdiction de fumer ne portent pas sur le fait que les fumeurs fument, mais sur le lieu où ils fument.

Argument de l'industrie : Les entreprises ont le droit d'autoriser à fumer car le tabac est un produit légal et les interdictions de fumer violent le droit des entreprises à la propriété et leur droit à la liberté d'entreprendre.

RÉPONSE : La sécurité des travailleurs et du public n'est pas un choix pour les chefs d'entreprises. Les entreprises ne peuvent pas décider de ne pas appliquer les normes d'hygiène alimentaire ou autres exigences en matière de santé et de sécurité des travailleurs et du public. Tous les travailleurs ont le droit à une protection égale contre les effets nocifs de la fumée secondaire.

Argument de l'industrie : Les systèmes de ventilation et les zones fumeurs désignées offrent une protection adéquate contre la fumée secondaire.

RÉPONSE : Les systèmes de ventilation et les zones fumeurs désignées ne garantissent aucune protection efficace pour le public et les travailleurs contre les effets mortels du tabagisme passif.¹ La société américaine des ingénieurs du chauffage, de la ventilation, de la climatisation et de la réfrigération (ASHRAE), la principale association des professionnels de la ventilation, a conclu que « le seul moyen d'éliminer efficacement le risque sanitaire associé à l'exposition dans des lieux intérieurs est une interdiction totale de fumer ». L'ASHRAE a mis en évidence qu'aucune approche technologique, y compris les techniques actuelles et avancées de nettoyage de l'air ou de ventilation par dilution, n'a prouvé qu'elle pouvait lutter contre les risques sanitaires d'une exposition à la fumée de tabac dans les lieux intérieurs.²⁵

Des documents de British American Tobacco (BAT) révèlent que la compagnie de tabac savait que la filtration de l'air et les systèmes de ventilation étaient inefficaces mais a continué à promouvoir ces techniques comme étant une solution alternative acceptable aux restrictions sur le droit de fumer. Selon ces documents, l'intérêt pour BAT de défendre les systèmes de ventilation résidait surtout dans le fait de « pouvoir nier la nécessité d'instaurer dans le monde entier des interdictions de fumer à l'intérieur ».²⁶

Argument de l'industrie : Les lois d'interdiction de fumer sont néfastes pour l'économie.

RÉPONSE : Autoriser le tabagisme dans les lieux de travail et d'accueil du public est néfaste pour l'économie. Cela représente une lourde charge financière résultant de l'augmentation des frais médicaux, d'une perte de productivité liée à la maladie, d'une majoration des primes d'assurance et d'une hausse des coûts de nettoyage et de maintenance.²⁷ Les lois d'interdiction de fumer profitent en réalité à l'économie en éliminant la cause principale de ces problèmes.

Argument de l'industrie : Les lois d'interdiction de fumer portent préjudice aux secteurs du tourisme et de l'hôtellerie-restauration.

RÉPONSE : Les lois d'interdiction de fumer n'ont pas d'effet économique négatif sur les secteurs du tourisme et de l'hôtellerie-restauration. Après avoir passé en revue l'ensemble des travaux économiques disponibles sur la question de la lutte antitabac, l'Institut National du Cancer et l'Organisation mondiale de la Santé ont constaté que les études les mieux conçues concluaient toutes que les lois d'interdiction de fumer « n'engendrent pas de répercussions économiques graves pour les entreprises, y compris les restaurants et les bars. Les mesures antitabac se répercutent même souvent de façon positive sur l'activité commerciale. »²⁷ La plupart des études faisant état d'un impact économique négatif étaient soutenues par l'industrie du tabac elle-même, ou étaient mal conçues.²⁸

Argument de l'industrie : À cause des lois d'interdiction de fumer, les fumeurs auront tendance à plus fumer chez eux exposant ainsi davantage leurs enfants aux dangers de la fumée secondaire.

RÉPONSE : Les preuves suggèrent que les lois d'interdiction totale de fumer n'augmentent pas le tabagisme à domicile, et qu'elles pourraient même y réduire l'exposition à la fumée secondaire. Prenons quelques exemples :

- En Écosse, le nombre d'enfants déclarant qu'il était strictement interdit de fumer chez eux après l'introduction de la loi d'interdiction de fumer a augmenté.²⁹
- Trois ans après l'entrée en vigueur de la loi nationale d'interdiction de fumer, une étude irlandaise n'a mis en évidence aucune augmentation significative de l'exposition à la fumée secondaire des enfants (âgés de 13 et 14 ans) chez eux.³⁰
- Aux États-Unis, le fumeur moyen vit en général au sein d'un ménage non-fumeur, sur un territoire couvert par une loi d'interdiction totale de fumer, plutôt que sur un territoire n'ayant pas adopté de législation stricte en la matière.³¹
- À Taïwan, la prévalence de l'exposition des enfants à la fumée secondaire à domicile a diminué de 51 % en 2005 à 32 % en 2009 en raison de l'application d'une loi d'interdiction de fumer, et ce déclin s'est poursuivi jusque'à 28 % en 2013.³²

