

La prévention du tabagisme passif en France.

Mots-clés : tabagisme passif, prévention, santé

Prevention of air pollution by indoor tobacco smoke in France.

Key-words: passive smoking, health effects, prevention

Gérard DUBOIS*

RESUME

L'exposition à la fumée de tabac gêne une majorité de fumeurs et de non-fumeurs. Elle est cause de mort subite du nourrisson, de cancers du poumon et de maladies coronariennes. Au moins 3000 non-fumeurs en décèdent chaque année. La mauvaise application de la loi Evin de 1991 n'a pas permis d'assurer la protection que les non-fumeurs sont en droit d'attendre. Les évolutions des connaissances scientifiques et des opinions publiques française et internationale vont vers l'exigence d'une protection totale des non-fumeurs par une interdiction générale de fumer dans tous les lieux publics et les lieux de travail clos et couverts.

SUMMARY

A majority of smokers and non-smokers mind tobacco smoke. Passive smoking causes death by sudden infant death, lung cancer and coronary heart disease. At least 3000 non-smokers are killed every year in France. The lack of implementation of the Evin's law published in 1991 explains why non-smokers are not given the protection they can expect. The trend of scientific knowledge and of French and international public opinions support a growing demand for a complete protection of non-smokers with a total ban of smoking in all public or working places.

INTRODUCTION

Le tabac fait perdre dix ans d'espérance de vie et double la mortalité de toutes causes des fumeurs [1]. Cela fait du tabac le seul produit de consommation courante qui, dans son usage habituel, et non par accident, tue la moitié de ses consommateurs réguliers. En France, ce sont 66000 décès qui sont imputés chaque année au tabac, 5 millions dans le monde. C'est depuis plus longtemps encore que les non-fumeurs se plaignent d'être gênés par la fumée de tabac et demandent à en être protégés. C'était déjà la motivation des premiers adhérents du Comité National Contre le Tabagisme créé en 1868, dont Louis Pasteur et Alexandre Dumas. L'impact sur la santé est sérieusement évoqué en 1981 quand une étude japonaise [2] montre que, bien que ne fumant pas elles-mêmes, les épouses de fumeurs font plus de cancers du poumon que les épouses de non-fumeurs. Dès 1978, les cigarettiers considéraient que « *ce que le fumeur fait au non-fumeur... nous le considérons comme la plus dangereuse menace ayant jamais existé sur la viabilité de l'industrie du tabac* ». (Roper Organisation pour le Tobacco Institute) [3, 4]. Un rapport publié en France en 2001 faisait le point sur la question [5]. Cet article l'actualise.

LA FUMÉE DE TABAC

La fumée de tabac [5] retrouvée dans l'atmosphère a une double origine: la fumée qui s'échappe de l'extrémité de la cigarette (courant latéral ou secondaire) et la fumée expirée par

* Membre correspondant de l'Académie nationale de médecine.

Service d'Evaluation Médicale. Hôpital Nord, Place Victor Pauchet – 80054 Amiens Cedex

le fumeur. La fumée de tabac contient des gaz (CO), des goudrons (avec une cinquantaine de substances cancérigènes) et de la nicotine que l'on retrouve ainsi dans l'air ambiant, en concentrations mesurables uniquement dans les lieux clos et couverts. Même dans ces conditions, l'exposition peut paraître faible. Il n'en est rien pour plusieurs raisons. Si les concentrations inhalées par le non-fumeur sont plus faibles que par le fumeur, elles le sont parfois dès la naissance ou l'enfance, elles le sont de manière ubiquitaire (lieux de travail, de loisir et domicile). Le résultat est que le non-fumeur peut inhaler de la fumée de son environnement 17000 fois par jour (12 inspirations par minute) alors que le fumeur n'inhale que 280 bouffées par jour. Cette situation est aggravée en cas de polypnée (effort, asthmatiques, bronchitiques, coronariens) ou de sensibilité particulière (femmes enceintes, nouveau-nés).

