COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

Bruxelles, le 30.1.2007
COM(2007) 27 final

LIVRE VERT

Vers une Europe sans fumée de tabac: les options stratégiques au niveau de l'Union européenne

(présenté par la Commission)

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION 4

II. JUSTIFICATION DE L'ACTION 5

1. Considérations sanitaires 5

1.1. Incidences de l'exposition à la FTA sur la santé 5

1.2. Niveaux d'exposition 6

1.3. Effets d'une initiative en faveur du développement des espaces non-fumeurs 7

2. Considérations économiques 7

2.1. Incidences économiques 7

2.2. Effets d'une initiative en faveur du développement des espaces non-fumeurs 8

2.3. Conséquences involontaires possibles 8

3. Considérations sociales 9

3.1. Adhésion du public aux lois antitabac 9

3.2. Incidences sur la consommation de tabac 9

3.3. Incidences sur l'équité sociale 10

4. Impulsion donnée en vue d'une action 10

III. ENVIRONNEMENT RÉGLEMENTAIRE ACTUEL 11

1. Dispositions nationales 11

2. Dispositions communautaires existantes 12

IV. PORTÉE D'UNE INITIATIVE EN FAVEUR DU DÉVELOPPEMENT DES ESPACES NON-FUMEURS 13

1. Interdiction générale 13

2. Interdiction assortie de dérogations 15

2.1. Octroi d'une dérogation aux établissements Horeca autorisés à servir des boissons alcoolisées 16

2.2. Octroi d'une dérogation aux cafés et aux bars qui ne servent pas de nourriture 16

2.3. Fumoirs fermés à ventilation séparée 16

V. OPTIONS STRATÉGIQUES 18

1. Maintien du statu quo 18

2. Mesures volontaires 19

3. Méthode ouverte de coordination 20

4. Recommandation de la Commission ou du Conseil 21
5. Législation contraignante 21
VI. OBSERVATIONS FINALES 22

VII. ANNEXES 24

I. INTRODUCTION

L'exposition à la fumée de tabac ambiante (FTA) – que l'on appelle également "exposition à la fumée des autres" et "tabagisme passif" – reste une source considérable de surmorbidité et de surmortalité dans l'Union européenne, et impose des coûts importants à la société dans son ensemble.

La réalisation d'un effort coordonné en vue de l'avènement d'une "Europe sans fumée" fait partie des priorités des politiques de la Commission en matière de santé publique, d'environnement, d'emploi et de recherche. Dans son plan d'action 2004-2010 en faveur de l'environnement et de la santé, la Commission a assuré qu'elle "[engagerait] des travaux sur l'amélioration de la qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments", en particulier en "[encourageant] les mesures visant à restreindre le tabagisme au travail en recourant aux instruments juridiques en vigueur et aux initiatives en faveur de la santé existant au niveau de l'UE et des États membres".

D'importantes mesures ont déjà été prises en faveur du développement des espaces non-fumeurs dans l'Union européenne. Au début des années 90, plusieurs directives de l'UE relatives à la santé et à la sécurité au travail ont établi des restrictions concernant le tabagisme au travail. Elles ont été complétées par la résolution du Conseil de 1989[1] et la recommandation de 2002 relative à la prévention du tabagisme[2], demandant aux États membres d'assurer une protection contre l'exposition à la fumée de tabac ambiante dans les locaux de travail, les lieux publics fermés et les transports en commun. Outre ces mesures législatives, deux campagnes antitabac – "*Feel free to say no*" ("Osez dire non", 2001-2004) et "HELP: Pour une vie sans tabac" (2005-2008) – ont été menées dans les médias afin de souligner les dangers du tabagisme passif et de promouvoir un mode de vie sans tabac, notamment parmi les jeunes.

Les législations nationales sont très variables au sein de l'Union européenne. La Commission se félicite de l'excellent exemple donné par l'Irlande, l'Italie, Malte, la Suède et certaines parties du Royaume-Uni, et encourage tous les États membres à réaliser des progrès rapides en introduisant des mesures efficaces pour protéger leurs citoyens contre les effets nocifs du tabagisme passif.

Au niveau international, la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, signée par 168 parties et ratifiée par 141[3], dont la Communauté, "[reconnaît] qu'il est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée du tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort". Cette convention oblige la Communauté et ses États membres à prendre des mesures contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics et les lieux publics intérieurs.

Le présent livre vert vise à lancer un vaste processus de consultation et un débat public ouvert, associant les institutions de l'UE, les États membres et la société civile, sur la meilleure manière de poursuivre la lutte contre le tabagisme passif dans l'Union européenne.

La Commission analysera minutieusement les observations qu'elle recevra en réponse au présent livre vert et prendra, sur cette base, une décision concernant les

mesures possibles pour l'avenir. Un rapport résumant les résultats de la consultation devrait être publié au cours du premier semestre 2007. Parallèlement, les travaux plus larges sur la qualité de l'air intérieur se poursuivront, dans le prolongement du plan d'action en faveur de l'environnement et de la santé.

II. JUSTIFICATION DE L'ACTION

1. CONSIDERATIONS SANITAIRES

1.1. Incidences de l'exposition à la FTA sur la santé

La FTA contient plus de 4 000 substances chimiques, dont plus de 50 substances cancérogènes connues et de nombreux agents toxiques. Aucun niveau d'exposition dénué de danger n'a été établi, et la recherche future ne devrait pas permettre de définir un tel niveau.

La FTA a été classée dans la catégorie des **substances connues pour être cancérogènes chez l'homme** par l'agence américaine de protection de l'environnement (U.S. Environmental Protection Agency) en 1993, par le ministère américain de la santé et des services sociaux (U.S. Department of Health and Human Services) en 2000 et par le Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS en 2002. En outre, elle a été répertoriée en tant qu'**agent cancérogène du lieu de travail** par les gouvernements finlandais (en 2000) et allemand (en 2001). Récemment, l'agence californienne de protection de l'environnement (California Environment Protection Agency) l'a désignée comme étant un "**polluant toxique de l'air**".

Plusieurs études récentes ont confirmé les risques importants pour la santé et la vie associés au tabagisme passif[4]. Il a été établi que l'exposition chronique à la fumée des autres pouvait provoquer bon nombre des maladies également causées par le tabagisme actif, dont le cancer du poumon, des maladies cardiovasculaires et des maladies d'enfance.

Une étude réalisée par le Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS a montré que le risque de développer un cancer du poumon était de 20 à 30 % supérieur chez les non-fumeurs vivant avec un fumeur, et de 12 à 19 % plus élevé chez les personnes exposées à la fumée des autres sur leur lieu de travail[5]. Les liens entre l'exposition à la FTA et d'autres types de cancer sont moins évidents.

Le risque de cardiopathie coronarienne est de **25 à 30 %** plus important chez les non-fumeurs qui vivent avec un fumeur[6] (une étude récente indique même que ce chiffre pourrait être plus élevé[7]). Par ailleurs, des données de plus en plus nombreuses semblent indiquer l'existence d'un lien de cause à effet entre le tabagisme passif et les accidents vasculaires cérébraux chez les non-fumeurs, bien qu'il soit nécessaire de poursuivre la recherche dans ce domaine pour estimer le risque[8].

Le tabagisme passif est associé aux **maladies respiratoires**[9] et constitue une source majeure d'exacerbation chez les personnes souffrant d'asthme, d'allergies et de bronchopneumopathie chronique obstructive, débouchant sur l'exclusion sociale et professionnelle. Une enquête paneuropéenne réalisée récemment auprès de personnes

présentant des symptômes d'asthme grave a révélé que l'un des principaux souhaits des répondants pour l'avenir était de pouvoir respirer un air sain[10].

La fumée des autres est particulièrement dangereuse pour **les jeunes enfants et les nourrissons**; elle est associée à la mort subite du nourrisson, à la pneumonie, à la bronchite, à l'asthme et aux symptômes respiratoires ainsi qu'à la maladie de l'oreille moyenne. Chez les **femmes enceintes**, l'exposition à la FTA peut être à l'origine d'un faible poids à la naissance, d'une mort fœtale ou d'un accouchement prématuré[11].

Les travaux de recherche les plus récents indiquent que l'exposition à la FTA double presque le risque de développer une dégénérescence maculaire liée à l'âge – la principale cause de perte de la vue dans l'Union européenne[12].

La plupart des incidences néfastes de la FTA sur la santé se caractérisent par une relation dose-effet linéaire – en d'autres termes, le risque augmente proportionnellement à l'exposition. Par rapport au tabagisme actif, le niveau de risque individuel est moins élevé (1,2 contre 20 pour le cancer du poumon, par exemple). Néanmoins, étant donné que de très nombreuses personnes sont exposées, la charge de morbidité est considérable.

De plus, pour ce qui est des cardiopathies, **la relation dose-effet n'est pas linéaire**. Le risque de maladie du cœur lié au tabagisme passif atteint presque 50 % du risque encouru par un fumeur consommant 20 cigarettes par jour. Même de très faibles quantités de fumée de tabac peuvent avoir des effets immédiats sur la coagulation et la formation de thrombus et des effets à long terme sur le développement d'artériosclérose – qui sont tous des facteurs importants pour les cardiopathies[13]. Cela a des incidences considérables: les maladies cardiaques constituent la cause la plus fréquente de décès dans l'Union européenne, tant parmi les fumeurs que parmi les non-fumeurs.

Selon les estimations – prudentes – les plus récentes du partenariat formé par la société européenne de pneumologie (European Respiratory Society), la fondation britannique de recherche contre le cancer (Cancer Research UK) et l'Institut national du cancer en France, le tabagisme passif tue **plus de 79 000 adultes** chaque année dans les 25 pays de l'Union européenne. Des données indiquent que le tabagisme passif **au travail** a causé plus de **7 000 décès** dans l'UE en 2002, tandis que l'exposition **dans les foyers** a fait **72 000 morts** supplémentaires. Ces estimations incluent les décès dus aux cardiopathies, aux accidents vasculaires cérébraux, aux cancers du poumon et à certaines maladies respiratoires causés par le tabagisme passif. Toutefois, elles ne comprennent pas les décès d'adultes résultant d'autres maladies liées à l'exposition à la FTA (telles que les pneumonies), les décès d'enfants ni l'importante morbidité, aiguë et chronique, due au tabagisme passif[14].

1.2. Niveaux d'exposition

Les principaux lieux d'exposition chronique et intensive à la FTA sont le **domicile** et le **lieu de travail**[15]. Selon le rapport de 1998 du Système d'information sur l'exposition professionnelle aux agents cancérogènes (**CAREX**), la FTA représentait la deuxième forme la plus courante d'exposition à des agents cancérogènes dans l'UE-15 (après les rayonnements solaires). Durant la période 1990-1993, quelque 7,5 millions de travailleurs européens étaient exposés à la fumée de tabac des autres pendant au moins **75 % de leur temps de travail**[16].

