

La fumée secondaire à la maison et dans les voitures

1. Sources actuelles d'exposition à la fumée de tabac secondaire

On parle de fumée de tabac secondaire (FTS) pour désigner la soupe chimique de fumée qui, d'une part, se dégage du bout d'une cigarette allumée, et d'autre part, est expirée par la personne qui fume. Ce mélange toxique contient plus de 4 000 substances sous forme de particules solides et gazeuses et constitue une source importante de pollution de l'air intérieur.^{1,2,3} Les deux tiers de la fumée émanant d'une cigarette allumée ne sont pas inhalés par le fumeur, mais sont plutôt libérés dans l'air ambiant, contaminant ainsi l'air respiré par les gens qui s'y trouvent.⁴ Même si certaines des substances retrouvées dans la FTS sont perceptibles par l'irritation du nez, des yeux et de la gorge qu'elles provoquent, plusieurs des contaminants sont incolores, inodores et passent donc inaperçus.⁵

Grâce au nombre décroissant de fumeurs dans la population, l'exposition à la FTS à la maison et dans les voitures s'avère beaucoup moins courante qu'elle ne l'a été par le passé. Toutefois, on dénombre encore plus de 4.6 millions de fumeurs au Canada.⁶ Selon les statistiques de Santé Canada, 15% des ménages canadiens comprennent au moins une personne qui fume régulièrement à l'intérieur de la maison. Parmi les autres ménages, 87% vont jusqu'à interdire complètement l'usage du tabac dans la maison.⁶ Donc, bien qu'il soit encourageant de savoir que près du 3/4 (74%) **des ménages canadiens sont sans fumée, 10% des enfants ayant moins de 12 ans (379 000 enfants) sont encore régulièrement exposés à la FTS à la maison.**⁶ **Par ailleurs, près d'un Canadien sur quatre dit être exposé à la FTS en voiture.**⁷ **En 2004, la moitié des parents fumeurs ont fumé dans leur maison et 44% d'entre eux ont également fumé dans leur voiture, même lorsqu'il y avait présence d'un enfant.**⁸

Bien que les taux de tabagisme soient à la baisse et que plusieurs provinces et territoires aient adopté des mesures législatives qui interdisent de fumer dans les lieux publics et les milieux de travail, de nombreux Canadiens, surtout les enfants dont les parents fument, sont régulièrement exposés à la FTS à la maison et dans les voitures. Pour nombre d'entre eux, le principal lieu d'exposition à la FTS est la maison.⁹

Selon Santé Canada, la fumée secondaire tue plus de 1 000 Canadiens à chaque année.^{10,11} Les études et rapports des 30 dernières années ont confirmé les inquiétudes et les ravages en termes de morbidité et de mortalité causés par la FTS. Toutes ces études envoient un message clair et sans équivoque: l'exposition involontaire à la fumée secondaire est nocive et devrait être éliminée — peu importe si cette exposition a lieu dans un lieu public, un lieu de résidence privé ou une voiture.

2. Ouvrir une fenêtre et faire fonctionner un purificateur d'air ou une hotte de cuisine n'éliminent pas suffisamment les risques causés par la FTS

Les risques reliés à la FTS sont principalement régis par la durée de l'exposition et la concentration des contaminants retrouvés dans la FTS. La concentration est surtout influencée par le nombre de fumeurs, leur proximité par rapport aux non-fumeurs, ainsi que le volume et la ventilation de la salle.¹²

Plusieurs Canadiens ont déjà fumé en ayant une fenêtre ouverte (65%), une hotte de cuisine qui fonctionne (44%), dans une autre pièce en fermant la porte (33%) ou en utilisant un purificateur d'air (28%) croient à tort que cela réduit suffisamment les dangers de la FTS.⁸ Or, **« bien qu'une augmentation de l'aération parvienne à masquer la présence de la FTS, les études ont démontré que pour réduire la nocivité des substances présentes dans la FTS à un niveau de risque dit « acceptable », on aurait besoin de créer des débits d'air équivalent à une tornade.** En effet, les experts en qualité de l'air estiment que pour atténuer la toxicité des substances dans la FTS à un niveau sécuritaire, on aurait besoin de créer des débits d'air de 50 000 litres par seconde par occupant.¹³

On sait également que les substances retrouvées dans la FTS peuvent s'accumuler sur les surfaces ou rester suspendues dans l'air, ce qui contamine tapis, murs, meubles et autres objets de la maison pendant des jours et des semaines après que quelqu'un ait fumé.⁵ Dans son plus récent document sur la fumée secondaire, l'American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE), une sommité sur l'établissement des standards de ventilation, se positionne en disant que:

Aucune solution d'ingénierie, qu'il s'agisse des procédés courants ou de ceux plus sophistiqués de dilution et de filtration ou de purification, n'a démontré ou ne pourrait assurer une gestion des risques à la santé causés par l'exposition à la FTE [fumée de tabac dans l'environnement] retrouvée dans des endroits fermés où l'on fume.¹⁴ [*traduction libre*]

Il en ressort que même les systèmes de ventilation les plus coûteux, pour usage résidentiel ou commercial, sont incapables de réduire la FTS à un niveau qui soit inoffensif pour la santé.

