

Numéro thématique - Journée mondiale sans tabac, 2007 *Special issue - World No Tobacco Day 2007*

p.177 **Éditorial - Lutte contre le tabac : l'offensive se poursuit**
Editorial - Tobacco control: the offensive is going on

p.178 **Le tabac dans les lycées français de 2002 à 2006**
Tobacco smoking in French upper secondary schools from 2002 to 2006

p.180 **L'application de la loi Evin sur le tabac dans les hôpitaux publics français en 2006**
Implementation of the « Evin Law » about tobacco smoking in French public hospitals in 2006

p.183 **Enquête sur le mode de consommation de la chicha (narguilé) en 2007 en France**
Waterpipe tobacco smoking (narghile) survey in France, 2007

p.186 **Enquête sur l'évolution du tabagisme sur le lieu de travail avec l'interdiction de fumer au 1^{er} février 2007, France, janvier-mars 2007** | *Tobacco smoke at workplace and the 2007 French smoking ban, January-March 2007 survey*

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Pascal Mélihan Chénin, Direction générale de la santé, Paris, France
et pour le comité de rédaction du BEH : Loïc Josseran, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Éditorial

Lutte contre le tabac : l'offensive se poursuit *Tobacco control: the offensive is going on*

Professeur Didier Houssin, Directeur général de la santé, Paris, France

Ces dernières années, notre pays a réalisé des percées majeures dans la lutte contre le tabac. Les bénéfices attestés par la réduction de la proportion de fumeurs apparaissent durables chez les femmes et chez les plus jeunes. Avec 30 % de fumeurs dans la population générale, la France reste toutefois encore loin de l'objectif de descendre à 20 % instauré par le Bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et des niveaux atteints par certains autres pays développés comme l'Islande (19,8 %), le Canada (18 %) ou la Suède (16 %).

De tels progrès requièrent une attention particulière des pouvoirs publics et ne sauraient reposer sur la seule volonté des individus. La publication du décret du 15 novembre 2006 a permis de franchir une nouvelle étape décisive en ce sens. L'interdiction de fumer dans les lieux publics s'est appliquée dès février 2007 aux entreprises, mais aussi aux établissements scolaires et aux lieux de soins.

Comme chaque année, le BEH consacre un numéro aux données relatives à la lutte contre le tabagisme à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac du 31 mai. Or, cette année, l'OMS a décidé de retenir le thème des espaces sans tabac*. Certes, il est un peu tôt pour évaluer l'impact en France de la réforme réglementaire récente, notamment au plan sanitaire. Cependant, l'article de Dautzenberg et coll., à partir de premières indications disponibles fournies par l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) au travers d'une enquête sur l'évolution du tabagisme sur le lieu de travail, montre que cette mesure a répondu à une attente des Français et n'a pas soulevé de grandes difficultés.

Les autres travaux présentés font état de données préalables à la publication du décret mais qui permettent de cerner certaines évolutions. Karsenty et coll. présentent les résultats de deux études menées dans les lycées et les établissements de soins. Dans les lycées, l'amélioration est sensible. La proportion des lycées qui ont interdit de fumer de manière absolue aux élèves est passée de 14 % en 2002 à 40 % en 2006 et, de manière concomitante, la prévalence tabagique des lycéens a fortement chuté. Ces progrès sont sûrement à mettre en lien avec l'intensité des efforts publics de lutte contre le tabac en 2003 et 2004 et la mobilisation liée au Plan Cancer, notamment auprès des proviseurs. En revanche, dans les établissements de soins, la situation est plus délicate, Karsenty et coll. rapportent que les deux-tiers des hôpitaux publics interrogés au printemps 2006 déclaraient des difficultés d'application de la réglementation de 1992. Une nouvelle évaluation sera très vite nécessaire pour vérifier si l'interdiction totale du tabac dans les établissements de soins est au rendez-vous.

Enfin, le dernier travail présenté évoque une situation préoccupante, celle de la consommation de chicha. Dautzenberg et coll. confirment le développement de cette nouvelle forme de consommation de tabac dont la toxicité est sous-estimée. Il ne faut pas banaliser l'usage du narghilé qui constitue souvent une voie d'entrée dans le tabagisme et concerne principalement de jeunes adolescents.

* Pour plus d'informations, consulter l'adresse suivante : www.who.int/tobacco/wntd/fr.

Le tabac dans les lycées français de 2002 à 2006

Serge Karsenty (serge.karsenty@univ-nantes.fr)¹, Cristina Diaz-Gomez²

1 / Centre national de la recherche scientifique, Nantes, France 2 / Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Saint-Denis, France

Résumé / Abstract

Introduction – L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies a évalué les règles et pratiques à l'égard du tabac dans les lycées français lors de deux vagues d'enquête permettant de documenter les évolutions en quatre années.

Méthode – Deux enquêtes sur échantillons aléatoires stratifiés représentatifs des lycées de France métropolitaine continentale ont été menées en 2002 et 2006. Les personnels, les élèves et les proviseurs ont répondu à un questionnaire auto-administré. L'analyse des données sur les phénomènes institutionnels observables a privilégié les réponses convergentes des trois acteurs.

Résultats – La proportion des lycées pratiquant une interdiction totale de fumer pour les élèves est passée de 14 % en 2002 à 40 % en 2006. La prévalence tabagique des lycéens a fortement chuté au cours de la période. La limitation progressive du tabagisme des personnels au sein des lycées n'a été établie que dans les salles de professeurs.

Discussion – La connaissance des comportements institutionnels par enquête nécessite de croiser les déclarations de plusieurs acteurs sur des indicateurs observables par chacun.

Conclusion – L'intensité des efforts publics de lutte contre le tabac en 2003 et 2004 explique le progrès sans précédent des limitations du tabagisme au sein des lycées.

Tobacco smoking in French upper secondary schools from 2002 to 2006

Introduction – By means of two similar surveys allowing to establish trends over the last 4 years, the OFDT (French monitoring centre for drugs and drug addiction) carried out a longitudinal study on French "lycées" (in charge of education for pupils aged 16-18) about tobacco smoking related regulations and behaviours.

Methods – Two surveys on stratified random samples representative of metropolitan French "lycées" were carried out in 2002 and 2006. Staff, pupils and headmasters filled out a self-administered questionnaire. Data analysis about visible social rules favored results showing consistent responses from the three types of school-community members.

Results – The rate of French "lycées" strictly enforcing a ban on smoking among pupils increased from 14% in 2002 to 40% in 2006. The prevalence of smoking among "lycées" pupils decreased considerably during that period. Progressive restrictions towards the staff smoking on the premises were fully enforced only in the teachers' staffrooms.

Discussion – Exploring organisational rules by means of surveys requires the cross-referencing of informations provided by different types of respondents about facts that everyone can see.

Conclusions – Intense public initiatives against tobacco smoking in 2003 and 2004 can explain an unprecedented improvement in smoking restrictions within French "lycées".

Mots clés / Key words

Tabac, jeunes, lycées, règlementation / Tobacco, smoking, youth, secondary school, regulation

Introduction

En raison de ses effets de diffusion à un âge de faible discernement des dangers encourus, le tabagisme en milieu scolaire est un objet d'attention récurrent pour les acteurs de santé publique. En Norvège, la relation entre la prévalence tabagique juvénile et la permissivité à l'égard du tabac dans les établissements scolaires a fait l'objet d'une recherche précisant sa nature et sa portée [1]. Mais l'intérêt des comparaisons internationales est limité par l'hétérogénéité des règles et pratiques internes à chaque pays [2]. En France, malgré les termes prohibitifs du décret du 12 septembre 1977 appuyé sur la loi du 9 juillet 1976 dite « loi Veil », la lutte contre le tabagisme juvénile s'est essentiellement déployée

par des actions d'information et de sensibilisation [3]. La loi du 10 janvier 1991 dite « loi Evin » n'a pas fondamentalement modifié cette doctrine [4]. De ce fait, la première évaluation de l'application de l'interdiction de fumer en milieu scolaire a été réalisée tardivement, en 2002 [5]. Elle a révélé une situation particulièrement préoccupante dans les lycées.

Depuis le 1^{er} février 2007 néanmoins, les établissements scolaires français sont soumis à une totale interdiction de fumer dans leur enceinte. Celle-ci est imposée par le décret du 15 novembre 2006 dont les dispositions impliquent la notion de vulnérabilité propre à la jeunesse, au-delà de l'objectif de protection des non-fumeurs. La nouvelle règle a substantiellement modifié le

statu quo ante pour les personnels des établissements. Pour les élèves des lycées, elle a mis fin à des tolérances instituées, de fait ou de droit, sous le régime du décret du 29 mai 1992 qui précisait la loi de 1991.

Dans la période qui a précédé cette mesure radicale, il était intéressant de mesurer l'état et l'évolution du tabagisme dans les lycées pour mieux y apprécier le contexte et les facteurs d'une meilleure protection des non-fumeurs, voire d'une interdiction totale de fumer. Ces résultats pouvaient constituer une aide au changement institutionnel ainsi qu'une prédiction sur ses chances de succès. Dans cette perspective, cet article rend compte d'une étude dirigée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et appuyée

sur deux vagues d'enquête, réalisées en 2002 et 2006, dans les lycées de France [6].

Objet et méthode

Deux enquêtes transversales similaires ont été menées en 2002 et 2006 dans les lycées français. Elles visaient à mieux connaître les règles effectives d'usage du tabac pour les personnels et les élèves, les connaissances et les opinions à l'égard de la loi Evin, le statut des lycéens et personnels à l'égard du tabac, la fréquence des transgressions à l'égard des règles établies et les sanctions appliquées.

Les deux enquêtes ont été réalisées par sondage auprès d'échantillons représentatifs des lycées de France métropolitaine continentale en 2002 et 2006. L'enquête de 2002, qui portait sur l'ensemble du système scolaire, a été menée auprès de 87 lycées, celle de 2006, restreinte aux lycées, a pu être effectuée auprès de 235 établissements. Dans les deux cas, l'enquête a été réalisée dans 50 départements : deux départements tirés au sort, le cas échéant, pour chaque académie. Les échantillons furent constitués par tirage aléatoire au sein d'une base stratifiée par taille urbaine, taille et type de lycées, statut public ou privé. Dans chaque lycée ont été interrogés le proviseur, cinq ou dix membres du personnel tirés au sort parmi les présents le jour d'enquête et la totalité des élèves de deux classes tirées au sort. Les questionnaires, en partie communs et en partie spécifiques selon la population concernée, furent quasi identiques lors des deux vagues. Ils ont été auto-administrés, distribués et récupérés par un enquêteur de l'Institut d'observation et de décision (IOD) chargé de réaliser l'enquête. La première enquête s'est déroulée de décembre 2001 à mars 2002, la seconde, de mars à mai 2006. Les données ont été exploitées de façon à mettre prioritairement en évidence des comportements institutionnels. Pour certaines observations, les réponses agrégées des chefs d'établissement ont ainsi été confirmées ou modérées par les réponses majoritaires (majorité simple) par établissement, des personnels, d'une part, des élèves de l'autre.