LES EFFETS SUR LA SANTE

Dès 1992, l'US Environmental Protection Agency attire l'attention sur le sujet [6]. En 1997, un rapport est présenté à l'Académie nationale de médecine [7] qui émet un vœu sur la protection des non-fumeurs, notamment pour éviter les conséquences sur le fœtus et le nourrisson. La même année un premier rapport évalue l'impact du tabagisme passif en Europe [8]. En 2001, le sujet est actualisé pour la France [5]. Les données scientifiques accumulées par des dizaines d'études ne laissent plus aucun doute sur les effets de l'exposition à la pollution atmosphérique par la fumée de tabac qui augmente l'incidence:

- des accidents coronariens (x 1,25) [9, 10]
- des cancers du poumon (x 1,25) [11, 12, 13]
- des morts subites du nourrisson (x 2) [14, 15]
- des infections respiratoires basses de l'enfant (x 1,7 si la mère fume) [16]
- des otites récidivantes de l'enfant (x1,5 si les deux parents fument) [17]
- des crises d'asthme chez l'enfant [18, 19]
- des retards de croissance intra-utérins et des petits poids de naissance même si la mère ne fume pas et se trouve simplement exposée à la fumée de tabac [20].

La revue par la California Environmental Protection Agency est la plus complète et la plus récente [21].

Effets cancérigènes

En 2002, le Centre International de Recherche Contre le Cancer classe la pollution atmosphérique par la fumée de tabac dans le groupe des cancérigènes certains pour l'homme [22, 23]. En ce qui concerne le risque de cancer du poumon, celui-ci varie exponentiellement avec le niveau d'exposition et la durée d'exposition. L'estimation est donc d'une centaine de cas par an [7] en France et 1100 à 1200 dans l'Union européenne [24].

Il apparaît dorénavant très probable qu'il existe un risque accru de 25% entre tabagisme passif et cancer du sein [21], surtout pour les cancers apparus avant 50 ans [25]. Les expositions en période pré pubertaire et avant la première grossesse font encourir le risque le plus élevé.

Effets coronariens

Ce risque est démontré par 39 études [21]. Dès 1978, il est montré que le seuil angineux à l'effort est abaissé chez ceux qui sont exposés à la fumée de tabac, même dans une enceinte bien ventilée [26]. L'incidence des maladies coronariennes est accrue significativement chez

des non-fumeurs dans les trois quartiles supérieurs de cotinine sérique (x 1,45; 1,49; 1,57 respectivement) soit le même niveau de risque que les fumeurs de 1 à 9 cigarettes par jour [27]. La relation est de type logarithmique [28]. Alors que le risque est de 2 pour le fumeur, le risque est déjà de 1,25 pour le tabagisme passif, ce qui conduit à une évaluation de 2500 à 3000 décès annuels par accidents coronariens [7] en France. Ce risque accru s'explique par des modifications au long cours de l'épaisseur de l'intima, des lipides sanguins mais aussi par des effets aigus sur l'élasticité vasculaire [29] et surtout par l'accroissement de l'agrégation plaquettaire. Celle-ci explique que le risque est encouru même en cas d'exposition de courte durée, même pour de faibles niveaux d'exposition. Dans la ville isolée d'Helena (Montana), les admissions aux urgences pour infarctus du myocarde décroissent de 40% pendant les six mois d'interdiction de fumer dans les lieux publics pour reprendre leur valeur initiale quand cette interdiction est rapportée [30].

Mortalité de toutes causes

Il existe quelques études ayant directement évalué l'impact de l'exposition de non-fumeurs à la fumée sur la mortalité de toutes causes en contrôlant pour de nombreux tiers facteurs. L'augmentation est de 16% chez les hommes et de 28% chez les femmes dans une étude de Nouvelle Zélande [31] sur l'exposition à domicile. Elle est plus élevée encore à Hong Kong (25 et 41% respectivement), d'autant plus que le nombre de fumeurs au domicile est élevé [32].

L'impact sur la mortalité est le plus souvent une évaluation calculée à partir des données épidémiologiques appliquées aux données de mortalité par causes. En France, si 66000 fumeurs décèdent chaque année de leur tabagisme, les fumeurs provoquent aussi le décès d'environ 2500 à 3000 non-fumeurs, principalement par accidents coronariens. Cette estimation est certainement conservatrice car elle est de 11000 décès pour le Royaume Uni [33] (2700 avant 65 ans, 8000 après 65 ans). Les estimations américaines sont elles aussi plus élevées.

LA DESINFORMATION PAR L'INDUSTRIE DU TABAC

L'industrie, Philip Morris en tête, a monté un système de désinformation dénommé « Blouse Blanche » dont le seul but est « ...de mettre en place une équipe de scientifiques organisée par un coordinateur scientifique et des avocats américains, pour revoir la littérature scientifique ou faire des études sur le tabagisme passif pour maintenir une controverse. Ils dépensent dans ce but des sommes considérables... » Note de S. Boyse (BAT) sur une réunion sur le tabagisme passif de l'industrie du Royaume Uni (Rothmans, Philip Morris, Imperial, Gallaher, Covington and Burling) Londres 17 février 1988.