Une étude menée en 2001-2002 dans une série de lieux publics dans sept villes européennes a permis de constater que de la fumée de tabac était présente dans la plupart des endroits examinés, y compris les centres de loisirs, les établissements Horeca (hôtels, restaurants et cafés), les transports, les hôpitaux et les établissements d'enseignement. Les concentrations de FTA les plus élevées ont été mesurées dans les bars et les discothèques, passer quatre heures dans une discothèque équivalant à vivre avec un fumeur pendant un mois[17]. La découverte de niveaux d'exposition extrêmement élevés dans le secteur Horeca a été confirmée par d'autres études, qui ont montré que l'exposition moyenne des serveurs de bar était au moins trois fois supérieure à celle résultant de la vie avec un fumeur[18].

Récemment, des réglementations antitabac ont conduit à l'élimination presque totale de l'exposition sur le lieu de travail dans certains États membres et dans certains types d'endroits. Par contre, dans les pays qui n'appliquent pas de restrictions générales, l'exposition reste élevée, notamment dans le secteur Horeca et celui des loisirs[19].

Afin d'estimer l'exposition à la FTA dans l'ensemble de l'Union européenne, le groupe d'experts de l'UE sur la biosurveillance chez l'homme[20] a recommandé d'inclure la cotinine (un biomarqueur important de l'exposition à la FTA) dans la liste de candidats pour le futur projet pilote communautaire concernant la biosurveillance chez l'homme. Les États membres ont appuyé cette recommandation à plusieurs reprises.

1.3. Effets d'une initiative en faveur du développement des espaces non-fumeurs

Non seulement une telle initiative protégerait les citoyens contre les effets nocifs de l'exposition à la FTA, mais elle contribuerait aussi à réduire la consommation de tabac au sein de la population dans son ensemble. Sur le plan de la santé, la baisse du tabagisme passif et actif conduirait notamment à une **diminution des maladies et de la mortalité** résultant de certaines grandes maladies – notamment les cancers du poumon, les cardiopathies coronariennes, les maladies respiratoires et les accidents vasculaires cérébraux – et à une augmentation de l'espérance de vie. Même si les effets bénéfiques sur la santé pourraient prendre jusqu'à 30 ans pour être complètement visibles, on peut déjà s'attendre à observer des améliorations majeures après un à cinq ans, en particulier pour ce qui est de la santé respiratoire et cardiovasculaire.

Dans le cadre du projet CHOICE dirigé par l'OMS, l'interdiction de fumer dans les lieux publics a été désignée comme étant **la deuxième forme d'intervention la plus efficace** pour réduire la mortalité et la morbidité liées au tabagisme, après les augmentations de taxes (voir annexe I).

2. CONSIDERATIONS ECONOMIQUES

2.1. Incidences économiques

Des données provenant de certains États membres (Royaume-Uni, Irlande) et de pays tiers indiquent que l'exposition à la FTA génère d'énormes coûts privés et sociaux, même si la charge globale qu'elle représente pour l'UE-27 doit encore être estimée.

La charge pour **l'économie dans son ensemble** comprend les coûts directs découlant des dépenses de soins de santé accrues pour les maladies liées au tabac et les coûts indirects résultant de la productivité moindre ainsi que des impôts sur le revenu et des cotisations de sécurité sociale non perçus auprès des fumeurs et des victimes du tabagisme passif qui, sans le tabac, occuperaient un emploi salarié[21].

La charge économique est particulièrement importante pour les **employeurs**; elle est liée à la productivité inférieure des travailleurs qui font des pauses "cigarette", aux absences plus nombreuses pour cause de maladie, aux dégâts d'incendie provoqués par des cigarettes ou autres et aux coûts supplémentaires de nettoyage et de redécoration engendrés par le tabagisme[22]. Au Canada, par rapport à un salarié non-fumeur équivalent, le coût annuel par salarié fumeur a été estimé à 2 565 dollars canadiens en 1995. De même, on a calculé que les pertes supportées par les employeurs écossais en raison de la productivité moindre, des taux d'absentéisme plus élevés et des dégâts d'incendie accidentels dus au tabagisme se situaient entre 0,51 et 0,77 % du produit intérieur brut (PIB) de l'Ecosse en 1997. En Irlande, on a estimé que ces pertes se situaient entre 1,1 et 1,7 % du PIB en 2000[23].

2.2. Effets d'une initiative en faveur du développement des espaces non-fumeurs

À long terme, l'amélioration potentielle de la santé résultant de l'application d'une telle politique pourrait avoir des **effets économiques majeurs**. Dans les analyses d'impact réglementaire qu'il a réalisées, le gouvernement britannique a estimé que les bénéfices nets à long terme d'une interdiction générale se situeraient entre 1 714 et 2 116 milliards de livres par an[24]. En Ecosse, au pays de Galles et en Irlande du Nord, on a calculé que les bénéfices nets des interdictions de fumer s'élèveraient respectivement à 4,387 et 2,096 milliards de livres sur une période de 30 ans et à 1,101 milliards de livres sur une période de 20 ans[25].

2.3. Conséquences involontaires possibles

Étant donné que les politiques d'interdiction inciteront certains fumeurs à arrêter ou à réduire leur consommation, **l'industrie du tabac** pourrait être confrontée à des **pertes de bénéfices** et, par conséquent, le nombre d'emplois pourrait diminuer dans ce secteur. Toutefois, les emplois liés à l'industrie du tabac représentent un pourcentage relativement faible de l'emploi total dans l'Union européenne. En 2000, ces emplois (culture du tabac, transformation et fabrication) représentaient 0,13 % de l'emploi total dans l'UE-15[26]. De plus, l'argent que les citoyens consacrent actuellement au tabac sera probablement dépensé pour d'autres biens et services, ce qui créera des emplois dans d'autres secteurs de l'économie.

La baisse des niveaux de tabagisme actif provoquera également une **diminution des recettes des États membres provenant des taxes** (droits d'accises et TVA) sur les cigarettes. Toutefois, il est à noter que, dans la plupart des pays de l'Union, même si la taxation des cigarettes génère des revenus importants, ceux-ci ne constituent pas une part significative du budget général de l'État (de 1 à 5 %). Les exceptions sont la République tchèque, la Pologne et la Grèce, où elles représentaient respectivement 6, 7 et 9 % des recettes fiscales de l'État en 1999[27]. Par ailleurs, si des interdictions de fumer étaient introduites, nonobstant la réduction du coût sociétal dû au tabagisme, l'augmentation du revenu disponible des ménages de fumeurs et les nouveaux investissements et dépenses réalisés par ces ménages généreraient des recettes

supplémentaires sous la forme de TVA qui compenseraient alors partiellement la perte de revenus de l'Etat.

On peut s'attendre à des baisses de production parmi les fumeurs qui sont actuellement autorisés à fumer au travail et qui continueront à fumer en faisant des pauses à l'extérieur des bâtiments.

3. CONSIDERATIONS SOCIALES

3.1. Adhésion du public aux lois antitabac

Près de 70 % des citoyens de l'Union européenne ne fument pas[28], et des études montrent que la majorité des fumeurs souhaitent arrêter[29].

Selon l'**enquête Eurobaromètre** récente sur "L'attitude des Européens à l'égard du tabac"[30], trois quarts des Européens sont conscients que la fumée de tabac présente un risque pour la santé des non-fumeurs et 95 % d'entre eux savent que fumer en présence d'une femme enceinte peut se révéler très dangereux pour le bébé.

Les résultats de l'enquête montrent que **les politiques en faveur du développement des espaces non-fumeurs recueillent l'adhésion des citoyens de l'Union européenne** (voir annexe III). Plus de quatre répondants sur cinq sont favorables à l'interdiction de fumer dans les lieux de travail (86 %) et les lieux publics couverts (84 %). La majorité des Européens sont également en faveur de cette interdiction dans les bars (61 %) et les restaurants (77 %). Ce sont les quatre États membres qui appliquent déjà cette mesure dans les établissements Horeca qui enregistrent le taux d'adhésion le plus élevé à l'idée de cafés (plus de 80 %) et de restaurants (plus de 90 %) non-fumeurs. Cela indique une nouvelle fois que le soutien aux politiques antitabac tend à croître durant la phase préparatoire à leur introduction et continue encore à augmenter après leur application[31].

3.2. Incidences sur la consommation de tabac

Fait important, les politiques en faveur du développement des espaces non-fumeurs ont pour avantage indirect de sensibiliser les citoyens aux dangers du tabagisme actif et passif et de contribuer ainsi à **"débanaliser" le tabagisme** au sein de la société. On peut s'attendre à ce que cette évolution de la façon de voir les choses conduise à une modification des comportements tabagiques, et en particulier:

– facilite, pour les fumeurs, la décision d'arrêter ou de réduire leur consommation, et les soutienne dans leur processus d'abandon[32];

– dissuade les enfants et les jeunes de commencer à fumer[33]. Les interdictions de fumer dans les lieux de divertissement – où les jeunes essaient souvent la cigarette – devraient avoir les effets les plus notables;

– dissuade les fumeurs de fumer en présence de non-fumeurs, en particulier d'enfants et de femmes enceintes, même quand aucune restriction réglementaire ne s'applique (par exemple dans les foyers et les voitures privées)[34]. Cela revêt une grande importance étant donné que les principaux dommages concernent

les enfants exposés à la fumée des autres dans leur domicile –problème que la réglementation ne peut résoudre.

3.3. Incidences sur l'équité sociale

Les politiques d'interdiction pourraient aussi contribuer à réduire les inégalités socio-économiques dans le domaine de la santé. Étant donné que la probabilité d'être un fumeur et d'être exposé à la fumée des autres est nettement plus élevée pour les personnes à faible niveau d'instruction, faible revenu et faible statut professionnel, on peut s'attendre à ce que ce soient les groupes les plus défavorisés de la société qui bénéficient le plus d'une action en faveur d'espaces non-fumeurs.

4. IMPULSION DONNEE EN VUE D'UNE ACTION

En tant que partie à la **convention-cadre** de l'OMS **pour la lutte antitabac**, la Communauté a l'obligation juridique de prendre des mesures pour développer les espaces non-fumeurs. En vertu de l'article 8 de la convention-cadre, chaque partie s'est engagée à "[adopter] et [appliquer] […] des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres mesures efficaces prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics". Lors de leur première conférence, qui s'est tenue en février 2006, les parties à la convention-cadre sont convenues d'élaborer des directives sur les espaces non-fumeurs et de les présenter lors de leur deuxième conférence, prévue pour le premier semestre 2007.

