

ENVIRONNEMENTS SANS FUMÉE

Les faits essentiels

«Il est évident qu'il n'existe pas de niveau d'exposition sans danger au tabagisme passif. De nombreux pays ont déjà pris des mesures. J'invite tous ceux qui ne l'ont pas encore fait à agir sans tarder pour protéger la santé de tous en adoptant des lois exigeant que tous les lieux de travail et les lieux publics fermés soient à 100 % sans fumée.» – Dr Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé

Exposition mondiale au tabagisme passif

- Aux quatre coins du globe, environ 33 % des hommes non fumeurs et 35 % des femmes non fumeuses sont régulièrement exposés au tabagisme passif.¹
- Dans de nombreux pays, les personnes sont principalement exposées au tabagisme passif sur leur lieu de travail.

Exposition au tabagisme passif sur les lieux de travail, par pays	Bangladesh	63% ²
	Chine	63% ³
	Égypte	61% ⁴
	Russie	35% ⁵

- Environ 40 % des enfants du monde entier sont exposés au tabagisme passif dans les lieux publics.¹

Effets néfastes du tabagisme passif

- Le tabagisme passif est une cause connue du cancer du poumon, des maladies du cœur, des bébés au faible poids de naissance et des troubles respiratoires chroniques, comme la bronchite, entre autres problèmes de santé.⁷ Il n'existe aucun niveau d'exposition sans danger au tabagisme passif.⁸
- Chaque année, l'exposition au tabagisme passif est responsable de plus de 600 000 décès prématurés.¹
 - Parmi tous ces décès, 47 % (soit 281 000) touchent les femmes non fumeuses et 28 % (soit 166 000) les enfants.¹
- Chez les non-fumeurs exposés au tabagisme passif à leur domicile ou sur leur lieu de travail, le risque de développer un cancer du poumon est accru de 20 à 30 %.⁷
- L'exposition au tabagisme passif augmente le risque de maladie coronarienne de 25 à 30 %⁹ et le risque d'un épisode aigu de maladie coronarienne de 25 à 35 %.¹⁰

Amélioration de la santé publique grâce aux lois d'interdiction totale de fumer

Les lois d'interdiction totale de fumer améliorent la santé publique en réduisant l'exposition du public au tabagisme passif, en aidant les fumeurs à diminuer leur consommation de cigarettes et en les soutenant dans leur décision d'arrêter de fumer.

- Selon une étude menée dans plus de 1 800 lieux publics au sein de 32 pays, le niveau de pollution de l'air intérieur était 89 % inférieur sur les sites sans fumée.¹¹
- Selon une méta-analyse menée par l'United States Institute of Medicine (institut de médecine américaine), les lois d'interdiction totale de fumer diminuent les cas aigus de maladies coronariennes, comme les infarctus du myocarde.⁹
- Selon un rapport de la Banque mondiale sur l'épidémie mondiale de tabagisme, les restrictions sur le droit de fumer peuvent diminuer la consommation de tabac totale de 4 à 10 %.¹³
- Neuf mois après l'entrée en vigueur d'une loi d'interdiction totale de fumer en Irlande en 2004, 59 % des fumeurs ont indiqué qu'ils avaient diminué leur consommation, 46 % ont expliqué qu'ils sont devenus plus susceptibles d'arrêter de fumer et 79 % des fumeurs ayant arrêté le tabac ont déclaré que cette législation les avait aidés.¹⁴

Optimisation de l'économie grâce aux lois d'interdiction totale de fumer

Les coûts des soins de santé liés au tabagisme passif sont élevés. Dans ce contexte, la loi d'interdiction totale de fumer optimise l'économie en supprimant les frais générés par le tabagisme passif. En outre, cette législation n'exerce aucun impact négatif sur le secteur de l'hôtellerie.

