

L'impact bénéfique des mesures sans fumée sur la santé

Les interdictions de fumer sont mises en place pour protéger la santé des non-fumeurs, notamment celle des travailleurs, contre les dangers de la fumée de tabac secondaire (FTS). Les conditions souvent enfumées des bars et restaurants font en sorte que les travailleurs de ces milieux sont fortement exposés à la FTS. Ils encourent un risque plus élevé de développer un cancer du poumon, des maladies cardiovasculaires et d'autres problèmes de santé.^{1,2,3} Les recherches effectuées auprès de ces travailleurs démontrent que les mesures de protection contre la FTS permettent d'atténuer ou même de prévenir plusieurs de ces maladies. Les mesures sans fumée ont également un effet positif sur la santé des fumeurs. Ce document présente les effets bénéfiques pour la santé observés dans les pays qui ont mis en place des mesures sans fumée dites généralisées, c'est-à-dire des interdictions de fumer dans la plupart des lieux publics et milieux de travail, incluant les bars et les restaurants.

Faits saillants

Prévention du désagrément occasionné par l'odeur et des problèmes d'irritation des yeux, du nez et de la gorge

- Selon une étude norvégienne, les employés de bars et de restaurants constatent une amélioration importante de la qualité de l'air, en ce qui concerne l'odeur.
- Depuis qu'on interdit de fumer dans les bars et restaurants en Irlande et Norvège, les employés se plaignent moins de symptômes d'irritation des yeux, de nez, de la gorge et d'autres symptômes semblables. Dès les premiers mois, les problèmes d'irritation de la gorge se sont améliorés et les cas d'irritation des yeux ont chuté de moitié.

Réduction des troubles respiratoires

- Grâce aux mesures sans fumée en Irlande, en Norvège, en Californie et à New York, les employés fumeurs et non-fumeurs éprouvent moins de difficulté à respirer. On constate une diminution de la toux et d'expectorations/crachats chez ces mêmes travailleurs.
- En Norvège, même les clients signalent moins de problèmes respiratoires depuis l'entrée en vigueur de la loi.

Augmentation du bien-être et de la satisfaction au travail

- Le dernier rapport du *U.S. Surgeon General* sur la FTS, de même que plusieurs études norvégiennes signalent que les employés ressentent une amélioration de leur qualité de vie et ont une perception plus favorable de leurs conditions de travail lorsque les irritants sensoriels et les mauvaises odeurs en milieu de travail sont éliminées de leur milieu de travail.

Diminution du nombre de crises cardiaques mortelles

- Suite à l'entrée en vigueur des restrictions sur l'usage à Helena (Montana) et à Pueblo (Colorado), deux études ont fait état d'une diminution importante de nombre d'admission aux urgences attribuables aux crises cardiaques. Bien que ces constats soient corroborés par des données cliniques et expérimentales, la taille des échantillons et le plan expérimental des études en question ne permettent pas de tirer des conclusions généralisables. Cependant, selon des experts des *Centers for Disease Control* des États-Unis, les observations faites à Helena et à Pueblo laissent tout de même supposer que les mesures de protection contre la FTS ont un effet immédiat sur l'incidence globale des crises cardiaques, de l'ordre d'au moins 10% de réduction.

Incitation à cesser de fumer et à ne pas faire de rechute

- Les études sur l'entrée en vigueur des mesures sans fumée en Nouvelle-Zélande, en Suède, en Norvège, en Écosse et en Irlande concluent que les interdictions ont motivé les fumeurs à cesser de fumer.
- Selon d'anciens fumeurs et plusieurs fumeurs actuels, interdire de fumer dans les lieux de rencontres comme les cafés et les bars a pour effet de prévenir les rechutes.
- Selon les sondages néo-zélandais et norvégiens, les fumeurs et anciens fumeurs croient que les interdictions généralisées encouragent les fumeurs qui font une rechute à entreprendre de nouveaux efforts pour cesser de fumer.

Réduction de la consommation de tabac

- Si l'interdiction de fumer s'applique aux bars, restaurants et autres lieux de rencontre, le fumeur « social » ou occasionnel consommera moins souvent et aura donc moins de risques de devenir fumeur quotidien.
- Ayant moins d'occasions de fumer, les fumeurs dépendants réduisent leur consommation. Cela peut réduire leur degré de dépendance à la nicotine et améliorer leurs chances de cesser de fumer.
- Sur le long terme, même de légers gains en matière d'arrêt tabagique (qu'il s'agisse d'une augmentation du taux de réussite, ou de tentatives d'arrêt à la hausse) entraînent des bénéfices considérables pour la santé publique, notamment en diminuant l'incidence du cancer du poumon.
- Les fumeurs, dont la consommation de cigarette quotidienne diminue, éprouvent eux aussi une amélioration de leur santé.

- Plus les endroits pour fumer sont conviviaux, nombreux et facilement disponibles, moins les mesures de protection réduisent la consommation quotidienne de cigarettes.

Réduction de l'exposition à la FTS au domicile

- Les interdictions de fumer dans les milieux de travail et les lieux publics sensibilisent la population aux méfaits de la FTS, contribuant ainsi à augmenter le nombre de gens qui font de leurs maisons et de leurs voitures des environnements sans fumée.
- Par conséquent, les restrictions de fumer dans les lieux publics protègent indirectement les enfants de l'exposition à la FTS lorsqu'ils sont à la maison ou dans la voiture familiale.

Renforcement auprès des jeunes de l'image négative de la cigarette

- Dans les juridictions où il est interdit de fumer dans les restaurants, les jeunes ont une appréciation plus juste de la prévalence du tabagisme, ce qui augmente leurs chances de rester non-fumeurs.
- Les restrictions généralisées envoient le message que le tabagisme est inacceptable socialement, ce qui encourage les fumeurs à écraser et les jeunes à ne pas commencer.

1. Surveillance des effets bénéfiques

Les interdictions de fumer généralisées qui s'appliquent à l'ensemble des juridictions d'un pays représentent un phénomène plutôt récent, mais de plus en plus répandu.ⁱ À ce jour, peu d'études publiées ont quantifié les effets immédiats sur la santé générés par ces mesures, ce qui n'encourage pas leur mise en vigueur ailleurs dans le monde. Compte tenu des pressions exercées par les cigarettiers pour l'adoption de restrictions partielles et non généralisées, il est primordial que les autorités de santé fassent état des effets bénéfiques générés par les interdictions généralisées.

