



Villes sans tabac

Les lois antitabac améliorent la santé et sauvent des vies

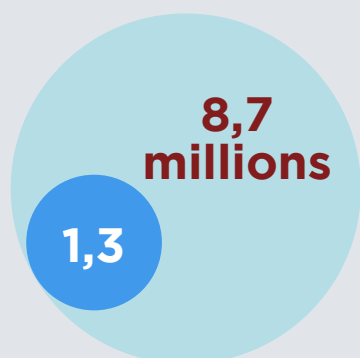
Le tabagisme passif est l'une des principales sources de pollution de l'air dans les lieux de travail intérieurs et les lieux publics, y compris les bars, les restaurants et autres lieux publics. Mélange de 7 000 produits chimiques, le tabagisme passif provoque le cancer du poumon, des maladies respiratoires, des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux, le syndrome de mort subite du nourrisson et d'autres affections graves².

Des lois antitabac complètes améliorent la santé publique en réduisant l'exposition des travailleurs et du public au tabagisme passif toxique, en encourageant et en aidant les fumeurs à arrêter de fumer et en dissuadant les jeunes de commencer à fumer.

En 2004, l'Irlande est devenue le premier pays à adopter une loi nationale complète sur l'interdiction de fumer. En décembre 2024, au moins 79 pays et territoires avaient adopté une législation antitabac complète, dont 53 pays à revenu faible et intermédiaire. Des centaines de juridictions infranationales (villes, provinces/États, etc.) ont également adopté ces lois qui sauvent des vies.

En réduisant l'exposition au tabagisme passif, les lois antitabac réduisent les maladies et les décès et permettent d'économiser de l'argent dans le secteur de la santé. La législation antitabac est reconnue pour avoir évité 5,4 millions de décès prématurés entre 2007 et 2014¹.

Décès liés au tabac chaque année



millions de décès de non-fumeurs exposés au tabagisme passif

Le rapport mondial sur la charge de morbidité 2019 estime que 1,3 million des 8,7 millions de décès causés par le tabac chaque année concernent des non-fumeurs exposés à la fumée secondaire¹.

Les lois antitabac réduisent l'exposition au tabagisme passif

La qualité de l'air intérieur s'améliore presque immédiatement lorsque des lois antitabac sont adoptées et mises en œuvre. Cela permet de réduire l'exposition à toute une gamme de produits chimiques nocifs véhiculés par le tabagisme passif, notamment les agents cancérigènes, les métaux toxiques et les gaz toxiques, réduisant ainsi les risques pour les travailleurs et les clients de souffrir des divers problèmes de santé causés par le tabagisme passif². Les marqueurs environnementaux et biologiques du tabagisme passif comprennent la nicotine et le monoxyde de carbone (CO) en suspension dans l'air, la cotinine dans le sang et la salive humains et les particules fines (PM_{2,5}).

Montevideo, Uruguay



Après la mise en œuvre d'une loi nationale antitabac complète en 2006, la concentration de particules de nicotine en suspension dans l'air a chuté de 91 % dans les espaces publics³.

São Paulo, Brésil



La concentration de monoxyde de carbone dans les restaurants, les bars, les discothèques et autres lieux similaires a diminué de manière significative après la mise en œuvre d'une loi antitabac en 2009⁶.

Uruguay, Irlande et Nouvelle-Zélande



Une étude sur les lieux publics menée dans 32 pays entre 2003 et 2007 a révélé que la concentration moyenne de PM_{2,5} était la plus faible dans les pays dotés de lois antitabac complètes : Uruguay, Irlande et Nouvelle-Zélande⁸.

Amériques, Europe de l'Est, Asie et Afrique



Une étude portant sur les concentrations de nicotine dans les bars et les discothèques de 24 villes des Amériques, d'Europe de l'Est, d'Asie et d'Afrique entre 2007 et 2009 a révélé que la concentration médiane de nicotine en suspension dans l'air dans les lieux où il était permis de fumer était 17,5 fois plus élevée que dans les lieux non-fumeurs⁷.

Écosse



Les concentrations de cotinine salivaire ont diminué de manière significative chez les non-fumeurs après la législation antitabac⁹.

Les lois antitabac améliorent la santé publique et sauvent des vies

En réduisant l'exposition au tabagisme passif, les lois antitabac réduisent le risque de développer des maladies cardiaques et respiratoires. Des données suggèrent que ces lois peuvent également réduire le risque d'accident vasculaire cérébral et de complications à la naissance¹⁰. Bon nombre de ces améliorations en matière de santé surviennent relativement peu de temps après la mise en œuvre des lois antitabac.