Dans sa recommandation de 2002 relative à la prévention du tabagisme et à des initiatives visant à renforcer la lutte antitabac, le **Conseil de l'Union européenne** a invité la Commission à "examiner dans quelle mesure les dispositions énoncées dans la présente recommandation portent leurs fruits et à étudier la nécessité de nouvelles actions, en particulier si des disparités au niveau du marché intérieur sont relevées dans les domaines visés par la présente recommandation". En outre, lors de la réunion du **comité de réglementation "tabac"**[35], qui s'est tenue en septembre 2005, les États membres sont convenus qu'une initiative de la Commission, sous la forme d'un livre vert ou d'une communication, contribuerait à la diffusion des bonnes pratiques et appuierait les efforts consentis à l'échelon national en vue du développement des espaces non-fumeurs.

Dans sa résolution de février 2005 sur le plan d'action de la Commission en faveur de l'environnement et de la santé, le **Parlement européen** s'est félicité "de la volonté de la Commission de continuer à agir pour éradiquer le tabagisme des lieux clos" et l'a encouragée "à classer au plus vite la fumée de tabac dans l'environnement comme agent cancérigène de classe 1"[36].

La valeur ajoutée de l'action communautaire a également été reconnue dans le rapport "***Tobacco or Health in the European Union***" ("Le tabac ou la santé dans l'Union européenne") élaboré pour la Commission par un consortium d'experts de la lutte antitabac[37]. Deux projets paneuropéens sur la pollution de l'air intérieur, financés au titre du programme communautaire de santé publique, ont aussi souligné l'opportunité d'une intervention au niveau européen. Dans le **rapport INDEX** publié par le Centre commun de recherche de l'UE, une liste de cinq substances chimiques prioritaires (toutes présentes dans la fumée de tabac) devant faire l'objet de

réglementations à l'intérieur des bâtiments a été établie et il a été recommandé d'interdire de fumer dans tous les lieux publics intérieurs ainsi que dans les lieux de travail[38]. La même recommandation a été formulée dans le **rapport THADE**[39], selon lequel c'est la FTA qui contribue le plus à la concentration de particules dans les bâtiments dans lesquels du tabac est fumé.

III. ENVIRONNEMENT RÉGLEMENTAIRE ACTUEL

1. DISPOSITIONS NATIONALES

On observe dans l'ensemble de l'Union une tendance claire au développement des espaces non-fumeurs, motivée – entre autres – par les prescriptions juridiques existant aux niveaux communautaire et international. Tous les États membres disposent actuellement d'une forme quelconque de réglementation visant à limiter l'exposition à la FTA et ses effets nocifs sur la santé. La portée et la nature de ces réglementations sont très variables.

Des interdictions générales de fumer **dans tous les lieux publics fermés et tous les lieux de travail**, y compris les bars et les restaurants, ont déjà été introduites en Irlande (mars 2004) et en Écosse (mars 2006). En Irlande du Nord, en Angleterre et au pays de Galles, une interdiction générale devrait entrer en vigueur d'ici l'été 2007.

L'**interdiction assortie de dérogations,** introduite en Italie (en janvier 2005), à Malte (en avril 2005) et en Suède (en juin 2005), autorise les employeurs à créer des fumoirs isolés munis de systèmes de ventilation distincts. Des mesures similaires devraient entrer en vigueur en février 2007 en France (avec une période de transition jusqu'en janvier 2008 pour le secteur Horeca) et en juin 2007 en Finlande. La Lituanie devrait devenir "pays non-fumeur" (à l'exception des "clubs de cigares et de pipes" spécialement équipés) en janvier 2007.

Un certain nombre d'autres États membres ont interdit de fumer dans tous les lieux publics fermés et tous les lieux de travail, **à l'exception des établissements Horeca**, dans lequel des restrictions partielles s'appliquent. Ces pays comprennent notamment la Belgique, Chypre, l'Estonie, la Finlande, les Pays-Bas, la Slovénie et l'Espagne.

La plupart des États membres disposent de réglementations qui interdisent de fumer ou imposent des restrictions en la matière dans les **principaux lieux publics**, tels que les établissements de soins de santé et d'enseignement, les bâtiments de l'État, les théâtres, les cinémas et les transports en commun. Les restrictions relatives au tabagisme sur le lieu de travail sont moins courantes. La force des mesures varie: celles-ci vont de résolutions et d'accords volontaires à des lois strictes prévoyant des sanctions en cas d'infraction.

En raison du caractère incomplet des réglementations ou de l'absence de mesures de coercition, les États et les employeurs sont souvent confrontés à des procès de citoyens se plaignant des dommages que le tabagisme passif a causés à leur santé[40].

Dans plusieurs États membres, les dispositions nationales sont renforcées par des réglementations plus strictes **au niveau régional et/ou local**. Le cadre juridique est aussi complété par des mesures d'autoréglementation, un nombre croissant de lieux

de travail, d'écoles, d'installations de transports en commun, etc. devenant non-fumeurs sur une base volontaire. De plus en plus de mesures sont prises pour aider le personnel à arrêter de fumer et pour mettre en avant le concept d'air intérieur sain en tant que droit fondamental de tout citoyen et de tout salarié.

2. DISPOSITIONS COMMUNAUTAIRES EXISTANTES

Au niveau de l'Union européenne, la question des espaces non-fumeurs a fait l'objet **de résolutions et de recommandations non contraignantes**, qui ont encouragé les États membres à assurer une protection adéquate contre l'exposition à la FTA. En particulier, dans sa **résolution de 1989** (89/C 189/01)[41] sur le tabagisme dans les lieux publics, le **Conseil** a invité les États membres à adopter des mesures pour interdire de fumer dans les lieux publics et dans tous les moyens collectifs de transport. Plus récemment, dans sa **recommandation** 2003/54/CE[42] relative à la prévention du tabagisme et à des initiatives visant à renforcer la lutte antitabac, le **Conseil** a demandé aux États membres d'appliquer des mesures efficaces de manière à assurer une protection contre l'exposition à la fumée de tabac ambiante dans les locaux de travail, les lieux publics fermés et les transports en commun.

Bien qu'elle ne fasse pas explicitement référence à la fumée de tabac, la **directive-cadre relative à la santé et à la sécurité au travail** (89/391/CEE)[43] concerne tous les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs[44]. Elle oblige chaque employeur à évaluer les risques sur le lieu de travail et à prendre des mesures appropriées de prévention des risques et de protection.

En outre, une série de directives particulières en matière de santé et de sécurité au travail fixent des "**prescriptions minimales**" pour certains risques spécifiques et, partant, contiennent des dispositions garantissant la **protection des travailleurs contre la FTA** (voir le paragraphe ci-dessous). Ces directives doivent être transposées en droit national par les États membres et appliquées de manière adéquate. En vertu du traité, les États membres sont autorisés à prendre des mesures plus strictes.

La **directive concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour les lieux de travail** (89/654/CEE)[45] ainsi que les directives relatives aux chantiers temporaires ou mobiles (92/57/CEE)[46], aux industries extractives par forage (92/91/CEE)[47] et aux industries extractives (92/104/CEE)[48] obligent les employeurs à veiller à l'aération des lieux de travail fermés et à l'existence d'un air sain en quantité suffisante dans ces lieux et à protéger les non-fumeurs contre la gêne due à la fumée de tabac dans les locaux de repos et les emplacements de repos.

La **directive sur les agents cancérigènes et mutagènes** (2004/37/CE)[49] et la **directive sur l'amiante** (83/477/CEE)[50] interdisent de fumer dans les zones où, respectivement, des agents cancérigènes/mutagènes et de l'amiante sont manipulés. La **directive relative aux travailleuses enceintes** (92/85/CEE) oblige les employeurs à prendre des mesures pour protéger les femmes enceintes et allaitantes contre l'exposition au monoxyde de carbone.

Certains composants de la FTA (tels que l'arsenic, le 1,3-butadiène, le benzène et l'oxyde de propylène) ont été classés en tant qu'agents cancérogènes à l'annexe I de la

directive sur les substances dangereuses (67/548/CEE)[51]. La fumée de tabac en tant que telle n'entre pas dans le champ d'application de la législation communautaire relative aux substances chimiques, car cette législation s'applique uniquement aux substances et préparations **mises sur le marché** des États membres[52].

IV. PORTÉE D'UNE INITIATIVE EN FAVEUR DU DÉVELOPPEMENT DES ESPACES NON-FUMEURS

Une question clé qui se pose dans le cadre de l'élaboration d'une initiative communautaire en faveur du développement des espaces non-fumeurs consiste à savoir quelle **portée** celle-ci devrait avoir. Étant donné la grande variété d'endroits dans lesquels des citoyens sont exposés à de la FTA, une politique d'interdiction efficace ne devrait pas concerner uniquement certains types d'entreprises ou de lieux mais plutôt reposer sur une approche générale.

L'approche la plus générale consisterait à proposer une interdiction totale de fumer dans **tous les lieux de travail et lieux publics fermés ou presque fermés**, y compris les transports en commun. Les restrictions pourraient aussi être étendues aux zones extérieures entourant les entrées de bâtiments et, éventuellement, à d'autres lieux publics extérieurs dans lesquels des personnes sont assises ou se tiennent debout très près les unes des autres, comme les stades et lieux de spectacle en plein air, les abribus, les quais de gare, etc. Des exceptions très limitées pourraient être envisagées pour certains lieux dans lesquels des personnes vivent au quotidien (des fumoirs pourraient être aménagés dans les bâtiments résidentiels tels que les centres d'accueil de longue durée, les unités psychiatriques, les prisons, etc.).

Une approche moins rigoureuse consisterait à proposer une interdiction totale de fumer dans tous les lieux de travail et lieux publics fermés ou presque fermés, assortie de **dérogations pour certaines catégories de lieux**. Des prescriptions minimales requérant la création de fumoirs fermés et établissant des normes en matière de ventilation pourraient être définies pour les lieux bénéficiant d'une dérogation. Des dérogations pourraient notamment être accordées:

– aux établissements Horeca autorisés à servir des boissons alcoolisées (restaurants, cafés et bars);

– aux établissements Horeca qui ne servent pas de nourriture.

Pour maximiser les résultats de l'action en faveur du développement des espaces non-fumeurs, il conviendrait de compléter celle-ci par des **mesures de soutien** au niveau de l'UE et/ou des États membres. Ces "politiques d'accompagnement" pourraient inclure des campagnes de sensibilisation axées sur le droit à un air exempt de fumée et les dangers du tabagisme passif, ainsi que des mesures visant à faciliter l'accès des personnes souhaitant arrêter de fumer aux thérapies d'abandon (comportementales et pharmacologiques).

1. INTERDICTION GENERALE

Avantages

De toutes les options, l'interdiction générale est celle qui permettrait de **réduire le plus nettement l'exposition à la FTA** et les dommages qui y sont liés, et de garantir l'égalité des citoyens européens face à la protection de leur droit de respirer un air intérieur sain, tel que reconnu par l'OMS[53].