2. Que faut-il surveiller ?

Règle générale, les statistiques venant d'autres pays confirment les effets immédiats sur la santé qui étaient bel et bien attendus des mesures sans fumée. Les données suggèrent également que certains effets bénéfiques restent encore à venir. Comme le cancer du poumon

ⁱ En date de juin 2006, les Bermudes, le Bhoutan, l'Islande, l'Irlande, la Norvège, la Malte, la Nouvelle-Zélande, l'Uruguay, l'Écosse, plusieurs provinces canadiennes (le Manitoba, l'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut) et des États américains (la Californie, le Colorado, le Connecticut, le Delaware, le Maine, le Massachusetts, le New Jersey, New York, le Rhode Island, le Vermont et Washington) possèdent des restrictions de fumer généralisées.

peut prendre des années à se manifester, il faudra attendre plus de temps avant de repérer une diminution perceptible du taux de cancer pulmonaire, que ce soit chez les non-fumeurs, chez les anciens fumeurs ou chez ceux qui réduisent leur consommation.⁴ C'est pourquoi les premières analyses des impacts sur la santé décèlent avant tout des changements au niveau des problèmes d'irritation sensorielle, des troubles respiratoires et de la consommation tabagique.

L'Irlande et la Norvège surveillent de près les effets sur la santé de leur législation sans fumée et ont plusieurs études publiées ou en cours de publication. Les effets des restrictions généralisées en Californie et à New York sont aussi bien documentés. Les principaux constats de ces évaluations sont présentés dans ce document.

3. Amélioration immédiate des problèmes de santé

(i) *Atténuation des symptômes sensoriels*— La FTS est une source majeure de contamination de l'air intérieur et fait souvent l'objet de plaintes au niveau des odeurs et de la qualité de l'air.⁵ L'exposition à des périodes prolongées ou intenses de FTS provoque communément des symptômes d'irritation, c'est-à-dire des maux ou picotement de la gorge, des yeux et du nez.⁶

Sauf pour les terrasses, les bars et restaurants de Norvège sont complètement sans fumée depuis juin 2004. Avant cette date, même s'il n'était permis de fumer que dans certaines sections de ces établissements, presque la moitié (44%) des travailleurs se plaignaient de la FTS.⁷ Un an après l'interdiction de fumer, seulement 6% des travailleurs s'en plaignaient encore.⁴ Cinquante-sept pour cent (57%) des travailleurs ont dit ressentir une amélioration de leurs conditions de travail parce que l'air était moins sec, puait moins et sentait moins le moisi.⁸ Le pourcentage d'employés signalant des maux de gorge a légèrement diminué et les plaintes d'irritation des yeux sont passées de 20% à 7%.⁹

Il est interdit de fumée dans les bars et autres établissements publics d'Irlande depuis avril 2004. Depuis, les employés signalent beaucoup moins de symptômes d'irritation, dont 66% moins de cas de yeux irrités/rouges et 42% moins de cas de gorge irritée.¹⁰ Dans les 12 mois suivant l'interdiction de fumer dans les bars et établissements de restauration de l'État de New York, 57% moins de travailleurs non-fumeurs ont signalé souffrir d'au moins un symptôme d'irritation sensorielle. Plus précisément, le pourcentage de travailleurs se plaignant d'irritations a chuté de façon considérable: 63% pour les yeux, 78% pour le nez et 83% pour la gorge.¹¹

En Californie, 78% des travailleurs de bars souffrant d'un quelconque symptôme d'irritation sensorielle (rougeurs/larmolement oculaire, écoulement/picotement nasal ou éternuement et maux de gorge) avant l'interdiction n'en rapportaient aucun après seulement un mois d'interdiction de fumer dans les bars.¹² Par ailleurs, une petite étude de Lexington au Kentucky révèle que les travailleurs de bars et de restaurants ont développé moins de rhumes et d'infections des sinus après qu'on ait interdit de fumer dans ces établissements.¹³

(ii) *Réduction importante des symptômes reliés aux voies respiratoires supérieures*— Les travailleurs de bars et de restaurants exposés régulièrement à la FTS se plaignent souvent de tousser le matin et durant la journée, et d'expectorations, des signes indiquant une certaine irritation des voies respiratoires supérieures.^{6,14} Bien que de tels symptômes ne mettent pas leur vie en danger, ils requièrent souvent des traitements, des médicaments et sont inutilement incommodants.¹⁵ Plusieurs de ces symptômes sont également des signes précurseurs de conditions plus invalidantes telles que les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).¹⁶ Les interdictions de fumer généralisées offrent à l'État un moyen concret pour prévenir certains problèmes respiratoires, qui, selon les chercheurs norvégiens, augmentent le taux d'hospitalisation, d'invalidité et de mortalité.¹⁷

Cinq mois après qu'on interdise de fumer dans les restaurants et bars norvégiens (2004), les travailleurs non-fumeurs et ex-fumeurs ont constaté qu'ils toussaient moins le matin et durant la journée et produisaient moins d'expectorations.⁴ Les non-fumeurs se sont sentis moins essoufflés. La prévalence des symptômes respiratoires est passée de 41 à 34%. Ces constats démontrent que les mesures sans fumée apportent non seulement des bénéfices pour la santé des non-fumeurs, mais qu'elles sont tout aussi bénéfiques pour la santé des fumeurs.⁴

Les non-fumeurs travaillant dans les bars irlandais éprouvent 25% moins de troubles respiratoires depuis qu'on y interdit de fumer. Comme en Norvège, les problèmes de toux et d'expectoration ont diminué de façon importante.¹¹

Selon un réseau suédois œuvrant dans la prévention du tabagisme (Swedish Network for Tobacco Prevention), la fréquence des symptômes respiratoires (sifflement, essoufflement, toux, expectorations et sécrétions nasales) et des symptômes sensoriels (irritation des yeux, du nez ou de la gorge) ressentis par les travailleurs a chuté de moitié dans les douze mois suivant la mise en œuvre des mesures sans fumée généralisées en Suède.¹⁸ Fait intéressant, les rapports préliminaires suggèrent que l'amélioration des symptômes est plus importante chez les fumeurs. Or, la législation suédoise permet l'aménagement de fumeurs. Bien que peu d'établissements en aient aménagés, on s'attendrait à ce que la santé des non-fumeurs s'améliore moins que dans les pays où les fumeurs sont interdits.

