

Tabagisme passif

Bertrand Dautzenberg*

LA FUMÉE DU TABAC est une drogue psychotrope qui a peu d'influence sur le comportement social. En fonction des époques les fumeurs ont appartenu à toutes les classes sociales, sans perturber gravement la vie sociale. En revanche, à côté des conséquences sanitaires pour le fumeur, il existe des conséquences pour les autres qui n'étaient pas parfaitement établies il y a 15 ans lors de la discussion de la loi Évin¹.

Un récent rapport² fait le point sur les effets établis du tabac sur la santé et fait des propositions pour la prévention du tabagisme passif, en particulier sur le lieu de travail. Les preuves scientifiques des effets de la fumée du tabac sur la santé sont maintenant clairement établies pour de nombreuses pathologies. Le tabagisme passif est responsable d'environ 3 000 morts par an en France^{1,2}.

L'exposition au tabagisme passif

- La fumée du courant latéral est très diluée, mais le temps d'exposition dans une journée, par exemple pour un barman, et la durée d'exposition dans une vie peuvent être très importants et débiter dès la petite enfance. Ainsi les modèles de risque de cancer du poumon chez les fumeurs montrent que la quantité de tabac fumé augmente le risque à la puissance 2, alors que la durée d'exposition augmente le risque à la puissance 4,5 soulignant l'importance de la durée d'exposition.

Selon la base de données européenne Carex³, la fumée du tabac est le cancérogène respiratoire auquel le plus grand nombre de travailleurs sont exposés : 1 156 000 employés sont exposés en France plus de 3/4 de leur temps de travail à la fumée du tabac des autres.

- Toutes les études conduites sur les effets de la fumée des autres l'ont été dans des

lieux couverts et clos, où l'on passe 80% à 90% du temps⁴. À l'extérieur, il n'y a aucun risque connu lié à l'exposition à la fumée des autres.

Gêne liée à la fumée des autres

Le Baromètre Santé 2000⁵ note que 71% des non-fumeurs se plaignent d'être exposés à la fumée des autres. On relève dans cette même enquête que 2/3 des fumeurs occasionnels et 1/3 des fumeurs réguliers de plus de 20 cigarettes par jour se déclarent également gênés par la fumée des autres, attestant de l'adhésion majoritaire des fumeurs eux-mêmes à la réglementation des lieux fumeurs.

Données épidémiologiques chez l'enfant

- Chez l'enfant déjà asthmatique, le tabagisme passif augmente l'intensité et la fréquence des crises, en particulier chez le jeune enfant. La meilleure estimation fait apparaître un excès de crises d'asthme de 14% quand le père fume, 28% quand la mère fume, 52% quand les deux parents fument. Cet excès de crise est corrélé à l'excès de variabilité du débit expiratoire de pointe chez ces enfants. L'exposition au tabagisme passif dans l'enfance n'augmente pas le nombre d'enfants atopiques (allergiques), mais augmente le nombre de patients asthmatiques diagnostiqués par le médecin généraliste.

- L'exposition au tabagisme passif est associée à une diminution faible mais certaine du Volume Expiratoire Maximum Seconde (VEMS) en fin de croissance. Cette diminution est chiffrée à 1,9% pour le VEMS.

- L'estimation de l'excès de risque d'otites lié au tabagisme parental basé sur 13 études est de 48% pour les otites récurrentes, 38% pour les épanchements de l'oreille et 21% pour les écoulements de

l'oreille.

- Il existe une relation entre le tabagisme de la mère et le risque de mort subite du nourrisson. L'augmentation du risque de mort subite calculée en prenant en compte tous les facteurs de confusion est multipliée par deux quand la mère fume. Le rôle du tabagisme du père est probable.

- À côté du risque bien documenté pour le fœtus du tabagisme actif maternel, il existe une relation entre l'exposition au tabagisme de mère non-fumeuse à la fumée du tabac et retard de croissance intra-utérin ou petit poids de naissance. L'effet est faible mais certain. La meilleure estimation du risque de retard de croissance intra-utérin est de 11% pour les enfants de mères exposées au tabagisme des autres et de 17% pour le risque de petit poids de naissance. La perte moyenne de poids est cependant faible (- 16 à 50 g) et de signification en terme de risque sanitaire incertaine. Le risque est lié principalement au CO et non à la nicotine.

- Il existe une forte suspicion de relation entre l'exposition au tabagisme de la mère pendant la grossesse et le risque de survenue d'un cancer chez l'enfant. L'estimation de l'augmentation de ce risque basée

sur une méta-analyse est de 10%, avec des valeurs de risque relatif allant de 0,67 à 2,47 dans les études individuelles.

- Il existe une probabilité importante de relation entre l'exposition au tabagisme paternel et le risque de survenue de tumeurs cérébrales chez l'enfant. L'estimation de l'augmentation de ce risque est de 22% dans une méta-analyse, avec des RR allant de 1,06 à 2. D'autre part, une relation entre l'exposition au tabagisme de la mère et du père pendant la grossesse et le risque de

* Bertrand DAUTZENBERG

Service de pneumologie
GH Pitié-Salpêtrière
et Office Français de prévention
du Tabagisme (OFT)
102 rue Didot 75014 Paris

Les recommandations spécifiques au lieu de travail sont les suivantes :