Santé cardiovasculaire

- À São Paulo, au Brésil, les hospitalisations pour crise cardiaque ont diminué de 5,4 % dans les trois mois qui ont suivi la mise en œuvre d'une loi antitabac complète en 2009, et le taux de mortalité global a diminué de 11,9 % en 17 mois¹¹.
- En Uruguay, les hospitalisations pour des crises cardiaques ont diminué de 22 % deux ans après la mise en œuvre d'une loi antitabac complète en 2006¹².
- Une étude de la loi antitabac nationale complète de 2004 en Irlande a révélé que la mise en œuvre de la loi était associée à une réduction de 12 % des hospitalisations pour des syndromes coronariens aigus (y compris des crises cardiaques) dans l'année suivant l'entrée en vigueur de la loi¹³.
- Une revue Cochrane de 2016 qui comprenait l'analyse de 77 études provenant de 21 pays a mis en évidence une réduction significative des hospitalisations pour des crises cardiaques suite à la mise en œuvre de lois antitabac¹⁴.



Des études montrent une réduction significative des admissions à l'hôpital pour cause de crise cardiaque après la mise en œuvre des lois antitabac.

Santé respiratoire

- Dans les trois mois qui ont suivi la mise en œuvre de la législation écossaise interdisant complètement de fumer, les employés de bars ont constaté une diminution de 26 % des symptômes respiratoires, et ceux souffrant d'asthme ont vu leur inflammation des voies respiratoires diminuer¹⁵.
- Selon un rapport publié en 2014 par le ministre américain de la Santé, les lois antitabac complètes améliorent la santé respiratoire des employés des bars et des restaurants¹⁶.
- Les lois antitabac complètes sont associées à une diminution des hospitalisations pour asthme et infections pulmonaires¹⁸.
- Une méta-analyse de 2017 a estimé que des lois antitabac complètes sont associées à une réduction de 12,5 % des visites à l'hôpital pour cause d'asthme chez les enfants¹⁸.



Les lois antitabac sont associées à une diminution des admissions à l'hôpital pour asthme et infections pulmonaires.

- À Hong Kong, les hospitalisations pour infections des voies respiratoires inférieures chez les enfants ont diminué de 33,5 % immédiatement après la mise en œuvre d'une loi antitabac complète en 2007 et ont encore diminué de 13,9 % au cours de la première année¹⁹.
- En Uruguay, le nombre de visites d'urgence non hospitalières pour bronchospasmes a diminué de 15 % après la mise en œuvre d'une loi nationale complète antitabac en 2006²⁰.

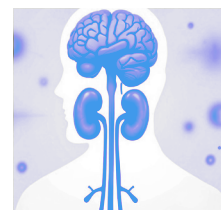
Santé cérébrovasculaire

- Une méta-analyse de 2024 a révélé que les lois antitabac étaient associées de manière significative à la réduction des taux d'hospitalisations pour accident vasculaire cérébral²¹.

Santé périnatale

Certaines études ont montré une réduction des effets indésirables chez les nouveau-nés.

- Une méta-analyse de 2023 portant sur 144 études menées au niveau de la population a révélé que la législation antitabac était associée à des résultats bénéfiques à la naissance²².
- Une étude réalisée en Angleterre en 2015 a révélé que les lois antitabac étaient associées à une réduction cliniquement significative des issues périnatales défavorables graves telles que les mortinaissances, l'insuffisance pondérale à la naissance et les décès néonataux²³.



Les lois antitabac sont associées à une réduction des hospitalisations pour accident vasculaire cérébral.



La législation antitabac était associée à des issues de grossesse favorables.

Les lois antitabac encouragent l'arrêt du tabac et dissuadent les jeunes de commencer à fumer

En plus de réduire les effets directs du tabagisme passif sur la santé, les lois antitabac améliorent encore la santé publique en incitant et en aidant les fumeurs à cesser de fumer et en créant des normes sociales qui empêchent les jeunes de commencer à fumer.

- Les lois antitabac encouragent et aident les fumeurs à arrêter de fumer en rendant le tabagisme plus difficile, réduisant ainsi les risques de rechute pour ceux qui essaient d'arrêter de fumer².
- Les lois antitabac modifient également les normes sociales et rendent la consommation de tabac moins acceptable socialement, ce qui conduit à une augmentation du nombre de tentatives réussies d'arrêt du tabac chez les fumeurs et à une diminution du nombre de jeunes qui commencent à fumer²⁴.

Les lois qui interdisent de fumer dans les lieux publics ont souvent des répercussions et mènent à une réduction du tabagisme ou à une politique d'interdiction de fumer à la maison^{25,26}, l'un des principaux lieux d'exposition au tabagisme passif pour les membres du ménage, en particulier les enfants².