Selon une étude, les restrictions généralisées dans l'État de New York auraient généré qu'une légère diminution du nombre de plaintes de toux matinale et auraient eu peu ou pas d'effet sur l'incidence de la respiration sifflante et la production d'expectorations chez les travailleurs, selon une étude.¹⁹ Le manque de soulagement des symptômes respiratoires s'explique probablement par la petite taille des échantillons étudiés.

La grande majorité des études examinant la santé respiratoire des employés de bars avant et après les interdictions de fumer sont fondées sur les témoignages de ces mêmes employés. Toutefois, diverses études empiriques viennent appuyer leurs propos. Par exemple, une étude sur l'état de santé de 53 travailleurs de bars à San Francisco révèle que 59% d'entre eux rapportaient la disparition de leurs troubles respiratoires, fait qui est confirmé par des examens pulmonaires montrant l'augmentation de leur capacité pulmonaire quelques semaines après l'entrée en vigueur de la loi.¹² L'état respiratoire des fumeurs et non-fumeurs travaillant dans les bars irlandais s'est également amélioré après qu'on y interdise de fumer.²⁰

(iii) *Réduction rapide de l'incidence des crises cardiaques mortelles*— Malgré l'abondance des preuves cliniques et expérimentales montrant les effets de la FTS sur la santé cardiovasculaire, l'ampleur et la rapidité avec lesquelles les restrictions de fumer agissent pour prévenir les incidents cardiaques mortels demeurent l'objet de plusieurs discussions. Les maladies cardiovasculaires sont une importante cause de décès dans le monde occidental et même l'exposition à de faible niveau de fumée augmente significativement le risque de maladies coronariennes chez les non-fumeurs.²¹ Ainsi, même si les mesures sans fumée généralisées ne génèrent qu'un très faible impact sur la prévention des maladies cardiovasculaires, elles auraient le potentiel de toucher une grande portion de la population et donc de sauver plusieurs vies.²²

En présupposant que les non-fumeurs exposés à la FTS soient 25 % plus susceptibles de subir une crise cardiaque mortelle que les non-fumeurs non-exposés, une étude de l'université Stanford estime que la venue des mesures sans fumée dans tous les milieux de travail aux États-Unis où il est encore permis de fumer préviendrait près de 500 crises cardiaques mortelles la première année et un peu moins dans les années subséquentes.²³ Les non-fumeurs profiteraient à 60 % des bénéfices et les anciens fumeurs à 40%, c'est-à-dire qu'après la première année, 300 non-fumeurs et 200 ex-fumeurs éviteraient de subir une crise cardiaque mortelle.

Les deux études à petite échelle mentionnées plus haut concernant les municipalités américaines d'Helena au Montana et de Pueblo au Colorado suggèrent que les mesures sans fumée généralisées parviennent à réduire significativement le nombre d'admissions à l'urgence pour des infarctus du myocarde aigus (crises cardiaques). Les mesures sans fumée

généralisées auraient entraîné des baisses de 40 % à Helena²⁴ et de 27 % à Pueblo²⁵ du nombre de crises cardiaques mortelles. Malheureusement, la petite taille des échantillons et le plan expérimental des études en question font qu'on ne peut procéder à une généralisation à partir de ces conclusions. Néanmoins, des experts des Centers for Disease Control (CDC) affirment que ces incertitudes seraient compensées en utilisant des estimés plus conservateurs ; il serait réaliste de croire que la réduction serait de 10-15% au lieu du 27-40% rapporté.²² Les nouvelles études laissent présager que la FTS déclenche beaucoup plus de crise cardiaques fatales qu'initialement estimé.

Conséquences pour le Canada

Selon un sondage 2005 de Santé Canada, 6 % des Canadiens travaillent dans un milieu où il est permis de fumer et 54% travaillent dans un milieu complètement sans fumée.²⁶ La Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et le gouvernement fédéral n'ont toujours pas protégé l'ensemble de leurs travailleurs contre la FTS, puisqu'il est encore permis de fumer dans divers milieux de travail regroupés sous leurs champs de compétences.

Le modèle de l'université de Stanford et les constats tirés des études à Helena et à Pueblo permettent de calculer la borne inférieure et supérieure de l'intervalle comprenant l'estimé du nombre de crises cardiaques mortelles qui seraient évitées grâce au resserrement des mesures sans fumée au Canada, notamment par l'élimination des fumeurs.

Les mesures sans fumée généralisées influencent le taux de crise cardiaques en réduisant l'exposition à la FTS subite par les non-fumeurs et aussi en motivant les fumeurs à cesser de fumer. En 2003, plus de 18 000 Canadiens sont décédés suite à un infarctus aigu (crise cardiaque).²⁷

Selon le scénario où la FTS déclenche plus de crises cardiaques mortelles qu'initialement pensé (ce que laissent croire les études à Helena et à Pueblo) et en tenant compte des recommandations des experts des CDC, le nombre maximal de crises cardiaques mortelles évitées serait l'équivalent de 10 % des 18 000 crises cardiaques mortelles au Canada, soit 1800. En présumant que l'exposition en milieu de travail ici est comparable à celle retrouvée à Helena et à Pueblo, le resserrement des mesures sauverait la vie de 1800 Canadiens. Ce calcul repose sur l'hypothèse plausible mais non vérifiée qu'une baisse de 10 % dans le nombre d'admissions à l'urgence pour un infarctus aigu correspond à 10 % moins de décès par infarctus.

En suivant le modèle statistique développé par l'équipe de Stanford (modèle qui repose sur le risque relatif de subir une crise cardiaque mortelle), on obtient un estimé plus conservateur que ceux observés à Helena et à Pueblo. Prenant pour acquis que la valeur du risque relatif de subir une crise cardiaque est juste (chez les non-fumeurs et chez les anciens fumeurs exposés), et sachant que la population du Canada équivaut à 1/10 de la population des États-Unis, alors le nombre de vies sauvées au Canada équivaudrait à 10% des 500 vies sauvées aux États-Unis, soit 50 vies. Or, la proportion de travailleurs canadiens n'étant pas protégés de la FTS de nos jours (6 %) est beaucoup moins importante que celle des États-Unis en 2000 (31%), soit la donnée utilisée dans le modèle de Stanford. Pour tenir compte du fait que l'exposition en milieu de travail a diminué depuis l'an 2000, l'estimé est réduit par un facteur de 10. Conséquemment, même dans le plus conservateur des scénarios, soit celui où l'exposition à la FTS est rare et augmente le risque de crise cardiaque chez les non-fumeurs par seulement 25%, au moins 5 vies seraient sauvées.