Relativement peu de scientifiques accepteront de travailler avec eux, sauf deux statisticiens de renom international, mais Philip Morris a mené en 1996 des campagnes indiquant qu'il est plus dangereux de manger un biscuit ou boire un verre de lait que de respirer la fumée de cigarette. Ces campagnes, partout en Europe, seront interrompues tant elles provoqueront de réactions hostiles.

Postérieurement, un scandale en Suisse révèle l'implication majeure d'un chercheur suédois exerçant à Genève, Ragnar Rylander, dans l'entreprise de désinformation de Philip Morris. Son action en justice contre ceux qui ont révélé ses agissements a permis au contraire à la plus haute instance judiciaire suisse de confirmer « une fraude scientifique sans précédent » [34]. L'Université de Genève confirmait ensuite qu'il avait usurpé le titre de « chercheur indépendant » par « la duplicité de son attitude » et « une dissimulation préméditée » de ses liens avec l'industrie du tabac [35].

Les cigarettiers tenteront d'influencer les journaux médicaux de haut niveau comme le Lancet [36], d'espionner les études en cours et dans deux cas elles ont provoqué des conférences de presse avant leur publication pour désinformer de manière outrancière. Ce fut le cas en 1992 pour une étude suisse où les cigarettiers se sont servis d'un document volé à l'auteur de l'étude et en octobre 1998 [37] pour un travail réalisé par le Centre International de Recherche contre le Cancer qui dépend de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). En 2003, un travail publié dans le British Medical Journal a été fortement contesté à cause des liens des auteurs avec l'industrie du tabac [38]. En 2005, est révélée [39] l'influence néfaste de Philip Morris qui a obtenu, en sous-main, avant publication, des modifications d'un article [40] sur les liens du tabagisme passif avec la mort subite du nourrisson.

L'industrie du tabac utilisera toute l'influence que lui permet ses moyens financiers pour favoriser la ventilation comme une solution efficace et acceptable. Elle créera deux organismes, le Healthy Building International (HBI) et le Center for Indoor Air Research (CIAR). Présentés comme indépendants, ils sont essentiellement financés par l'industrie du tabac. Leurs études sont volontairement faussées [4]. L'industrie crée même un journal où ceux qui publient sont le plus souvent liées financièrement à elle [41].

Pour avoir une certaine efficacité, la ventilation doit concerner des locaux fumeurs physiquement séparés, être autonome, en dépression et sans recirculation (OMS). Même dans ces conditions, le résultat n'est que partiel et surtout ne protège pas le personnel. C'est de plus une solution coûteuse à l'installation, en entretien et en fonctionnement. Elle accroît les dépenses de chauffage ou de climatisation. Seuls 4% des établissements italiens autorisés à y avoir recours l'ont mise en place.

Le principe en milieu professionnel est de donner la priorité à l'élimination du risque à la source [42]. Ce n'est qu'en cas d'impossibilité que l'on recourt au confinement, à la filtration, à la dilution ou à la ventilation. La seule solution raisonnable est donc que les espaces de travail et de loisir deviennent totalement non-fumeurs car c'est la seule mesure qui élimine le risque.

LA PROTECTION DES NON-FUMEURS DANS LE MONDE

Au niveau international

Le Parlement européen reconnaît en 1997 le droit de respirer un air pur et indique que ce droit doit prévaloir sur le droit de fumer. En 1998, le Système d'Information sur l'Exposition Professionnelle au Carcinogènes (CAREX) publie un rapport qui indique que la fumée de tabac dans l'air est la deuxième source d'exposition à des cancérogènes en milieu de travail après le soleil. En effet, 7,5 millions de travailleurs de l'Europe des Quinze (1,2 million en France) sont exposés à la fumée de tabac plus de 75% de leur temps de travail [43]. En 1999, l'OMS organise une consultation sur le tabagisme passif de l'enfant [44]. En 2002, le Bureau International du Travail reconnaît que le tabagisme passif représente 2,8% des cancers liés au travail et qu'il cause quinze fois plus de décès par maladies cardiovasculaires que par cancer du poumon. En 2003, le Commissaire européen chargé de l'emploi et celui chargé de la protection des consommateurs annoncent la préparation d'une recommandation pour interdire de fumer sur les lieux de travail. Depuis 2004, tous les locaux de la Commission européenne sont non-fumeurs. En 2004 et 2005, le nouveau Commissaire européen chargé de la Santé réitère cette position. La Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac ratifiée par la France est devenue exécutoire le 27 février 2005 et prévoit une protection efficace des non-fumeurs.