Résultats

Les caractéristiques des échantillons d'établissements et d'individus répondants ne seront pas rapportées ici. Le détail de ces informations figure dans les rapports complets intégralement téléchargeables sur le site de l'OFDT [5,6].

L'interdiction totale de fumer pour les élèves

En 2002, une majorité d'élèves fumeurs disaient ne jamais fumer à l'intérieur du lycée dans 14 % des lycées. Cette proportion passe à 40 % en 2006 (tableau 1). Ces chiffres constituent un indicateur partiel mais fiable des établissements interdisant totalement aux élèves de fumer et obtenant une bonne observance. En effet, les déclarations des élèves fumeurs sont consolidées par d'autres observations.

En 2006, 44 % des proviseurs déclarent ne pas avoir de « zone-fumeurs » dans leur lycée. L'écart

Tableau 1 Évolution du tabagisme des élèves au sein des lycées, France / *Table 1* Trend of students tobacco smoking in upper secondary schools, France

| Vous arrive-t-il de fumer à l'intérieur du lycée ? Base établissements | 2002 | 2006 |
|---|-------------|--------------|
| | % N = 87 | % N = 235 |
| Réponses majoritaires des élèves fumeurs | | |
| Fréquemment | 69 | 33* |
| Jamais | 14 | 40* |
| Établissements sans réponse majoritaire | 17 | 27 |

*Différence significative en ligne au seuil de 0,05

avec les déclarations majoritaires des élèves fumeurs est alors de 4 %. Mais l'analyse rétrospective a pu montrer que, dans l'enquête de 2002, la déclaration par les proviseurs qu'il n'existait pas de zone-fumeurs coexistait fréquemment (dans 42 % des cas en 2002) avec un tabagisme effectif dans les cours de récréation. D'autre part, les lycées dans lesquels les élèves peuvent fumer dans une salle affectée mais pas dans une cour, représentent une extrême minorité, stable au cours de la période (1 %). Les déclarations de l'ensemble des élèves (fumeurs et non-fumeurs) et des personnels sur la possibilité de fumer dans une cour sont parfaitement identiques ; elles établissent cette possibilité à 59 % des lycées de l'échantillon et, si l'on ajoute 1 % de lycées autorisant le tabagisme dans une salle, elles convergent exactement avec les déclarations majoritaires des élèves fumeurs sur leurs comportements à l'intérieur du lycée.

Le tabagisme des lycéens

La prévalence tabagique des lycéens a fortement chuté lorsqu'on compare les échantillons de 2002 et de 2006 (tableau 2). La proportion de fumeurs réguliers est passée de 32 % à 24 %, sans différence significative entre les garçons et les filles à chacune des dates d'enquête.

La prévalence tabagique moyenne des lycéens n'est pas identique dans les lycées non-fumeurs pour les élèves et les autres. Les fumeurs réguliers y représentent 20 % des élèves contre 26 % dans l'ensemble des autres lycées (différence significative au seuil de 0,05).

Tableau 2 Évolutions des habitudes tabagiques des lycéens, France / *Table 2* Trends of students' smoking habits in upper secondary schools, France

| Actuellement fumez-vous du tabac (cigarettes, tabac à rouler, ...) ? Base individus | 2002 | 2006 |
|--|----------------|----------------|
| | % N = 3 590 | % N = 9 476 |
| N'a jamais fumé | 26 | 38* |
| A essayé mais n'est jamais devenu fumeur(euse) | 24 | 23 |
| A été fumeur(euse) mais a arrêté | 5 | 4 |
| Sous-total non-fumeurs | 55 | 65* |
| Fume de temps en temps | 12 | 11 |
| Fume tous les jours | 32 | 24* |
| Sous-total fumeurs | 44 | 35* |

*Différence significative en ligne au seuil de 0,005

Les habitudes tabagiques des personnels au sein des lycées

En 2002, une majorité de personnels fumeurs disaient ne jamais fumer à l'intérieur du lycée dans 19 % des lycées. Ce chiffre est passé à 18 % en 2006. Cette stagnation apparente des restrictions réglementaires pour les personnels est totalement compatible avec les déclarations des proviseurs sur l'absence de zones-fumeurs expressément destinées aux personnels en 2006 (18 %). En revanche, les règles en vigueur dans la salle des professeurs ont fortement évolué en quatre ans (tableau 3).

Tableau 3 Évolutions des règles dans la salle des professeurs, France / *Table 3* Trends in teachers staffrooms smoking regulations, France

| Quelle est la situation correspondant le mieux à la salle des professeurs de votre lycée ? Base établissements | 2002 | 2006 |
|---|-------------|--------------|
| | % N = 87 | % N = 235 |
| Réponses majoritaires de l'ensemble des personnels | | |
| On peut y fumer partout | 14 | 2* |
| Il y a une zone fumeurs et une zone non-fumeurs | 35 | 36 |
| On ne peut pas y fumer | 30 | 43* |
| Autres cas (plusieurs salles, ...) | 2 | 2 |
| Établissements sans réponse majoritaire | 18 | 17 |

*Différence significative en ligne au seuil de 0,005

Discussion

Les deux vagues d'enquête ont bénéficié d'un exceptionnel concours de compétences et de soutiens qui ont permis une réalisation maîtrisée. L'élaboration des deux cahiers des charges et la direction d'enquête ont reposé sur les mêmes personnes au sein de l'OFDT, le soutien des organismes de tutelle impliqués a été constant (cf. Remerciements). Le même institut de sondage a été recruté au terme des appels d'offres et a scrupuleusement respecté un protocole et des consignes identiques d'une vague à l'autre.

Les risques de biais en cas de questionnaires auto-administrés tiennent souvent à la distribution profane des questionnaires au sein d'une institution par une ou plusieurs personnes détentrices de l'autorité. Ce risque a été prévenu grâce à la présence effective d'enquêteurs professionnels qui ont procédé à l'application des règles du tirage au sort et contrôlé l'ensemble du processus.

En termes de puissance statistique, les enquêtes par sondage sur une population restreinte, – ici, l'ensemble des lycées de France, – ne peuvent rivaliser avec les enquêtes en population. Si l'objectif d'un échantillon de 1 000 lycées est raisonnable pour assurer la significativité des résultats, sa réalisation matérielle est encore hors de portée. On pourra, de ce point de vue, comparer cette étude à celles qui sont menées en Europe au sein d'institutions semblables.

Par ailleurs, les éventuelles modifications structurelles des bases de tirage de l'éducation nationale en termes de niveaux et filières de classes n'ont pas été redressées. Quoiqu'ils soient probablement minimes en une période de 4 ans, la structure des

échantillons en termes de niveaux et filières de classe a nécessairement reproduit ces changements s'il y en a eu. Ainsi, par exemple, une hypothétique diminution relative de la démographie des filières professionnelles aurait pu biaiser l'analyse de la diminution globale des prévalences tabagiques.

La qualité des réponses de l'individu « lycée » est un problème distinct de la représentativité, de même qu'il l'est pour des individus qui sont des personnes. Pour observer les comportements institutionnels d'une organisation, on pouvait imaginer interroger son représentant officiel ou missionner un observateur anonyme. Dans la matière qui faisait l'objet principal de cette étude, c'est-à-dire l'effectivité des règles s'imposant à un établissement, il a semblé judicieux de considérer que la parole officielle de l'institution aurait davantage de crédit si au moins une majorité simple de l'échantillon constitué dans chaque lycée par les élèves d'une part, les personnels de l'autre, déclarait faire des observations identiques. Cette méthode n'a de pertinence qu'en ce qui concerne les comportements collectifs observables par tous les acteurs de la communauté scolaire. Elle n'a été utilisée que dans ce cadre délimité. Quant à l'observation indépendante et anonyme, son protocole n'aurait été adapté que dans le cas d'une évaluation restreinte à l'observance de règles postulées, sans prétention à établir la réalité de comportements habituels, ni mesure des connaissances et opinions des acteurs.

Conclusion

Il apparaît que, dans les lycées français, les interdictions totales et effectives de fumer pour les

élèves ont été plus fréquemment mises en œuvre au cours des quatre années précédant le décret novateur de novembre 2006 qu'elles ne l'avaient été au cours des dix premières années d'application du décret de 1992, – sans évoquer les quinze années de passivité qui suivirent le décret Veil. En effet, en 2006, 40 % des lycées pratiquaient une interdiction totale effective de fumer pour les élèves contre 14 % en 2002. Cette courte période a vu le déploiement du « plan cancer » présidentiel lancé en avril 2003, le vote de la loi d'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans en juillet 2003, les trois augmentations des prix du tabac en 2003 et début 2004. Le rappel au règlement à l'attention des établissements secondaires a été accompagné d'un fléchissement notable des prévalences tabagiques des 12-18 ans, établi dans d'autres enquêtes [7,8] et obtenu par une diminution importante des incidences en tabagisme régulier pour chaque groupe d'années de naissance. Cet ensemble de facteurs explique que deux vagues d'enquête relativement rapprochées dans le temps aient pu mettre en évidence des évolutions significatives.

La lenteur de mise en œuvre du dispositif de 1992 restera une question ouverte pour des recherches socio-politiques ultérieures. Les enquêtes réalisées ont seulement révélé la difficulté pour les établissements de se mettre en conformité avec un texte réglementaire ambigu : sa lecture certaine n'ayant été opérée pendant quatorze années, ni par la justice qui n'en a pas été saisie au plus haut niveau pour le cas des élèves, ni par les autorités de tutelle qui ont longtemps validé localement des règle-

ments intérieurs non conformes à la doctrine ministérielle selon laquelle aucun tabagisme n'était admissible dans les cours de récréation.