Par le passé, le gouvernement du Canada a déjà adopté des règlements pour diminuer des risques de décès causant pourtant moins de morts que les crises cardiaques attribuées à la FTS. Par exemple, en moyenne 4 Canadiens par année perdent la vie aux abords des autobus scolaires.²⁸ Or, le gouvernement fédéral amende régulièrement la réglementation pour améliorer la visibilité à bord des autobus en ajoutant des correctifs aux miroirs et autres dispositifs de sécurité.²⁹ Pareillement, l'État est intervenu pour réduire le risque de décès causés par les éclairs, phénomène qui a tué 6 Canadiens de 1991 à 1997.³⁰ Au premier signe d'éclair, les mécaniciens et l'équipage d'entretien des aéronefs, un milieu de travail réglementé par le gouvernement fédéral, ont la consigne de se protéger en prenant abri à l'intérieur.

Vu les preuves scientifiques démontrant les risques encourus par l'exposition à la FTS et les études présentant l'inefficacité des systèmes de ventilation à réduire ces risques, les lois permettant l'aménagement de fumoirs intérieurs ne protègent pas adéquatement les travailleurs et le public. Au Canada, le renforcement des mesures sans fumée aurait le potentiel d'éviter entre 5 et 1800 décès par année causés par une crise cardiaque aigüe déclenchée par l'exposition à la FTS.

4. Amélioration inévitable de la santé publique

Puisque plusieurs mesures pour réduire le tabagisme (restriction de fumer, campagne de sensibilisation, taxation des produits du tabac, avertissements de santé sur l'emballage, etc.) sont à l'œuvre en même temps, il est difficile d'évaluer l'impact des mesures sans fumée sur la cessation et la consommation

Jadis, boire, s'amuser et fumer allaient de pair. Pendant longtemps, l'industrie du tabac a cultivé cette association en utilisant des publicités montrant des gens qui fument dans les bars, dans les boîtes de nuit et lors des soirées entre amis. Les jeunes fumeurs sont plus susceptibles de prendre une cigarette en voyant d'autres personnes fumer, surtout lors d'activités sociales.³¹

Tel que prédit par les documents internes des cigarettiers, les analyses de marché confirmaient récemment que, depuis l'interdiction de fumer dans les lieux de rencontre, « il y a moins de tentations et d'occasions pour les fumeurs occasionnels de s'adonner à leurs habitudes ».³² On s'attend à ce que les interdictions de fumer dans les restaurants et les bars motivent les fumeurs à cesser de fumer ou qu'elles réduisent la consommation de ceux qui continuent de fumer.³³

(i) *Motivation efficace pour cesser de fumer et prévenir les rechutes*— Motivés par l'idée qu'il est interdit de fumer dans les lieux publics et dans les établissements de loisirs, plusieurs fumeurs font appel au service téléphonique d'aide à l'abandon et entreprennent des efforts soutenus pour cesser de fumer. En Nouvelle-Zélande, l'achalandage de la ligne (nationale) d'abandon a augmenté de 45% dans les semaines entourant l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer.^{34,35} En Suède, plus de 30 000 personnes s'engageant à arrêter de fumer se sont inscrites au site Internet de deux quotidiens parrainant une campagne d'abandon.¹⁸ En Écosse, 7% des anciens fumeurs répondant à une enquête détaillée ont indiqué que l'entrée en vigueur de l'interdiction généralisée les avait aidé à divers degrés à cesser de fumer.³⁶ Comme on pouvait s'y attendre, l'inscription aux divers programmes d'abandon écossais était à la hausse dans les mois suivant l'entrée en vigueur des nouvelles mesures.³⁷

En Norvège, alors que le taux de fumeurs ayant l'intention de cesser de fumer dans les six prochains mois plafonnait à 36% depuis 1996, il a atteint 47% juste avant l'entrée en vigueur de la loi en 2004.⁷ Le pourcentage de fumeurs essayant d'arrêter de fumer est passé de 28% dans les 6 mois avant l'entrée en vigueur à 44% dans les 6 mois après la loi.⁷ En Irlande, 39% des fumeur ayant cessé récemment de fumer affirmaient que la loi les avait aidé et 55% d'entre eux affirmaient que la loi les rendaient moins susceptibles d'avoir une rechute.^{38,39} En Nouvelle-Zélande et en Suède, les fumeurs et ex-fumeurs affirment que les mesures sans fumée les motivent à persévérer dans leurs efforts pour cesser de fumer.

(ii) *Réduction du nombre de cigarettes fumées par jour et de la prévalence du tabagisme*— Les études ont montré que les travailleurs dont le milieu de travail est complètement sans fumée fument moins de cigarettes par jour que ceux dont le milieu de travail permet de fumer.⁴⁰ Ceci est également vrai pour les adolescents. Bien que les politiques rendant les milieux de travail sans fumée concernent rarement les jeunes et les adolescents directement, ceux dont le milieu de travail est sans fumée fument moins de cigarettes par jour, sont plus susceptibles de cesser de fumer et de ne pas faire de rechute que ceux touchés par des mesures moins restrictives.⁴¹

Une étude examinant l'effet des restrictions en Allemagne, en Australie, au Canada et aux États-Unis conclue que l'interdiction de fumer dans les milieux de travail réduit de 29 % la consommation quotidienne de cigarettes des employés.⁴⁰ Il est raisonnable de croire que l'interdiction de fumer dans les restaurants et bars produit une réduction similaire de la consommation de cigarettes chez les travailleurs de ces milieux. Par ailleurs, l'interdiction de fumer dans les lieux de rencontre (restaurants, bars, café, etc.) a des répercussions sur les habitudes de consommation de la clientèle. Les importantes baisses des ventes de cigarettes

récemment observées en Irlande, en Norvège, en Suède* et en Italie* seraient partiellement attribuables aux nouvelles mesures sans fumée.

En Italie, les restrictions auraient entraîné une baisse de 8% de la consommation de cigarettes, causant une réduction encore plus marquée chez les femmes et chez les 15-24 ans, hommes et femmes.⁴² Dans les premiers six mois de la loi en Norvège, les ventes légales (per capita) de cigarettes fabriquées et de celles roulées à la main ont chuté d'environ 17%.⁷ Bien que d'autres phénomènes tels que la contrebande et l'augmentation des taxes puissent avoir contribué à cette réduction, les enquêtes de surveillance des habitudes tabagiques confirment que les fumeurs qui n'ont pas carrément arrêté de fumer fument moins. Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour chez les employés de bars et de restaurants est passé de 14,7 avant les nouvelles mesures à 13,3 cigarettes, une différence statistiquement significative.