Plusieurs pays européens interdisent totalement de fumer dans tous les lieux clos et couverts accueillant du public y compris dans les bars et restaurants (Irlande, Italie, Norvège et Suède). D'autres en discutent (Ecosse, Pays de Galles, Espagne). De telles mesures ont déjà été prises

dans huit Etats des Etats-Unis, cinq provinces du Canada, en Nouvelle Zélande et sont prévues en 2007 en Australie.

En général, la fréquentation des restaurants, bars et lieux de loisir augmente grâce à l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics et de travail. Ainsi la ville de New York a vu augmenter la fréquentation des bars de 12% ce qui a permis l'embauche de 10000 personnes supplémentaires.

A l'évidence, les pollutions de l'air intérieur diminuent spectaculairement en l'absence de fumée de tabac. Ainsi en un an, les particules de moins de 10µm ont diminuées de 53% et celles de moins de 2,5 µm de 88% dans les pubs de Dublin [45]. Les niveaux de monoxyde de carbone des employés des bars ont baissé de 45%. D'après le syndicat des bars irlandais, 82% des serveurs indiquent qu'ils respirent mieux, 68% toussent moins. La réglementation est respectée dans 94% des inspections. La protection des non-fumeurs est un immense succès en Irlande [46].

En Californie, l'état de santé respiratoire de serveurs s'est lui aussi amélioré avec l'interdiction de fumer dans les bars [47], sur le plan symptomatique mais aussi en ce qui concerne la capacité vitale et le coefficient de Tiffeneau.

En France

La loi Evin de 1991 a mis dans la loi ce qui relève de l'évidence: le droit du non-fumeur à ne pas être exposé à la fumée des autres. Malheureusement les administrations ont fait obstruction à son application, faute de volonté politique pour résister aux pressions syndicales. Ainsi le ministère du travail s'est-il longtemps opposé à ce que la protection des non-fumeurs puisse être inscrite dans les règlements intérieurs, le ministère de l'Education nationale a mis dix ans pour diffuser une circulaire d'application de la loi Evin.

Si de lents progrès sont constatés en entreprise, si on trouve aujourd'hui des chambres et même des étages non-fumeurs dans les hôtels, au contraire les bars et restaurants font preuve d'un large mépris de la loi et des non-fumeurs. L'application de la loi nécessite pratiquement le recours à la justice pour que le non-fumeur puisse défendre son droit, ce qui est lent, lourd et coûteux. La jurisprudence actuelle donne cependant raison à un garçon de café qui a refusé d'être exposé à la fumée de tabac, ce qui « a porté atteinte à son droit à la santé », reconnaissant son droit au retrait face à un danger immédiat (Cour d'Appel de Rennes, 16 mars 2004). Depuis l'arrêt de la Cour de Cassation du 29 juin 2005, l'employeur est tenu à une obligation de résultat en ce qui concerne la protection contre le tabagisme dans l'entreprise. Dans le cas contraire, il s'agit d'une rupture de contrat qui a les effets d'un licenciement sans cause réelle et sérieuse.

L'impatience des Français grandit et ce sont deux tiers d'entre eux qui demandent des cafés et discothèques non-fumeurs, trois quarts pour les restaurants et lieux de travail [48]. De telles mesures augmenteraient la propension à fréquenter ces lieux. Il est évident que rapidement s'imposera que tous les lieux clos et couverts, publics ou accueillant du public soient totalement non-fumeurs, les zones fumeurs étant toujours mal aménagées ou mal utilisées.

A terme, l'évolution se fait toujours vers des lieux totalement non-fumeurs. Un des avantages rarement cité est que l'interdiction de fumer dans les lieux de travail et de loisir est généralement suivie d'une baisse du tabagisme dans les pays concernés [49]. L'Alliance Contre le Tabac, qui réunit trente-deux associations, a pris unanimement position en février 2005 pour que soit mise en place « au plus tard d'ici 2007, une protection totale des non-fumeurs par l'interdiction générale de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail clos et couverts. »