Remerciements

Les auteurs remercient tous les membres des comités de pilotage des deux enquêtes et particulièrement : Monique Baudry (Mildt) Nadine Neulat et Christine Kerneur (Degesco) Nadège Larochette et Dominique Martin (DGS) ainsi que Tanguy Branellec et Georges Maignon (IOD) Stanislas Spilka (OFDT)

Références

- [1] Wiium N, Wold B. Family and school influences on adolescent smoking behaviour. *Health Education* 2006; 106(6):465-79.
- [2] Wold B, Currie C, Roberts C, Aaroe LE. National legislation on school smoking restrictions in eight European countries. *Health Promotion International* 2004; 19:482-8.
- [3] Hirsch A, Hill C, Frossart M, et al. Lutter contre le tabagisme. Paris, La Documentation française 1988. 279 p.
- [4] Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan (dir.). La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme : rapport d'évaluation. Paris, La Documentation française, 2000, 555 p.
- [5] Karsenty S, Díaz-Gómez C. Le tabagisme en milieu scolaire. Résultats de la première évaluation de la loi Évin dans les écoles, collèges et lycées (2002). Paris, OFDT, 2003, 161 p.
- [6] Karsenty S, Maignon G, Díaz-Gómez C, Branellec T. Règles et usages en matière de tabac : évolution 2002-2006 dans les lycées français. Paris, OFDT, 2007, 56 p. et annexes. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap07/epfxskn1.html>
- [7] Beck F, Legleye S, Spilka S. Les drogues à 17 ans : évolutions, contexte d'usage et prise de risque. *Tendances* 2006; 49, 4 p.
- [8] Wilquin JL. Tabagisme : le recul se confirme. In Guilbert P, Gautier A (dir.). *Baromètre santé 2005*; Premiers résultats. Saint-Denis, Inpes, 2006: 29-37.

L'application de la loi Evin sur le tabac dans les hôpitaux publics français en 2006*

Serge Karsenty (serge.karsenty@univ-nantes.fr)¹, Pascal Mélihan-Cheinin², Émeline Ducrot³

1 / Centre national de la recherche scientifique, Nantes, France 2 / Direction générale de la santé, Paris, France 3 / Resum, Lyon, France

Résumé / Abstract

Introduction – Le ministère de la santé a évalué l'application de la réglementation à l'égard du tabac dans les hôpitaux publics français au printemps 2006.

Méthode – Une enquête sur échantillon aléatoire stratifié a été menée en 2006. Les taux de tirage ont été raisonnés pour tenir compte des tailles d'établissements. Les personnels, les patients et les directeurs de 316 établissements ont répondu à un questionnaire auto-administré, établissant le taux de réponse à 70 %.

Résultats – En 2006, 67 % des directeurs et 47 % des personnels considéraient que le tabac était « un problème » dans leur établissement. La taille des hôpitaux, la taille des communes d'implantation, la spécialisation en psychiatrie augmentent généralement les difficultés. À la date de l'enquête, l'interdiction totale du tabac dans les hôpitaux était une perspective approuvée par 73 % des directeurs et 46 % des personnels.

Implementation of the « Evin Law » about tobacco smoking in French public hospitals in 2006

Introduction – In French public hospitals, the implementation of the tobacco smoking limiting rules was evaluated in Spring 2006 by the Ministry of Health.

Methods – A survey was carried out on a stratified random sample. Randomization ratio was reasoned to take into account the hospital size. Staff, patients and Chief hospital directors from 316 hospitals filled out a self-administered questionnaire, achieving a final average response rate of 70% among the target sample.

Results – In 2006, 67% of directors and 47% of the staff considered tobacco smoking in their hospital as « a problem ». Hospital size, urban size context, psychiatric activity generally increase the troubles. At the survey's time, the

Discussion – La situation française ne faisait pas exception en Europe en 2006.

Conclusion – Environ deux-tiers des établissements révèlent des difficultés d'application de la réglementation de 1992. L'interdiction totale du tabac dans les bâtiments hospitaliers décrétée à compter du 1^{er} février 2007 mettra probablement en évidence le rôle propre négatif de l'absence de dispositions particulières aux établissements de santé dans le décret de 1992.

Mots clés / Key words

Tabac, hôpital, lieu de travail, réglementation / Tobacco, smoking, hospital, worksite, regulation

Introduction

Pour des raisons pratiques et symboliques, les entreprises agissant dans le domaine de la santé et de la médecine sont depuis longtemps considérées comme des lieux où la lutte contre le tabagisme doit être exemplaire. Le document de référence pour la stratégie anti-tabac au niveau européen recommande depuis 2002 « l'interdiction du tabagisme dans tous lieux de prestation de soins de santé, leurs locaux et leur périmètre situé à l'extérieur » [1]. En France, l'article 4 du décret du 12 septembre 1977 découlant de la loi du 9 juillet 1976 dite « loi Veil » prohibait explicitement l'usage du tabac dans les établissements de santé pour tous les locaux destinés à accueillir, soigner ou héberger des malades. Mais son application et l'évaluation qui pouvait en être faite n'ont jamais été mises en œuvre au niveau national. Ce décret fut abrogé en 1992 et la spécificité des établissements de santé disparut des dispositifs réglementaires de lutte contre le tabac pendant quatorze ans, sauf à prendre en compte les circulaires de la Direction des hôpitaux et de la Direction générale de la santé (DGS).

A partir du décret du 15 novembre 2006 remplaçant les dispositions de celui du 29 mai 1992 pris en application de la loi du 10 janvier 1991, dite « loi Évin », l'interdiction de fumer dans les établissements de santé est totale depuis février 2007. La réglementation précédente, issue du décret de 1992, permettait que des emplacements dédiés soient autorisés aux fumeurs, patients, visiteurs ou personnels dans des conditions laissées à l'initiative locale.

Dans cette période précédant le décret, la DGS, – qui l'a financé, – et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ont souhaité établir pour la première fois un état des lieux de l'application de la réglementation du tabagisme au sein des hôpitaux français. L'enquête qui a été menée à cette fin a établi un état de la situation au sein des établissements publics et des centres de lutte contre le cancer au cours des mois de mars et avril 2006. Les résultats de cette étude descriptive, dont cet article présente quelques éléments significatifs, pourront éclairer dans l'avenir les efforts mis en œuvre par les établissements hospitaliers pour appliquer le décret novateur de 2006.

Objet et méthode

Il s'agissait de connaître le degré d'application des réglementations limitant l'usage du tabac dans les

project for a total ban on smoking in hospitals was approved by 73% of hospitals directors and 46% of the staff.

Discussion – In 2006, the French situation was not distinctive among other European countries.

Conclusions – Around two-thirds of the hospitals reveal the existence of troubles to implement the 1992 regulation. The complete smoking ban in hospitals premises was enacted from 1 February 2007, and this is likely to bring to light the negative effect of having withdrawn the former specific regulations on health facilities.

établissements hospitaliers français. Une estimation des comportements, connaissances et opinions des trois acteurs concernés, – patients, personnels et direction, – sur l'ensemble des problèmes posés par l'application ou l'inapplication des règles était également recherchée à une échelle statistiquement significative.

Une enquête par sondage a été réalisée à partir de l'annuaire Politi des établissements publics hospitaliers et Centres de lutte contre le cancer [2]. Cette base couvre l'ensemble des départements français incluant les quatre départements d'outre-mer. Un échantillon de 450 établissements a été constitué par tirage aléatoire au sein de deux strates différenciant les Hôpitaux locaux, qui représentent le tiers de la base, et les autres catégories d'établissements. Les taux de tirage ont été raisonnés : 25 % pour les HL et 40 % pour les autres catégories. Les établissements sélectionnés ont été sollicités pour participer à une enquête très complète impliquant la réponse en mode auto-administré, sauf exceptions, à trois types de questionnaires s'adressant respectivement à la direction, aux personnels (10 questionnaires distribués selon une règle aléatoire) et aux patients (15 questionnaires distribués un jour donné en procédure de sortie, sauf en HL : cinq questionnaires administrés en face-à-face par tirage aléatoire). Au sein de l'échantillon-cible, 316 établissements ont répondu positivement par une participation aux trois types de questionnaires, établissant le taux de réponse global à 70 % (CHU : 81 %, CHS : 58 %). Les dix questionnaires distribués auprès des personnels de chaque établissement ont été renvoyés dans des proportions variables mais satisfaisantes (7,6 en moyenne). Les questionnaires distribués aux patients sont revenus au nombre de

12,3 en moyenne lorsque l'objectif désigné était 15 (établissements non HL) et au nombre de 4,7 pour un objectif de cinq (hôpitaux locaux). Les questionnaires de 2 402 membres du personnel et de 3 465 patients ont été exploités. L'exploitation des données a privilégié le croisement des réponses avec la catégorie d'appartenance de l'hôpital selon une typologie en cinq catégories. Les résultats relatifs aux centres de lutte contre le cancer, peu nombreux et très spécifiques, n'ont pas été systématiquement analysés et reproduits.

Résultats

Les défaillances de signalisation de l'interdiction de fumer

En 2006, seules les directions des CHU déclaraient en majorité que « dans l'enceinte de l'établissement, tous les locaux clos et couverts (ou la plupart d'entre eux) posséd(ai)ent la mention « interdit de fumer » à l'exception des zones ou des locaux spécialement autorisés » (tableau 1). Les hôpitaux locaux et les CHS à dominante psychiatrique sont particulièrement défavorisés en termes de signalisation. Dans les CH, l'attention est concentrée sur les locaux sensibles. Quoique la définition de ce type de locaux n'ait pas été donnée dans l'enquête, il est sous-entendu et confirmé par les réponses à d'autres questions que sont visés les lieux d'attente, de circulation ou les locaux à usage professionnel ne recevant pas de patients.

Les défaillances de la signalisation peuvent être mises en relation avec l'imprécision générale des attributions du contrôle de la limitation du tabagisme dans l'organigramme des établissements. À la question « Les acteurs ayant la responsabilité locale du contrôle de la bonne application des règles

Tableau 1 État de la signalisation d'interdiction de fumer selon les directeurs par catégories d'hôpitaux, France, 2006 / Table 1 Frequency of no smoking signs according to different categories of hospitals directors, France, 2006

| Catégories d'hôpitaux | Centres hospitaliers universitaires (CHU) % N = 29 | Centres hospitaliers (CH) % N = 203 | Hôpitaux locaux (HL) % N = 44 | Centres hospitaliers spécialisés (CHS) % N = 32 |
|---------------------------------|--|---|-------------------------------------|---|
| Tous les locaux (ou la plupart) | 66 | 27 | 11 | 8 |
| Seulement les locaux sensibles | 24 | 59 | 47 | 58 |
| Pas systématique | 10 | 14 | 42 | 34 |

sont-ils désignés dans un document officiel ? », 78 % des directions répondent négativement. Lorsque la réponse est positive, la nature du texte précisant cette attribution de responsabilité est très variable (circulaire directoriale : 16 %, règlement intérieur : 11 %, délibération du CHSCT : 9 %) et le nombre de non-réponses très important.