Des études réalisées dans les pays qui ont choisi cette option montrent que la qualité de l'air intérieur s'est améliorée de façon spectaculaire après l'entrée en vigueur des interdictions de fumer. La baisse de l'exposition à la FTA a été particulièrement importante dans les établissements Horeca et les centres de loisirs[54]. Cela s'est traduit par une amélioration notable de la santé respiratoire des travailleurs du secteur Horeca[55] et une diminution considérable de l'incidence des attaques cardiaques et de la mortalité due à ces attaques[56] quelques mois après l'application des mesures.

L'option consistant à appliquer une interdiction générale est aussi celle qui présenterait le plus grand potentiel de **débanalisation du tabagisme** dans la société; elle créerait un environnement incitant les fumeurs à arrêter ou à réduire leur consommation et dissuadant les jeunes de commencer à fumer.

Une analyse de 35 études relatives à l'efficacité des politiques antitabac a révélé que les interdictions générales visant à garantir la salubrité de l'air dans les lieux publics pouvaient réduire la prévalence du tabagisme dans l'ensemble de la population d'environ 10 %[57]. De même, une analyse de 26 études portant sur les lieux de travail a indiqué qu'interdire totalement de fumer dans ces lieux pouvait permettre de réduire de 3,8 % la prévalence du tabagisme et de 3,1 % le nombre de cigarettes consommées quotidiennement par les fumeurs continuant de fumer[58].

Le fait que les interdictions générales conduisent à des **réductions du tabagisme actif** a été confirmé par les données des pays qui appliquent de telles mesures, dans lesquels on a observé, peu après l'introduction des nouvelles réglementations, une baisse des ventes de tabac (de 8 % en Italie et de 14 % en Norvège, par exemple) associée à une augmentation considérable du nombre de tentatives d'abandon[59]. En Irlande, 80 % des anciens fumeurs ont indiqué que leur motivation pour arrêter avait été la nouvelle législation et 88 % d'entre eux ont déclaré que la loi les avait aidés à ne pas recommencer[60]. Alors que l'on craignait l'inverse, les interdictions de fumer dans tous les lieux publics semblent avoir débouché sur une baisse des niveaux de tabagisme dans les foyers, en particulier en présence de jeunes enfants[61]. En Irlande, la proportion de domiciles sans fumée a augmenté de 8 % après l'entrée en vigueur de l'interdiction[62].

Sur le plan social, les effets positifs de cette option seraient concentrés sur les personnes appartenant aux **catégories socio-économiques les moins élevés**, qui sont plus susceptibles de fumer et de travailler dans le secteur Horeca.

Pour ce qui est de l'**application**, une interdiction générale serait plus facile à mettre en œuvre que des restrictions partielles. Le taux de respect de la législation de plus de 90 % enregistré en Italie et en Irlande montre qu'une interdiction totale s'impose presque entièrement d'elle-même, la pression sociale devenant un frein important au tabagisme et réduisant considérablement la nécessité de mesures coercitives des autorités officielles.

Inconvénients

Une interdiction totale de fumer dans tous les lieux publics et tous les lieux de travail risquerait de susciter une **opposition** dans certains États membres, et pourrait donc être plus difficile à adopter et à faire respecter. Cette option est aussi celle à laquelle l'industrie du tabac et la majeure partie du secteur Horeca se sont déclarées le moins favorables.

Certains craignent que les interdictions de fumer dans les cafés et les restaurants **nuisent au secteur Horeca**. Toutefois, les données des États et régions qui appliquent de telles mesures montrent globalement l'absence d'effets négatifs sur l'emploi et le chiffre d'affaires dans le secteur[63]. En Irlande, le volume des ventes dans les cafés et les bars a légèrement augmenté (de 0,1 %) en 2005, inversant la tendance à la baisse qui avait débuté avant l'entrée en vigueur de la législation antitabac[64]. D'autres statistiques méritent aussi d'être mentionnées, même si elles concernent des États qui ne font pas partie de l'Union européenne. Ainsi, la Norvège a connu une légère diminution des ventes (de 0,8 %) dans les établissements servant à manger et à boire, mais il est probable que cela résulte d'une série d'autres facteurs, dont le temps[65]. Dans la ville de New York et en Californie, la plupart des établissements Horeca semblent avoir bénéficié des réglementations antitabac[66]. Cela concorde avec les résultats d'une analyse internationale de 97 études, qui n'a trouvé aucun effet économique négatif dans les études fondées sur des données objectives telles que les statistiques relatives aux taxes sur le chiffre d'affaires et à l'emploi[67].

2. INTERDICTION ASSORTIE DE DEROGATIONS

Avantages

Cette option devrait conduire à une réduction du tabagisme actif et passif et à une débanalisation du tabagisme plus importantes que celles qui seraient observées en l'absence de mesures.

Une interdiction assortie de dérogations pourrait être plus acceptable dans certains États membres, en particulier pour les opérateurs, et, partant, il pourrait s'avérer plus facile de trouver un compromis. Parallèlement, les différents États membres seraient libres d'adopter ou de maintenir des législations nationales plus strictes sans dérogations.

Les dérogations pourraient être complétées par des prescriptions minimales requérant la création de fumoirs fermés et établissant des normes en matière de ventilation.

Inconvénients

Sur le plan des bénéfices sanitaires et sociaux, cette mesure serait moins efficace qu'une interdiction générale.

Certains des groupes les plus vulnérables continueraient à être exposés à de la FTA. Vu le caractère incomplet de la réglementation, les États membres et/ou les employeurs risqueraient de se voir intenter des procès par des citoyens se plaignant des dommages que le tabagisme passif a causés à leur santé.

Par rapport à une interdiction totale, une interdiction assortie de dérogations aurait un effet de débanalisation du tabagisme moindre. Les données internationales indiquent

que les réglementations qui permettent de fumer dans certaines zones ont un effet sur le comportement tabagique inférieur de moitié environ à celui des politiques d'interdiction totale[68].

En outre, il serait plus compliqué et plus onéreux d'appliquer des dispositions différentes selon les établissements qu'une interdiction générale, car cela nécessiterait davantage de mesures de signalisation et d'inspections.

2.1. Octroi d'une dérogation aux établissements Horeca autorisés à servir des boissons alcoolisées

En raison de leur exposition importante à la FTA, les salariés du secteur Horeca sont particulièrement vulnérables au tabagisme passif; le risque de cancer du poumon est de 50 % plus élevé chez ces personnes[69]. Cette catégorie professionnelle continuerait à être exposée à la fumée des autres. Les clients des établissements servant à boire et à manger courraient les mêmes risques sanitaires.

Selon les chiffres de l'enquête sur les forces de travail, en 2004, près de 4,3 millions de personnes travaillaient dans le secteur Horeca dans les 15 États membres de l'Union européenne, ce qui représentait 3 % de l'emploi total dans ces pays (on ne dispose pas de données concernant les dix autres États membres). Des proportions importantes de jeunes et de femmes travaillent dans ce secteur[70].

Dans son analyse d'impact, le gouvernement écossais a estimé que la réduction du nombre de décès résultant de la baisse du tabagisme actif et passif dans le cadre de cette option équivaudrait respectivement à la moitié et à un quart de la réduction qui découlerait de l'application d'une interdiction totale[71].

2.2. Octroi d'une dérogation aux cafés et aux bars qui ne servent pas de nourriture

Cette option ne protégerait pas les catégories professionnelles les plus vulnérables contre l'exposition à la fumée des autres. Les clients des cafés et des bars ne seraient pas protégés non plus. Par ailleurs, certains cafés risqueraient d'arrêter de servir de la nourriture pour contourner l'interdiction de fumer.

De plus, les inégalités existantes en matière de santé risqueraient de se renforcer: des études britanniques récentes montrent que les niveaux d'exposition à la FTA dans les cafés sont nettement plus élevés dans les quartiers défavorisés que dans les zones plus riches[72]. En outre, la majorité des débits de boissons qui ne servent pas à manger sont situés dans des zones défavorisées, et les cafés situés dans ces zones seront davantage incités à ne plus servir que de l'alcool[73].

Dans son analyse d'impact, le gouvernement britannique a estimé que les avantages sanitaires résultant de cette option équivaudraient à 40 % des avantages susceptibles de découler d'une interdiction totale (en supposant qu'actuellement, 10 à 30 % des cafés ne servent pas de nourriture)[74].

2.3. Fumoirs fermés à ventilation séparée

Les données disponibles montrent que les technologies utilisées actuellement (fondées sur le mélange et la dilution) ont des effets limités sur les niveaux des polluants de la FTA dans les établissements Horeca et les autres espaces intérieurs[75].

En outre, des études réalisées dans des environnements contrôlés, comme la "chambre climatique" INDOORTRON de l'Union européenne, ont révélé qu'augmenter le taux de renouvellement de l'air ne conduirait pas à une amélioration significative de la qualité de l'air intérieur[76]. Si la ventilation par déplacement d'air a été signalée comme étant plus efficace dans certaines études de cas récentes financées par l'industrie du tabac[77], **l'élimination complète de la fumée de tabac par ventilation est impossible**[78].

Lors de leur **première conférence**, les **parties** à la convention-cadre pour la lutte antitabac sont convenues (à l'unanimité) que "des éléments concluants attestent que les solutions techniques ne protègent pas contre l'exposition à la fumée du tabac"[79]. De même, la société américaine des ingénieurs spécialisés dans les domaines du chauffage, de la réfrigération et de la climatisation (American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers, **ASHRAE**) – organisme international de normalisation qui s'intéresse à la qualité de l'air intérieur et à la ventilation – a adopté en 2005 un document présentant sa position sur les moyens de lutte contre la fumée de tabac des autres, dans lequel elle a indiqué que le seul moyen efficace d'éliminer les risques sanitaires liés à l'exposition à la FTA était d'interdire de fumer à l'intérieur des bâtiments[80].

La séparation physique des fumeurs et des non-fumeurs par la création de **fumoirs fermés** peut renforcer l'efficacité des systèmes de ventilation dans les zones non-fumeurs des lieux[81]. Toutefois, cette méthode ne protège pas les occupants du fumoir ni le personnel qui doit entrer dans la pièce dans le cadre de son travail (les serveurs ou les agents de nettoyage, par exemple).

Une autre source d'inquiétude concernant les fumoirs est leur **coût financier** élevé, qui pourrait placer les petits opérateurs dans une situation d'inégalité[82]. De plus, l'exploitation et l'entretien de fumoirs ventilés nécessitent d'importantes infrastructures **d'inspection et de surveillance**. Les données disponibles indiquent que, lorsque des systèmes de ventilation sont utilisés, ils ne satisfont généralement pas aux normes fixées par la loi[83].