- Au Royaume-Uni, l'exposition des enfants au tabagisme passif engendre des coûts d'au moins 9,7 millions de livres sterling par an pour les consultations de soins primaires et les traitements antiasthmatiques, de 13,6 millions de livres sterling pour les hospitalisations et de 4 millions de livres sterling pour les médicaments antiasthmatiques destinés aux enfants âgés de 16 ans et moins.¹⁷
- Un rapport détaillé portant sur 97 études sur l'impact économique des lois antitabac publié avant août 2002 a conclu que : « toutes les études les mieux conçues font état soit d'une absence de conséquences soit de conséquences positives sur les ventes et l'emploi suite à la mise en œuvre de lois antitabac dans les restaurants et les bars. Ainsi le législateur peut agir afin de protéger les employés et les employeurs des toxines du tabagisme passif en sachant qu'il pourra réfuter les allégations de l'industrie du tabac quant à un impact négatif sur l'économie. »¹⁹
- En Argentine, une étude des lois d'interdiction totale de

fumer en vigueur à Buenos Aires et dans les provinces de Córdoba, de Santa Fé et de Tucumán a démontré que ces législations n'ont pas affecté de manière négative les ventes des bars et des restaurants. En ce qui concerne plus particulièrement Buenos Aires, il a été mis en évidence que ces mesures antitabac ont engendré une hausse de 7 à 10 % des ventes dans les bars et les restaurants.²¹

Échec des lois d'interdiction partielle de fumer et des zones ou salles fumeurs désignées

La seule méthode efficace pour protéger le public du tabagisme passif est de voter des lois d'interdiction totale de fumer concernant l'ensemble des lieux publics et de travail intérieurs, y compris les restaurants, les bars et les autres établissements de l'industrie de l'hôtellerie et de la restauration.²²

- En Espagne, la plupart des lieux de travail sont devenus sans fumée en 2006. La législation mise en place a permis aux établissements du secteur de l'hôtellerie de décider d'imposer ou non l'interdiction de fumer. Ceux qui ont accepté de se conformer à cette loi ont pu également décider du moment où la mettre en vigueur. Ainsi, aucune diminution significative de l'exposition au tabagisme passif, des symptômes respiratoires ou du taux salivaire de cotinine (un biomarqueur de l'exposition au tabagisme passif) n'a été observée chez les personnes travaillant dans des établissements n'ayant adopté que des restrictions partielles ou aucune restriction.²³
- 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 une exposition dans des lieux intérieurs est une interdiction totale de fumer ». L'ASHRAE a démontré qu'aucune solution technique, y compris les technologies de pointe actuelles d'épuration, de filtration et dilution de l'air, n'atténue les risques pour la santé engendrés par l'exposition au tabagisme passif dans les lieux où des personnes fument.²⁶
- Des documents internes de la British American Tobacco (BAT) ont reconnu que la ventilation et la filtration de l'air ne permettent pas d'éliminer la fumée de tabac environnementale. Malgré ces résultats, la BAT a largement promu ces technologies auprès du secteur de l'hôtellerie depuis le milieu des années 1990.²⁷

Article 8 de la Convention-cadre pour la lutte antitabac

Plus de 170 pays ont ratifié la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac (CCLAT), le premier traité global de santé publique.

- L'article 8 de la CCLAT oblige les Parties à adopter et à mettre en œuvre des mesures législatives efficaces

« prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics ».

En 2007, les États parties à la CCLAT ont adopté à l'unanimité les directives pour l'application de l'article 8 afin d'aider les Parties à respecter leurs obligations dans le cadre de cet article. Selon les directives :