- Établissement sans retard d'une estimation de la distribution du tabagisme dans les locaux en France sur un échantillon représentatif de non-fumeurs (et/ou des taux de nicotine, CO et poussière dans les locaux). Cette cartographie permettrait de suivre dans les années à venir les progrès réalisés dans la protection des non-fumeurs.
- Remplacement des normes de ventilation édictées dans le décret de mai 1992 qui sont désuètes par les normes de ventilation les plus protectrices existantes actuellement (jusqu'à 6 fois plus sévères) et établissement d'une barrière physique pour séparer les fumeurs des zones non-fumeurs.
- Établissement d'une obligation pour les nouveaux locaux recevant des fumeurs (fumeurs) d'une extraction d'air séparée de la ventilation générale du bâtiment.
- Établissement d'un taux maximum de monoxyde de carbone. Le taux maximum de CO pourrait descendre progressivement de 12 à 6 ppm de CO.
- Publier sans retard une circulaire pour demander aux inspecteurs du travail de se mobiliser autour de la protection des non-fumeurs sur les lieux de travail.
- Modifier le code du travail en ajoutant la protection des non-fumeurs dans les missions des inspecteurs du travail.
- Inscrire dans le code du travail l'obligation d'inclure des mesures de prévention du tabagisme dans le règlement intérieur des entreprises (et préciser les sanctions encourues).
- Préciser que les bureaux individuels où l'on fume doivent être considérés comme des fumeurs et répondre aux mêmes normes de ventilation et de qualité de l'air que les fumeurs.
- Permettre un accès facilité aux substituts nicotiques dans les entreprises afin de favoriser l'arrêt temporaire du tabagisme durant les heures de travail (ou mieux le sevrage).
- Interroger le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels sur l'opportunité de la classification de la fumée de tabac comme cancérigène sur le lieu de travail.

survenue de leucémies/lymphomes chez l'enfant est possible.

Données épidémiologiques chez l'adulte (2)

- Plus de 40 enquêtes épidémiologiques synthétisées dans 3 méta-analyses établissent que le tabagisme passif est lié à un excès de cancers du poumon. La meilleure estimation de l'excès de risque par rapport à une personne non exposée est de 26%.
- Trois études épidémiologiques établissent que le tabagisme passif est associé à un excès de cancer des sinus de la face. Il existe des données biologiques expliquant cet excès de risque non mis en évidence chez le fumeur. Chez les sujets exposés au tabagisme passif, le risque de cancer des sinus est multiplié de 2 à 6 fois. Un excès de risque est suspecté pour l'ensemble des cancers de la tête et du cou.
- Trois méta-analyses rassemblant 25 études épidémiologiques établissent que le tabagisme passif est associé à un excès de maladies coronariennes : angine de poitrine et infarctus du myocarde. Il existe une relation dose-effet. La meilleure estimation de cet excès de

risque par rapport à une personne non exposée est de 25%. Du fait du grand nombre de sujets concernés, c'est le risque majeur de mortalité lié au tabagisme passif. Le risque disparaît rapidement à l'arrêt de l'exposition

- Il existe des modifications de la paroi des artères après exposition au tabagisme passif, mais il n'est pas démontré chez l'homme de traduction clinique de ces anomalies, en particulier pas d'excès d'artérites des membres inférieurs. Les modifications des parois des artères sont lentement réversibles à l'arrêt de l'exposition.
- L'exposition au tabagisme passif du conjoint est suspectée d'être un facteur de risque indépendant d'accident vasculaire cérébral ischémique d'après les données de trois études. Le risque d'accident vasculaire cérébral est multiplié par deux dans l'étude où le risque est le plus élevé.
- Il est probable que l'exposition passive à la fumée de tabac est associée chez les non-fumeurs à la survenue de symptômes respiratoires chroniques et à celle d'une BPCO mais de nombreux biais et facteurs de confusion peuvent avoir obéré les travaux disponibles.

• Chez les sujets adultes préalablement asthmatiques, l'exposition au tabagisme passif s'accompagne d'un excès de symptômes, d'utilisation de traitement et d'hospitalisations. La soustraction de l'exposition au tabagisme passif s'accompagne d'une amélioration de ces troubles chez les asthmatiques. L'exposition au tabagisme passif n'est que faiblement et de façon incertaine liée à la survenue d'une hyper-réactivité bronchique traduisant la survenue d'une maladie asthmatique chez l'adulte.

Ainsi les effets du tabagisme passif sont clairement établis chez l'enfant et chez l'adulte et justifient des mesures de prévention fortes.

Le tabagisme passif sur le lieu de travail

Alors que depuis 1992 les décrets d'application de la loi Évin précisent comment personne ne doit, contre son gré, être exposé à la fumée de tabac, plus de 1 million de travailleurs est exposé plus de 3/4 de leur temps de travail à la fumée des autres.

1. Académie Nationale de Médecine. *Tabagisme passif : Rapport et vœux de l'Académie nationale de médecine présentés par le professeur Maurice Tubiana*. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 1997, 181, n° 4 et 5.

2. Bates C, McNeill A, Jarvis M, Gray N. *The future of tobacco product regulation and labelling in Europe : implications for the forthcoming European Union directive*. Tob Control. 1999 ; 8 225-235.

3. National Institute of Occupational Safety and Health. *Environmental tobacco smoke in the workplace - Lung cancer and other health effects*. NIOSH Publication No. 91-108. Washington : NIOSH, 1991.

4. CAREX : Base de données relatives aux expositions professionnelles aux produits cancérigènes dans 15 pays européens (Finnish Institute of Occupational Health - FIOH/Finlande) <http://www.occuphealth.fi/list/data/CAREX>

5. Dautzenberg B. *Le tabagisme passif : Rapport au Directeur Général de la Santé*. La documentation Française, Paris 2001

6. *Baromètre santé 2000*. CFES, Vanves 2002