Pour que la création de fumoirs ventilés soit considérée comme une option viable dans les lieux bénéficiant d'une dérogation, les fumoirs devraient remplir les conditions suivantes:

– être complètement fermés et isolés des zones non-fumeurs;

– être équipés d'un système de ventilation distinct de celui des zones non-fumeurs;

– présenter une pression négative pour empêcher la diffusion de fumée de tabac dans les autres zones;

– fumer devrait être la seule activité autorisée dans les fumoirs, afin que les salariés s'y rendent le moins possible pour y effectuer des tâches professionnelles[84].

À Malte, en Italie et en Suède, où la création de fumoirs munis de systèmes de ventilation distincts est autorisée, la plupart des opérateurs ont choisi de ne pas utiliser cette possibilité.

V. OPTIONS STRATÉGIQUES

Différentes options stratégiques sont envisageables pour atteindre les objectifs antitabac. Le but devrait être de trouver une option qui permette de réaliser au mieux ces objectifs tout en entraînant des coûts et des charges les moins importants possible. Les options réglementaires décrites ci-après sont présentées dans un ordre correspondant à un niveau croissant d'intervention de l'Union européenne (depuis le maintien du niveau d'activité actuel jusqu'à l'élaboration d'un nouveau cadre contraignant fondé sur des textes législatifs communautaires).

Ces options stratégiques **ne sont pas incompatibles entre elles**; elles peuvent se compléter. Par exemple, l'adoption d'une recommandation par la Commission pourrait inciter les parties prenantes et les États membres à prendre des initiatives d'autoréglementation. Par ailleurs, des instruments d'autoréglementation pourraient servir de base à un régime juridique contraignant et/ou le compléter (en couvrant les lieux auxquels la législation ne s'applique pas encore ou les lieux bénéficiant d'une dérogation à l'interdiction de fumer, par exemple).

Il est à noter que la portée des divers instruments varierait. Ainsi, tandis que – vu les limites prévues par le traité – la législation communautaire en matière de protection des travailleurs s'appliquerait aux lieux publics dans la mesure où ils sont des lieux de travail, une interdiction générale de fumer dans tous les lieux publics pourrait être encouragée par des mesures non contraignantes (telles qu'une recommandation de la Commission ou du Conseil), des mesures législatives adoptées par les États membres et/ou des mesures volontaires prises par les parties prenantes.

Pour être efficace, tout instrument réglementaire devrait aussi être assorti de moyens de **coercition** viables et d'un régime de **surveillance** transparent. De plus, l'introduction de mesures réglementaires, que ce soit au niveau européen ou au niveau national/régional, devrait être précédée d'une **consultation publique** et de **campagnes d'information** ainsi que d'une **analyse d'impact**.

1. MAINTIEN DU STATU QUO

Dans le cadre de cette option, l'Union européenne n'entamerait aucune nouvelle activité, mais **poursuivrait les travaux qu'elle réalise actuellement** concernant le tabagisme passif au titre des différents programmes communautaires (santé publique, recherche, emploi). Le soin d'élaborer des réglementations dans ce domaine serait laissé aux États membres et au processus de la convention-cadre pour la lutte antitabac.

Les ressources qui ne seraient pas consacrées à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une nouvelle initiative pourraient être utilisées pour garantir l'application adéquate des recommandations de l'UE et des directives communautaires sur la santé et la sécurité au travail existantes. En particulier, des orientations pourraient être définies à l'intention des employeurs, des salariés et des autorités compétentes des États membres afin d'assurer une meilleure application de la directive-cadre (89/391/CEE) qui, bien qu'elle ne fasse pas explicitement référence à la FTA, concerne déjà tous les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, y compris ceux qui sont liés à la fumée de tabac.

Des efforts pourraient aussi être consacrés à la promotion des espaces non-fumeurs par des moyens autres que législatifs, tels que des campagnes d'information et d'éducation, des initiatives de création de réseaux, etc. L'actuelle campagne antitabac, intitulée "HELP", se déroulera jusqu'en 2008 et pourrait être suivie d'une autre initiative de sensibilisation.

Par ailleurs, les travaux sur la qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments, y compris la FTA, se poursuivront pour donner suite à l'action 12 du plan d'action en faveur de l'environnement et de la santé. Les ressources nécessaires pour réaliser les divers projets dans ce domaine proviendront du programme stratégique pluriannuel LIFE+ pour la période 2007-2010[85], du septième programme de la Communauté européenne pour la recherche[86] et du programme de santé publique[87].

Les États membres conserveraient le droit de décider si et comment ils souhaitent introduire des mesures d'interdiction, en fonction des circonstances nationales et des différences culturelles. La tendance au développement des espaces non-fumeurs, renforcée par l'élaboration et la publication des directives de la convention-cadre pour la lutte antitabac, se poursuivrait très probablement. Un certain nombre de gouvernements nationaux, dont ceux du Danemark, de l'Allemagne, de la Lettonie, du Portugal et de la Slovénie, ont déjà annoncé leur intention de renforcer les réglementations nationales relatives aux espaces non-fumeurs dans un avenir proche.

Toutefois, on peut s'attendre à ce que cette option soit la moins efficace pour réduire l'exposition à la FTA et les dommages qui en résultent. Les progrès réalisés dans les différents États membres risqueraient d'être inégaux. En raison du caractère incomplet des réglementations, de nombreux groupes vulnérables continueraient à être exposés à de la FTA dans les lieux publics intérieurs. Par conséquent, des citoyens risqueraient d'intenter des procès pour les dommages que le tabagisme passif a causés à leur santé.

Étant donné qu'une très grande partie du public attend avec impatience une initiative de l'Union en faveur du développement des espaces non-fumeurs, elle risquerait d'être déçue. Maintenir le statu quo signifierait également laisser passer l'occasion de profiter de l'impulsion politique actuelle en faveur de ces espaces dans l'UE.

2. MESURES VOLONTAIRES

Cette option consisterait à encourager les parties prenantes à adopter des orientations volontaires communes au niveau européen afin que davantage de lieux deviennent non-fumeurs. Des approches sectorielles (dans les secteurs des loisirs et de la restauration, par exemple) pourraient être encouragées. La responsabilité sociale des entreprises pourrait servir de base aux évolutions dans ce domaine.

Pour faciliter les discussions, un vaste processus de plateforme pourrait être mis en place, dans le but de réunir la société civile et les opérateurs économiques ainsi que les représentants des institutions de l'UE, des États membres et des organisations internationales. Une telle plateforme a été établie l'an dernier en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique. Une processus similaire a été proposé récemment en vue de l'élaboration d'une stratégie à l'échelle de l'Union en matière d'alcool.

Une autre possibilité serait d'encourager les partenaires sociaux européens (les organisations patronales et syndicales) à négocier un accord autonome relatif au tabagisme sur le lieu de travail, sur la base de l'article 138 du traité. L'autoréglementation fondée sur le dialogue social européen a conduit à toute une série de résultats, dont l'adoption de plus de 300 textes communs par les partenaires sociaux européens.

Idéalement, l'autoréglementation pourrait être plus rapide et plus souple que les voies législatives traditionnelles, et offrir aux secteurs et aux entreprises concernés l'occasion d'exercer une influence plus directe sur les politiques adoptées. Elle pourrait aussi créer un sentiment de responsabilité et d'appropriation parmi les parties prenantes. Cependant, les progrès réalisés dépendraient de la volonté desdites parties de respecter l'engagement pris et de l'efficacité des mécanismes d'application. Les données provenant des États membres indiquent malheureusement que les accords volontaires ne sont pas efficaces dans le domaine de la lutte antitabac. Dans le secteur Horeca et celui des loisirs en particulier, les mesures volontaires ne permettent pas d'atteindre l'objectif clé, à savoir de réduire considérablement l'exposition à la FTA.

Au Royaume-Uni, par exemple, cinq ans après la conclusion d'un accord volontaire entre le ministère de la santé et les principales associations du secteur Horeca, moins de 1 % des bars étaient non-fumeurs[88]. En Espagne, la législation de 2006 a donné aux bars et restaurants de moins de 100 m² la possibilité de devenir non-fumeurs sur une base volontaire. Les premières données disponibles indiquent qu'environ 10 % seulement des établissements qui pouvaient appliquer cette mesure ont décidé de le faire[89]. À Paris, un régime volontaire visant à inciter les 12 452 cafés, bistrots et brasseries de la ville à se déclarer "zones non-fumeurs" a été adopté par à peine 30 établissements[90].

3. METHODE OUVERTE DE COORDINATION

Cette option consisterait à coordonner les efforts déployés par les États membres en vue du développement des espaces non-fumeurs au moyen de ce que l'on appelle la "méthode ouverte de coordination". Ainsi, les États membres seraient incités à faire converger davantage leurs lois en la matière sans qu'une harmonisation directe soit nécessaire (bien que cela reste une possibilité).

Cette option pourrait inclure:

l'échange d'expériences et de **bonnes pratiques** concernant la mise en place de politiques d'interdiction efficaces aux niveaux national, régional et local;

– la définition d'objectifs et d'orientations communautaires communs fondés sur les expériences réussies tant dans les États membres qu'en dehors de l'Union européenne. Ces objectifs et ces orientations pourraient s'accompagner de dates butoirs et de modalités de suivi et d'application;

– la traduction de ces orientations en plans d'action nationaux visant à réduire l'exposition à la FTA, comprenant des calendriers spécifiques pour la réalisation des objectifs à court, moyen et long terme;

– un suivi, une évaluation et un examen par les pairs périodiques, par exemple sous la forme de rapports annuels des États membres.

Un certain nombre de pays et de régions sont déjà devenus non-fumeurs et d'autres ont déclaré leur intention de faire de même. De plus, les États membres sont confrontés à des problèmes communs, tels que l'opposition des opérateurs, le scepticisme de l'opinion publique et le non-respect des prescriptions existantes. Une coordination au niveau de l'Union européenne pourrait contribuer à instaurer un processus d'apprentissage mutuel et d'échange de bonnes pratiques entre les États membres.

Cependant, l'engagement en faveur d'objectifs antitabac resterait volontaire et aucune sanction ne serait appliquée en cas de non-respect des objectifs fixés. L'efficacité du système dépendrait du poids de la surveillance multilatérale et de la pression des pairs.

4. RECOMMANDATION DE LA COMMISSION OU DU CONSEIL

Cette option consisterait à encourager les États membres à adopter des législations nationales antitabac au moyen d'une recommandation détaillée de la Commission ou du Conseil sur les espaces non-fumeurs, fondée sur l'article 152 du traité CE et proposant des modes d'action. Elle pourrait être utilisée seule ou dans le cadre des régimes d'autoréglementation par les États membres (option 3) et/ou les opérateurs (option 2).

Une telle recommandation ne serait pas contraignante; toutefois, elle permettrait à la Commission ou au Conseil d'indiquer clairement que des mesures devraient être prises pour éliminer le tabagisme passif en Europe. Elle placerait cette question parmi les priorités politiques de tous les États membres de l'UE et étayerait ainsi les actions nationales.