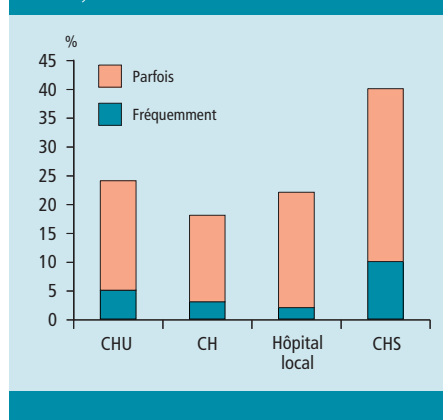
L'application des règles

L'appréciation par les directions d'hôpital de la bonne observance des réglementations révèle a nouveau les différences entre catégories d'établissements (tableau 2). D'une manière générale, les personnels sont considérés comme plus observants que les patients. Hormis la spécificité des CHS, la taille des établissements et la taille des communes au sein desquelles ils sont implantés peuvent jouer un rôle défavorisant malgré l'importance relative de leurs efforts.

S'agissant d'opinions, on pourrait penser que les exigences d'observance des directions sont variables, pouvant être plus réduites là où les réglementations sont difficiles à appliquer.

Néanmoins, les réponses à une question posée à l'ensemble des patients fumeurs (N = 1 235) montrent que les appréciations différenciées des directions correspondent aux différences des taux de transgressions déclarées par le fumeurs. À la question « Si vous êtes fumeur(euse), pendant votre séjour ou passage à l'hôpital, vous est-il arrivé de fumer à l'intérieur de l'établissement en dehors des lieux mis à la disposition des fumeurs ? », les patients fumeurs ont reproduit le même classement des établissements que celui établi par les directeurs (figure 1).

Figure 1 Fréquence des transgressions par les patients fumeurs, France, 2006 / Figure 1 Frequency of smoking patients infringing the rules, France, 2006



Le questionnaire auprès des directions demandait aux établissements s'ils appartenaient au Réseau Hôpital sans tabac (RHST). Il a donc été possible d'établir que 78 % des directions des 181 établissements de l'échantillon appartenant à ce réseau déclaraient être « tout-à-fait » ou « plutôt d'accord » sur le fait que la réglementation était « bien respectée par le personnel ». Une proportion strictement identique (78 %) des directions des 110 établissements non adhérents faisait les mêmes déclarations.

En 2006, l'application de la réglementation était ressentie comme difficile par la moitié de l'ensem-

Tableau 2 Respect des interdictions de fumer selon les directeurs par catégories d'hôpitaux, France, 2006 / Table 2 Compliance with the no smoking rules according to different categories of hospitals directors, France, 2006

| Catégories d'hôpitaux | Centres hospitaliers universitaires (CHU) % N = 29 | Centres hospitaliers (CH) % N = 204 | Hôpitaux locaux (HL) % N = 45 | Centres hospitaliers spécialisés (CHS) % N = 32 |
|--|--|---|-------------------------------------|---|
| Réglementation relative au tabac bien respectée par le personnel | 72 | 82 | 84 | 50 |
| Réglementation relative au tabac bien respectée par les patients | 62 | 74 | 78 | 28 |

ble des directeurs d'établissement. Mais les différences entre catégories d'établissements étaient également très marquées : dans 55 % des CHU, 43 % des CH, 29 % de HL et 84 % des CHS, les directions déclaraient que l'application était « plutôt difficile » ou « très difficile ».

Exposition au tabagisme passif

Les réponses des personnels à la question « Sur votre lieu de travail, êtes-vous gêné(e) par la fumée d'autres membres du personnel ? » ne permettent pas d'induire un nombre d'établissements totalement sans tabac. Mais 76 à 82 % des personnels ne déclarent pas la question « sans objet » dans leur environnement, qu'ils soient ou non exposés directement à la fumée de tabac ou qu'ils trouvent cela gênant ou non (cf. tableau 3). Parmi les personnels « pas du tout » gênés par la fumée se retrouve l'essentiel des effectifs de fumeurs.

Les Centres de lutte contre le cancer dont les résultats ne sont pas rapportés dans le tableau connaissent vraisemblablement une situation plus favorisée (39 % des personnels y déclarent que personne ne fume).

En 2006, 67 % des directeurs des hôpitaux de cet échantillon considéraient que le tabac était « un problème dans (leur) établissement ». Seulement 47 % des personnels partageaient cette opinion.

Quoi qu'il en soit, cette opinion est de fréquence croissante avec la taille de l'établissement mesurée en nombre de lits. Malgré une opinion extrêmement favorable à la réglementation en vigueur en 2006 (95 % d'opinions favorables chez les person-

nels comme chez les patients), 44 % des personnels et 33 % des patients ne trouvent pas cette réglementation efficace pour diminuer le tabagisme.

Opinions sur l'interdiction totale de fumer

Sollicités de donner leur opinion sur la formule suivante : « Je pense que la réglementation doit évoluer vers une interdiction totale de fumer à l'hôpital (aucun espace autorisé) », les trois catégories de répondants ont donné des réponses sensiblement différentes. Une majorité des personnels, excédant de beaucoup la proportion de fumeurs en leur sein, se déclare « pas du tout » ou « plutôt pas d'accord » avec la perspective d'un hôpital sans tabac (figure 2).

Figure 2 Opinions sur la perspective d'un hôpital sans tabac, France, 2006 / Figure 2 Opinions about the prospect of a smoke-free hospital, France, 2006

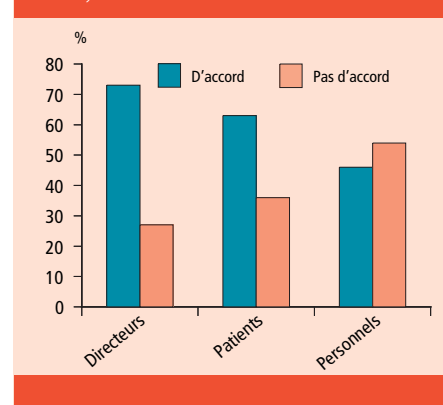


Tableau 3 Gêne ressentie par les personnels en raison de la fumée des personnels par catégories d'hôpitaux, France, 2006 / Table 3 Staff discomfort due to other staff members smoke in different categories of hospitals, France, 2006

| Catégories d'hôpitaux | Centres hospitaliers universitaires (CHU) % N = 211 | Centres hospitaliers (CH) % N = 1 548 | Hôpitaux locaux (HL) % N = 353 | Centres hospitaliers spécialisés (CHS) % N = 232 |
|----------------------------------|---|---|--------------------------------------|--|
| Les personnels sont gênés | | | | |
| Beaucoup | 11 | 9 | 5 | 9 |
| Un peu | 30 | 22 | 20 | 25 |
| Pas du tout | 41 | 45 | 53 | 47 |
| Sans objet (personne ne fume) | 18 | 24 | 22 | 19 |

Au sein des personnels, les médecins et sage-femmes sont les seules catégories professionnelles nettement favorables à une interdiction totale de fumer (63 % d'accord).

Parmi les patients, seuls ceux des CHS sont minoritaires en faveur de cette perspective (35 %).

Discussion

Peu de pays ont mis en place une évaluation systématique des efforts faits pour parvenir à un hôpital sans tabac. Aux États-Unis, l'évaluation demandée par la commission d'accréditation des organismes de santé pour connaître l'observance de l'interdiction totale de fumer à l'intérieur des bâtiments de santé à compter de Janvier 1994 a débouché sur une vaste étude qui a conclu à une satisfaction générale des critères, – souvent dépassés vers une plus grande rigueur [3]. Il s'agit d'un cas unique. En 2004, un document du *National Health Service* britannique remarque qu'en 1992, il avait été demandé à toutes les composantes du NHS de devenir des entreprises sans tabac, mais qu'à ce jour, des recherches internes récentes montraient qu'en Angleterre 99 % des hôpitaux du NHS étaient dotés d'une politique anti-tabac mais que seuls 10 % d'entre eux étaient effectivement « sans tabac » [4].

L'enquête présentée ici s'inscrit harmonieusement dans le contexte européen de la dernière décennie où l'évaluation a été moins développée que les incitations à l'action [5]. Ses fragilités méthodologiques repérées permettront d'avancer vers un modèle où la rigueur de l'évaluation irait de pair avec les progrès acquis dans les établissements à la suite du décret de 2006.

Conclusion

À la date de l'enquête, environ un quart de l'ensemble des établissements de l'échantillon semble mener une politique réussie d'exclusion totale du tabagisme. Après 14 années de mise en œuvre de la loi Evin, les deux-tiers des établissements témoignent de difficultés notables à mettre en place les dispositifs réglementaires ou à les faire respecter. Ces difficultés sont liées à la taille des établissements et à la dimension urbaine de leur implantation, à l'exception des CHS qui font état de difficultés qui seraient liées aux caractéristiques de leur activité.

Une nouvelle évaluation permettrait de repérer le rôle propre des instruments juridiques mis en œuvre au cours de cette période. On peut émettre l'hypothèse que l'absence de dispositions particulières

aux établissements de santé dans le décret de 1992 a été néfaste aux politiques anti-tabac au sein des hôpitaux publics.

Remerciements

Les auteurs remercient particulièrement Madame Nadège Larochette (DGS) qui a conçu et piloté l'enquête jusqu'à l'obtention des résultats.

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. La Stratégie européenne pour la lutte antitabac, Copenhague, OMS, 2002, 40 p.
- [2] PG Promotion. Service Politi. Annuaire Politi 2005 : Établissements hospitaliers publics de France. Issy-les-Moulineaux, PG Promotion, 2005.
- [3] Longo DR, Feldman MM, Kruse RL, Brownson RC, Petroski GF, Hewett JE. Implementing smoking bans in American hospitals: results of a national survey. *Tob Control* 1998; 7:47-55.
- [4] NHS, Pharmacy HealthLink, Health Development Agency. The case for a completely smokefree NHS in England. London, HDA, 2004, 9p.
- [5] Roussille B. L'interdiction de fumer dans les lieux accueillant du public en France. Rapport n° 2005 193 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Paris, La Documentation française, 2005, 151 p.

* Cet article s'appuie sur les résultats du rapport d'enquête non publié de l'Institut Resum.

Enquête sur le mode de consommation de la chicha (narguilé) en 2007 en France

Bertrand Dautzenberg (bertrand.dautzenberg@psl.aphp.fr)^{1,3,4}, Jean François Bertholon², Marie-Hélène Becquemin¹, Yolande Lettiero³, Candice Penfornis⁴

1 / Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, APHP, Paris, France 2 / Hôpital Saint-Antoine, APHP, Paris 12, Paris, France 3 / Office français de prévention du tabagisme, Paris, France 4 / Alliance contre le tabac en Ile-de-France, Paris, France

Résumé / Abstract

La chicha ou narguilé est devenu un mode de consommation du tabac banalisé chez les jeunes français.

Méthodes – Une enquête est conduite via internet auprès de jeunes consommateurs pour mieux appréhender les consommations dans le cadre d'une étude plus large sur la chicha.

