



## Sommaire

### Effets sur la santé (chapitre 1)

- Le chapitre 1 présente des estimations pour la totalité des adultes dans les 25 pays de l'Union européenne (UE) et, séparément, pour les non-fumeurs, relatives au nombre de décès des suites d'une maladie cardiaque ischémique, d'une attaque, d'un cancer du poumon ou d'une maladie pulmonaire chronique non néoplasique attribuables au tabagisme passif.
- À quelques exceptions près, l'amplitude des risques rapportés associés au tabagisme passif est minime. Toutefois, parce que l'exposition des non-fumeurs reste, dans beaucoup de pays, un phénomène omniprésent au travail et dans les lieux publics fermés, un nombre considérable de personnes sont exposées au risque et, dans l'ensemble, les effets néfastes potentiels sont considérables.
- Si les risques du tabagisme passif pour les quatre maladies qui nous intéressent sont désormais bien établis dans la littérature scientifique, les données relatives au tabagisme actif et surtout au tabagisme passif dans l'UE sont manifestement incomplètes. Nous avons donc dû nous baser sur une série de suppositions concernant l'ampleur de l'exposition au tabagisme passif dans l'environnement privé et professionnel. Dans la mesure du possible, nous avons misé sur la retenue, de sorte que les résultats au niveau du nombre de décès imputables au tabagisme ont plutôt tendance à être sous-estimés que surestimés.
- Le tabagisme passif au travail a causé plus de 7 000 décès dans l'UE en 2002, et le tabagisme passif à la maison aurait fait 72 000 victimes supplémentaires. Chez les employés du secteur de la restauration, l'exposition à la fumée de tabac au travail fait un mort par jour ouvré.
- En 2002, dans l'UE, le tabagisme passif au travail a fait plus de 2 800 victimes parmi les non-fumeurs. Le tabagisme passif à la maison, quant à lui, a provoqué 16 600 décès supplémentaires. Dans le secteur européen de la restauration, le tabagisme passif tue apparemment un employé non fumeur tous les 3,5 jours de travail.
- Ces résultats ne tiennent pas compte des enfants décédés des suites du tabagisme passif, des adultes morts dans d'autres conditions connues pour leurs liens avec le tabagisme actif, ni du taux de morbidité significatif et grave, qu'il s'agisse de maladies aiguës ou chroniques, causé par le tabagisme passif.

## Effets économiques (chapitres 2 et 3)

- Les études démontrent que les mesures antitabac réduisent la consommation de tabac.
- En réduisant la demande de tabac, les politiques antitabac abaisseront les coûts tant privés que sociaux du tabagisme.
- Les bénéfices des politiques antitabac se font particulièrement sentir dans le secteur privé de l'économie. Les sources d'économies sont diverses : coûts d'assurances réduits ; productivité accrue chez ceux qui arrêtent de fumer et parmi les travailleurs qui ne sont plus exposés au tabagisme passif ; abaissement des coûts liés à l'embauche de remplaçants pour effectuer le travail de la main-d'œuvre perdue pour cause de morbidité et de mortalité liées au tabac ; frais réduits d'entretien des bâtiments, et économies réalisées grâce à une diminution des dépenses liées à l'impact du tabagisme passif sur les travailleurs et aux effets combinés sur les travailleurs d'un tabagisme passif associé à la présence d'autres toxines sur le lieu de travail.
- Les bénéfices à long terme des politiques antitabac sont une baisse de la morbidité et de la mortalité due à la limitation de l'exposition au tabagisme passif et à l'impact de ces politiques sur la prévalence du tabagisme (à la fois renoncement et initiation). Une telle évolution renforcera le capital humain des pays concernés et relancera la croissance économique.
- Les fabricants de tabac ont prétendu qu'une interdiction de fumer dans les bars et les restaurants aurait un effet négatif sur les affaires, en faisant baisser les ventes et chuter l'emploi.
- Les conclusions d'études indépendantes et fiables sur l'impact financier des politiques antitabac dans la restauration ont contredit les arguments économiques avancés par l'industrie du tabac.
- L'examen d'une centaine d'études réalisées avant le 31 août 2002 au Canada, au Royaume-Uni, aux USA, en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Afrique du Sud, en Espagne et à Hong-Kong n'a pas permis de déceler le moindre impact négatif ou le moindre effet positif dans les études reposant sur des mesures objectives et fiables, comme les recettes des ventes imposables ou les données collectées plusieurs années avant et après l'introduction de mesures antitabac, qui impliquaient des contrôles de l'évolution des conditions économiques et le recours à des tests statistiques pour contrôler les tendances sous-jacentes et les fluctuations de données.
- Des informations plus récentes sur les effets de l'interdiction de fumer à New York, en Colombie britannique, en Irlande, en Norvège ou en Nouvelle-Zélande n'ont pas démontré d'impact négatif sur les affaires.
- À New York par exemple, un an après l'entrée en vigueur de la loi antitabac de 2003 (Smoke-Free Air Act), qui interdisait de fumer sur tous les lieux de travail, les recettes des restaurants et des bars ont augmenté de 8,7%, 10 600 nouveaux postes ont été créés, tous les établissements se plient à la nouvelle législation, et le nombre de nouvelles licences accordées à des débits de boisson a augmenté - soit autant de signes de la bonne santé économique des bars et des restaurants new-yorkais.