L'efficacité de cette option dépendrait dans une large mesure de la clarté des orientations de l'Union européenne et des exigences en matière de présentation de rapports. Des objectifs clairs, assortis de calendriers et d'indicateurs spécifiques (par exemple, recommander qu'un pourcentage donné de lieux de travail deviennent non-fumeurs pour une année déterminée dans un secteur précis), auraient certainement davantage d'effets que des recommandations plus générales. De même, exiger la mise en place d'un système de suivi et la publication des résultats créerait une pression sociale en faveur d'une meilleure application et de l'élaboration d'une politique plus stricte.

Cette option laisserait de la flexibilité aux États membres; toutefois, le principal risque serait que certains d'entre eux choisissent de ne pas agir du tout.

5. LEGISLATION CONTRAIGNANTE

L'action communautaire dans ce domaine pourrait inclure l'adoption de mesures législatives contraignantes. Une législation contraignante imposerait un niveau élémentaire de protection contre les risques d'exposition à la FTA qui serait comparable, transparent et exécutoire dans tous les États membres.

D'une part, un processus législatif garantit la réalisation de consultations formelles et de négociations approfondies auxquelles toutes les parties sont associées, ce qui peut renforcer la politique qui en résulte. D'autre part, la voie législative risque d'être relativement longue, et le résultat final peut être difficile à prévoir.

La base juridique précise de la législation ne pourra être déterminée qu'une fois la nature et la portée exactes de l'instrument définies, et ce choix devra tenir compte des résultats de la présente consultation publique.

Quelques possibilités peuvent déjà être mentionnées à ce stade, sans préjudice des résultats de la consultation publique.

– Une possibilité serait de réviser les directives existantes fondées sur la directive-cadre 89/391/CEE relative à la santé et à la sécurité au travail. Dans ce contexte, on pourrait notamment étendre le champ d'application de la directive 2004/37 sur les agents cancérigènes et mutagènes (pour y inclure la FTA) et/ou renforcer les exigences relatives à la protection des travailleurs contre la fumée de tabac dans la directive 89/654/CEE concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé.

– Une autre possibilité consisterait à adopter une directive distincte relative au tabagisme sur le lieu de travail.

– Une troisième possibilité à envisager – bien qu'elle ne se rapporte pas directement à la protection contre la fumée des autres – serait de modifier la directive sur les substances dangereuses (67/548/CEE)[91] pour classer la FTA parmi les agents cancérogènes. La FTA serait alors automatiquement incluse dans le champ d'application de la directive sur les agents cancérigènes et mutagènes.

En ce qui concerne les deux premières possibilités, le champ d'application serait limité aux lieux de travail. La législation pourrait s'appliquer à l'ensemble des lieux de travail ou à certaines catégories seulement, et devrait protéger de manière adéquate les travailleurs exposés à des niveaux dangereux de FTA.

Enfin, l'adoption d'un instrument législatif dans l'exercice des compétences conférées par le traité n'empêcherait pas la Communauté de prendre des mesures d'accompagnement de nature non contraignante, qui pourraient contribuer à l'objectif général de protection contre la FTA dans tous les secteurs.

VI. OBSERVATIONS FINALES

Compte tenu des preuves scientifiques très claires des dommages causés par le tabagisme passif et des effets des politiques visant à garantir la salubrité de l'air intérieur sur la réduction globale du tabagisme, la Commission estime que la politique ayant la portée la plus large serait la plus bénéfique pour la santé publique. Elle placerait aussi tous les opérateurs sur un pied d'égalité. Plusieurs exemples de politiques d'interdiction générale actuellement mises en œuvre avec succès dans le monde montrent qu'il est possible d'introduire et d'appliquer de telles mesures.

Il reste à déterminer le niveau souhaitable d'intervention de l'Union européenne pour favoriser les législations antitabac, question qui est également liée aux évolutions actuelles dans les États membres, certains d'entre eux ayant décidé récemment de prendre des mesures pour interdire de fumer dans les lieux publics.

La Commission invite toutes les institutions de l'UE, les États membres et l'ensemble des citoyens, parties et organisations intéressés à répondre aux questions posées dans le présent livre vert. Elle souhaite notamment connaître l'avis des parties prenantes sur les questions ci-après.

Questions

1) Au regard de leur portée, laquelle des deux approches proposées au point IV serait-il préférable d'adopter dans le cadre d'une initiative en faveur du développement des espaces non-fumeurs: une interdiction totale de fumer dans tous les lieux publics et lieux de travail fermés ou une interdiction assortie de dérogations pour certaines catégories de lieux? Veuillez justifier votre choix.

2) Laquelle des options stratégiques décrites au point V serait la plus souhaitable et la plus appropriée pour favoriser le développement des espaces non-fumeurs? Quelle forme d'intervention de l'Union européenne jugez-vous nécessaire pour atteindre les objectifs antitabac?

3) Conviendrait-il de tenir compte d'autres données quantitatives ou qualitatives concernant les effets sanitaires, sociaux ou économiques des politiques antitabac?

4) Souhaitez-vous formuler d'autres observations ou suggestions concernant le présent livre vert?

Veuillez envoyer vos réponses à ces questions pour le 1er mai 2007 à l'adresse suivante (de préférence par courrier électronique):

Commission européenne

Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs

Unité C6 – Mesures sanitaires

Adresse électronique: sanco-smoke-free-consultation@ec.europa.eu

Adresse postale: B-1040 Bruxelles

Télécopieur: (+32) 2 298 42 04

Toutes les réponses seront publiées sur le site web de la Commission, sauf demande contraire des répondants.

VII. ANNEXES

Annex I: Cost effectiveness of various tobacco-control measures in European Region A*

Interventions: Codes_and Descriptions	Cost per year (I$, millions) per one million_population [i.e. cost per capita]	DALYs** averted per year per one million population	Average Cost per DALY averted
TOB-2: Excise tax on tobacco products: 80% of supply price (global average)	0,22	1 939	111
TOB-3: Excise tax on tobacco products: 300% of supply price (highest regional rate)	0,22	4 641	46
TOB-4: Excise tax on tobacco products: 600% of supply price (double the highest regional rate)	0,22	6 723	32
TOB-5: Clean indoor air law enforcement	0,67	742	908
TOB-6: Comprehensive ban on tobacco advertising	0,27	561	473
TOB-7: Information dissemination	0,55	670	816
TOB-8: Nicotine replacement therapy	2,35	670	3 511
TOB-9: Combination (TOB4 + TOB7)	0,76	7 093	107
TOB-10: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB7)	1,43	7 467	192
TOB-11: Combination (TOB4 + TOB6 + TOB7)	1,03	7 372	139
TOB-12: Combination (TOB4 + TOB6)	0,48	7 032	68
TOB-13: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB6)	1,15	7 415	156
TOB-14: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB6 + TOB7)	1,70	7 725	220
TOB-15: Combination (ALL)	4,05	7 981	508

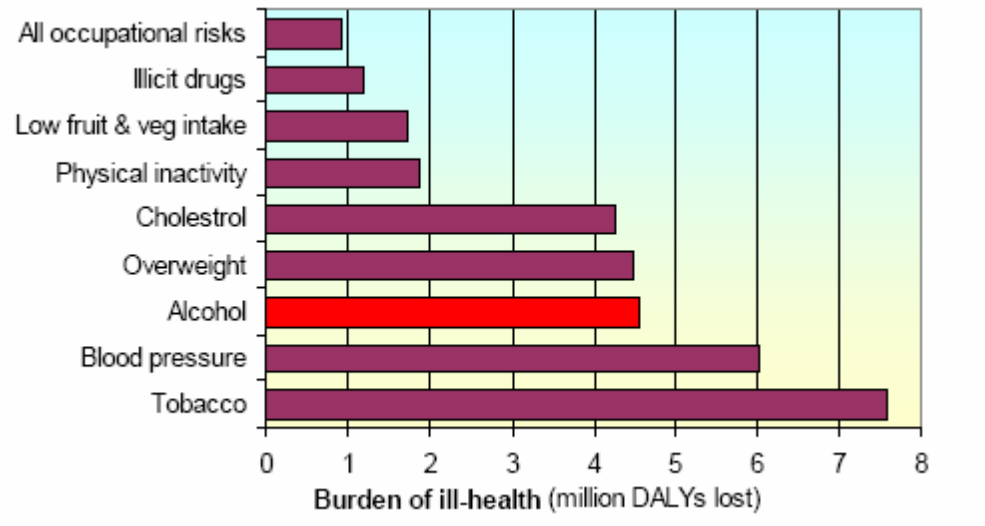
Source:

WHO-CHOICE webpage: http://www.who.int/choice/results/tob_eura/en/index.html

* **European Region A**: Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland

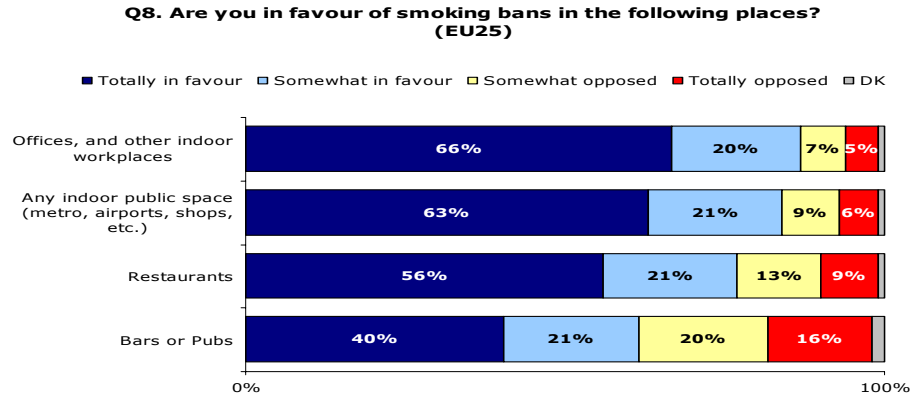
** **DALYs** = Disability Adjusted Life Years (the sum of years of potential life lost due to premature mortality and the years of productive life lost due to disability.