Conclusion

Ce sont trois quarts des non-fumeurs et la moitié des fumeurs qui se plaignent d'être gênés par la fumée des autres. Ce sont 85 à 90% des Français qui demandent à être efficacement protégés. Un fort niveau de désinformation a longtemps laissé croire que la courtoisie était la solution. Il n'en est rien car le problème n'est plus la politesse mais la protection des non-fumeurs d'une menace réelle pour leur santé. Cette protection est le point le plus faible de la politique actuelle de lutte contre le tabagisme. Il est évident que s'il y a dix ans la séparation des fumeurs des non-fumeurs paraissait la meilleure solution, elle s'avère avoir toujours été ou mal faite ou mal appliquée. L'expérience internationale montre que rapidement s'impose l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics ou accueillant du public. Ainsi en a-t-il été dans les avions. Cela est en cours dans les trains. Plusieurs pays l'appliquent de manière universelle y compris dans les bars, les restaurants, les casinos et même dans les prisons. C'est l'orientation logique à prendre, inéluctable, et l'on peut s'étonner qu'elle ait pris tant de temps à s'imposer.

BIBLIOGRAPHIE

-
- [1] DOLL R., PETO R., BOREHAM J., SUTHERLAND I. – Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004, 328, 1507-1519.
- [2] HIRAYAMA T. - Non-smoking wives of heavy smokers have a high risk of lung cancer: a study from Japan. *Br Med J.* 1981, 282, 183-185.
- [3] DUBOIS G., TRAMIER B. –La responsabilité de l'industrie du tabac dans la pandémie tabagique. *Rev Pneumol Clin* 2000, 56, 339-343.
- [4] DUBOIS G. *Le Rideau de Fumée*, Paris, Le Seuil, 2003.
- [5] DAUTZENBERG B., *Le tabagisme passif. Rapport au Directeur Général de la Santé.* La Documentation Française, Paris, 2001, 200 p.
- [6] United States Environmental Agency. Respiratory health effects of passive smoking. Lung cancer and other disorders. Publication EPA/600/6-09/006F. Washington: US EPA, 1992.
- [7] TUBIANA M. – rapport sur le tabagisme passif. *Bull Acad Natle Med* 1997, 181, 727-735.
- [8] SASCO A., DUBOIS G. – Passive smoking. The health impact. A European report. Europe Against Cancer Program: Commission of the European Community. 1997, 64p.
- [9] LAW MR, MORRIS JK, WALD NJ. – Environmental tobacco smoke exposure and ischemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997, 315, 973-980.
- [10] HE J., VUPPUTURI S., ALLEN K., PREROST MR., HUGHES J., WHELTON PK. – Passive smoking and the risk of coronary heart disease – a meta-analysis of epidemiological studies. *N Engl J Med* 1999, 282, 2027-2034.
- [11] HACKSHAW AK., LAW MR., WALD NJ. – The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997, 315, 980-988.
- [12] TAYLOR R., CUMMINGS R., WODWARD A., BLACK M. – Passive smoking and lung cancer: a cumulative meta-analysis. *Aust New Zea J Pub Health* 2001, 25, 203-211.
- [13] BRENNAN P., BUFFLER PA., REYNOLDS P. et al. – Secondhand smoke exposure in adulthood and risk of lung cancer among never smokers : a pooled analysis of two large studies. *Int J Cancer* 2004, 109, 125-131.
- [14] KNOLOFF-COHEN HS., EDELSTEIN SL., LEFKOWITZ ES., SRINIVASAN IP., KAEGI D., CHANG JC., WILEY KJ. – The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. *JAMA* 1995, 272, 795-798.
- [15] ANDERSON HR., COOK DG. – Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997, 52, 1003-1009. erratum in *Thorax* 1998, 54, 365-366.