Résultats – 326 réponses ont été analysées provenant de 73,9 % d'hommes, âgés de 21,2 ± 5,5 ans, usagers depuis 2,6 ans. La consommation est surtout occasionnelle (60 % entre 1 fois/mois et 1 fois/semaine), le soir (87,2 %) et le week end (84,4 %). La durée médiane des séances est de 40-49 minutes. La chicha est fumée dans un café-chicha (26 %), chez des amis (26 %) ou au domicile (48 %). Le tabac est acheté une fois sur deux chez le buraliste. Seul 39 % des consommateurs pensent que la chicha est vraiment toxique. L'embout n'est pas changé et est partagé avec les autres (80 % des cas).

Discussion – Alors que les bars à chicha se développent, la toxicité du produit est méconnue.

Seul 1/10 des consommateurs envisage l'arrêt, alors que 77 % des consommateurs de cigarettes l'envisagent. Une « dénormalisation » est urgente avant l'interdiction programmée de fumer dans les bars.

Waterpipe tobacco smoking (narghile) survey in France, 2007

Narghile, also known as shisha or waterpipe, has become a favourite tobacco consumption among French youths.

Method – A survey was conducted via the internet in young consumers to assess consumption as part of a larger survey on waterpipe smoking.

Results – 326 answers have been analyzed coming from 73.9% men, less than 30 years old (91%), smokers for 2.6 years. Consumption is mainly occasional (60% between once a month and once a week), in the evening (87.2%) and during the week end (84.4%). The median duration of a course is 40-49 minutes. Waterpipe is smoked in a narghile-bar (26%), at friends' homes (26%) or at home (48%). The tobacco is bought in a tobacco shop in half of the cases only. Only 39% of the consumers declare that the water pipe is really toxic. The mouth piece is shared with other consumers without being changed in 80% of cases.

Discussion – Whereas narghile-bars are spreading, the toxicity of the product is neglected. Only 1/10th of the consumers consider stopping, whereas 77% of cigarette smokers do. It is urgent to "destandardize" water pipe smoking before the total tobacco ban planned in France.

Mots clés / Key words

Tabac, narguilé, chicha, tabagisme passif, enquête / Tobacco, narghile, shisha, passive smoking, survey

Introduction

Depuis 30 ans, la norme sociale liée à la cigarette, omniprésente dans notre société, a été combattue par les responsables de santé publique de façon organisée. La cigarette est devenue pour les pays développés un produit réputé dangereux pour la santé, polluant et de plus en plus dévalorisé auprès des jeunes. Pour contrer cette dénormalisation du tabac, les compagnies essaient de faire la promotion des modes alternatifs de consommation.

Parmi les nouveaux modes de consommation, la chicha (*shisha*, *narguilé* ou *narghilé* ou *nargileh*, *pipe à eau*, *hookah*) fleurit en France et dans le monde [1,2].

En France des milliers de bars à chicha ont ouvert [1], le plus souvent en transformant des salons de thé orientaux.

La fumée de chicha ne contient pas plus de substances toxiques que la fumée de tabac, mais occupe des volumes beaucoup plus importants [3,4]. Selon la norme ISO 3308, chaque bouffée de cigarette contient 35 ml de fumée, ce qui revient à un peu moins de trois quarts de litre de fumée inhalée avec une cigarette. Trois quarts de litre, c'est environ le même volume de fumée qui est pris à chaque bouffée de chicha [1]. Si 30 à 50 bouffées sont prises par chicha, cela signifie que le consommateur prend autant de fumée qu'avec 40 cigarettes. Les mesures de monoxyde de carbone (CO) effectuées montrent parallèlement que l'augmentation du CO expiré à la fin d'une chicha est bien équivalente à celle observée lors de la consommation de 30 à 40 cigarettes [1]. Deux cas d'intoxication au CO, nécessitant la mise en caisson hyperbare, ont été rapportés récemment [5]. Les mesures effectuées dans des bars à chicha montrent des concentrations de CO de 25 à 75 ppm (soit 4 à 8 fois les niveaux d'alerte à la pollution de l'air des villes) [1]. Les concentrations de PM 2,5 (Matière Particulaire > 2,5 µm de diamètre aérodynamique moyen) atteignent 1 400 µg/m³, quand la recommandation de l'OMS pour l'air des villes est de ne pas dépasser 25 µg/m³ [1].

Malgré sa douceur apparente, la chicha est donc une source de pollution considérable, pour le fumeur, pour ceux qui côtoient les fumeurs et pour les personnels des bars à chicha. En termes de santé publique, la mise en place du parfaitement justifié décret du 15 novembre 2006 interdisant de fumer dans les locaux clos et couverts s'applique aux bars à chicha [6]. La loi n'interdit cependant pas

de fumer la chicha sur les terrasses ouvertes ou en plein air, reproduisant ainsi la consommation traditionnelle du moyen orient.

L'OMS [7] s'est saisie de ce problème qui touche tous les pays et précise que :

« - *L'usage du narghilé constitue un risque sanitaire sérieux aussi bien pour le fumeur actif que pour les autres personnes exposées à la fumée ;*
- *le tabac adouci et aromatisé utilisé dans un narghilé peut constituer une porte d'entrée dans le tabagisme pour un certain nombre de personnes, particulièrement des jeunes, qui sans cela n'auraient jamais commencé à fumer.* »

Les connaissances sur cette nouvelle consommation sont très insuffisantes et un programme d'études sur la chicha a été lancé par l'OFT et Actif en 2007, afin d'en préciser la toxicité et de mieux connaître ses utilisateurs.

Une enquête conduite au 1^{er} trimestre 2007 chez les élèves des collèges et lycées par Paris sans tabac et l'Académie de Paris sur un échantillon représentatif de 2 % de la population confirme que la chicha est maintenant très populaire chez les plus jeunes : la moitié des élèves de 16 ans ont déjà fumé la chicha, alors qu'ils ne sont « que » 30 % à avoir déjà fumé du cannabis, 20 % des lycéens de 18 ans fument la chicha au moins une fois par mois [1]. Une autre enquête a été conduite fin 2006-début 2007 auprès d'étudiants, par l'association Actif dans le cadre d'un appel d'offre de la Mildt. Parmi les 2 762 étudiants répondant des universités de Paris, Lille et Caen, on trouve 5,8 % de fumeurs de chicha, dans une population où 43,2 % des étudiants se déclarent fumeurs, parmi lesquels 26,6 % fumeurs quotidiens [1].

Certaines études sur la fumée de chicha à laquelle sont exposés les fumeurs actifs et passifs sont en cours de publication [1].

C'est une autre étude de ce programme qui est présentée ici. Elle consiste en un auto-questionnaire prévu pour être posé à 300 consommateurs afin de mieux connaître les habitudes d'utilisation de la chicha et les consommations de tabac associées en France en 2007.

Matériel et méthodes

Organisation générale

Une enquête par questionnaire auto-administré a été conduite via Internet (festif.org). Un appel à

participer avait été émis par voie d'annonce publique sur le site internet chicha francophone le plus visité. Il était attendu 300 réponses évaluable.

Le questionnaire

Le questionnaire renseigne sur l'âge, le sexe, l'âge d'initiation et de début d'une consommation régulière, la fréquence d'utilisation, les heures de prises, la consommation en soirée, le week-end, la durée de la prise, seul ou en groupe, le partage de la chicha, des tuyaux et des embouts, le lieu de consommation (cafés-chicha, domicile ou chez des amis), le mode d'achat du tabac, le type de charbon utilisé, l'opinion sur la toxicité du narghilé et le désir d'arrêt.

La consommation de cigarettes et la chronologie des pratiques sont aussi précisées.

Les données ont été exportées sur Excell et analysées selon les tests statistiques classiques.

Résultats

Les répondants

Au total, 328 questionnaires ont été analysés. Dans 73,9 % des cas, ils ont été complétés par des hommes. La moyenne d'âge des répondants est de 21,2 ± 5,5 ans (de 12 à 52 ans), et 91 % des sujets ont moins de 30 ans.

La consommation

Les répondants fument la chicha en moyenne depuis 2,6 ans et il a fallu 1,3 an pour qu'ils passent de l'expérimentation à un usage régulier (au moins une fois par mois).

La chicha est consommée dans 60 % des cas entre une fois par semaine et une fois par mois. La consommation est quotidienne chez 6 % des consommateurs. Les fumeurs quotidiens sont tous des hommes (figure 1).

La chicha est fumée dans 87,2 % des cas en fin d'après-midi ou le soir. Elle est fumée dans 84,4 % des cas plutôt le week-end qu'en semaine. Elle est plus souvent fumée avec des amis que seul (11,6 %). La médiane de la durée d'utilisation d'une chicha est compris dans l'intervalle de 40-49 minutes (figure 2).

La chicha est fumée dans 84,4 % des cas plutôt en groupe.

Les répondants disent, dans 74 % des cas, fumer la chicha dans la sphère privée (chez eux ou chez des amis, lieux n'entrant pas dans le champs du décret

Figure 1 Fréquence d'utilisation du narghilé chez les 328 répondants, France, 2007 | Figure 1 Frequency of use of narghile in 328 respondents, France, 2007

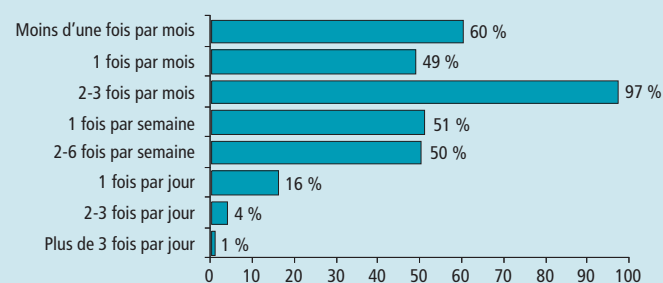


Figure 2 Durée des séances de narghilé chez les 323 répondants, France, 2007 | Figure 2 Length of narghile smoking sessions in 323 respondents, France, 2007

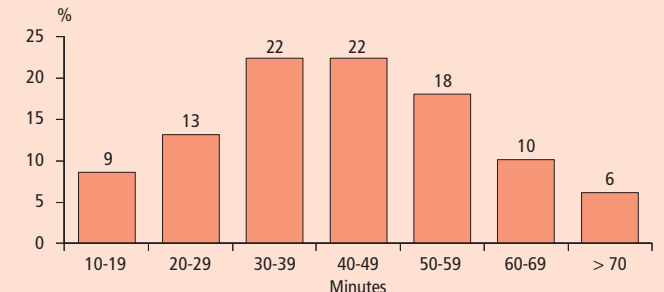
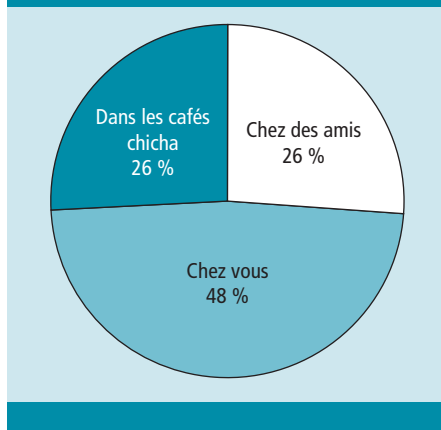


Figure 3 Lieux où sont fumées les chichas, France, 2007 / Figure 3 Locations where waterpipe is smoked, France, 2007



du 16 novembre 2006) et n'exposant ainsi pas la santé de salariés (figure 3).