- « Des mesures efficaces de protection contre l'exposition à la fumée du tabac comme celles qui sont envisagées à l'article 8 de la Convention-Cadre de l'OMS passent par une interdiction totale de fumer et par une élimination totale de la fumée du tabac dans un espace ou un environnement donné afin de créer un environnement à 100 % sans tabac. »
- « Toutes les solutions autres qu'un environnement à 100% sans tabac, y compris la ventilation, la filtration d'air et la création de zones fumeurs désignées [...] ont fait à maintes reprises la preuve de leur inefficacité et il existe quantité de données probantes, scientifiques ou autres, qui montrent que les solutions techniques ne protègent pas contre l'exposition à la fumée du tabac. »
- Afin d'assurer une mise en œuvre réussie et une stricte conformité, « [u]ne fois la législation adoptée, des campagnes d'éducation doivent être menées pour aider à la faire appliquer et des informations doivent être fournies aux propriétaires d'entreprises commerciales et aux gestionnaires de bâtiments pour leur expliquer le contenu de la loi et les responsabilités qui leur incombent. Il faut également s'occuper de produire du matériel de signalisation et d'affichage approprié ».

Des lois d'interdiction totale de fumer populaires et réalisables

Nombre de gouvernements reconnaissent la nécessité de voter des lois d'interdiction totale de fumer. Les citoyens soutiennent la mise en place de lois d'interdiction totale de fumer et souhaitent être protégés des dangers liés au tabagisme passif. De plus en plus de pays appliquent de telles législations, ce qui indique un mouvement international croissant envers la protection contre l'exposition à la fumée du tabac et aux risques qu'elle implique. De nombreux pays, états et villes de cultures, climats et niveaux de revenus différents ont mis en œuvre avec succès une loi d'interdiction totale de fumer.

- En Indonésie, près de neuf citoyens sur dix (soit 88 %) se prononcent en faveur de l'interdiction de fumer dans les lieux de travail et les lieux publics fermés. 73 % des fumeurs quotidiens soutiennent même les politiques antitabac.²⁸
- En 2004, l'Irlande est devenue le premier pays à voter une loi nationale d'interdiction totale de fumer. Un an après

la mise en œuvre de cette législation, le soutien public en sa faveur est passé de 67 % à 93 %. En outre, 98 % des citoyens pensent que les lieux de travail sont devenus plus sains.³¹ Le taux de conformité a atteint des sommets, soit environ 95 %.

- La ville de Mexico a appliqué une loi d'interdiction totale de fumer en avril 2008. Le soutien de la population en faveur de cette législation est passé de 50 % en mars 2008 à 66 % en décembre 2008. Au cours de la première année suivant le vote de la loi, le taux de conformité est passé de 80 % à 95 % grâce à une éducation continue du public et à une application permanente de la législation.³²

Messages clés

- **Le tabagisme passif est une cause connue de décès et de maladies. Il n'existe aucun niveau d'exposition au tabagisme passif qui soit sans danger.**
- **Les lois d'interdiction totale de fumer améliorent la santé publique en réduisant l'exposition du public au tabagisme passif, en aidant les fumeurs à diminuer leur consommation de cigarettes et en les soutenant dans leur décision d'arrêter de fumer.**

- **Les lois d'interdiction totale de fumer ne font pas de tort au secteur de l'hôtellerie. Ces législations ont même optimisé l'économie de certains pays.**
- **La seule méthode efficace pour protéger le public du tabagisme passif est de voter des lois d'interdiction totale de fumer concernant l'ensemble des lieux publics et de travail intérieurs. Les lois d'interdiction partielle de fumer et des zones ou salles fumeurs désignées ne sont pas efficaces.**
- **Les Parties à la CCLAT sont contraintes sur le plan juridique d'adopter et de mettre en œuvre des lois d'interdiction totale de fumer.**
- **Les lois d'interdiction totale de fumer sont réalisables pour tous les pays, indépendamment de leur culture, de leur climat et de leur niveau de revenus.**