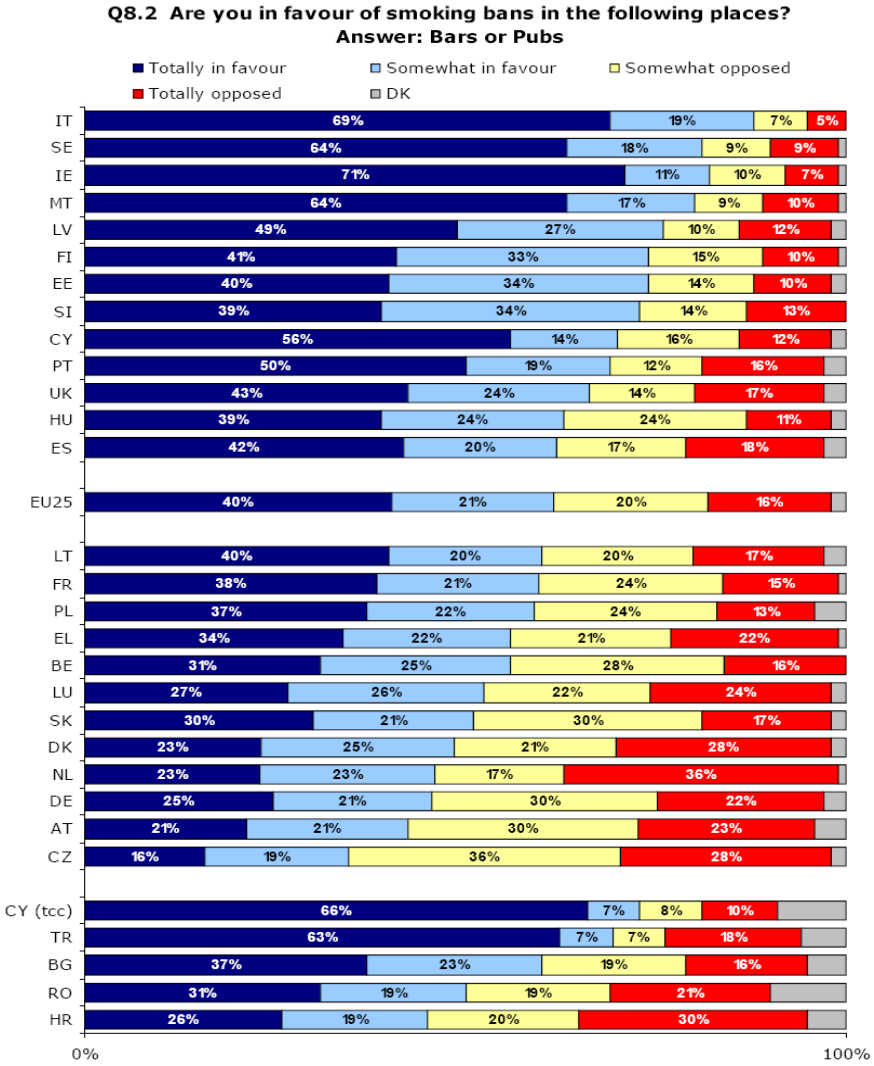
ANNEXE II: Global burden of ill-health



Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

Annex III: Support for smoke-free policies





Source:

"Attitudes of Europeans towards tobacco", Special Eurobarometer 239, January 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf

ANNEXE IV: References

[1] OJ C 189, 26.7.1989, p. 1-2.

[2] OJ L 22, 25.1.2003, p. 31–34.

[3] As of 18 December 2006.

[4] The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe, Smokefree Partnership (February 2006) http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222
Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.
'Going smoke-free: The medical case for clean air in the home, at work and in public places', Royal College of Physicians of London, (July 2005).
Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH), 'Secondhand Smoke: Review of evidence since 1998', (November 2004) http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/14/75/04101475.pdf
International Agency for Research on Cancer (2002). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volume 83, Lyon, IARC, World Health Organization.
'Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health',(1998) http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/tobacco/report.htm

[5] International Agency for Research on Cancer (2002), *op. cit.*
Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. Am J Public Health. 1998 Jul;88(7):1025-9.

[6] Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997;315: 973-80.
He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999;340: 920-6.

Wells AJ. Heart disease from passive smoking in the workplace. J Am Coll Cardiol. 1998 Jan;31(1):1-9.

[7] Whincup P et al (2004). Passive smoking and the risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement BMJ 329 (7459) pp 200-205.

[8] Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. Tob Control. 1999 Summer;8(2):156-60.
You RX, Thrift AG, McNeil JJ, Davis SM, Donnan GA.Ischemic stroke risk and passive exposure to spouses' cigarette smoking. Melbourne Stroke Risk Factor Study (MERFS) Group. Am J Public Health. 1999 Apr;89(4):572-5.

[9] Jaakkola JJ, Jaakkola MS. Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of adults. Scand J Work Environ Health. 2002;28 Suppl 2:52-70.

[10] European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations, A European patient perspective on severe asthma, Fighting for breath.
http://www.efanet.org/activities/documents/Fighting_For_Breath1.pdf . 2005.

[11] WHO International consultation on ETS and Child Health – 1999:

http://www.who.int/tobacco/health_impact/youth/ets/en/print.html

Kharrazi M, DeLorenze GN, Kaufman FL, Eskenazi B, Bernert JT Jr, Graham S, Pearl M, Pirkle J. Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome. Epidemiology. 2004 Nov;15(6):660-70.

[12] Khan JC et al. (2006): Smoking and age-related macular degeneration: the number of pack years of cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal neovascularisation. British Journal of Ophthalmology 2006;90;75-80.

[13] Law MR, Wald NJ. Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. Prog Cardiovasc Dis. 2003 Jul-Aug;46(1):31-8.

Glantz S, Parmley W. Even a little secondhand smoke is dangerous. JAMA 2001**;**286:462–3.

Pechacek TF, Babb S. How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke? BMJ. 2004 Apr 24;328(7446):980-3.

[14] Jamrozik K., "An estimate of deaths attributable to passive smoking in Europe", Lifting the smokescreen., *op.cit.*

[15] Phillips K, Howard D, Browne D, et al. Assessment of personal exposure to environmental tobacco smoke in British nonsmokers. Environ Int 1994;20:693–712.
Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Stockholm by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. Scand J Work Environ Health 1996;22 (suppl 1) :1–24.
Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Barcelona by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. Environ Int 1997;23:173–96.
Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of air quality in Turin by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. Environ Int 1997;23:851–71.
Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Paris by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. Environ Int 1998;24:405–25.
Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of environmental tobacco smoke and respirable suspended particle exposures for nonsmokers in Lisboa by personal monitoring. Environ Int 1998;24:301–24.

[16] CAREX/Finnish Institute of Occupational Health: Occupational Exposure to Carcinogens in the European Union in 1990-93 (1998).

[17] Nebot M, Lopez MJ, Gorini G, Neuberger M, Axelsson S, Pilali M, Fonseca C, Abdennbi K, Hackshaw A, Moshammer H, Laurent AM, Salles J, Georgouli M, Fondelli MC, Serrahima E, Centrich F, Hammond SK.Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. Tob Control. 2005 Feb;14(1):60-3.

[18] Jarvis M. *Quantitative survey of exposure to other people's smoke in London bar staff*. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College, 2001.
Jarvis MJ, Foulds J, Feyerabend C. Exposure to passive smoking among bar staff. *Br.J Addict.* 1992;87:111-3.
Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA* 1993;270:490-3.
Wakefield M, Cameron M, Inglis G, Letcher T, Durkin S. Secondhand smoke exposure and respiratory symptoms among casino, club, and office workers in Victoria, Australia. J Occup Environ Med. 2005 Jul;47(7):698-703.

[19] A 24-Country Comparison of Levels of Indoor Air Pollution in Different Workplaces. Conducted by: Roswell Park Cancer Institute, Department of Health Behavior; International Agency for Research on Cancer; Division of Public Health Practice, Harvard School of Public Health; September 2006.

[20] The Implementation Group on Human Biomonitoring (HBM) has been set up to implement Action 3 of the Action Plan on Environment and Health ("Develop a coherent approach to biomonitoring in Europe"). It consists of governmental experts in the field of human biomonitoring.

[21] D.F.Behan, M.P. Eriksen, Y. Lin. Economic Effects of Envionmental Tobacco Smoke, 2005.

[22] Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.

[23] Lok P. Smoking and the bottom line.The costs of smoking in the workplace. Ottawa,The Conference Board of Canada, 1997.
Parrott S, Godfrey C, Raw M. Costs of employee in Scotland. Tob Control 2000; 9: 187–192.
Madden D.: Setting the Appropriate Tax on Cigarettes in Ireland. Working paper series, Wp0/05, Centre for Economic Research, October 2002.
Ross H, " Economics of smoke free policies", Lifting the smokescreen, *op.cit.*

[24] Partial Regulatory impact assessment – smokefree aspects of the Health Bill, http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/19/31/04121931.pdf

[25] The Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005 (Prohibition of Smoking in Certain Premises) Regulations 2005: draft. Annex C: Regulatory Impact Assessment. http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shscrc-04.asp

The smoke-free premises etc (Wales) Regulations 2007. Annex B: Draft Regulatory Appraisal

www.smokingbanwales.co.uk/english/download.php?id=1170

Integrated Impact Assessment Overview of the Draft Smoking (Northern Ireland) Order 2006. http://www.dhsspsni.gov.uk/smoking-consultation-06-eqia.pdf

[26] The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European Commission 2004, p. 72.

[27] *Ibidem*, p. 85.

[28] The European Community Health Indicator no 23, "Regular Smokers": http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.

[29] Fong GT, Hammond D, Laux FL, Zanna MP, Cummings KM, Borland R, Ross H. The near-universal experience of regret among smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. Nicotine Tob Res. 2004 Dec;6 Suppl 3:S341-51.

[30] "Attitudes of Europeans towards tobacco", Special Eurobarometer 239, January 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf

[31] Jones S, Muller T., "Public attitudes to smoke-free policies in Europe", Lifting the smokescreen, *op. cit.*

Borland R, Yong HH, Siahpush M, Hyland A, Campbell S, Hastings G, Cummings KM, Fong GT. Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tob Control. 2006 Jun;15 Suppl 3:iii34-41.

[32] Chapman S, Borland R, Scollo M, Brownson RC, Dominello A, Woodward S. The impact of smoke-free workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United States. Am J Public Health. 1999 Jul;89(7):1018-23.
Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, Alao MO, McKenna JW, Sharp DJ, Harris JR, Woollery TA, Harris KW; Task Force on Community Preventive Services. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. Am J Prev Med. 2001 Feb;20(2 Suppl):16-66. Review.
Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ 2002;325:188-191.
Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know? Health Educ Res 2003; 18: 592–609.

[33] Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, et al. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. BMJ 2000;321:333-337.
Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Biener L, Rigotti NA. Effect of local restaurant smoking regulations on progression to established smoking among youths. Tob Control. 2005 Oct;14(5):300-6.
Farkas A, Gilpin E, White M, et al. Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. JAMA 2000;284:717–22.
Wakefield M and Forster J. Growing evidence for new benefit of clean indoor air laws: reduced adolescent smoking. Tob. Control, October 1, 2005; 14(5): 292 – 293.

[34] Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tob Control. 2006 Jun;15 Suppl 3:iii42-50.
Borland R, Mullins R, Trotter L, White V. Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia. Tob Control. 1999 Autumn;8(3):266-71.
Merom D, Rissel C. Factors associated with smoke-free homes in NSW: results from the 1998 NSW Health Survey. Aust N Z J Public Health. 2001 Aug;25(4):339-45.

[35] Regulatory Committee set up under Article 11 of the Directive 2001/37/EC.