Achat du tabac à chicha

Alors que le tabac à chicha entre dans le cadre général de la vente du tabac et est soumis aux mêmes obligations légales, en particulier le monopole de distribution, seuls 50 % des consommateurs disent acheter le tabac à chicha chez le buraliste, les autres lieux d'achat étant variés, et souvent illégaux (figure 4).

Pour assurer la combustion du tabac de la chicha, les charbons auto-allumants sont deux fois plus utilisés que les charbons naturels, ils permettent un allumage plus rapide et s'éteignent peu durant la prise.

Toxicité perçue et hygiène

Les répondants (qui ont été recrutés via des sites d'information sur le narghilé) déclarent dans 22 % des cas que la chicha n'est pas toxique, dans 39 % des cas qu'elle est plutôt toxique et 39 % des cas qu'elle est toxique.

Le plus souvent, les consommateurs ne prennent pas de mesures d'hygiène particulières : 97,3 % utilisent la même chicha, 93,9 % le même tuyau et 81,1 % le même embout, que leurs amis.

Désir d'arrêt

Seuls 10 % des consommateurs déclarent qu'ils envisagent d'arrêter de consommer la chicha. Les filles ont tendance à envisager plus souvent d'arrêter (17 % contre 7 % chez des garçons). Les fumeurs réguliers non quotidiens envisagent très

peu d'arrêter (5 %). Les fumeurs occasionnels envisagent plus souvent l'arrêt (24 %) (figure 5).

La majorité (65 %) des consommateurs de chicha ne consomme pas régulièrement de cigarettes. Ceux qui fument des chichas et des cigarettes ont débuté dans 18 % des cas par la chicha.

Discussion

Cette enquête s'intègre dans un plan d'étude plus large, visant à mieux connaître la consommation de chicha et ses effets toxiques, afin d'être en mesure d'apporter aux consommateurs et à la population les informations nécessaires pour faire face à l'expansion de la consommation est importante chez les plus jeunes [1] et où les nouvelles dispositions législatives [7] vont conduire à interdire de fumer dans tous les lieux clos et couverts, y compris les bars à chicha.

L'âge moyen des répondants (21,2 ans) est voisin de celui constaté chez des consommateurs de chicha dans une étude paneuropéenne Help de mesure du CO [1] (22,1 ans). Cette étude montrait que les consommateurs de chicha étaient en moyenne plus jeunes que les consommateurs de tabac à rouler, de cigarettes industrielles ou de cannabis [1]¹. C'est à l'adolescence que se fait l'initiation, le délai de passage de l'initiation à l'utilisation régulière étant dans cette enquête de 1,3 an, donc bref.

Les bars à chicha, visés par le décret sur l'interdiction de fumer au premier janvier 2008, ne représentent que 26 % des lieux où est fumée la chicha. L'application du décret dans ces établissements ne touchera donc pas 3/4 des consommateurs. Une concertation avec les responsables de bars à chicha est urgente afin que la mise en conformité de ces lieux avec le décret du 15 novembre 2006 se passe dans des conditions paisibles.

La moitié du tabac à chicha n'est pas achetée chez les buralistes (alors que c'est la loi). Ceci mène en particulier à la distribution de paquets sans avertissement sanitaire ou avec avertissements fantaisistes [1].

Très peu de consommateurs envisagent d'arrêter de la chicha alors que pour les consommateurs de cigarettes ils sont majoritaires car l'information sur la toxicité a été largement diffusée dans la société.

Alors que la contamination des tuyaux de chicha est avérée [8] et que des cas de transmissions de tuberculose ont été décrits [8], plus de 80 % des consommateurs de chicha ne prennent aucune mesure de précaution.

Conclusions

La consommation de chicha devient un mode de consommation du tabac banalisé chez les jeunes français.

La consommation n'est pas toujours associée à la consommation de cigarettes, elle la précède souvent, constituant un mode d'entrée dans le tabagisme.

Les fumeurs de chicha méconnaissent les dangers de la chicha, ne prennent pas de mesures d'hygiène et ne sont pas prêts à quitter la chicha, alors qu'en janvier 2008, les bars à chicha, constituant des lieux clos et couverts ne pourront plus être enfumés. Une campagne d'information destinée aux jeunes sur les dangers de la chicha est urgente.

Remerciements

Direction générale de la santé.

Références

- [1] Dautzenberg B et Nau JY. Tout ce que vous ne savez pas sur le chicha. Margaux Orange. Ed 2007 Paris, 144 p.
- [2] Maziak W, Ward K D, Eissenberg T. Factors related to frequency of narghile (water pipe) use: the first insights on tobacco dependence in narghile users. Drug and Alcohol Dependence 2004; 76:101-6.
- [3] Al Mutairi SS, Shihab-Eldeen AA, Mojiminiyi OA, Anwar AA. Comparative analysis of the effects of hubble-bubble (Sheesha) and cigarette smoking on respiratory and metabolic parameters in hubble-bubble and cigarette smokers. Respirology. 2006;11: 449-55.
- [4] Shihadeh A, Antonios C, Azar S.A portable, low-resistance puff topography instrument for pulsating, high-flow smoking devices. Behav Res Methods. 2005; 37:186-91.
- [5] Shihadeh A. Investigation of mainstream smoke aerosol of the argileh water pipe. Food Chem Toxicol 2003; 41:143-52.
- [6] Levant A, Cabot C, Genestal M, Georges M, Letourmy F. Deux cas d'intoxications aiguës au CO par narguilé. XXI^e journées de tabacologie 19 septembre 2006, Paris.
- [7] Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Journal officiel de la république française n° 265 du 16 novembre 2006, page 17 249, texte n° 17. <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0609703D>
- [8] OMS. Advisory: Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators. 2005. OMS. http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/en/
- [9] Guilbert P, Gautier A, Beck F, Peretti-Watel P, Wilquin JL, Léon C, Legleye S, Arwidson P. Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée : Baromètre santé, France, 2005, Bull Epidemiol Hebd, n° 21-22, numéro spécial journée mondiale sans tabac, 31 mai 2005, p. 97-8.

¹ En absence d'information spécifique sur le Baromètre santé de l'Impes (9) sur la chicha, il n'est pas possible de faire des comparaisons de la population étudiée avec ces données nationales. Il serait souhaitable que le recueil d'information sur la chicha y soit intégré à l'avenir.

Figure 4 Lieu d'achat du tabac à chicha, France, 2007 / Figure 4 Places where narghile tobacco is purchased, France, 2007

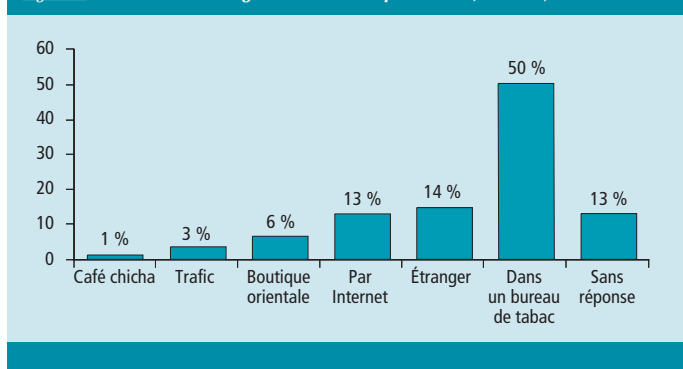
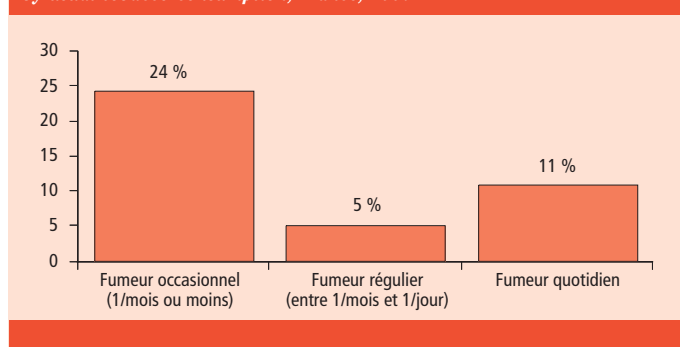


Figure 5 Envisagent d'arrêter de la chicha selon la consommation habituelle de tabac, France, 2007 / Figure 5 Intention of stopping waterpipe smoking by usual tobacco consumption, France, 2007



Enquête sur l'évolution du tabagisme sur le lieu de travail avec l'interdiction de fumer au premier février 2007, France, janvier-mars 2007

Bertrand Dautzenberg (bertrand.dautzenberg@psl.aphp.fr)^{1,2}, Maria Delchanidis², Jacques Allcoufe³, Joseph Osman², Jean-Dominique Dewitte⁴, François Letourmy⁵

1 / Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, APHP, Paris, France 2 / Office français de prévention du tabagisme, Paris, France 3 / ACMS, Paris, France 4 / CHU Morvan, Brest, France 5 / Office français de prévention du tabagisme, Toulouse, France

Résumé / Abstract

Introduction – Afin d'étudier l'impact de l'interdiction totale de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif survenue en février 2007, une enquête mensuelle est conduite auprès des salariés vus par des médecins du travail.

Méthodes – 144 médecins du travail volontaires remplissent mensuellement un questionnaire très simple chez les 20 premiers salariés vus en visite systématique.

Résultats – Le pourcentage de salariés rapportant travailler dans des lieux non-fumeurs, sans fumeur, est passé de 42 % en janvier 2007, à 71 % en février et 80 % en mars. En mars, ce pourcentage atteint 91 % dans les lieux d'enseignement et 84 % dans les lieux de santé. En mars, seul 6 % des salariés rapportent avoir une salle fumeur, contre 21 % en janvier 2007.

Le souhait d'un lieu de travail non fumeur augmente dans tous les secteurs où l'interdiction est effective.

Discussion – L'interdiction de fumer a profondément changé le statut tabagique des lieux de travail. Plus de 80 % des salariés interrogés sont totalement protégés avec des entreprises totalement sans tabac, seul 13 % travaillent dans des entreprises n'ayant pas encore parfaitement appliqué le décret.