- En matière de consommation d'alcool, les habitudes des Européens sont en train de changer : la consommation d'alcool par habitant est en baisse et l'on boit davantage chez soi. Beaucoup de facteurs sont susceptibles d'influencer les ventes de la restauration. En Irlande, le volume des ventes dans les bars a augmenté depuis 2001, mais a diminué de 2,8% en 2002, de 4,2% en 2003 et de 4,4% en 2004. Avant la loi irlandaise interdisant de fumer sur le lieu de travail (y compris dans les bars et les restaurants), entrée en vigueur en 2004, les habitudes en matière de consommation d'alcool avaient déjà changé. Comme en Colombie britannique, la baisse du volume des ventes dans les débits de boisson irlandais est survenue avant la promulgation de l'interdiction de fumer.

### **Prise de conscience et attitudes de l'opinion publique (chapitre 4)**

- L'opinion publique est de plus en plus consciente des effets néfastes du tabagisme passif. Aussi est-elle largement favorable aux mesures qui protègent les non-fumeurs contre le tabagisme passif.
- L'expérience internationale indique que la bonne application des politiques antitabac exige à la fois un niveau de conscience suffisant des risques sanitaires du tabagisme passif dans l'opinion publique et un certain niveau de soutien de la part de celle-ci.
- Les évaluations récentes des politiques antitabac dans les pays européens, ainsi que les données tirées des études sur les populations, étayent ces conclusions et suggèrent que le soutien de l'opinion aux politiques antitabac ne cesse d'augmenter au sein de l'UE.
- Les dispositions visant à protéger les non-fumeurs sont plus timorées que les attentes de l'opinion publique. Dans plusieurs pays européens, en effet, le niveau de soutien de l'opinion publique aux espaces et lieux de travail non fumeurs égale ou surpasse aujourd'hui celui qui a suffi pour introduire avec succès des lois antitabac dans d'autres juridictions.

### **Ventilation (chapitre 5)**

- La fumée ambiante de tabac, qui dérive d'abord de la fumée secondaire libérée entre deux bouffées, contribue largement à la pollution de l'air lorsque quelqu'un fume. Dans le cadre des activités d'évaluation de l'exposition humaine à la fumée ambiante de tabac dans les environnements clos, des tests ont été réalisés par la chambre environnementale du Centre commun de recherche (INDOORTRON) pour étudier l'impact des différents niveaux de ventilation sur la concentration dans l'air des composants de fumée ambiante de tabac.
- Les résultats préliminaires indiquent que les changements dans les niveaux de ventilation simulant les conditions qui prévalent dans de nombreux environnements résidentiels et commerciaux (0,3 – 4,5 taux d'échange d'air (AER)) lorsque quelqu'un fume n'ont pas d'incidence marquante sur le taux de concentration dans l'air des constituants de la fumée

ambiante de tabac, c'est-à-dire le monoxyde de carbone (CO), les oxydes d'azote (NOx), les composants aromatiques et la nicotine.

- Ces éléments laissent à penser que les efforts déployés pour réduire la pollution ambiante en intérieur en augmentant la ventilation dans les bâtiments n'entraîneraient aucune amélioration significative de la qualité de l'air à l'intérieur. Ils démontrent en outre que des niveaux élevés de ventilation par dilution de type soufflerie ou autres seraient requis pour atteindre des taux de polluants proches des valeurs limites en matière d'air ambiant.

## **Législation et études de cas (chapitre 6)**

- Au mois de janvier 2004, aucun pays européen n'avait interdit de fumer dans les bars et les restaurants. En mars 2006, cinq pays (Irlande, Norvège, Italie, Malte et Suède) avaient lancé les bars et les restaurants sans tabac. L'Écosse leur emboîtera le pas en avril 2006, et l'Angleterre devrait suivre rapidement.

- Les exemples de la Norvège et de l'Irlande illustrent les facteurs clés de la mise en œuvre efficace d'une législation antitabac : 1) des recherches préalables argumentées par des preuves pour informer l'opinion publique et les responsables politiques des dangers du tabagisme passif ; 2) une implication active des principaux intervenants, et notamment des syndicats et des groupes de défense de la santé ; 3) le développement d'une campagne de communication claire et cohérente afin d'informer le public, en insistant sur les droits sanitaires des travailleurs de la restauration.

- Le cas du Royaume-Uni devrait servir de mise en garde pour les autres pays qui envisagent des restrictions volontaires : celles-ci ne marchent tout simplement pas.

The Smoke Free Partnership is a new strategic, independent and flexible partnership between Cancer Research UK, the European Respiratory Society and the Institut National du Cancer.

It aims to promote tobacco control advocacy and policy research at EU and national levels in collaboration with other EU health organisations and EU tobacco control networks.

### **Smoke Free Partnership**

c/o ERS Office Brussels – Rue d'Arlon 39-41 – BE – 1000 Brussels  
Tel: +322 238 5360 – Fax: +322 238 5361 – [smokefree.partnership@ersnet.org](mailto:smokefree.partnership@ersnet.org)  
[www.cancerresearchuk.org](http://www.cancerresearchuk.org) – [www.ersnet.org](http://www.ersnet.org) – [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)