Principaux points à retenir

- **Les lois antitabac protègent le droit de chacun à respirer un air pur, réduisant ainsi les maladies et les décès et permettant de réaliser des économies en matière de soins de santé.**
- **Les lois antitabac améliorent rapidement la qualité de l'air intérieur, réduisant ainsi l'exposition des employés et des clients au tabagisme passif.**
- **La santé des travailleurs s'améliore peu après l'entrée en vigueur des lois antitabac.**
- **L'amélioration de la santé cardiovasculaire et respiratoire de la population a été documentée à la suite des lois antitabac.**
- **Les lois antitabac encouragent et favorisent le renoncement au tabac chez les fumeurs et réduisent le nombre de jeunes qui commencent à fumer.**
- **Les lois antitabac encouragent les foyers sans tabac, réduisant ainsi l'exposition des membres de la famille, y compris les enfants.**

Références

1. Global Burden of Disease (GBD) 2019. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington; 2023. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
2. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention. 2014.
3. Levy DT, Yuan Z, Luo Y, Mays D. Seven years of progress in tobacco control: an evaluation of the effect of nations meeting the highest level MPOWER measures between 2007 and 2014. *Tob Control*. 2018;27(1):50-57. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053381.
4. International Agency for Research on Cancer. Evaluating the Effectiveness of Smoke-free Policies. World Health Organization. 2009.
5. Blanco-Marquizo A, Goja B, Peruga A, et al. Reduction of secondhand tobacco smoke in public places following national smoke-free legislation in Uruguay. *Tob Control*. 2010;19(3):231-234. doi:10.1136/tc.2009.034769.
6. Issa JS, Abe TMO, Pereira AC, et al. The effect of Sao Paulo's smoke-free legislation on carbon monoxide concentration in hospitality venues and their workers. *Tob Control*. 2011;20(2):156-162. doi:10.1136/tc.2010.037614.
7. Jones MR, Wipfli H, Shahrir S, et al. Secondhand tobacco smoke: an occupational hazard for smoking and non-smoking bar and nightclub employees. *Tob Control*. 2013;22(5):308-314. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050203.
8. Hyland A, Travers MJ, Dresler C, Higbee C, Cummings KM. A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places. *Tob Control*. 2008;17(3):159-165. doi:10.1136/tc.2007.020479.
9. Haw SJ, Gruer L. Changes in Exposure of Adult Non-Smokers to Secondhand Smoke After Implementation of Smoke-Free Legislation in Scotland: National Cross Sectional Survey. *British Medical Journal* 2007;335(7619):549-53.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Smokefree Policies Improve Health Factsheet. 2016.
11. Abe TMO, Scholz J, de Masi E, Nobre MRC, Filho RK. Decrease in mortality rate and hospital admissions for acute myocardial infarction after the enactment of the smoking ban law in São Paulo city, Brazil. *Tob Control*. 2017;26(6):656-662. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053261.
12. Sebríe EM, Sandoya E, Hyland A, Bianco E, Glantz SA, Cummings KM. Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after implementation of a comprehensive smoke-free policy in Uruguay. *Tob Control*. 2013;22(e1):e16-20. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050134.
13. Cronin EM, Kearney PM, Kearney PP, Sullivan P, Perry IJ, Coronary Heart Attack Ireland Registry (CHAIR) Working Group. Impact of a national smoking ban on hospital admission for acute coronary syndromes: a longitudinal study. *Clin Cardiol*. 2012;35(4):205-209. doi:10.1002/clc.21014.
14. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, et al. Legislative smoking bans for reducing harms from second-hand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2(2):CD005992. doi:10.1002/14651858.CD005992.pub3.
15. Menzies D, Nair A, Williamson PA, et al. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA*. 2006;296(14):1742-1748. doi:10.1001/jama.296.14.1742
16. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention 2014.
17. Tan CE, Glantz SA. Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. *Circulation*. 2012;126(18):2177-2183. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.112.121301.
18. Faber T, Kumar A, Mackenbach JP, et al. Effect of tobacco control policies on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017;2(9):e420-e437. doi:10.1016/S2468-2667(17)30144-5.
19. Lee SL, Wong WHS, Lau YL. Smoke-free legislation reduces hospital admissions for childhood lower respiratory tract infection. *Tob Control*. 2016;25(e2):e90-e94. doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052541.
20. Kalkhoran S, Sebríe EM, Sandoya E, Glantz SA. Effect of Uruguay's National 100% Smokefree Law on Emergency Visits for Bronchospasm. *Am J Prev Med*. 2015;49(1):85-88. doi:10.1016/j.amepre.2014.12.009.
21. Chua ZX, Yeh Lai Amanda C, Lam TJR, et al. Impact of smoke-free legislation on stroke risk: A systematic review and meta-analysis. *European Stroke Journal*. 2025;10(2):350-361. doi:10.1177/23969873241293566.
22. Akter S, Islam MR, Rahman MM, et al. Evaluation of Population-Level Tobacco Control Interventions and Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2023;6(7):e2322341. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.22341.
23. Been JV, Mackay DF, Millett C, Pell JP, van Schayck OCP, Sheikh A. Impact of smoke-free legislation on perinatal and infant mortality: a national quasi-experimental study. *Sci Rep*. 2015;5:13020. doi:10.1038/srep13020.
24. US Department of Health and Human Services. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US 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; 2020.
25. International Agency for Research on Cancer. Evaluating the Effectiveness of Smoke-free Policies. World Health Organization 2009.
26. Monson E, Arsenault N. Effects of Enactment of Legislative (Public) Smoking Bans on Voluntary Home Smoking Restrictions: A Review. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(2):141-148. doi:10.1093/ntr/ntw171.