Tobacco smoke at workplace and the 2007 French smoking ban, January-March 2007 survey.

Introduction – In order to assess the impact of the 2007 total smoking ban in public places, a monthly survey is led on employees consulting occupational physicians.

Methods – A very simple questionnaire is filled each month by 144 voluntary occupational physicians regarding the first 20 employees they see on systematic consultation.

Results – The percentage of employees working in smoke-free workplaces, without smokingroom, increased from 42% in January 2007, to 71% in February and 80% in March. This percentage reaches 91% in educational facilities, 84% in healthcare facilities. In March, only 6% of employees report having a smoking room at work, vs. 21% in January 2007. The rate of those wishing a smoke-free workplace increases in all the sectors where complete ban is effective.

Discussion – Complete ban dramatically changed the smoking status of workplaces. More than 80% of the employees responded to be protected with a smokefree workplace and only 13% work in companies that have not implemented the decree yet.

Mots clés / Key words

Tabac, lieu de travail non fumeur, législation, enquête / Tobacco, smokefree workplace, legislation, survey

Introduction

L'exposition à la fumée du tabac, en particulier au travail, est responsable d'une augmentation de la mortalité, mais aussi de symptômes plus banaux [1,2]. Il est montré aux États-Unis [3,4], en Irlande [5], en Ecosse [6] et en Italie [7] que la santé et le confort des salariés étaient améliorés par l'interdiction totale de fumer. Après le décret du 15 novembre 2006 [8] le Ministre de la santé a demandé à ce que soit mis en place des indicateurs permettant de mesurer les effets sanitaires de cette interdiction totale de fumer.

Les indicateurs mensuels du tabagisme passif (ImETS) ont été construits pour répondre à cette demande et suivre les bénéfices de l'interdiction complète de fumer, appliquée depuis le 1^{er} février 2007 (puis au 1^{er} janvier 2008 pour l'industrie des cafés, bars, restaurants et discothèques, dit secteur CHRD). Parmi les 12 indicateurs retenus sont inclus l'évaluation du statut tabagique du lieu de travail par les salariés et les problèmes de santé des salariés.

Le pourcentage de salariés déclarant que leur lieu de travail est indemne de tout tabagisme (même

modéré) est inclus dans le paramètre « E = exposition » des indicateurs ImETS.

Le pourcentage d'employés indemnes des 10 symptômes sélectionnés car pouvant au moins partiellement être attribuables à la fumée du tabac et le nombre de salariés ayant consulté un médecin durant le mois précédant sont deux des indicateurs retenus pour mesurer les effets sur la santé (paramètre « S = Santé » des indicateurs ETS).

Nous rapportons ici les principales données de l'enquête mensuelle conduite avec les services de santé au travail (SST-ImETS) en janvier, février et mars 2007 ; c'est-à-dire, un mois avant l'interdiction totale de fumer sur les lieux de travail et les lieux publics en France et les deux mois suivants. Cette première phase de l'étude se poursuivra jusqu'à juillet 2007 (après l'été l'échantillon prendra mieux en compte le secteur CHRD afin de suivre les effets de la deuxième phase de l'interdiction de fumer).

Matériel et méthodes

Organisation générale

Il était prévu de recruter 100 médecins du travail volontaires pour remplir ou faire remplir chaque

mois un questionnaire sur le tabagisme passif sur le lieu de travail au 20 premiers salariés venant consulter le service de santé au travail pour une visite régulière programmée. Trois médecins ont coordonné le recrutement en Ile-de-France, dans la région de Brest et dans la région de Toulouse.

Le questionnaire

Le questionnaire est rempli par l'infirmière ou le médecin du service de santé au travail qui interroge de façon standardisée sur l'âge, le sexe, la catégorie de métier (C = Café-Hôtel-Restaurant-Discothèque, E = enseignement, S = secteur santé, B = bureau, A = autres), et sur 10 symptômes ressentis au cours du mois précédant coté de 3 à 0 (3 = oui, très fréquent, 2 = oui, assez fréquent, 1 = très peu fréquent, 0 = absent).

Les symptômes relevés sont essoufflement, toux, respiration sifflante, expectoration (crachats), yeux rouges ou irrités, mal de gorge, irritation nasale (nez), écoulement nasal, éternuements et céphalée au coucher (maux tête). Une des questions porte sur la consultation d'un médecin le mois dernier. Une autre concerne le statut tabagique du lieu de travail du salarié : « Votre lieu habituel de travail

est-il dans la réalité : un lieu de travail totalement non fumeur ? Non fumeur, sauf dans un fumoir ? Partiellement fumeur : on y fume à certains endroits ? Un lieu où l'on fume partout ? ».

Une question concerne le statut tabagique du salarié : « Êtes vous non fumeur, ex fumeur ou fumeur ? ».

Une dernière question porte sur l'opinion sur l'interdiction de fumer dans l'établissement qui (est) serait : « Une très bonne chose, une assez bonne chose, une assez mauvaise chose ou une très mauvaise chose ? ».

Transmission et traitement des informations

Le questionnaire totalement anonyme est reporté par l'infirmière ou le médecin du service de santé au travail directement sur une feuille de synthèse lors de la visite. Cette feuille se présente sous forme d'un tableau Excel et est transmis mensuellement par voie électronique ou fax à l'Office Français de prévention du Tabagisme (OFT). Les données sont inclus dans une base de données Excell et traitées avec des paramètres de contrôle et formats de sortie automatique standard. Les comparaisons de pourcentage ont été faites entre le mois de janvier (avant la mesure) et le mois de mars (après la mesure). Le mois de février n'a pas été utilisé pour les comparaisons statistiques car les données recueillies en février sur la situation de santé des 30 derniers jours recoupaient la date d'interdiction de fumer du premier février.

Les résultats portant sur le 1^{er} trimestre 2007 sont rapportés.

Résultats

Les médecins participants

Les médecins volontaires pour participer ont été plus nombreux que prévu. Au total 144 médecins principalement de services inter-entreprises de santé au travail ont été volontaires pour participer chaque mois. Les médecins des services de santé au travail participants surveillent essentiellement des salariés d'entreprises privées (94 %), peu de services publics (6 %). Les médecins participants proviennent de trois régions : d'Ile-de-France (83 %), de Bretagne (13 %) et de Midi-Pyrénées (4 %).

Les salariés étudiés

Au total 7 777 salariés ont répondu aux questionnaires en trois mois. Le nombre de répondants et les caractéristiques des salariés sont portés sur le tableau 1. Les salariés interrogés sont dans 40 % des cas employés dans des bureaux, dans 6 % des cas des personnels de santé, dans 1 % des cas des personnels d'enseignement, dans 6 % des cas des personnels de CHR et dans 47 % des cas d'autres secteurs professionnels.

Tableau 1 Caractéristiques des salariés étudiés, France, janvier-mars 2007 / Table 1 Characteristics of the employees surveyed, France, January-March 2007

| | Janvier 2007 | Février 2007 | Mars 2007 |
|------------------------|--------------|--------------|-------------|
| Cn | 2 746 | 2 629 | 2 402 |
| Âge (m+et) | 38,7 ± 10,4 | 38,3 ± 10,4 | 39,0 ± 10,8 |
| Hommes | 43,3 % | 42,3 % | 40,8 % |
| Travaille dans bureaux | 39,6 % | 41,7 % | 40,7 % |
| Fumeur | 35,4 % | 35,2 % | 34,8 % |
| Ex fumeur | 18,4 % | 16,5 % | 18,6 % |
| Non fumeur | 46,2 % | 48,3 % | 46,6 % |

Le taux initial de fumeurs est de 35,4 %, il est de 38,1 % chez les hommes et de 31,4 % chez les femmes.

Globalement le tabagisme est plus élevé chez les moins de 40 ans (39,1 %) que chez les plus de 40 ans (30,3 %). Le tabagisme est moins élevé chez les personnels de santé (27,7 %), chez les employés de bureau (29,2 %) que chez les personnels de l'enseignement (33,6 %), les personnels des CHR (43,5 %) ou les autres salariés (40,6 %). Le taux de tabagisme est plus fort quand le lieu de travail est un lieu où l'on fume partout (44,8 %) que chez les personnels travaillant dans des lieux totalement non fumeurs (32,9 %).

Le taux de tabagisme qui était à 35,4 % en janvier est passé à 35,2 % en février et 34,8 % en mars. La baisse de moins de 1 % du taux de tabagisme entre janvier et mars n'est pas significative.

Tabagisme des lieux de travail et évolution au cours du 1^{er} trimestre 2007

Dès janvier, avant l'application du décret, 42 % des salariés décrivait des lieux de travail totalement sans tabac, mais 37 % disaient que l'on fumait dans leur entreprise en dehors de fumoirs (figure 1). Le pourcentage d'entreprises non-fumeurs a fortement progressé et en mars 80 % des entreprises respectent parfaitement la loi selon les dires des salariés (p<0,001). En mars 6,4 % des entreprises avaient, selon les salariés, installé des fumoirs. Dans 13,5 % des cas, il reste en mars des problèmes de mise en place de l'interdiction totale de fumer.

Les employés du secteur CHR restent minoritaires à travailler dans des établissements sans fumées, mais il faut noter une progression du nombre d'employés travaillant dans des lieux non-fumeurs dans la restauration (25,3 % en janvier à 56,2 % en mars) (figure 2). On ne connaît pas la part relative dans le secteur CHR des établissements des galeries marchandes, des gares et aéroports qui eux sont passés non-fumeur au premier février 2007. En mars 2007, plus de 84 % des bureaux, lieux d'enseignements et de santé étaient non-fumeurs et la progression reste forte entre février et mars.

Opinion des salariés

Les salariés pensent majoritairement que c'est une très bonne chose d'avoir un lieu de travail sans tabac. Cet avis est partagé de façon assez équitable quelque soit le lieu de travail.

Le taux d'opinions favorables à ce que son lieu de travail soit totalement sans tabac augmente régulièrement passant de 69,6 % en janvier 2007 à 73,5 % en février et 77,1 % en mars (p<0,05).

Cette augmentation d'opinions favorables est observée dans tous les secteurs d'activité où l'application de l'interdiction de fumer est appliquée, mais reste peu modifiée pour les personnels du secteur CHR non encore concernés par le décret (figure 3).

L'avis que l'interdiction totale est une bonne chose progresse de 82,3 % à 87,2 % (p<0,01) chez les non-fumeurs et de 50,6 % à 61,4 % (p<0,01) chez les fumeurs, soit une progression double.