Selon les analystes financiers, l'interdiction de fumer en Irlande aurait contribué à une baisse de 5 à 7% des ventes de cigarettes.^{43,44} Tout indique que plusieurs fumeurs ont écrasé pour de bon alors que ceux qui persistent, fument moins qu'avant. Cinquante-neuf (59%) des fumeurs irlandais ont déclaré que la loi a eu pour effet de réduire le nombre de cigarettes qu'ils fumaient par jour, alors que 46 % d'entre eux se disaient plus motivés à cesser depuis l'entrée en vigueur des nouvelles interdictions de fumer.⁴⁵ L'effet des mesures sans fumée sur la prévalence est moins évident.⁴⁶ Malgré des indicateurs suggérant initialement une baisse de prévalence en Irlande,^{38,47,48} les taux de tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes ont augmenté dans l'année suivant l'entrée en vigueur de la loi.⁴⁹ L'aménagement de fumeurs extérieurs chauffés⁵⁰ ainsi que d'autres facteurs reliés aux prix et à l'emballage des cigarettes pourraient avoir fait contrepoids à la baisse de consommation générée par les mesures sans fumée.

En Nouvelle-Zélande, les interdictions de fumer généralisées auraient réduit de moitié le nombre de personnes qui fumaient beaucoup (gros fumeurs) lors des sorties dans les bars, cafés et autres lieux couverts par la loi.⁵¹ Fumer moins de cigarette par jour peut soulager des maux aux voies respiratoires supérieures⁷ et motiver l'arrêt définitif.

En somme, les données indiquent qu'interdire de fumer dans les lieux de rencontre génère une légère réduction de la consommation qui s'avère déterminante. À court terme, les mesures sans fumée généralisées produisent un effet bénéfique sur la santé des individus. Les gens fument moins ou éprouvent une plus grande facilité à arrêter. Comparativement à ceux qui continuent de fumer, les anciens fumeurs voient leur espérance de vie augmenter et sont moins à risque de développer un cancer du poumon, divers autres cancers, une crise

* En Suède et en Italie, l'aménagement de fumeurs isolés et ventilés séparément est permis dans les bars.

cardiaque, un accident vasculaire cérébral et plusieurs autres maladies respiratoires chroniques.⁵² Ce qui est encore plus marquant, c'est que même de faibles gains au niveau de la cessation, tels que ceux résultant de l'augmentation du taux d'abandon et de la motivation à tenter de cesser malgré des rechutes, ont le potentiel de générer un impact appréciable sur la santé de la population. Les mesures sans fumée généralisées de la Californie ont contribué à réduire le nombre de fumeurs dans cet État.⁵³ Sans surprendre personne, le nombre de cancers pulmonaires décroît plus rapidement en Californie, que n'importe où ailleurs aux États-Unis.⁵⁴

5. Façonnement des attitudes pour prévenir le tabagisme

(i) *Dévalorisation de l'image positive de la cigarette dans la société*— Interdire de fumer dans les endroits fermés rappelle que la cigarette est nocive et que ses effets vont au-delà du fumeur. Les récents sondages en Irlande, tout comme ceux ailleurs dans le monde, démontrent qu'une fois en place, la popularité des mesures sans fumée s'accroît, notamment auprès des fumeurs.³⁹ Les études montrent invariablement que ces interdictions mènent à des changements d'attitude et dévalorisent l'image du tabagisme dans la société. En ce sens, les environnements sans fumée font contrepoids à la banalisation des cigarettes et à l'acceptabilité du tabagisme. Il s'agit là d'attitudes longtemps cultivées par les cigarettiers à l'aide de campagnes de marketing agressives et de pratiques trompeuses. Par ailleurs, les mesures législatives interdisant de fumer dans les milieux publics favorisent l'implantation sur une base volontaire des mesures sans fumée dans les résidences privées, les véhicules et les chambres d'hôtels.

(ii) *Augmentation du nombre de maisons sans fumée*— Les porte-parole de l'industrie du tabac et d'autres groupes, tel Simon Clark de la *Freedom Organization for the Right to Enjoy Smoking Tobacco* (FOREST) — un groupe de façade du cigarettier Philip Morris⁵⁵ — ont déjà suggéré qu'interdire de fumer dans les milieux de travail et les lieux publics avait pour effet d'augmenter le tabagisme à la maison.⁵⁶ Pourtant, les résultats d'enquêtes ne confirment pas ces affirmations.^{10,42} Les sondages et les études de l'Irlande révèlent que les interdictions de fumer dans les lieux publics et les milieux de travail sont associées à la réduction de l'exposition totale à la FTS, c'est-à-dire que les non-fumeurs habitant avec un fumeur sont généralement moins exposés à la maison qu'avant.³⁹

En Nouvelle-Zélande, le pourcentage de gens exposé à la FTS en milieu résidentiel a chuté de 5 % dans les 12 mois suivant l'entrée en vigueur des mesures sans fumée dans les lieux

publics et les milieux de travail.⁵⁷ Les enquêtes canadiennes révèlent que la proportion de gens et surtout d'enfants exposés à la FTS à la maison s'amointrit au fur et à mesure que l'on interdit de fumer dans les lieux publics et les milieux de travail.^{58,59} En motivant les gens à interdire de fumer sur une base volontaire dans leurs espaces privés, les lois interdisant de fumer dans les milieux publics entraînent donc des effets bénéfiques pour les enfants à la maison.