(1) Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Pruss-Ustun A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet* 2010. (2) Ministry of Health and Family Welfare Bangladesh, World Health Organization Country Office of Bangladesh. Global Adult Tobacco Survey: Bangladesh Report 2009: World Health Organization, 2009. (3) Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet: China. Atlanta: CDC, 2010. (4) Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet: Egypt: CDC, WHO, 2009. (5) Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet: Russian Federation: CDC, WHO, 2009. (6) 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, MD: Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Office of Surgeon General, 2010. (7) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, 2006. (8) World Health Organization International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans. Lyon: WHO IARC, 2004. (9) U.S. Institute of Medicine. Secondhand smoke exposure and cardiovascular effects: Making sense of the evidence. Washington, DC: Institute of Medicine, 2009. (10) 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. (11) Hyland A, Travers MJ, Dresler C, Higbee C, Cummings KM. A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places. *Tob Control* 2008;17(3):159-65. (12) New York City Department of Finance, Department of Health and Mental Hygiene, Department of Small Business Services, Economic Development Corporation. The state of smoke-free New York City: A one-year review. New York: Department of Health and Mental Hygiene, 2004. (13) The World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Washington, DC: The World Bank, 1999. (14) Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A, et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tobacco Control* 2006;15 Suppl 3:iii51-8. (15) Botello-Harbaum MT, Haynie DL, Iannotti RJ, Wang J, Gase L, Simons-Morton B. Tobacco control policy and adolescent cigarette smoking status in the United States. *Nicotine Tob Res* 2009;11(7):875-85. (16) Mackay D, Haw S, Ayres JG, Fischbacher C, Pell JP. Smoke-free legislation and hospitalizations for childhood asthma. *N Engl J Med* 2010;363(12):1139-45. (17) Royal College of Physicians. Passive Smoking and Children: A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2010. (18) Behan DF, Eriksen MP, Lin Y. Economic effects of environmental tobacco smoke. Schaumburg: Society of Actuaries, 2005. (19) Scollo M, Lai A, Hyland A, Glantz S. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tob Control* 2003;12(1):13-20. (20) van Walbeek C, Blecher E, van Graan M. Effects of the Tobacco Products Control Amendment Act of 1999 on restaurant revenues in South Africa--a survey approach. *S Afr Med J* 2007;97(3):208-11. (21) Gonzalez-Rozada M, Molinari M, Virgolini M. The economic impact of smoke-free laws on sales in bars and restaurants in Argentina. *CVD Prevention and Control* 2008;3(4):197-203. (22) World Health Organization. Protection from exposure to second-hand smoke: Policy recommendations, 2007. (23) Fernandez E, Fu M, Pascual JA, Lopez MJ, Perez-Rios M, Schiaffino A, et al. Impact of the Spanish smoking law on exposure to second-hand smoke and respiratory health in hospitality workers: a cohort study. *PLoS One* 2009;4(1):e4244. (24) Capital Medical University. Fine Particles Density Monitoring Research on the Air in Six Types of Places in Beijing. Beijing: Capital Medical University, 2008. (25) Eraso M, Iglesias V, Droppelmann A, Acuna M, Peruga A, Breyse PN, et al. Secondhand tobacco smoke in bars and restaurants in Santiago, Chile: evaluation of partial smoking ban legislation in public places. *Tob Control* 2010;19(6):469-74. (26) American Society of Heating Refrigerating and Air Conditioning Engineers (ASHRAE). Environmental tobacco smoke: Position document. Atlanta: ASHRAE, 2005. (27) 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. (28) Quirk Global Strategies. Smoke-free Support in Indonesia. Survey: Quirk Global Strategies, 2010. (29) Quirk Global Strategies. Smoke-free Support in Ukraine. Survey: Quirk Global Strategies, 2008. (30) Quirk Global Strategies. Smoke-free Support in Russia. Survey: Quirk Global Strategies, 2010. (31) Office of Tobacco Control. Smoke-Free Workplaces in Ireland: A One-Year Review. Clane: Office of Tobacco Control, 2005. (32) Crosbie E, Sebrle EM, Glantz SA. Strong advocacy led to successful implementation of smokefree Mexico City. *Tob Control* 2011;20(1):64-72.