[36] European Parliament Resolution (P6_TA(2005)0045) of 23 February 2005 on the European Environment and Health Action Plan 2004-2010.

[37] The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European Commission 2004.

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf

[38] Kotzias, D. et al. 2005, The INDEX project: Critical appraisal of the setting and implementation of indoor exposure limits in the EU, Joint research Centre, Ispra, Italy.
http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2002/pollution/fp_pollution_2002_frep_02.pdf

[39] Franchi, M. et al. 2003. Towards Healthy Air in Dwellings in Europe - The THADE Report. European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA).
http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2001/pollution/fp_pollution_2001_frep_02.pdf

[40] For an overview of court cases see: "Smoke free workplaces: Improving the health and well-being of people at work". Brussels: European Network for Smoking Prevention (ENSP), 2001, pp. 84-97.

[41] OJ C 189, 26.7.1989, p. 1-2.

[42] OJ L 22, 25.1.2003, p. 31–34.

[43] OJ L 183, 29.6.1989, p. 1–8.

[44] See the Judgment of the Court in case C-49/00 Commission v. Italy, paras 10-18.

[45] OJ L 393, 30.12.1989, p. 1–12.

[46] OJ L 245, 26.8.1992, p. 6–22.

[47] OJ L 348, 28.11.1992, p. 9–24.

[48] OJ L 404, 31.12.1992, p. 10–25. In addition, this Directive bans smoking in areas subject to particular fire or explosion hazards as well as in underground mineral-extracting industries.

[49] OJ L 158, 30.4.2004, p. 50–76.

[50] OJ L 263, 24.9.1983, p. 25–32.

[51] OJ 196, 16.8.1967, p. 1–98.

[52] It should be noted that currently there is a proposal aiming at modifying the Directive (COM 2003-644) but it does not cover the issue of possible classification of ETS as carcinogenic category 1 or 2.

[53] World Health Organisation. The right to healthy indoor air. Report of a WHO meeting, Copenhagen, Denmark; 2000. URL http://www.euro.who.int/air/activities/20030528_9

[54] Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. Tob. Control. 2005 Dec;14(6):384-8.
Gorini, G, Environmental Tobacco Smoke (ETS) Exposure in Florence Hospitality Venues Before and After the Smoking Ban in Italy. J Occup Environ Med. 2005 Dec;47(12):1208-10.
How Smoke-free Laws Improve Air Quality: A Global Study of Irish Pubs", March 2006, Harvard School of Public Health, Roswell Park Cancer Institute, HSE-West, RIFTFS, OTC.
Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree Law. Wellington: Ministry of Health.
Repace J. Respirable particles and carcinogens in the air of Delaware hospitality venues before and after a smoking ban. J Occup Environ Med. 2004 Sep;46(9):887-905.
Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Indoor air quality in hospitality venues before and after implementation of a clean indoor air law--Western New York, 2003. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2004 Nov 12;53(44):1038-41.
Farrelly MC, Nonnemaker JM, Chou R, Hyland A, Peterson KK, Bauer UE. Changes in hospitality workers' exposure to secondhand smoke following the implementation of New York's smoke-free law. Tob Control. 2005 Aug;14(4):236-41.
McNabola A, Broderick B, Johnston P, Gill L. Effects of the smoking ban on benzene and 1,3-butadiene levels in pubs in Dublin.. J Environ Sci Health A Tox Hazard Subst Environ Eng. 2006 May;41(5):799-810.

[55] 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 Oct 11; 296(14):1742-8.

Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. JAMA. 1998 Dec 9;280(22):1909-14.

Eagan TML, Hetland J and Aarø LE. Decline in respiratory symptoms in service workers five months after a public smoking ban. Tobacco Control 2006;15:242-246.

Allwright S. et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. BMJ. 2005 Nov 12;331(7525):1117. Erratum in: BMJ. 2006 Jan 21;332(7534):1.

[56] Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. Eur Heart J. 2006 Oct;27(20):2468-72. Epub 2006 Aug 29.

Sargent RP, Shephard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infection associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ* 2004;328:977–80.

Bartecchi, C., et al. A city-wide smoking ordinance reduces the incidence of acute myocardial infarction. in American Heart Association Annual Scientific Sessions. 2005. Dallas, TX.

[57] Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know? Health Educ Res 2003; 18: 592–609.

[58] Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ 2002;325:188-191.

[59] Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, La Vecchia C. Effects of new smoking regulations in Italy. Ann Oncol. 2006 Feb;17(2):346-7. Lund, M., Lund K.E., Rise, J., Aarø, L.E., Hetland, J. (2005). Smoke-free bars and restaurants in Norway. Oslo/Bergen 2005: SIRUS/HEMIL, http://www.globalink.org/documents/2005smokefreebarsandrestaurantsinNorway.pdf.

[60] Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A, Anderson S, Cummings KM, Allwright S, Mulcahy M, Howell F, Clancy L, Thompson ME, Connolly G, Driezen P. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. Tob Control. 2006 Jun;15 Suppl 3:iii51-8.

[61] Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree Law. Wellington: Ministry of Health.
California Department of Health Services, Tobacco Control Section. Indoor and Outdoor Secondhand Smoke Exposure. Sacramento: California Department of Health Services.
http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/pubs/SecondHandSmoke.pdf

[62] The 2004 Irish smoking ban: is there a 'knock-on' effect on smoking in the home?" D.Evans, and C Byrne. Health Service Executive, Western Area.
http://www.imt.ie/displayarticle.asp?AID=11000&NS=1&CAT=18&SID=1

[63] Joossens L. "Economic impact of a smoking ban in bars and restaurants", Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe,
http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222

[64] Annual retail sales index published by Central Statistics Office Ireland
http://www.cso.ie/releasespublications/documents/services/current/rsi_retrospective1.xls

[65] Lund K.E. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse. Oslo 2006: SIRUS, http://www.sirus.no/cwobjekter/SIRUSskrifter0106.pdf

[66] NYC Department of Finance, NYC Department of Health & Mental Hygiene, NYC Department of Small Business Services, NYC Economic Development Corporation, "The State of Smoke-Free New York City: A One-Year Review", March 2004, http://www.nyc.gov/html/doh/pdf/smoke/sfaa-2004report.pdf.
Cowling D W, Bond P. Smoke-free laws and bar revenues in California - the last call, Health Economics, 2005; 14 (12); 1273 – 81.

[67] Scollo, M., Lal, A., Hyland, A. & Glantz, S. (2003) Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 12, 13-20.

[68] Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. BMJ 2002;325:188-191.

[69] Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. JAMA. 1993 Jul 28;270(4):490-3.

[70] Eurostat, Statistics in Focus, Industry, Trade & Services, 32/2005, "Employment in hotels and restaurants in the enlarged EU still growing". http://europa.eu.int/rapid/pressReleasesAction.do?reference=STAT/05/127&type=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en

[71] The Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005 (Prohibition of Smoking in Certain Premises) Regulations 2005: draft. Annex C: Regulatory Impact Assessment. http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shscrc-04.asp

[72] Edwards R. et al. Levels of second hand smoke in pubs and bars by deprivation and food-serving status: a cross-sectional study from North West England. BMC Public Health 2006, 6:42

[73] Woodall AA et al. The partial smoking ban in licensed establishments and health inequalities in England: modelling study, 18 August 2005.

IFF Research among a representative sample of 1,252 publicans and managers of pubs and bars throughout England and Wales carried out between 27 July and 11 August 2005. jointly commissioned by Action on Smoking and Health (ASH) and Cancer Research UK.

[74] Partial Regulatory impact assessment – smokefree aspects of the Health Bill, http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/19/31/04121931.pdf

[75] Repace, J., "An air quality survey of respirable particles and particulate carcinogens in Delaware hospitality venues before and after a smoking ban," Bowie, MD: Repace Associates, Inc., February 7, De Gids W.F., Opperhuizen A., RIVM report 340450001/2004 "Reductie van blootstelling aan omgevingstabaksrook in de horeca door ventilatie en luchtreiniging", 2003.
Repace, J. (2000). Can Ventilation Control Secondhand Smoke in the Hospitality Industry? California Department of Health Services.

[76] Kotzias D et al (2005) Ventilation as a means of controlling exposure workers to environmental tobacco smoke (ETS). European Commission Joint Research Centre, Italy.
Kotzias D et al (2003) Report on Preliminary results on the impact of various air exchange rates on the levels of environmental tobacco smoke (ETS) components. ISPRA – IHCP Physical and Chemical Exposure Unit, 2003. Online at http://www.jrc.cec.eu.int/pce/pdf/tobacco_draft_report.pdf

[77] Jacobs, P., de Jong, P. and de Gids, W.F., (2006) 'Decentralised smoke displacement system using recirculation and filtration', Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.

de Gids, W.F. and Jacobs, P. (2006) 'An investigation into the possible reduction in Environmental Tobacco Smoke (ETS) in the day-to-day operations of the hospitality industry', Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.
Environmental Tobacco Smoke monitoring in Toronto restaurants and bars, Report prepared by Stantec Consulting Ltd., July 2004.

[78] Repace J, Johnson K. Can Displacement Ventilation Control Secondhand ETS?, ASHRAE: Fall 2006.

Chapter 10. Control of Secondhand Smoke Exposure. In: The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General, *op. cit.*

[79] Annex 1 to Decision 15 of the First Conference of the Parties on elaboration of guidelines for implementation of Article 8 of the Convention. http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC_COP1_DIV8-en.pdf

[80] Samet, J.; Bohanon, Jr., H.R.; Coultas, D.B.; Houston, T.P.; Persily, A.K.; Schoen, L.J.; Spengler, J.; Callaway, C.A., "ASHRAE position document on environmental tobacco smoke," American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE), 30 June 2005.

[81] *Ibidem*

[82] De Gids W.F., Opperhuizen A., *op. cit*.

[83] Wong S (2004) Results of the Designated Smoking Room (DSR) Air Flow Compliance Checks in York Region February - April 2003. Presentation, 11th April 2003.

[84] New technologies, for example catalysing paints, have been developed with a capacity to reduce odours, tobacco smoke, ozone, nitrogen and sulphate oxides and organic volatile compounds. Once

definitely tested and verified, these new catalysing paints could be used as a complementary technology in smoking rooms.

[85] COM(2004) 0621 final - COD 2004/0218.

[86] COM(2005) 0119 final - COD 2005/0043.

[87] COM(2006) 234 final - COD 2005/0042A.

[88] The Public Places Charter on smoking. Industry progress report. The Charter Group, April 2003.

[89] Fernandez E. Spain: going smoke free. Tob Control. 2006 Apr;15(2):79-80.

[90] 'Voluntary smoke-free plan not working in Paris' - Guardian, 16/02/05 http://www.guardian.co.uk/france/story/0,11882,1415452,00.html.

[91] OJ 196, 16.8.1967, p. 1–98.