Les interdictions de fumer sont normalement accompagnées d'importantes campagnes d'éducation qui génèrent plusieurs débats publics sur les méfaits de la FTS. Plus le public est sensibilisé aux dangers de la FTS, plus les non-fumeurs sont motivés à éviter les risques d'exposition et font de leur foyer un environnement sans fumée.⁶⁰ Ceci incite également les fumeurs qui habitent avec des non-fumeurs, surtout lorsque des enfants sont impliqués, à mieux protéger leurs proches en allant dehors pour fumer. Cette prise de conscience par les non-fumeurs et les fumeurs explique en grande partie pourquoi les mesures sans fumée exigent peu de ressources pour être respectées et sont rapidement acceptées par les fumeurs.⁶¹

Les études britanniques, américaines, australiennes et néo-zélandaises indiquent que le moyen le plus efficace pour obtenir des maisons sans fumée est d'instaurer des politiques qui réduisent la prévalence du tabagisme dans l'ensemble de la population.⁶² Les restrictions de fumer généralisées sont une locomotive pour les politiques de maison sans fumée adoptées sur une base volontaire.⁶⁰ En réduisant le nombre de personnes qui fume, on augmente invariablement le nombre de maison sans fumée ; mais ce qui est encore plus intéressant, c'est que les mesures généralisées encouragent la probabilité que même les fumeurs fassent de leur maison un environnement sans fumée.

(iii) *Élément dissuasif contre le tabagisme chez les jeunes*— Les attitudes entourant le tabagisme ont un impact déterminant sur le fait qu'un jeune commence à fumer ou non.⁶³ Les études ont montré que là où fumer un peu partout est permis, le tabagisme est perçu plus favorablement ; les jeunes sont plus à risques de devenir fumeur.⁶⁴ Au Massachusetts, les adolescents et adultes habitant une municipalité où il est interdit de fumer dans les restaurants et autre lieux de rencontre ont une perception plus juste de la prévalence du tabagisme, alors que ceux qui habitent une municipalité sans ces restrictions surestiment le nombre de personnes qui fument.⁶⁵ Plusieurs individus fument intensément lors des sorties, d'où la prépondérance de l'exemple à ne pas suivre. En interdisant de fumer dans les restaurants, cafés et bars, les jeunes et les fumeurs voient moins fréquemment la pratique du tabagisme.⁶⁶

6. Conclusions

Les données recueillies récemment en Irlande, en Islande, en Norvège et dans l'État de New York illustrent la valeur considérable des mesures législatives interdisant de fumer dans les bars, restaurants and autres lieux de rencontre pour la santé publique. Ces mesures éliminent ou améliorent plusieurs symptômes d'irritation chronique aux yeux, au nez et à la gorge éprouvés par les travailleurs. Elles améliorent aussi leur santé respiratoire, notamment en réduisant les problèmes chroniques de toux, de respiration sifflante et de flegme. Ces améliorations touchent autant les fumeurs que les non-fumeurs et se traduisent par moins de visites chez le médecin et à l'urgence, ou d'hospitalisations attribuées à la FTS et au tabagisme.

Les mesures sans fumée permettent de faire des gains de santé publique qui seraient difficilement atteignables autrement. L'interdiction de fumer lorsque généralisée augmente le nombre de demeures privées qui deviennent sans fumée sur une base volontaire. Les restrictions sans fumée généralisées dissocient la cigarette de son image positive de plaisir — image qui encourage plusieurs jeunes à commencer à fumer. Par ailleurs, ces restrictions évoquent une image plus exacte de la cigarette, soit celle de la dépendance qu'elle entraîne et du nombre catastrophique de décès et de maladies causées par le tabagisme.

L'expérience vécue dans plusieurs pays démontre à quel point les mesures sans fumée généralisées génèrent inévitablement des bienfaits pour la santé et qu'il est possible de quantifier ces impacts. Les gouvernements ne devraient plus tarder à interdire de fumer dans les milieux publics puisque le public en bénéficie rapidement — avec des effets positifs ressentis chez les non-fumeurs, les anciens fumeurs, les fumeurs et ceux désirant arrêter. Les interdictions généralisées créent un environnement et des conditions qui modifient les habitudes de consommation, améliorent les chances d'abandon, préviennent les rechutes et réduisent l'initiation des jeunes au tabac. En interdisant de fumer dans tous les milieux de travail et les lieux de rencontre, les gouvernements posent un geste concret pour réduire une cause de désagréments, de maladies et de décès qui est tout à fait évitable.

6. Références citées

- 1 **Repace J, 2004.** Respirable particles and carcinogens in the air of Delaware hospitality venues before and after a smoking ban. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2004; 46(9):887-905 www.no-smoke.org/pdf/RepaceJOEMpaper_090904.pdf (consulté avril 2006)
- 2 **Segel M, 1993.** Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *Journal of American Medical Association* 1993; 270:490-493 <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/270/4/490>
- 3 **Siegel M, Skeer M, 2003.** Exposure to secondhand smoke and excess lung cancer mortality risk among workers in the "5B's": bars, bowling alleys, billiard halls, betting establishments, and bingo parlours. *Tobacco Control* 2003; 12:333-338. <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/12/3/333>
- 4 **Eagan TML, Hetland J, Aarø LE, 2006.** Decline in respiratory symptoms in service workers five months after a public smoking ban. *Tobacco Control* 2006; 15:242-246 <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/15/3/242>
- 5 **U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1986.** The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: 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, 1986. (page 252)
- 6 **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 août 2006) (pages 6-73)
- 7 **Lund M, et al., 2005.** Smoke-free bars and restaurant in Norway. Oslo: HEMIL/SIRUS, June 2005. www.sirus.no/cwobjekter/SmokefreebarsandrestaurantsinNorway.pdf (consulté juin 2006)
- 8 **Norwegian Directorate for Health and Social Affairs 2005.** Norway's ban on smoking in bars and restaurants – A review of the first year, Department for Tobacco Control, Oslo, Norway, May 2005. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00003/Norway_s_ban_on_smoki_3413a.pdf (consulté juin 2006)
- 9 **Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, 2005.** Norway's ban on smoking in bars and restaurants – A review of the first year, Department for Tobacco Control, Oslo, Norway, May 2005. (page 15). www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00003/Norway_s_ban_on_smoki_3413a.pdf (consulté juin 2006)
- 10 **Allwright S, et al., 2005.** Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *British Medical Journal* 2005; 331:1117-1123. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/331/7525/1117>
- 11 **Abrams SM, et al., 2004.** Clean indoor air laws protect hospitality workers: evidence from New York State. Presentation at National Conference on Tobacco or Health, 4 mai, 2005 http://ncth.confex.com/ncth/2005/techprogram/paper_12438.htm (consulté juin 2006)
- 12 **Eisner MD, Smith AK, Blanc PD, 1998.** Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *Journal of American Medical Association* 1998; 280(22):1909-1914. www.tobaccoscam.ucsf.edu/pdf/9.1-Eisner.pdf
- 13 **Hahn EJ, et al., 2005.** Secondhand smoke exposure in restaurant and bar workers before and after Lexington's smoke-free ordinance. University of Kentucky, July 2005. www.mc.uky.edu/tobaccopolicy/ResearchProduct/Hair_Study_Council_Report.pdf (consulté juin 2006)
- 14 **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 juin 2006)
- 15 **Samet JM, 2004.** Adverse effects of smoke exposure on the upper airway. *Tobacco Control* 2004; 13(suppl_1):i57-i60. http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/13/suppl_1/i57