Pour en savoir plus sur les tactiques déployées par l'industrie du tabac pour compromettre les lois d'interdiction de fumer efficaces, consulter : https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/fr/SF_TI_tactics_fr.pdf

Références

1. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: Implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization, 2009.
2. International Agency for Research on Cancer. IARC Monograph Volume 100E: Personal Habits and Indoor Combustions. World Health Organization, 2012.
3. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, 2014.
4. U.S. Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the Surgeon General. Rockville: Dept. of Health and Human Services, 2010.
5. Drope J, Chapman S. Tobacco industry efforts at discrediting scientific knowledge of environmental tobacco smoke: a review of internal industry documents. J Epidemiol Community Health. 2001; 55:588-94.
6. Iida K, Proctor RN. The industry must be inconspicuous: Japan Tobacco corruption of science and health policy via the Smoking Research Foundation. Tob Control. 2018; 27:3-11.
7. Barnes DE, Bero LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. Journal of the American Medical Association. 1998;279(19):1566-70.
8. Muggli ME, Hurt RD, Blanke DD. Science for hire: a tobacco industry strategy to influence public opinion on secondhand smoke. Nicotine Tob Res. 2003; 5:303-314.
9. Tong EK, Glantz SA. ARTIST (Asian regional tobacco industry scientist team) Philip Morris' attempt to exert a scientific and regulatory agenda on Asia. Tobacco Control 2004;13 (Suppl II):ii118-ii124.
10. Barnoya J, Glantz SA. The tobacco industry's worldwide ETS consultants project: European and Asian components. Eur J Public Health. 2006; 16(1):69-77.
11. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: Monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization, 2017.
12. World Health Organization. Protection from exposure to second-hand smoke: Policy recommendations, 2007. Geneva: World Health Organization, 2007.
13. Dearlove JV, Bialous SA, Glantz SA. Tobacco industry manipulation of the hospitality industry to maintain smoking in public places. Tob Control. 2002; 11(2):94-105.
14. Sebrí EM, Glantz SA. "Accommodating" smoke-free policies: tobacco industry's Courtesy of Choice programme in Latin America. Tob Control. 2007;16:6.
15. The Charter Group. The public places charter on smoking industry progress report. London: The Charter Group, 2003.
16. United Kingdom Department of Health. Smoke-free England—one year on. 2007.
17. ITC Project. Smoke-free Policies: ITC Cross-Country Comparison Report. Waterloo: University of Waterloo, 2012.
18. Office of Tobacco Control. Smoke-Free Workplaces in Ireland: A One-Year Review. Clane: Office of Tobacco Control, 2009.
19. Ministry of Health – Kenya. Press Release. New poll: Kenyans express overwhelming support for tobacco control measures. Nairobi: Ministry of Health – Kenya, 2007.
20. National Institute of Public Health. Impactos sociales, ambientales y económicos de los espacios 100% libres de humo de tabaco. Mexico: El caso de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores, Distrito Federal, México, 2009.
21. ITC Project. ITC Brazil Project Report - Findings from the Wave 1 and 2 Surveys (2009-2013). Waterloo: University of Waterloo, 2014.
22. Jing, G. Are bars on smoking in public places effective? China Plus. 2017. Available at: <http://chinaplus.org.cn/news/china/9/20170301/902.html>.
23. Costa Rica Global Adult Tobacco Survey (GATS). Centers for Disease Control and Prevention, 2017. Available from: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/347632/UKR_GATS_2017_ES_17Aug2017_Final.pdf.
25. American Society of Heating Refrigerating and Air Conditioning Engineers (ASHRAE). ASHRAE position document on environmental tobacco smoke. 2010; updated 2016. Available from: www.ashrae.org/File%20Library/About/Position%20Documents/ASHRAE_PD_Environmental_Tobacco_Smoke_2016.pdf.
26. Leavell NR, Muggli ME, Hurt RD, Repace J. Blowing smoke: British American Tobacco's air filtration scheme. British Medical Journal. 2006; 332(7535):227-29.
27. U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva: World Health Organization, 2016.
28. World Health Organization International Agency for Research on Cancer. Evaluating the Effectiveness of Smoke-free Policies. IARC Handbook of Cancer Prevention. Lyon: WHO IARC, 2009.
29. Akhtar PC, Haw SJ, Currie DB, Zachary R, Currie CE. Smoking restrictions in the home and secondhand smoke exposure among primary schoolchildren before and after introduction of the Scottish smoke-free legislation. Tob Control. 2009; 18(5):409-U103.
30. Kabir Z, Manning PJ, Holohan J, Goodman PG, Clancy L. Active smoking and second-hand smoke exposure at home among Irish children, 1995-2007. Arch Dis Child. 2010; 95(1):42-45.
31. Cheng K-W, Glantz SA, Lightwood JM. Association Between Smokefree Laws and Voluntary Smokefree-Home Rules. Am J Prev Med. 2011; 41(6):566-72.
32. Wang Y-T, Tsai Y-W, Tsai T-I, Chang P-Y. Children's exposure to secondhand smoke at home before and after smoking ban. Tob Control. 2017; 26:690-6.