Les études démontrent que même lorsqu'on oblige les personnes à ne fumer que dans une seule pièce ou une certaine partie de la maison, on ne parvient pas à réduire les risques de la FTS, car celle-ci se dissipe et contamine tout l'air intérieur.^{15,16} Les enfants asthmatiques chez qui il est interdit de fumer développent moins de symptômes aigus et nécessitent moins de traitements médicaux pour leur maladie que ceux chez qui il est permis de fumer, même si l'usage du tabac est circonscrit à certains moments ou à certains endroits.¹⁷ Il est possible d'éliminer la maison comme source d'exposition pour les enfants en s'assurant que ceux qui fument le font dehors et non dans la maison et ce, peu importe qu'il s'agisse de fumeurs réguliers ou occasionnels.^{15,18}

L'exposition à la FTS dans les voitures constitue un problème particulièrement aigu.^{5,19} Récemment, une étude a montré que fumer une seule cigarette pendant 5 minutes — même en ouvrant une fenêtre — augmente les concentrations de contaminants (particules en suspension respirables) à un niveau qui s'avère nocif pour la santé, surtout celle des enfants.²⁰ Une étude du Département de la santé publique de la ville de San Francisco a même révélée que le niveau de FTS à bord d'une voiture où l'on fume avec la fenêtre baissée est 9 fois plus élevé que dans une voiture sans fumée.²¹ Lorsqu'on fume en faisant fonctionner le ventilateur mais en fermant la fenêtre, le niveau de FTS est 70 fois plus élevé. Pire encore il est 200 fois plus élevé lorsqu'on fume la fenêtre relevée et qu'on laisse le ventilateur fermé.

Le Département de santé publique de la ville de San Francisco prévient:

Si 5 heures d'exposition dans une voiture sont comparées à 5 heures d'exposition dans une maison — chacune avec un individu fumant deux cigarettes à l'heure — le niveau d'exposition dans l'auto est 25 fois plus élevé que celui retrouvé dans le domicile.²¹ [traduction libre]

Le seul moyen d'éliminer l'exposition à la FTS à la maison et dans la voiture est de faire en sorte que ceux qui fument le fassent dehors, loin des ouvertures de portes et fenêtres par lesquelles la fumée pourrait s'infiltrer.

3. L'exposition à la FTS et la santé

Chez les adultes— La FTS est cancérigène et nocive pour plusieurs raisons.^{2,22} L'exposition à la FTS entraîne plusieurs maladies et différents symptômes, y compris l'irritation des yeux et du nez, les crises cardiaques et autres maladies cardiovasculaires, le cancer du poumon, des perturbations au niveau de la croissance du fœtus,^{23,24,25} ainsi que le cancer du sinus nasal,²³ le développement et l'aggravation de l'asthme²³ et le cancer du sein chez les femmes pré-ménopausées.^{23,26} Les données suggèrent également que la FTS est susceptible de causer des accidents cardiovasculaires, le cancer du col de l'utérus, les fausses couches et l'aggravation des maladies pulmonaires comme la fibrose kystique.²³ Plus particulièrement, les non-fumeurs dont le conjoint fume au domicile ont de 20 à 30% plus de risques de développer un cancer du poumon,^{24,27} une maladie qui est mortelle 8 fois sur 10.^{28,29}

L'Agence américaine pour la protection de l'environnement (U.S. Environmental Protection Agency) et le Centre international de recherches sur le cancer de l'Organisation mondiale pour la santé ont désigné respectivement la FTS comme un cancérigène de « Classe A » et « Groupe 1 ». Il s'agit des catégories qui regroupent les contaminants ayant les risques les plus élevés et pour lesquels aucun niveau d'exposition n'est considéré sécuritaire.⁴ Dans la liste des autres contaminants provoquant des cancers et appartenant à la Classe A ou au Groupe 1 on retrouve entre autres l'amiante, l'arsenic, les goudrons, le benzène et des radionucléides.

Les recherches démontrent également que l'exposition à la FTS provoque des changements associés aux maladies cardiovasculaires comme l'infarctus du myocarde (crise cardiaque).^{10,23-25,30} Les études ont démontré que les non-fumeurs dont le conjoint fume à la maison ont 25 à 30% plus de chances de mourir de troubles cardiaques (cardiopathies ischémiques) que ceux dont le conjoint ne fume pas.^{24,31,32,33} Selon une autre étude, ce risque serait encore plus important et les non-fumeurs auraient 60% plus de chances de mourir de troubles cardiaques.³⁴

Chez les enfants— En raison de leurs tubes bronchiques plus petits et de leur système immunitaire moins développé, les enfants sont beaucoup plus vulnérables aux contaminants retrouvés dans la FTS. Comme l'enfant respire plus rapidement que l'adulte, il inhale plus de produits chimiques par kilogramme de masse corporelle que le fait l'adulte pour une même durée d'exposition. Les enfants sont donc particulièrement vulnérables à la FTS dans les espaces clos tels les voitures.^{23,35}

L'exposition à la FTS peut également avoir des conséquences sur la santé d'un enfant même avant qu'il soit né. Une mère non-fumeuse exposée à la FTS a 38% plus de risques de donner naissance à un bébé de faible poids.¹⁵ Il n'est donc pas surprenant de constater que **le risque du syndrome de mort subite du nourrisson est presque 2 fois plus élevé chez les bébés exposés à la FTS que chez les bébés non-exposés.**³⁶ Tel que mentionné précédemment, l'exposition à la FTS pour les nourrissons survient presque entièrement à la maison ou dans la voiture.

En plus des multiples atteintes observées chez l'adulte, les effets survenant sur la santé de l'enfant incluent le développement et l'aggravation de l'asthme, les bronchites, les pneumonies et les otites.²³⁻²⁵ De récentes enquêtes ont également relevé une corrélation entre l'exposition à la FTS avant la naissance et les déficits cognitifs, c'est-à-dire que les enfants exposés avant même la naissance rencontrent plus de difficulté à lire, à raisonner et à comprendre.³⁷ Une étude californienne a démontré que les maladies respiratoires mènent à un taux d'absentéisme scolaire plus important,³⁸ ce qui entraîne des troubles au niveau du développement et des comportements sociaux.³⁹

4. Duperie de Philip Morris pour minimiser l'impact des effets de FTS dans les demeures.

Des sondages effectués un peu partout dans le monde démontrent que plus le public est au courant des conséquences de la FTS sur la santé des enfants, plus les parents fumeurs sont déterminés à limiter l'exposition de leurs famille à la FTS ou à cesser de fumer pour de bon. Pareillement, les non-fumeurs changent également leurs comportements: ils deviennent plus déterminés à prévenir l'exposition et empêchent que l'on fume en présence de leurs enfants dans la maison ou ailleurs. Ainsi, plus les gens sont sensibilisés aux effets nocifs de la FTS, plus les politiques pour des lieux sans fumée deviennent populaires — même celles rendant les maisons et les voitures sans fumée.^{7,40,41}

Les documents internes de l'industrie du tabac désormais accessibles au public nous apprennent que l'industrie a infiltré les milieux scientifiques pour entretenir le plus longtemps possible la confusion autour de la nocivité de la FTS et ainsi empêcher que de telles politiques et comportements ne voient le jour. Philip Morris (PM), le plus important fabricant privé de cigarettes au monde, avait anticipé que les préoccupations du public au sujet de l'exposition à la FTS à la maison favoriseraient l'établissement de politiques et mesures sans fumée, ce qui nuirait à la rentabilité de l'industrie du tabac. Dans un rapport interne daté de 1993, PM souligne l'importance de gérer les préoccupations populaires concernant la FTS en milieu résidentiel:

Les problématiques engendrées par le tabagisme de la mère, de son conjoint ou dans son milieu de travail sont inter-reliées lorsqu'il est question d'une femme enceinte [...] Interpeller directement une importante proportion de la population adulte sur un sujet aussi émotif a le potentiel de motiver toute une panoplie de mesures législatives contraignant l'usage à la maison et dans les lieux publics et milieux de travail. Il n'y a peut-être aucun autre enjeu aussi redoutable pour l'industrie.⁴² [Nous soulignons; traduction libre]

De concert avec la stratégie de l'industrie du tabac de semer la controverse sur les dangers réels de la FTS, ce document proposait des pistes de recherches qui mettraient en doute les messages de santé publique à l'effet que la FTS a des effets nuisibles chez les nouveau-nés.⁴³

La "Revue de littérature de Sullivan et Barlow", une étude⁴⁴ financée et rédigée essentiellement par Philip Morris, a été publiée dans un prestigieux journal de pédiatrie en 2001.⁴⁵ L'étude a été citée pas moins de 19 fois dans des revues scientifiques.⁴⁵ La correspondance entre l'auteur principal (Frank Sullivan) et Ted Sanders, un directeur œuvrant dans la division mondiale des affaires scientifiques (Worldwide Scientific Affairs/WWSA) de Philip Morris, démontre que la version originale⁴⁶ de l'article a été modifiée pour servir les intérêts de l'industrie du tabac.

Tel qu'exprimé par ce passage, la version initiale confirmait que la survie du nouveau-né était menacée par la présence de FTS à la maison:

Parmi les éléments tendant à établir la causalité, notons la relation systématique entre le tabagisme de la mère ou du père et le risque de syndrome de la mort subite du nourrisson, avec un rapport dose-effet très clair, de même que des preuves plus limitées indiquant qu'il y a augmentation de ce risque lorsque on fume dans la même pièce que le nourrisson et une diminution du risque lorsque la mère cesse de fumer (que ce soit avant la naissance, après la naissance ou les deux).⁴⁷ [traduction libre]

Or, suite aux interventions de Philip Morris, la version finale envoyée à la revue scientifique disait plutôt ceci:

Parmi les éléments tendant à établir la causalité, notons la relation systématique entre le tabagisme de la mère ou du père et le risque de syndrome de la mort

subite du nourrisson, avec un rapport dose-effet très clair. Bien qu'il soit difficile de distinguer les effets de l'exposition prénatale au tabagisme de ceux reliés à une exposition post-natale, la majorité des effets du tabagisme s'expliquent par le fait que la mère fumait avant la naissance du bébé. Il n'existe que des preuves fragmentaires [limited evidence] d'un éventuel accroissement supplémentaire du risque attribuable soit à l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement [FTE], notamment parce qu'on fume en présence du bébé, soit à la présence d'autre fumeurs dans la demeure.⁴⁸ [traduction libre]

Cette version finale laisse croire que la plupart des risques courus par le bébé sont dus au fait que la mère fumait avant de donner naissance, et non pas à la présence de FTS dans la maison du nouveau-né. Dans la mesure où les « corrections » de Philip Morris ont changé les conclusions de l'étude, le cigarettier est parvenu à minimiser les avantages qu'apporterait une interdiction de fumer au domicile.

Par l'entremise de Philip Morris, un joueur-clé en matière de développement des politiques pour l'industrie du tabac, les cigarettiers ont sans doute réussi à tromper un grand nombre de médecins, parents, chercheurs et décideurs au sujet de l'importance d'éliminer l'exposition que subissent les enfants, et notamment les nouveau-nés, à la FTS retrouvée à la maison et dans les voitures. En 1998, l'industrie révélait à l'interne qu'elle avait encore recours à ce type de manœuvre en écrivant:

Évaluation d'impacts...[souligné dans l'original]

Devrait fournir les éléments de preuve scientifiques justifiant une politique sur l'acceptabilité du fumer en présence d'enfants.⁴⁹ [traduction libre]

Philip Morris Worldwide Scientific Affairs, 1998.

5. Que peut-on faire pour prévenir les risques occasionnés par l'exposition à la FTS au domicile et dans les voitures?

Jusqu'à maintenant, la prévention de l'exposition dans ces milieux est laissée presque entièrement à la discrétion des individus. Même si la FTS entraîne de sérieux problèmes de santé, les parents, qu'ils soient fumeurs ou non, ont un droit presque complet d'exposer les enfants à la FTS. Et ils le font. Après tout, si de nombreux fumeurs cherchent à minimiser l'importance des risques que pose le tabagisme pour leur propre santé, ils sont peu susceptibles d'accepter que la FTS soit néfaste à la santé de leur enfant.

De plus, les propriétaires d'édifices à logements sont libres d'ignorer les inquiétudes entourant la fumée secondaire retrouvée dans leurs bâtisses. Entre le droit de refuser d'être exposé à un contaminant nocif pour la santé et le droit de ne pas se faire imposer des mesures législatives et réglementaires lorsque chez soi, la santé publique sort perdante pour l'instant.

Sensibilisation du public— De nombreux adultes sont encore inconscients ou incapables d’accepter la nature et l’ampleur des effets sur la santé causés par la FTS. Les efforts de sensibilisation auprès du public représentent donc une étape cruciale dans l’évolution des normes sociales selon lesquelles fumer dans la maison ou dans la voiture est inacceptable.

Par le biais de campagnes de sensibilisation, la population doit prendre conscience que:

- les mineurs, surtout les jeunes enfants, sont vulnérables à la FTS;
- la FTS persiste dans l’air longtemps après qu’on ait cessé de fumer;
- les hottes de cuisine, les purificateurs d’air et l’ouverture d’une fenêtre n’éliminent pas adéquatement la FTS;
- les propriétaires d’immeuble ont légalement le droit d’interdire de fumer dans l’ensemble des logements.

Les domiciles et voitures ne seraient plus d’importants lieux d’exposition à la FTS si on suivait les simples consignes suivantes:

- les non-fumeurs, tout comme les fumeurs, doivent s’assurer que ceux qui fument le font à l’extérieur;
- les parents et gardiens doivent s’assurer que le personnel des centres de garde ne fument en aucun temps sur les lieux de gardiennage et dans les véhicules transportant les enfants;
- les propriétaires de véhicule doivent interdire de fumer dans leur voiture;
- les non-fumeurs se doivent de réclamer des logements, co-propriétés, chambres d’hôtels et des taxis sans fumée.

Les gouvernements et agences de santé publique— Plusieurs gouvernements ont déjà interdit de fumer dans la plupart des lieux publics intérieurs tels que les bars, restaurants et taxis. Cependant, par peur d’être accusés d’ingérence, ils hésitent à étendre les interdictions aux maisons et voitures des particuliers. Mais puisqu’il s’agit là des principaux lieux d’exposition à la FTS pour les enfants, qui ont d’ailleurs moins la possibilité d’éviter de telles situations, les mesures de santé publique actuelles ne les protègent pas adéquatement.⁵⁰ Malgré les pressions politiques venant des cigarettiers et des groupes libertaires, les gouvernements ne peuvent pas simplement fermer les yeux sur cette menace qui pèse sur la santé de ceux qui n’ont pas la capacité de se protéger par eux-mêmes.

Le ‘lobbying’ de l’industrie du tabac s’est manifesté pour empêcher les initiatives législatives de niveau local (dans les États du Colorado, de la Géorgie, du New Hampshire et de la Californie) voulant interdire de fumer dans les véhicules privés transportant des enfants. Toutefois, une loi adoptée en avril 2006 fait de l’Arkansas le premier État à interdire de fumer dans les voitures. Depuis juillet 2006, il est interdit de fumer dans tout véhicule transportant un enfant de moins de 6 ans qui fait moins de 60 lbs.⁵¹ La Louisiane (août 2006),⁵² le Texas (janvier 2007)⁵³ et Puerto Rico (mars 2007)⁵⁴ interdisent de fumer dans tout véhicule transportant un enfant ayant moins de 13 ans. La municipalité de Bangor dans le Maine est allée plus loin. Depuis janvier 2007, il est interdit de fumer dans tout

véhicule lorsqu'un enfant de moins de 18 ans s'y trouve.⁵⁵ Ces jalons prometteurs encourageront sans doute des initiatives similaires dans d'autres États et ailleurs dans le monde.

Au Canada, les médecins de l'Ontario ont déjà signalé que le cadre juridique canadien était inadéquat. Dans son rapport novateur traitant du manque de mesures pour protéger les enfants des dangers de la FTS, l'Association médicale de l'Ontario (Ontario Medical Association/OMA) recommande que:

...le gouvernement provincial devrait assurer la protection des enfants contre la FTS[...] en adoptant des mesures législatives interdisant de fumer dans tout véhicule utilisé pour les transporter.⁵⁶ [traduction libre]

Compte tenu que le plus récent sondage⁵⁷ sur cette question indique que seulement 37% des fumeurs canadiens s'empêchent de fumer en voiture, les recommandations de l'Association médicale de l'Ontario ne sont pas à négliger.

Les manigances de l'industrie du tabac et la prépondérance du tabagisme dans la population ont mené pendant trop longtemps à une tolérance inappropriée voire presque aveugle de la FTS. Maintenant que les mœurs sociales ont changé et que de plus en plus de gens interdisent de fumer dans leur demeure, il faut se demander s'il est de la responsabilité des autorités de protéger la santé de l'ensemble de la population, et notamment des enfants qui n'ont pas l'avantage de vivre dans une demeure sans fumée. Or, il est difficilement envisageable que des autorités quelconques aillent contrôler, de manière aléatoire, la présence de FTS dans les demeures privées. En effet, l'application d'une interdiction touchant les demeures privées serait aussi compliquée et dispendieuse que controversée. De plus, il faut tenir compte du dilemme bien réel des parents qui gardent seuls leurs enfants et qui sont fortement dépendants à la nicotine : fumer dehors signifierait pour eux de laisser les enfants sans surveillance.

Il en est autrement dans le cas des véhicules des particuliers. L'État régleme déjà fortement divers aspects de la conduite automobile, notamment le port de la ceinture de sécurité; la voiture n'est donc pas un lieu privé au même sens que le domicile. Une interdiction de fumer en voiture serait aussi envisageable du point de vue pratique : la police n'aurait pas besoin de mandat de perquisition pour détecter les contrevenants. Finalement, les concentrations particulièrement élevées de FTS dans les voitures où l'on fume en font une cible privilégiée pour toute mesure législative visant à mieux protéger les enfants contre la FTS.

L'ampleur des effets de la FTS sur la santé, surtout pour les enfants, devrait également obliger les gouvernements et autorités de santé publique à non seulement sensibiliser le public au sujet des risques, mais plus pertinemment sur les moyens par lesquels on peut, à défaut de cesser de fumer, éviter l'exposition à la FTS, c'est-à-dire fumer à l'extérieur. Grâce à la simplicité de la solution, l'appui populaire, même parmi les fumeurs, devrait normalement s'accroître.

De plus, les messages mettant en valeur les avantages indirects des politiques sans fumée à la maison sont très utiles pour prévenir le tabagisme et réduire la mortalité attribuable aux produits de l'industrie du tabac. En effet, les fumeurs habitant des domiciles sans fumée fument généralement moins (6 cigarettes en moins) par jour et sont plus disposés à cesser complètement que ceux qui fument dans la maison.⁵⁸ La réduction du nombre de cigarettes fumées quotidiennement facilite le sevrage nicotinique et mène souvent à l'arrêt complet du tabagisme.⁵⁹ On sait aussi que les enfants dont les parents ne fument pas ont de plus grande chances de rester non-fumeur. Ainsi, les mesures législatives, les politiques et les campagnes d'éducation visant à réduire le tabagisme dans les voitures et les habitations s'arriment parfaitement aux autres objectifs de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Jurisprudence— Par le passé, quelques litiges menés par des individus déterminés ont forcé les tribunaux à trancher sur des questions d'exposition à la FTS. Ces litiges ont aidé à sensibiliser le public et les décideurs politiques au sujet des risques causés par la FTS.⁶⁰ Appuyés par les études scientifiques sur le sujet, les tribunaux ont confirmé que les restrictions sur l'usage des cigarettes constituent des interventions justifiées du fait qu'elles préviennent des comportements qui autrement « *mettent en péril la santé de ceux [les non-fumeurs] qui doivent demeurer près de lui [du fumeur]* ». ⁶¹ Quant aux interdictions de fumer dans la maison, la jurisprudence se rapporte principalement aux décisions en droit familial des tribunaux américains qui ont tranché sur les modalités de garde d'enfant lors de séparation et d'adoption. Les décisions portaient surtout, mais pas toujours, sur des enfants souffrant de problèmes de santé sous-jacents.

Généralement la loi stipule que:

- un individu ne peut commettre un tort (légal) envers autrui et que cela prévaut même entre les individus d'une même famille;
- les parents et les gardiens de mineurs ont l'obligation d'être diligents et de voir aux intérêts des mineurs sous leur tutelle;
- plaider l'ignorance des risques associés à la FTS ne constitue pas une défense acceptable.⁶²

Les tribunaux ont pris une multitude de positions sur le thème de la FTS dont, entre autres, qu'il s'agissait d'un manque d'attention à l'égard de l'enfant, voir même d'un abus.⁶³ Par exemple, en Ohio, un père a obtenu la garde de son enfant hospitalisé à plusieurs reprises pour des maladies aggravées par le tabagisme de la mère. Le juge a qualifié le fait que la mère fume en présence de l'enfant « *d'un abus au même titre que si elle avait négligé de lui fournir de la nourriture ou l'accès à des soins médicaux* ». ⁶⁴ Dans un autre procès, l'exposition d'un mineur à la FTS (soit en provenance des parents ou d'autres personnes fumant à la maison, soit dans des endroits fréquentés régulièrement par l'enfant) a été qualifiée « *de non-respect du mandat de la Cour de protéger les enfants sous sa compétence* ». ⁶⁵

Si la très grande majorité des parents ont la santé de leur enfant à cœur, la dépendance à la nicotine reste tout aussi réelle et en empêche certains d'entre eux d'accepter l'ampleur des risques associés à l'exposition à la FTS et d'agir en conséquence. Or, les décisions des tribunaux rappellent que même sans lois formelles interdisant de fumer à l'intérieur des demeures et des véhicules, les autorités

civiques, juridiques, médicales et ceux de la protection de la jeunesse ont le devoir de communiquer les risques encourus par les individus, notamment les jeunes enfants qui sont exposés à la FTS. **C'est-à-dire qu'un juge, pédiatre, médecin de famille, infirmier ou tout autre intervenant du genre devrait rappeler aux parents et gardiens de leurs rôles dans la prévention de plusieurs maladies et symptômes développé par les enfants lorsque exposer à la FTS.** Même sans mesures législatives à cet effet, les tribunaux ont les compétences pour gérer les cas extraordinaires d'exposition rapportés par les autorités médicales et autres intervenants.

6. Conclusions

Sensibiliser

Les gouvernements et les agences de santé ont besoin d'appuyer les initiatives sensibilisant le public aux risques que représente la FTS à la maison et en voiture. De tels efforts sont susceptibles d'encourager l'appui populaire déjà important pour certaines restrictions, notamment l'interdiction de fumer dans les voitures avec un enfant à bord. De plus, ces messages sont susceptibles de modifier les habitudes tabagiques des adultes, de façon à prévenir toute exposition involontaire pour les non-fumeurs et réduire plus globalement la prévalence du tabagisme dans la population.

Interdire de fumer dans les véhicules

Bien que la volonté de restreindre certains comportements dans les résidences et véhicules privés soulève un débat vigoureux, les gouvernements ont la responsabilité d'assurer des normes de santé et sécurité, surtout pour ceux qui ne peuvent pas se protéger eux-mêmes. Tout comme plusieurs gouvernements ont interdit de fumer dans certains endroits afin de protéger les non-fumeurs en milieux de travail et dans la population, ils doivent également intervenir afin de protéger les mineurs qui sont exposés à la FTS à la maison et dans les voitures. Les concentrations élevées retrouvées à bord des véhicules et l'analogie avec le port obligatoire de la ceinture de sécurité devraient permettre d'adopter une interdiction de fumer dans les voitures, sans monopoliser les ressources policières ou porter atteinte à la vie privée.

Réduire le tabagisme dans l'ensemble de la population demeure la meilleure solution

Vu l'acceptabilité sociale amoindrie de la cigarette, la baisse de la prévalence du tabagisme et la conscientisation plus marquée des risques pour la santé de la FTS, moins de Canadiens acceptent que l'on fume dans leur maison. Pour modifier les habitudes de ceux qui fument à la maison et dans leur voiture les intervenants en santé seraient peut-être tentés d'avoir recours avant tout à des campagnes d'éducation ciblant la responsabilité individuelle des parents fumeurs. Cependant, dans un contexte de ressources limitées, l'expérience nous montre l'importance des mesures qui affectent l'ensemble de la population. Il s'agit notamment des politiques de taxation, de l'interdiction de l'usage du tabac dans les lieux fermés et certains lieux ouverts, des mises en garde efficaces, de l'élimination de toute promotion du tabac, et du dévoilement⁶⁶ du rôle de l'industrie du tabac dans l'évolution et la propagation de l'épidémie du tabac.

7. Références citées

- 1 **National Research Council (NRC), 1986.** *Environmental Tobacco Smoke. Measuring Exposures and Assessing Health Effects.* National Academy Press, Washington, DC, 1986.
- 2 **U.S. Environmental Protection Agency (EPA), 1992.** *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders.* EPA/600/6-90/006F. U.S. Environmental Protection Agency, Office of Air and Radiation, Washington, DC, 1992.
- 3 **California Environmental Protection Agency, 2005.** *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant, Part A (Exposure Assessment).* Air Resources Board, Office of Environmental Health Hazard Assessment, California Environmental Protection Agency, June 2005. <ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3part%20a.pdf> (consulté en jan. 2006)
- 4 **U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979.** *Smoking and Health: A Report of the Surgeon General.* U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health, Office on Smoking and Health, Rockville, Maryland, 1979.
- 5 **Matt et al., 2004.** Households contaminated by environmental tobacco smoke: sources of infant exposures *Tobacco Control* 2004;13:29-37. <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/13/1/29>
- 6 **Santé Canada, 2007.** *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)2006.* Résumé des résultats pour la première moitié de l'année 2006 (février-juin). Programme de la lutte au tabagisme. www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/2006/wave-phase-1_summary-sommaire_f. (consulté en février 2007)
- 7 **Santé Canada, 2006.** *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC).* Résultats pour 2005. Programme de la lutte au tabagisme. www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/2005/index_f.html (consulté en août 2006)
- 8 **Santé Canada, 2005.** Recherche pertinente : La fumée secondaire à la maison (Étude produite du 15 au 31 mars 2004 par EKOS), Communiqué de presse, février 2005. www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_03bk2_f.html (consulté en déc. 2005)
- 9 **Ontario Tobacco Research Unit (OTRU), 2005.** *Second Hand Smoke in Ontario Homes: Findings from a National Study.* Toronto, Ontario: OTRU Special Report Series October, 2005. p.26
- 10 **Santé Canada, 2004.** La fumée de cigarette : Hautement toxique. Fumée secondaire: Foire aux questions et faits. Programme de la lutte au tabagisme 2004. www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/second/fact-fait/tox/index_f.html (consulté en jan. 2006)
- 11 **Makomaski-Illing EM and Kaiserman MJ, 2004.** Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions- 1998. *Canadian Journal of Public Health* 2004; 95(1):38-44. www.cpha.ca/shared/cjph/archives/abstr04.htm#38-44 (consulté en déc. 2005)
- 12 **US Department of Health and Human Services, 1986.** *The Health Consequences of Involuntary Smoking. A Report of the Surgeon General.* Public Health Service, Centers for Disease Control, Rockville, Maryland, 1986. p.139 www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_1986/ (consulté en fév. 2006)
- 13 **Repace et al, 1998.** Air nicotine and saliva cotinine as indicators of workplace passive smoking exposure risk. *Risk Analysis* 1998; 18: 71-83.
- 14 **ASHRAE, 2005.** ETS position document advises compliance with local codes. *ASHRAE Insights* 2005;20(8), August 2005. www.ashrae.org/template/AssetDetail/assetid/46104.jsessionid=aaabN2CpPoBeab (consulté en jan. 2006)
- 15 **Spencer et al., 2005.** Parent reported home smoking bans and toddler (18-30 month) smoke exposure: a cross-sectional survey. *Child: Care, Health and Development*, 2005; 31(6):744-745.
- 16 **Lofroth G, 1993.** Environmental tobacco smoke: Multicomponent analysis and room-to-room distribution in homes. *Tobacco Control* 1993; 2:222-225.
- 17 **Martinez-Donate et al., 2003.** Association between residential tobacco smoking bans, smoke exposure, and pulmonary function: A Survey of Latino Children with Asthma. *Pediatric Asthma, Allergy & Immunology* 2003; 16(4):305-317.
- 18 **Winkelstein et al., 1997.** Parental smoking behavior and passive smoke exposure in children with asthma. *Annals Allergy Asthma & Immunology* 1997; 78:419-23.
- 19 **California Environmental Protection Agency, 2005.** *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant, Part A (Exposure Assessment).* Air Resources Board, Office of Environmental Health Hazard Assessment, California Environmental Protection Agency, June 2005. p. v-59 <ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3part%20a.pdf> (consulté en jan. 2006)

-
- 20 **Rees VW, Connolly GN, 2006.** Measuring air quality to protect children from secondhand smoke in cars. *American Journal of Preventive Medicine* 31(5), 2006. <http://www.ajpm-online.net/webfiles/images/journals/amepre/1751.pdf> (consulté en oct. 2006)
- 21 **San Francisco Department of Public Health, 2001.** "Smoking in Cars Especially Harmful to Children, World No Tobacco Day Features Live Demonstration on Second Hand Smoke". Press release, City and County of San Francisco, May 31, 2001. www.dph.sf.ca.us/press/2001PR/pr053101c.htm (consulté en jan. 2006)
- 22 **Association pour les droits des non-fumeurs/Non-Smokers' Rights Association, 2002.** "But Does SHS Actually Cause Diseases?" Secondhand Smoke Fact sheet, 2002. www.nsr-adnf.ca (consulté en jan. 2006)
- 23 **California Environmental Protection Agency, 2005.** *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant*, Part B (Health Risks). California Environmental Protection Agency, Air Resources Board, Office of Environmental Health Hazard Assessment, June 2005. www.oehha.ca.gov/air/environmental_tobacco/pdf/app3partb2005.pdf (consulté en août 2006).
- 24 **U.S. Department of Health and Human Services, 2006.** *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Secondhand Smoke: A Report of the Surgeon General*. Executive Summary. 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, Washington DC, 2006. www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2006/index.htm page 13 (consulté en juin 2006)
- 25 **U.K. Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH), 2005. Department of Health, 2004.** Secondhand Smoke: Review of evidence since 1998. Update of evidence on health effects of secondhand smoke, Department of Health, 2004. www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/14/75/04101475.pdf (consulté en jan. 2006)
- 26 **Johnson KC, 2005.** Accumulating evidence on passive and active smoking and breast cancer risk. *International Journal of Cancer* 2005; 117:619-628.
- 27 **U.S. Department of Health and Human Services, 1979.** *Smoking and Health: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Office of the Secretary of Health, Office on Smoking and Health, Rockville, Maryland, 1979.
- 28 **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, Washington, DC, 2004. p.42 www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004/chapters.htm
- 29 **American Cancer Society, 2003.** "Cancer Facts & Figures 2003". American Cancer Society, Atlanta, 2003. p.14 www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2003PWSecured.pdf (consulté en fév. 2006)
- 30 **Otsuka et al., 2001.** Acute effects of passive smoking on the coronary circulation in healthy young adults. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 2001 25; 286(4):436-441.
- 31 **Barnoya J and Glantz S, 2005.** Cardiovascular Effects of Secondhand Smoke Nearly as Large as Smoking. *Circulation* 2005; 111:2684-2698. <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/abstract/111/20/2684>
- 32 **Kawachi I, 1997.** A Prospective Study of Passive Smoking and Coronary Heart Disease. *Circulation* 1997; 95:2374-2379. <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/abstract/95/10/2374>
- 33 **Hill S et al., 2004.** Mortality among "never smokers" living with smokers: two cohort studies, 1981-4 and 1996-9. *British Medical Journal (BMJ)* 2004; 328(7446):988-989. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7446/988>
- 34 **Humble C et al., 1990.** Passive smoking and 20-year cardiovascular disease mortality among nonsmoking wives of Evans County, Georgia. *American Journal of Public Health* 1990; 80:599-601. www.ajph.org/cgi/content/abstract/80/5/599?ijkey=0ea84609ac5387807097497d2851774923bd3bf3&keytype2=tf_ipsecsha
- 35 **Ontario Medical Association (OMA), 2004.** *Exposure to Second-hand Smoke: Are we Protecting our Kids?* A Position Paper by the Ontario Medical Association, 2004. p. 32 www.oma.org/phealth/smoke2004.pdf (consulté en nov. 2005)
- 36 **Anderson HR and Cook DG, 1997.** Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997; 52(11):1003-1009.
- 37 **Yolton et al., 2005.** Exposure to environmental tobacco smoke and cognitive abilities among U.S. children and adolescents. *Environ Health Perspectives* 2005; 113:98-103. <http://ehp.niehs.nih.gov/docs/2004/7210/abstract.html> (consulté en jan. 2006)

-
- 38 **Gilliland et al., 2003.** Environmental tobacco smoke and absenteeism related to respiratory illness in schoolchildren. *American Journal of Epidemiology* 2003; 157(1):861-869.
- 39 **Maughan et al., 2001.** Pregnancy smoking and childhood conduct problems: A causal association? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2001; 42:1021-1028.
- 40 **Levy et al., 2004.** Recent trends in home and work smoking bans. *Tobacco Control* 2004; 13(3):258-63. <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/13/3/258> (consulté en jan. 2006)
- 41 **Thomson et al., 2005.** Attitudes to, and knowledge of, secondhand smoke in New Zealand homes and cars. *New Zealand Medical Journal* 2005; 118(1213):U1407. www.nzma.org.nz/journal/118-1213/1407/ (consulté en jan. 2006)
- 42 Office of Helmut Reif a **Philip Morris Executive, 1993.** "Research Project 930000 ETS and Pregnancy.", 1993. Bates No. 2028366099/6100. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/wfd24e00> (consulté en déc. 2005)
- 43 Office of Helmut Reif a **Philip Morris Executive, 1992.** "Global ETS program S&T Neuchatel EEC EEMA regions." 1992. Bates No. 2028366072/6082. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/zgh56e00> (consulté en déc. 2005)
- 44 **Sullivan S and Barlow SM, 2001.** Review of risk factors for sudden infant death syndrome. *Paediatric & Perinatal Epidemiology* 2001; 15:144–200. <http://www.blackwell-synergy.com/toc/ppe/15/2> (consulté en déc. 2005)
- 45 **Tong et al., 2005.** Changing conclusions on secondhand smoke in a sudden infant death syndrome review funded by the tobacco industry. *Pediatrics* 2005; 115(3):e356-e366 <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/3/e356> (consulté en déc. 2005)
- 46 **Sullivan S and Barlow SM, 1996.** "Review of risk factors for sudden infant death syndrome [first draft]." 1996. Bates No. 2505644845/4945. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/oaz15c00> (consulté en déc. 2005)
- 47 **Sullivan S and Barlow SM, 1996.** "Review of risk factors for sudden infant death syndrome [first draft]." 1996. Bates No. 2505644845/4945. p.75 <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/oaz15c00> (consulté en déc. 2005)
- 48 **Sullivan S and Barlow SM, 1999.** "Review of risk factors for sudden infant death syndrome. [final draft]." 1999. Bates No. 2505934106/4209. p.78 <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/vjn43a00> (consulté en déc. 2005)
- 49 **Philip Morris Worldwide Scientific Affairs.** "WWSA project descriptions: review of the literature on ETS in childhood." August 1998. Bates No. 2060565652 <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/tyd13e00> (consulté en déc. 2005)
- 50 **Ferrence R and Ashley MJ, 2000.** Protecting children from passive smoking — The risks are clear and a comprehensive strategy is now needed (Editorials). *British Medical Journal (BMJ)* 2000; 321:310-311. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/321/7257/310>
- 51 **Arkansas State General Assembly, 2006.** Protection from Secondhand Smoke for Children Act of 2006 (Act 13), April 2006. www.arkleg.state.ar.us/ftpoot/acts/2006S1/public/act13.pdf (consulté en juin 2006)
- 52 **Louisiana Public Health Institute, 2006.** Smoke-free policies: Act 838. www.tobaccofreeliving.org/home/section/3/1201/ (consulté en oct. 2006)
- 53 **USA Today, 2006.** Laws prohibit smoking around children. www.usatoday.com/news/health/2006-11-27-smoking-bans_x.htm?csp=34 (consulté en déc. 2006)
- 54 **Associated Press, 2006.** Puerto Rico's Smoking Ban Is Caribbean's Toughest, Las Vegas Sun, March 3, 2006. www.lasvegassun.com/sunbin/stories/w-sa/2006/mar/03/030308019.html (consulté en mars 2006)
- 55 **City of Bangor, 2007.** Ordinance, Adopting a New Article IX, Sections 291-70 and 291-71, of the Code of the City of Bangor – Smoking in Motor Vehicles. www.bangormaine.gov/documents/SmokinginVehicles_Amended.doc (consulté en fév. 2007)
- 56 **Ontario Medical Association (OMA), 2004.** *Exposure to second-hand smoke: are we protecting our kids?* A Position Paper by the Ontario Medical Association, 2004. p.2 www.oma.org/phealth/smoke2004.pdf (consulté en nov. 2005)
- 57 **Société canadienne du cancer, 2006.** « La majorité des Canadiens bannissent la fumée de leur maison et de leur automobile. » Communiqué de presse, 12 jan. 2006. www.cancer.ca/ccs/internet/mediareleaselist/0,,3172_615815452_629826780_langld-fr,00.html (consulté en jan. 2006)
- 58 **Statistique Canada, 2005.** *Un pas en avant, un pas en arrière : abandon du tabac et rechute* de Margot Shields. En santé aujourd'hui, en santé demain ? Résultat de l'Enquête nationale de la santé de la population, (82-618-MWF), *Statistique Canada* (Numéro 1), mai 2005. www.statcan.ca/francais/research/82-618-MIF/82-618-MIF2004001.htm#4 (consulté en jan. 2006)
- 59 **Gilpin et al., 1999.** Home smoking restrictions: Which smokers have them and how they are associated with smoking behavior. *Nicotine and Tobacco Research* 1999; 1(2):153-162.

-
- ⁶⁰ **Richmond et al., 2004.** Public health and the power of individual action. *Tobacco Control* 2004; 13(Suppl 1):i1-2.
http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/13/suppl_1/i1
- ⁶¹ *Shimp v. New Jersey Bell Telephone Co., 368 A.2d 408* (New Jersey Superior Court 1976) tel que cité dans **Sweda EL, 2004.**
http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/13/suppl_1/i61
- ⁶² **Association pour les droits des non-fumeurs / Non-Smoker's Rights Association, 1998.** "Smoking in the home: Social and legal implications." www.nsr-aadnf.ca/news_info.php?news_id=69 (consulté en jan. 2006)
- ⁶³ *In Re. Julie Anne, A Minor Child*, 121 Ohio Misc. 2d 20 (Ohio Court of Common Pleas 2002) tel que cité dans **Sweda EL, 2004.**
http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/13/suppl_1/i61
- ⁶⁴ **Sweda EL, 2004.** Lawsuits and secondhand smoke. *Tobacco Control* 2004; (Suppl 1):i61-6.
http://tc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/13/suppl_1/i61
- ⁶⁵ *Skidmore-Shafer v. Shafer*, 770 So.2d 1097 (Court of Civil Appeals of Alabama 1999) tel que cité dans **Sweda EL, 2004.**
http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/13/suppl_1/i61
- ⁶⁶ **Association pour les droits des non-fumeurs / Non-Smoker's Rights Association, 2004.** Campagne pour la dénormalisation de l'industrie du tabac: lettre adressée au Ministre de la santé Ujjal Donsanjh, novembre, 2004. www.nsr-aadnf.ca/news_info.php?cPath=25_44&news_id=238 (consulté en jan. 2006)