-
- 16 **U.S. Department of Health and Human Services, 2006.** COPD. Disease and Condition Index, National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. Washington DC, 2006.
www.nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/Copd/Copd_SignsAndSymptoms.html (consulté juin 2006)
- 17 **Hetland J, Aarø LE, 2005.** Smokefree restaurants and pubs: Air quality, self reported health and job satisfaction. HEMIL/SIRUS Report no 4. Research Centre for Health Promotion, National Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo 2005. www.sirus.no/cwobjekter/SIRUSskrifter0305eng.pdf (consulté mai 2006)
- 18 **Anon., 2006a.** Beware of the Swedish horse. Swedish tobacco control: progress and challenges- both are greater than ever. Swedish Network for Tobacco Prevention, 2006.
www.tobaccoorhealthsweden.org/pdf/worldconference/Tidningen.pdf (consulté juin 2006)
- 19 **Farely MC, et al., 2005.** Changes in hospitality workers' exposure to secondhand smoke following the implementation of New York's smoke-free law. *Tobacco Control* 2005; 14:236-241
<http://tc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/14/4/236>
- 20 **Agnew M, Goodman P, Clancy L, 2005.** Evaluation of the lung function of Barworkers in Dublin, pre and post the introduction of a workplace ban on smoking in Ireland. Preliminary Research Results on the effects of the Workplace Ban on Smoking, Scientific Symposium 29th March 2005- Preliminary Research Results Abstracts, Research Institute for a tobacco free society, Dublin, 2005. <http://tri.ie/Default.aspx?tabid=71> (consulté juin 2006)
- 21 **U.S. Department of Health and Human Services, 2006.** The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco smoke: A Report of the Surgeon General- Executive Summary. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Rockville, Maryland, 2006. (page 524)
- 22 **Pechacek TF, Babb S, 2004.** How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke? (Commentary) *British Medical Journal* 2004; 328:980-983.
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/bmj;328/7446/980>
- 23 **Ong M, Glantz SA, 2004.** Cardiovascular health and economic effects of smokefree workplaces. July 1, 2004 *American Journal of Medicine* 2004; 117:32-38. www.tobaccoscam.ucsf.edu/pdf/Ong-CV-Disease.pdf (consulté juin 2006)
- 24 **Sargent R, Shepard RM, Glantz SA.** Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *British Medical Journal* 2004; 328:977-980.
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/328/7446/977>
- 25 **Bartecchi C, et al., 2005.** Reduction in the incidence of acute myocardial infarction associated with a citywide smoking ordinance. *Circulation* 2006; 114 :1490-1496. (affiche scientifique présentée lors de la session annuelle de l'American Heart Association en 2005 à Dallas, Texas).
- 26 **Santé Canada, 2006.** Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2005 – Sommaire des résultats annuels pour 2005. www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/2005/ann_summary-sommaire_f.html (consulté juillet 2006)
- 27 **Statistique Canada, 2003.** Décès au Canada selon la cause: Chapitre IX, Maladies de l'appareil circulatoire. Disponible au www.statcan.ca/english/search/ (consulté juin 2006)
- 28 **Transports Canada, date unknown.** Examen de la sécurité des autobus – Conclusions.
www.tc.gc.ca/securiteroutiere/tp/tp13330/busclu_f.htm (consulté juin 2006)
- 29 **Gouvernement du Canada, 2002.** Règlement modifiant le Règlement sur la sécurité des véhicules automobiles (miroirs) et Résumé de l'étude d'impact de la réglementation. Gazette du Canada Partie II, Vol. 136, No 26, page 2852-2853. <http://canadagazette.gc.ca/partII/2002/20021218/pdf/g2-13626.pdf> (consulté juin 2006)
- 30 **Bains N, Hoey J, 1998.** Before lightning strikes. *Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association médicale canadienne* 1998; 159(2):163 www.cmaj.ca/cgi/reprint/159/2/163 (consulté juin 2006)
- 31 **Trotter L, Wakefield M, Borland R, 2002.** Socially cued smoking in bars, nightclubs, and gaming venues: a case for introducing smoke-free policies. *Tobacco Control* 2002; 11: 300-304.
<http://tc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/11/4/300>
- 32 **Euromonitor International, 2005.** Tobacco in Ireland. April 2005. www.euromonitor.com/Tobacco_in_Ireland (consulté juin 2006)

-
- 33 **Longo DR, et al., 2001.** A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tobacco Control* 2001; 10:267-272. <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/10/3/267>
- 34 **New Zealand Ministry of Health, 2005.** The Smoke is clearing: Anniversary Report 2005. Initial data on the impact of smoke-free environments law changes since December 2004. Wellington, New Zealand. www.moh.govt.nz/publications (consulté juin 2006)
- 35 **Wilson N, et al., 2005.** New smoke-free environments legislation stimulates calls to a national Quitline. *Tobacco Control* 2005; 14:287-288 <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/14/4/287>
- 36 **Anon., 2006b.** Public attitudes to smoking in public places – MRUK omnibus survey – March 2006 and May 2006 main findings, for Clearing up the air. Healthier Scotland, Scottish Executive, 2006. www.clearingtheairsotland.com/research/opinion-survey.html (consulté juin 2006)
- 37 **Macleod M, 2005.** “Helpline swamped by smokers trying to quit ahead of ban.” *The Scotsman*, 12 June 2005. <http://news.scotsman.com/scotland.cfm?id=645282005> (consulté juin 2006)
- 38 **Government of Ireland, 2004.** 7,000 Fewer smokers in Ireland - *Quitline and smoking ban attributed to 33 % decline in prevalence of smoking*. Micheál Martin, Minister of Health and Education. Health Promotion News release, September 26, 2004. www.healthpromotion.ie/uploaded_docs/PRESS_RELEASE_-_RESEARCH_FINDINGS_-_SEPT_004.pdf (consulté juin 2006)
- 39 **Fong GT, et al., 2006.** 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-iii58 http://tc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/15/suppl_3/iii51
- 40 **Fichtenburg CM, Glantz SA, 2002.** Effects of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002; 235:188-191 <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/325/7357/188>
- 41 **Farkas AJ, Gilpin EA, White MM, Pierce JP, 2000.** Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *Journal of American Medical Association* 2000; 284: 717-722
- 42 **Gallus S, et al., 2005.** Effects of new smoking regulations in Italy. *Annals of Oncology* 2006; 17(2) :346-347 <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/extract/331/7526/1159-a>
- 43 **Dow Jones, 2005.** UK Tobacco Stks: Total Smoking Ban? >ITY, GLH, Newswires, 10 October 2005. www.newratings.com/analyst_news/article_1055017.html (consulté juin 2006)
- 44 **Citigroup Smith Barney, Gallaher, 9 September 2004.** The startling economics of tobacco. April 2005, page 34 *tel que cité par Joossens L, 2004.* Effective tobacco control policies in 28 European countries. École nationale de Santé publique, Rennes, 2004. www.ensp.org/files/effectivefinal2.pdf (consulté juin 2006) <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/15/3/247?ijkey=ChA3HDK8qYx.&keytype=ref&siteid=bmjournals>
- 45 **Fong G, 2005.** The impact of smokefree workplace legislation on smokers in Ireland. Findings from the ITC-Ireland/UK survey. Presentation by Geoffrey Fong at the Smokefree Europe Conference, 2 juin 2005. www.smokefreeeurope.com/assets/downloads/geoffreytfong.pdf (consulté juin 2006) pour l'étude détaillée voir Fong GT et al, *Tobacco Control* 2006(15) suppl_3.
- 46 **Bowers S, 2006.** “Smoking ban shows no impact on Scottish sales, says Imperial”. *The Guardian*, April 27, 2006. www.guardian.co.uk/smoking/Story/0,,1762285,00.html (consulté juin 2006)
- 47 **Office of Tobacco Control, 2006.** Cigarette Smoking Trends: smoking prevalence 2003-2005. www.otc.ie/research_reports.asp#cigarette
- 48 **Mullally B, et al, 2005.** The effect of the Legislative ban on smoking rates among bar workers Workplace Ban Abstract, Scientific Symposium Preliminary Research Results, 29th March 2005, Dublin, Research Institute for a Tobacco Free Society, 2005. www.tri.ie/Default.aspx?tabid=71
- 49 **Office of Tobacco Control, 2006.** Cigarette Smoking Trends: smoking prevalence 2003-2005. Ireland. www.otc.ie/research_reports.asp#cigarette
- 50 **McNicholas WT, 2004.** Controlling passive smoking through legislation in Ireland: an attack on civil liberty or good public health policy? *European Respiratory Journal* 2004; 24:337-338. <http://erj.ersjournals.com/cgi/content/full/24/3/337>

-
- 51 **Thomson G, Wilson N, 2006.** One year of smokefree bars and restaurants in New Zealand: Impacts and responses. *BMC Public Health*. 2006; 6: 64. doi: 10.1186/1471-2458-6-64. www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1475576#B25
- 52 **U.S. Department of Health and Human Services, 1990.** The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, 1990.
- 53 **Gilpin EA, et al., 2006.** What contributed to the major decline in per capita cigarette consumption during California's comprehensive tobacco control programme ? *Tobacco Control* 2006; 15: 308-316. <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/15/4/308>
- 54 **California Department of Health Services, 2006.** Smoking rates in California fall to an all-time low: smoking among adults ages 45 to 64 and men show largest declines. Communiqué de presse, 20 avril 2006. www.applications.dhs.ca.gov/pressreleases/store/PressReleases/06-25.html
- 55 **Association pour les droits des non-fumeurs, 2003.** Tobacco industry front groups in Canada (seulement disponible en anglais). Document de l'industrie, janvier 2003. www.nsr-aadnf.ca/cms/index.cfm?group_id=1222 (consulté juin 2006)
- 56 **BBC News, 2005.** Public ban would cut home smoking. BBC News UK, mardi, 12 juillet 2005, 10:06 RU. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4672005.stm> (consulté juin 2006)
- 57 **Waa A, Gillespie J, 2005.** Reducing Exposure to Second Hand Smoke: Changes associated with implementation of the amended Smoke-free Environments Act 1990: 2003-2005. Report to the Ministry of Health, Wellington, New Zealand as cited by **New Zealand Ministry of Health, 2005.**
- 58 **Association pour les droits des non-fumeurs, 2006.** La fumée secondaire à la maison et dans les voitures. Fumée secondaire, avril 2006. www.nsr-aadnf.ca/cmsf/index.cfm?group_id=1457 (consulté avril 2006)
- 59 **Santé Canada, 200x?.** Exposition des enfants à la fumée secondaire du tabac à la maison, par province et selon le groupe d'âge, Canada, 200x. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2002-2005: Résultats annuels pour 2002-2005. www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/index_f.html (consulté juin 2006)
- 60 **Borland R, et al., 2006a.** Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control* 2006; 15(suppl_3):iii42-iii50 http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/15/suppl_3/iii42
- 61 **Borland R, et al., 2006b.** Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from International Tobacco (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control* 2006; 15:(suppl_3):iii34-iii41 http://tc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/15/suppl_3/iii34
- 62 **Thompson G, Wilson N, 2006.** Population level policy options for increasing the prevalence of smokefree homes. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006; 60:298-304. <http://jech.bmjournals.com/cgi/content/abstract/60/4/298>
- 63 **Alesci NL, et al., 2003.** Smoking visibility, perceived acceptability, and frequency in various locations among youth and adults. *Preventive medicine* 2003; 36:272-281 *tel que cite par Wakefield M, Forster J, 2005.*
- 64 **Siegel M, et al., 2005.** Effect of local restaurant smoking regulations on progression to established smoking among youths. *Tobacco Control* 2005;14:300-306 <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/14/5/300>
- 65 **Albers AB, et al, 2004.** Relation between local restaurant smoking regulations and attitudes towards the prevalence and social acceptability of smoking: a study of youths and adults who eat out predominantly at restaurants in their town. *Tobacco Control* 2004;13:347-355 <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/13/4/347>
- 66 **Wakefield M, Forster J, 2005.** Growing evidence for new benefit of clean indoor air laws: reduced adolescent smoking. *Tobacco Control* 2005;14:292-293 <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/14/5/292>