-
- [16] STRACHAN DP. – Health effects of passive smoking. 1. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997, 52, 905-914.
- [17] STRACHAN DP., COOK DG. – Health effects of passive smoking. 4. Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. *Thorax* 1998, 53, 50-56.
- [18] STRACHAN D., COOK D. – Parental smoking and childhood asthma: longitudinal and case-control studies. *Thorax* 1998, 53, 204-212.
- [19] ARSHAD SH., KURUKULAARATCHY RJ., FENN M., MATTHEWS S. – Early life risk factors for current wheeze, asthma, and bronchial hyperresponsiveness at 10 years of age. *Chest* 2005, 127, 502-508.
- [20] DUBOIS G., DELCROIX M. – Femme enceinte non-fumeuse. Dans [5], p 95-100.
- [21] California Environmental Protection Agency. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant. State of California. Mars 2005.
www.arb.ca.gov/toxics/ets/dreport/dreport.htm
- [22] IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic risks to Humans. - Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 2004, 83, 1-1438.
- [23] BOFFETTA P. – Epidemiology of environmental and occupational cancer. *Oncogene* 2004, 23, 6392-6403
- [24] TREDANIAL J., BOFFETTA P., SARACCI R., HIRSCH A. - Non-smoker lung cancer deaths attributable to exposure to spouse's environmental tobacco smoke. *Int J Epidemiol.* 1997, 26, 939-944.
- [25] HANAOKA T., YAMAMOTO S., SOBUE T., SASAKI S., TSUGANE S. – Active and passive smoking and breast cancer risk in middle-aged Japanese women. *Int J Cancer* 2005, 114, 317-322.
- [26] ARONOW WS. – Effect of passive smoking. *N Engl J Med* 1978, 299, 21-24.
- [27] WHINCUP PH., GILG JA., EMBERSON JR., JARVIS MJ., FEYERABEND C. et coll. – Passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement. *BMJ* 2004, 329, 200-2005.
- [28] LAW MR., WALD NJ. – Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2003, 46, 31-38.
- [29] OTSUKA R., WATANABE H., HIRATA K., TOKAI K., MURO T., YOSHIYAMA M. et coll. – Acute effects of passive smoking on the coronary circulation in healthy young adults. *JAMA* 2001, 286, 436-441.
- [30] SARGENT R.P., SHEPARD R.M., GLANTZ S.A. – Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ* 2004, 328, 977-980.
- [31] HILL SE., BLALEKY TA., KAWASHI I., WOODWARD A. – Mortality among “never smokers” living with smokers: two cohort studies, 1981-4 and 1996-9 *BMJ* 2001, 328, 988-989.
- [32] MCGHEE S.M., HO S.Y., SCHOOLING M., THOMAS G.N., HEDLEY A.J., MAK K.H. et coll. – Mortality associated with passive smoking in Hong Kong. *BMJ* 2005, 330, 287-288.
- [33] JAMROZIK K. – Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults : database analysis. *BMJ* 2005, 330, 812.
- [34] Arrêt de la Cour de justice. Chambre pénale. Audience du 15 décembre 2003 à Genève. P/5421/01. ACJP/223/03.
- [35] Communiqué de presse de l'Université de Genève du 6 septembre 2004.
www.unige.ch/presse/communique/?04-05/1029Rylander.html
- [36] Resisting smoke and spin. Editorial. *Lancet* 2000, 355, 1197.
- [37] ONG EK., GLANTZ SA., - Tobacco industry efforts subverting Agency Research on cancer's second-hand smoke study. *Lancet* 2000, 355, 1253-1259.
- [38] ENSTROM JE., KABAT GC. – Environmental tobacco smoke and tobacco related mortality in a prospective study of Californians, 1960-1998. *BMJ* 2003, 326, 1057.
- [39] TONG EK., ENGLAND L., GLANTZ S.A. – Changing conclusions on secondhand smoke in a sudden infant death syndrome review funded by the tobacco industry. *Pediatrics* 2005, 115, 356-366.
- [40] SULLIVAN FM., BARLOW SM. – Review of risk factors for sudden infant death syndrome. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001, 15, 144-200.

-
- [41] GARNE D., WATSON M., CHAPMAN S., BYRNE F. – Environmental tobacco smoke research published in the journal *Indoor and Built Environment* and associations with the tobacco industry. *Lancet* 2005, 365, 804-809.
- [42] Article 6 de la Directive 89/391/EEC (Directive cadre).
- [43] KAUPPINEN T., TOKKANEN J., PEDERSEN D. et al. – Occupational exposure to carcinogens in the European Union. *Occup. Environ. Med.* 2000, 57, 10-18.
- [44] Consultation internationale sur le tabagisme passif et la santé de l'enfant. OMS, Genève, Suisse, 10-15 janvier 1999.
- [45] Smoke-free workplaces in Ireland. A one-year review. Office of Tobacco Control. Kildare, Ireland. 28 mars 2005.
- [46] HOWELL F. – Smoke-free bars in Ireland : a runaway success. *Tob Control* 2005, 14, 73-74.
- [47] EISNER MD., SMITH AK., BLANC PD. – Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *JAMA* 1998, 280, 1909-1914.
- [48] Alliance Contre le Tabac. Sondage TNS SOFRES, échantillon représentatif de 1008 personnes âgées de 15 ans et plus, 5 et 6 octobre 2004.
- [49] FICHTENBERG CM., GLANTZ SA. – Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002, 325, 188-191.