Le taux d'opinion favorable à un établissement totalement sans tabac est initialement le plus élevé

Figure 1 Évolution du statut tabagique des lieux de travail au cours du premier trimestre 2007, France
Figure 1 Trends in the nicotinic statute of workplaces during the first quarter of 2007, France

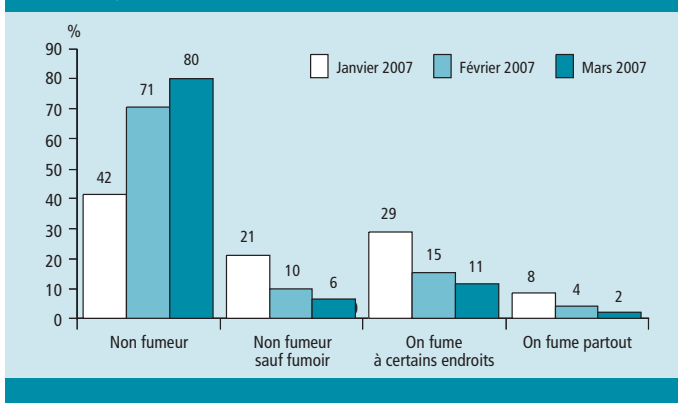


Figure 2 Lieux de travail totalement non-fumeurs, sans fumoir, selon le secteur de travail au cours du premier trimestre 2007, France
Figure 2 Totally smoke free workplaces without smoking-rooms, according to the sector activity during the first quarter 2007, France

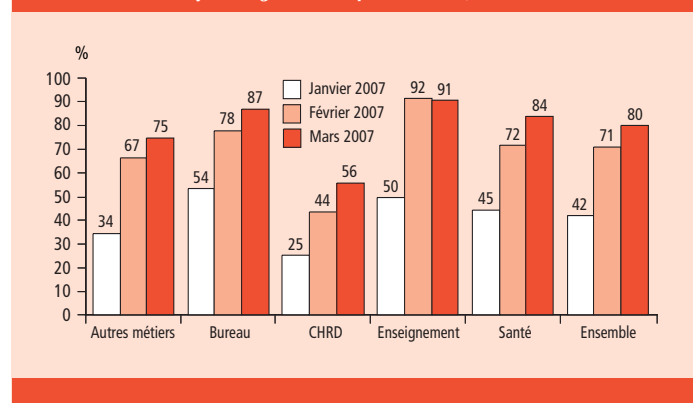


Figure 3 Fréquence des réponses des salariés exprimant qu'un lieu de travail totalement sans tabac est une bonne chose, selon le secteur d'activité, France, 2007 / *Figure 3* Rate of answers from employees who consider that a smoke free workplace is good, by branch of activity, 2007

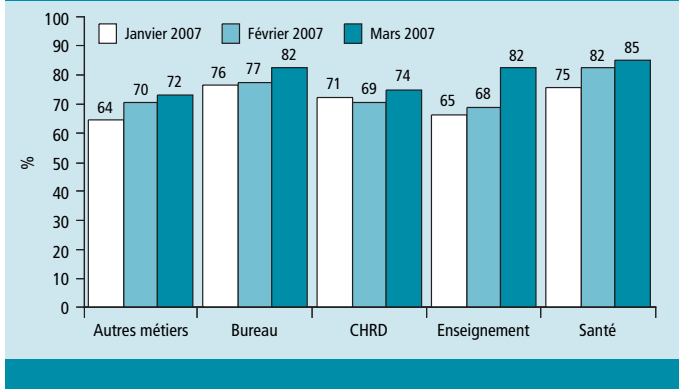
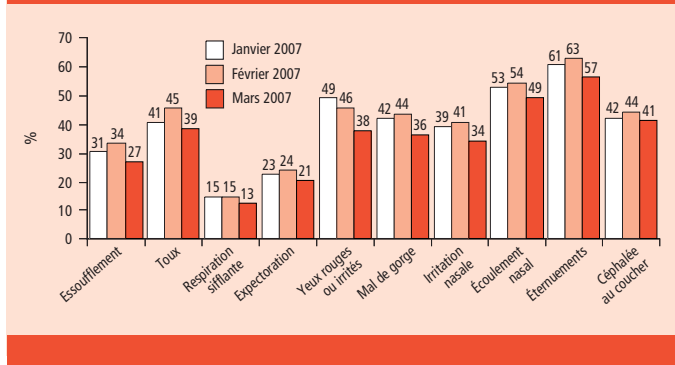


Figure 4 Fréquence des symptômes des 30 derniers jours relevés en médecine du travail en janvier février et mars 2007 (non fumeurs uniquement), France / *Figure 4* Rates of symptoms reported in the last 30 days by occupational physicians on January, February and March, 2007 (no smokers only)



(82,1 %) chez les salariés qui travaillent dans des locaux totalement non-fumeurs sans fumeurs. A l'inverse, les salariés des entreprises où persiste un tabagisme avaient initialement moins souvent une opinion favorable (61,5 %) mais ont plus tendance à progresser vers une opinion favorable à des locaux sans tabac (68,6 %) (NS).

Symptômes initiaux et évolution

Les 10 symptômes relevés peuvent avoir de nombreuses causes mais sont favorisés par la fumée du tabac.

Ainsi le pourcentage de salariés sans symptômes au cours des 30 derniers jours est de 21,6 % quand le lieu de travail est totalement non fumeur et baisse à 15,5 % dans les entreprises où l'on fume partout ($p < 0,01$). Cette augmentation significative de la prévalence des symptômes relevés au moins une fois les 30 derniers jours chez l'ensemble des salariés travaillant dans les locaux où l'on fume partout est significative pour l'expectoration (46,5 % versus 29,3 % dans les lieux de travail où l'on ne fume nul part, $p < 0,001$), la toux (70,9 % contre 51,2 %, $p < 0,001$), l'expectoration (46,5 % versus 29,3 %, $p < 0,001$), la respiration sifflante (37,2 % versus 21,2 %, $p < 0,001$), l'essoufflement (58,0 % versus 41,4 %, $p < 0,001$). La différence n'atteint pas la significativité pour les yeux rouges et irrités, le mal de gorge, l'irritation nasale, l'écoulement nasal, l'éternuement et les céphalées au coucher. L'évolution du taux des symptômes relevés au cours de l'enquête chez les non fumeurs montre une amélioration significative entre janvier (avant l'interdiction) et mars (plus de 30 jours après l'interdiction) ($P < 0,05$) pour six des 10 symptômes étudiés. L'amélioration la plus importante porte sur le nombre de salariés non fumeurs ayant présenté dans le mois des yeux rouges une irritation des yeux (figure 4). Sur l'ensemble des salariés, en janvier, 19,4 % n'avaient aucun des 10 symptômes étudiés. Le taux

est monté à 22,0 % en février et 21,2 % en mars 2007 (NS).

Discussion

Cette enquête ne repose pas sur un échantillon représentatif de la population française. En effet, les données ne sont issues que de trois régions et la fonction publique est quasi absente (6 %) car le recrutement s'est fait presque exclusivement via des services interentreprises. Le refus de salariés de participer n'a pas été systématiquement relevé, mais le taux de refus était selon les dires des médecins absent ou extrêmement faible.

Elle étudie cependant par enquêtes transversales mensuelles, réalisées dans des conditions identiques par les mêmes 144 médecins chaque mois, de larges échantillons de salariés vus pour une visite programmée, généralement annuellement, par les services de santé au travail. Les études donnent ainsi une photographie mensuelle de la situation du tabagisme et de ses effets dans les entreprises dont les salariés sont surveillés par les médecins participants.

La méthodologie adoptée permet cependant une analyse rapide, l'évolution étant connue dans les 15 jours après la fin de chaque mois, permettant ainsi d'alimenter les indices mensuels du tabagisme passif (ImETS) et de permettre, si cela est nécessaire d'orienter les actions publiques de santé pour conduire le passage à l'interdiction complète de fumer [9].

Comme cela était attendu, les données sur l'exposition à la fumée du tabac réagissent de façon extrêmement rapide aux décisions prises, alors que les effets sur la santé demandent un peu plus de temps pour être mesurés sur le plan national et ce d'autant que les données relevées portent sur les 30 jours précédents, ce qui pour un salarié interrogé début février par exemple recoupe une large période d'avant l'application de la loi. En tout état de

cause, une variation de fréquence des symptômes devrait être interprétée en fonction de tous les autres facteurs qui favorisent la survenue de ces symptômes, en particulier météorologique et polliniques.

Le changement du statut tabagique des entreprises et lieux de travail a été rapide et très profond en quelques semaines. Par ailleurs, tous les lieux de travail ne sont pas encore non fumeurs comme le prévoit la loi et les lieux de travail les plus exposés est justement celui du secteur CHRD qui doit passer totalement non fumeur au premier janvier 2008.

Remerciements

Direction générale de la santé et ensemble des médecins et des services de santé au travail assurant le recueil des données ainsi qu'à leurs infirmières et secrétaires.

Références

- [1] Jamrozik K. Chapter 1. An estimate of deaths attributable to passive smoking in Europe. In Lifting the smokescreen. European Respiratory Society. Consulté le 18 décembre (en ligne) <http://www.ersnet.org> Recherche : Reports, Passive smoking.
- [2] Janson C, Chinn S, Jarvis D, Zock JP, Toren K, Burney P. Effect of passive smoking on respiratory symptoms, bronchial responsiveness, lung function, and total serum IgE in the European Community Respiratory Health Survey: a cross-sectional study. *Lancet* 2002; 26; 359:60.
- [3] Eisner MD, et al. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *JAMA* 1998; 280:1909-14.
- [4] Sargent RP, et al. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ* 2004; 328:977-80.
- [5] Allwright S, et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *BMJ* 2005; 331:1117-20.
- [6] Menzies D, 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; 296:1742-48.
- [7] Barone-Adesi F, et al. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 2006; 27:2468-72.
- [8] Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. *Journal officiel de la République française* n° 265 du 16 novembre 2006 page 17 249, texte n° 17. <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0609703D>
- [9] Dautzenberg B. Travailler sans tabac : le guide. 2007 Margaux Orange Ed.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec indication de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directeur de la publication : Pr Gilles Brückner, directeur général de l'InVS
Rédactrice en chef : Florence Rossollin, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Comité de rédaction : Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Dr Claude Attali, médecin généraliste ; Dr Juliette Bloch, InVS ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Yuriko Iwatsubo, InVS ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Dr Loïc Josseran, InVS ; Eric Jouglu, Inserm CépiDc ; Dr Bruno Morel, InVS ; Josiane Pillonel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.
 N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 -ISSN 0245-7466

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH rédaction
 12, rue du Val d'Osne
 94415 Saint-Maurice Cedex
 Tél : 01 55 12 53 25/26
 Fax : 01 55 12 53 35 - Mail : redactionbeh@invs.sante.fr
 Tarifs 2007 : France et international 52 € TTC
 Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr