

# Le suivi de l'application de la Convention-Cadre pour la Lutte Anti-Tabac en France



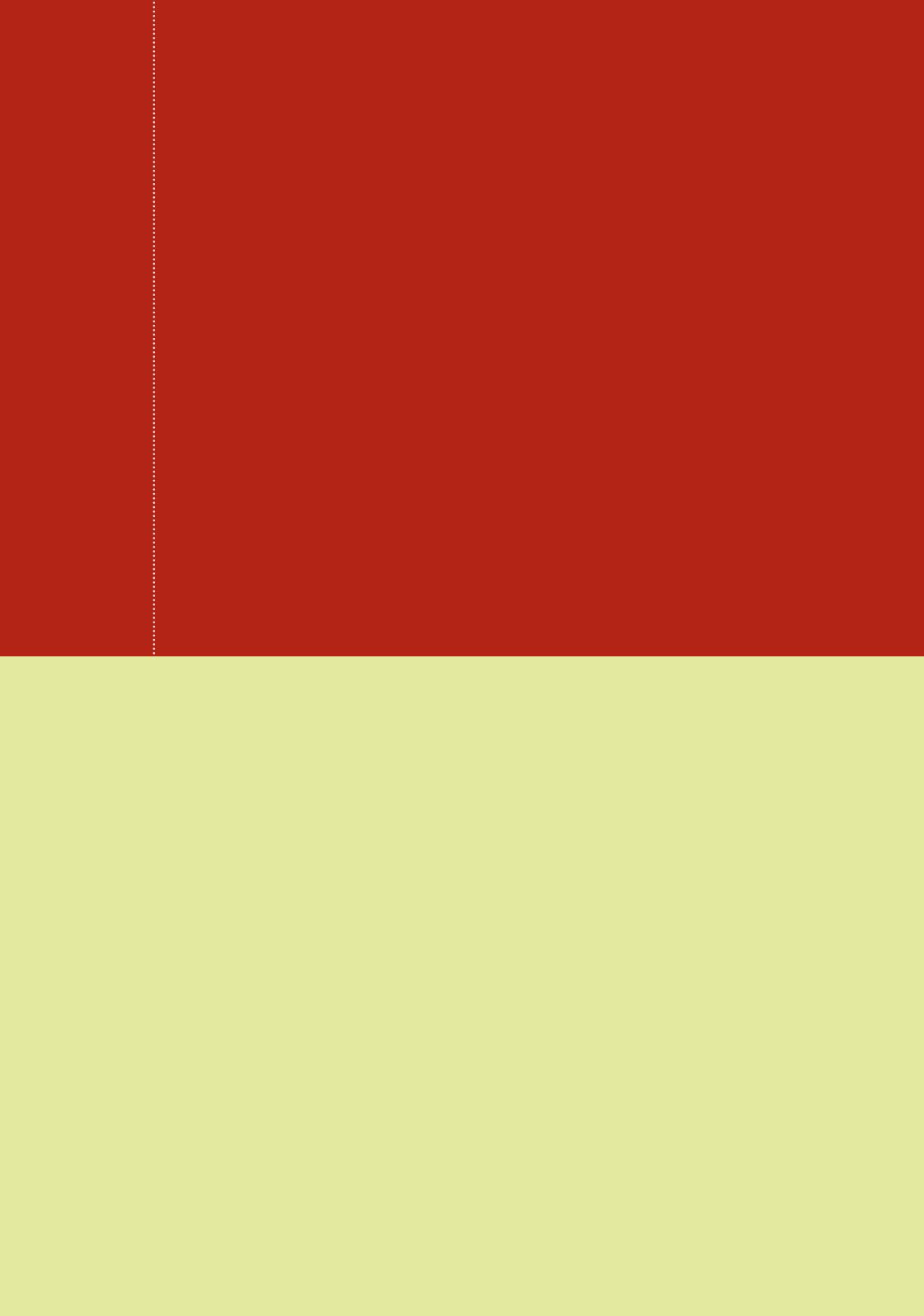
## → ARTICLE 8

### Protection à l'égard du tabagisme passif

L'EXPÉRIENCE FRANÇAISE



RAPPORT 2008



# ► PRÉFACE



*Justifié par l'importance du coût sanitaire, social et économique de la dépendance au tabac, le contrôle du tabac reçoit sa légitimité du soutien apporté par plus de 2/3 des fumeurs qui regrettent d'être devenus dépendants et par 4/5<sup>e</sup> de la population, fumeurs et non-fumeurs, qui souhaitent être protégés contre les risques sanitaires liés à l'exposition au tabagisme passif.*

*Une culture séculaire de tolérance à l'égard de la consommation de tabac en public a longtemps conduit à faire passer ce comportement pour banal et anodin. L'industrie du tabac, et ses principaux relais en France, les buralistes, conscients des risques pour leurs bénéfices de l'introduction d'une législation rigoureuse de protection contre le tabagisme passif, ont nié les conséquences sanitaires de celui-ci, puis ont proposé une approche qui se voulait consensuelle car inefficace, et, enfin, ont dénoncé une manœuvre soi-disant "liberticide" en s'appuyant sur quelques politiques, philosophes... égarés et/ou trop bienveillants à l'égard d'une industrie mortifère.*

*La France dispose depuis 1991 de la loi Évin qui concerne la consommation d'alcool et de tabac et dont le volet tabac est particulièrement rigoureux notamment en ce qui concerne la publicité. Malheureusement, alors que cette loi définit l'espace collectif comme étant non-fumeur, un décret signé en 1992 a rendu inefficaces les mesures initialement envisagées concernant la protection contre le tabagisme passif. Ce recul était lié à l'action efficace des cigarettiers et des buralistes, parfois associés aux responsables de l'industrie de l'hôtellerie-restauration et à une politique inconséquente découlant d'une conception "laxiste" et peu courageuse de la gestion de ce risque. Le travail de l'OMS, l'évolution des connaissances*

*médicales, des législations européennes et de la société française, l'action de certains politiques et le lobbying intense et coordonné des ONG actives dans le contrôle du tabac ont conduit à la signature le 15 novembre 2006 d'un nouveau décret qui, bien que n'interdisant pas totalement la possibilité de fumer dans certains lieux publics, la supprime de façon presque totale. L'application de cette mesure s'est faite sans résistance sérieuse, notamment grâce aux ONG qui ont su préparer la mesure et l'accompagner en trouvant des alliés efficaces parmi les professionnels de l'hôtellerie-restauration.*

*Toutefois, la protection contre les risques liés à l'exposition au tabagisme passif ne s'arrête pas à ce décret ; parallèlement à la nécessité de s'assurer de son application rigoureuse, d'autres dimensions sont à prendre en considération : l'avenir des terrasses et autres lieux publics qui ne sont ni clos ni couverts, la réflexion sur l'interdiction de fumer dans les véhicules privés en présence d'enfants, ...*

*Ce rapport décrit la démarche qui a conduit à la mise en œuvre de cette mesure de santé publique. Les ONG réunies au sein de l'Alliance Contre le Tabac y ont joué un rôle central et efficace, grâce à la professionnalisation rapide de leurs permanents au cours des dernières années. Le contrôle du tabac peut ainsi s'appuyer en France sur quelques experts, encore trop peu nombreux par comparaison avec les autres pays européens, qui ont fait le choix d'orienter leur carrière professionnelle dans ce domaine et sont à la disposition de leurs collègues étrangers pour partager leur expérience.*

**Professeur Yves Martinet,**

*Président de l'Alliance Contre le Tabac,*

*Le 29 septembre 2008*

# > SOMMAIRE

Préface .....	1
Introduction .....	4
Glossaire .....	6
Chronologie .....	10

## **PARTIE I - Législation anti-tabac en France : la loi Veil, la loi Évin, le décret du 15 novembre 2006** ..... 15

### **A Premières initiatives sur la législation anti-tabac en France** ..... 15

#### **B Le dispositif de 1992 : un bilan en demi-teinte** ..... 19

- 1 - Ce que la loi Évin a réussi ..... 19
- 2 - Les faiblesses de la loi Évin ..... 25

#### **C Le décret du 15 novembre 2006** ..... 33

- 1 - Le contenu du décret :  
obligations, responsabilités, sanctions ..... 33
- 2 - Les dispositions complémentaires :  
circulaires et arrêtés ..... 35

## **PARTIE II - Comment préparer la mise en place de l'interdiction** ..... 37

### **A Mobiliser l'opinion** ..... 37

- 1 - Le Plan Cancer ..... 37
- 2 - Les rapports sur le tabagisme passif ..... 39
- 3 - Les campagnes de communication ..... 40

### **B Trouver des alliés et travailler avec les acteurs concernés** ..... 42

- 1 - Le Gouvernement ..... 43
- 2 - Les députés : le rôle d'un leader politique ..... 44
- 3 - La Mission parlementaire d'information sur le tabac ..... 45
- 4 - Le soutien des administrations et organismes publics ..... 46
- 5 - Les syndicats ..... 49



<b>C</b>	<b>Coordonner les actions individuelles</b> .....	<b>51</b>
	1 - Les projets associatifs dans le cadre du Plan Cancer .....	51
	2 - La participation des ONG aux tables rondes de la Mission parlementaire .....	51
	3 - Les campagnes médiatiques des acteurs associatifs .....	53
<b>D</b>	<b>Contrecarrer les attaques de l'industrie du tabac</b> .....	<b>56</b>
	1 - Le lobby de certains restaurateurs, cafetiers et buralistes .....	56
	2 - Les 8 arguments prônés pour obtenir des dérogations contre l'interdiction de fumer .....	57
	<b>PARTIE III - Et après ?</b>	
	<b>Comment pérenniser les effets de l'interdiction</b> .....	<b>59</b>
<b>A</b>	<b>Mesurer et communiquer sur les effets</b> .....	<b>59</b>
	1 Les effets économiques .....	59
	2 Les effets sanitaires .....	61
<b>B</b>	<b>Rester vigilants face aux tentatives de contournement du décret</b> .....	<b>64</b>
	1 - Le club privé .....	64
	2 - Les cafés-chicha .....	64
	3 - Les fumoirs non conformes .....	65
	4 - Les terrasses .....	66
<b>C</b>	<b>Les défis à relever</b> .....	<b>67</b>
	1 Mobiliser les corps de contrôle .....	67
	2 S'appuyer sur l'opinion .....	68
	Conclusion .....	70
	Le tabagisme en France : quelques chiffres-clés .....	71
	Présentation de l'Alliance Contre le Tabac .....	72

## > INTRODUCTION

La 1<sup>ère</sup> Conférence des Parties de la Convention-Cadre pour la lutte Anti-Tabac (CCLAT) de Genève en février 2006 a pris la décision de donner la priorité au développement d'un certain nombre d'articles, dont l'article 8 concernant la protection à l'égard du tabagisme passif.

Un groupe de travail, composé de pays facilitateurs et de pays partenaires, s'est constitué pour travailler à la rédaction des lignes directrices de cet article. Un document issu de leur concertation fut présenté lors de la 2<sup>e</sup> Conférence des Parties organisée à Bangkok en 2007. Il reçut un accueil très favorable auprès des ONG qui l'ont jugé en cohérence avec les recommandations de la société civile, et leurs souhaits pour l'adoption de lignes directrices.

Ces lignes directrices ont été adoptées par la COP 2 sans aucune modification. Ainsi, les états ayant ratifié la CCLAT ont l'obligation d'appliquer le dit article en prenant soin de suivre les lignes directrices ainsi définies. Les lignes directrices sont basées sur les meilleures pratiques et guident les états vers des mesures efficaces. C'est en quelque sorte un modèle de la réglementation que chaque État doit mettre en place.

Les lignes directrices ne sont cependant pas juridiquement "contraignantes" : elles orientent vers des législations restrictives mais n'impliquent pas que l'État soit dans l'obligation de les appliquer à la lettre. En effet, il a été démontré que l'interdiction de fumer





résulte d'un processus de maturation nationale et qu'elle n'est efficace que lorsqu'elle est impulsée et discutée dans les contextes nationaux. Il est toutefois intéressant de remarquer que l'instauration de mesures claires et effectives dans un pays exerce une influence souvent décisive sur la législation d'une autre nation culturellement proche.

L'Alliance Contre le Tabac, coalition d'une trentaine d'ONG jouant un rôle dans l'exercice du contrôle du tabac en métropole, a trouvé intéressant, dans la perspective d'un partage d'expériences et d'expertise, d'analyser le processus ayant permis à un pays comme la France de mettre en place l'interdiction de fumer. Ce rapport est le résultat de cette analyse.

Il s'articule en trois parties : un descriptif des différentes étapes du processus de mise en place de la législation, une présentation des rôles joués par les acteurs engagés dans le processus (décideurs politiques, experts dans le contrôle du tabac, société civile, organisations syndicales...), un aperçu des difficultés rencontrées (comme les ingérences de l'industrie), des succès obtenus, ainsi que des défis à relever pour une bonne application de la législation.

La présentation de l'expérience française pourrait s'avérer particulièrement utile à nos partenaires internationaux : à l'attention des pays envisageant l'adoption de mesures plus adaptées

pour l'application de l'article 8 de la CCLAT sur leur territoire, démarrant leur processus d'interdiction, ou encore tentant de rendre plus opérationnelle leur législation. Ils pourraient y trouver des exemples concrets ou encore des recommandations à appliquer.

Au niveau national, ce rapport offre aux autorités françaises et aux acteurs du contrôle du tabac un état des lieux de l'application de l'article 8 sur le territoire métropolitain (certaines différences sont à noter pour la Corse et l'ensemble des collectivités de l'outre-mer), et aborde les défis à relever à l'avenir en matière de protection contre le tabagisme passif.

Voilà bientôt deux ans que la mise en place d'une nouvelle interdiction a permis d'éradiquer la fumée du tabac sur les lieux de travail et dans les lieux accueillant du public. Quelques mois après la mise en application de ces dispositions à l'ensemble des restaurants, hôtels, cafés, bars, casinos et discothèques, ce rapport souhaite dépasser le simple bilan politique et sanitaire, et ainsi, constituer un témoignage enrichissant sur les efforts réalisés par tous ceux qui, préoccupés par la santé de leurs concitoyens, n'ont pas ménagé leurs efforts pour bouleverser une situation qui semblait figée.

## > GLOSSAIRE

### ADP

Aéroports de Paris est une entreprise française qui construit, aménage et exploite des plates-formes aéroportuaires, dont les deux principales de France, Aéroport Paris-Orly et Paris-Charles-de-Gaulle.

### BAT

British American Tobacco, basée à Londres (Royaume-Uni), est un des plus importants producteurs de tabac et de cigarettes au monde.

### CCLAT

La Convention-Cadre pour la Lutte Anti-Tabac est le premier traité initié par l'Assemblée Mondiale de la Santé, l'organe décisionnel suprême de l'OMS. Les négociations débutèrent en octobre 1999 et se conclurent le 1<sup>er</sup> mars 2003. L'objectif de la CCLAT est de « protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée de tabac ». Le préambule de la CCLAT reconnaît la nécessité pour les États de donner priorité au droit de protéger la santé publique, étant donné la nature exceptionnellement néfaste des produits de tabac et le tort que causent les compagnies qui les fabriquent. Depuis 2003, elle a été signée par 168 pays et ratifiée par 160 (le dernier en date étant le Costa Rica).

### INTERDICTION DE FUMER



Fumer ici vous expose à une amende forfaitaire de 68€  
ou à des poursuites judiciaires.

Pour **arrêter de fumer**, faites-vous aider en appelant le :  
**0 825 309 310** (0,15€/min, Tabac Info Service)

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.



### **CCLAT - ARTICLE 5.3**

*En définissant et en appliquant leur politique de santé publique en matière de lutte antitabac, les Parties veillent à ce que ces politiques ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, conformément à la législation nationale.*

### **CCLAT - ARTICLE 8**

*1. Les Parties reconnaissent que l'évidence scientifique a établi sans équivoque que l'exposition à la fumée de tabac cause la mort, la maladie et l'incapacité.*

*2. Chacune des parties adoptera et mettra en application... des mesures, prévoyant la protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans les lieux de travail (d'intérieur), les transports en commun, les lieux publics (d'intérieur) et, si nécessaire, d'autres lieux qui accueillent du public.*

### **CDIT**

Ce Centre de Documentation et d'Information sur le Tabac, qui constituait une officine, a été créé en réponse à la loi Évin. Cet organisme regroupait tous les membres de la profession du tabac pour permettre une approche globale du problème de la consommation de tabac : la fédération nationale des planteurs de tabac, la confédération des chambres syndicales des débitants de tabac, BAT, Philip Morris, RJ Reynolds Tobacco France, Rothmans et la Seita.

### **CHRDC**

Cafés, Hôtels, Restaurants, Discothèques, Casinos.

### **CNCT**

Le Comité National Contre

le Tabagisme est une association française consacrée au contrôle du tabac. Elle a été fondée en 1868 sous le nom de *Société contre l'abus du tabac* et a pris sa dénomination actuelle à l'occasion de son centenaire, en 1968. Elle a été reconnue d'utilité publique en 1977. Les missions du CNCT sont de « prévenir l'entrée dans le tabagisme, notamment des plus jeunes ; de protéger les personnes exposées au tabagisme passif ; de lutter contre les violations réitérées de la loi et de dénoncer les manipulations ; d'aider les fumeurs à arrêter de fumer. »

### **COP**

La Conférence des Parties engagées dans le processus de signature/ratification de la Convention-Cadre pour la lutte anti-Tabac (1<sup>ère</sup> conférence en 2006 à Genève, 2<sup>e</sup> conférence en 2007 à Bangkok, 3<sup>e</sup> conférence à Durban fin 2008).

### **DGS**

Direction Générale de la Santé (dépendant du Ministère de la santé).

### **DNF (ex LCFTP - Ligue Contre la Fumée du Tabac en Public)**

Les Droits des Non-Fumeurs est une association reconnue de mission d'utilité publique, qui intervient depuis plus de 30 ans, pour la protection des non-fumeurs et la bonne application de la loi Évin. DNF défend et informe chaque jour les victimes du tabagisme passif et motive les pouvoirs publics, tant pour faire évoluer la législation que pour la

faire respecter. L'association dispose de 8 relais régionaux où des interlocuteurs locaux renseignent et aident toutes personnes souhaitant plus d'informations sur la législation antitabac.

### **IGAS**

Créée en 1967, l'Inspection Générale des Affaires Sociales est chargée d'un champ très large de compétences qui s'étend à l'ensemble des questions relatives aux affaires sociales, à la santé, à l'emploi, à la solidarité, au travail, à la politique de la ville, à la formation professionnelle et à la modernisation de l'État. L'inspection générale assure ainsi « le contrôle et l'évaluation de la mise en œuvre des politiques publiques de la sécurité sociale et de la prévoyance sociale, de la protection sanitaire et sociale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ». Elle est en outre chargée de contrôler les ONG faisant appel à la générosité du public.

### **INCa**

L'Institut National du Cancer est une agence sanitaire et scientifique en cancérologie. Il travaille dans une logique interdisciplinaire visant à fédérer, décloisonner et mobiliser les acteurs et les ressources autour de projets communs. Il apporte une information adaptée à la population, aux personnes malades et aux professionnels et veille à assurer un continuum entre les soins et la recherche.

### **INPES**

L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé est l'établissement public chargé de conduire les programmes de prévention et d'éducation pour la santé en application des politiques générales de santé publique en France.

### **INSEE**

L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) est l'institut national de statistique français. Il est chargé de la production et de l'analyse des statistiques officielles en France. Il est rattaché, en tant que direction générale, au Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi (MINEFE). En tant qu'institut, il dispose d'une indépendance de fait vis-à-vis du gouvernement.

### **LNCC**

La Ligue Nationale Contre le Cancer, ou plus généralement La Ligue, est une fondation française créée en 1918 par Justin Godart sur un mode de gestion privée mais reconnue d'utilité publique. Elle a pour missions la prévention et le dépistage des cancers, l'action pour les malades et le soutien financier de la recherche publique dans les domaines touchant à la cancérologie. La Ligue est constituée de 103 comités départementaux régis par la Loi 1901 et regroupés au sein d'une fédération possédant un siège national situé à Paris dans le 13<sup>e</sup> arrondissement.

### **MILDT**

La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie est l'organisme français chargé de la coordination de l'action gouvernementale dans le domaine de la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale, la répression, la formation, la communication, la recherche et les échanges internationaux liés aux drogues et à la toxicomanie. Sa compétence s'étend à d'autres addictions (alcoolisme, tabagisme, consommation de médicaments psychotropes).

## **OFDT**

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies est un groupement d'intérêt public créé en 1993. Depuis 1999, l'observation de l'OFDT porte sur les substances psychoactives licites et illicites.

## **OMS**

L'Organisation Mondiale de la Santé, est l'institution spécialisée de l'ONU pour la santé. Selon sa constitution, l'OMS a pour objectif d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible, la santé étant définie dans ce même document comme un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

## **ONG**

Organisation(s) Non Gouvernementale(s), aussi appelée(s) association(s)

## **RATP**

La Régie Autonome des Transports Parisiens est une entreprise publique désignée par le Syndicat des Transports d'Île-de-France (STIF) pour assurer la gestion du métro et d'autres transports urbains de Paris et de sa proche banlieue.

## **RHST**

Le Réseau Hôpital Sans Tabac fédère des établissements de soins autour d'une référence commune, la Charte Hôpital Sans Tabac. Il a pour objectif de faire baisser la prévalence du tabagisme au sein des hôpitaux.

## **SFP**

Smoke Free Partnership est une ONG européenne regroupant Cancer Research

UK, European Respiratory Society et l'INCa. Elle mobilise ses membres, notamment pour la promotion de la recherche au niveau national et en partenariat pour la promotion de la santé publique, et le renforcement d'un réseau européen pour un meilleur contrôle du tabac.

## **SNCF**

La Société Nationale des Chemins de Fer français est l'une des principales entreprises publiques françaises, centrée sur le transport ferroviaire.

## **SYNHORCAT**

Le Syndicat National des Hôteliers, Restaurateurs, Cafetiers et Traiteurs est né d'un rapprochement entre le Syndicat National des Restaurateurs, Limonadiers et Hôteliers (SNRLH), le Syndicat Français de l'Hôtellerie (SFH), et l'Union Professionnelle des Artisans Cuisiniers (UPAC).

## **TGV**

Train à Grande Vitesse. Rame électrique construite en France, apte à circuler à la vitesse de 270 km/h à 320 km/h en exploitation commerciale. Le TGV est exclusivement un service de transports de voyageur.

## **TGI**

Le Tribunal de Grande Instance est un tribunal chargé de juger en premier ressort les affaires civiles les plus importantes.

## **UMIH**

L'Union des Métiers de l'Industrie Hôtelière est une organisation patronale française dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration. Jusqu'à la fin 2007, le groupe ALTADIS, fabricant et distributeur de tabac, figurait parmi ses partenaires.

# ➤ CHRONOLOGIE

ACTIONS INSTITUTIONNELLES		ACTIONS DES ONG
<p><b>9 juillet</b> : adoption de la Loi Veil. Premier texte de loi relatif au contrôle du tabac (réglementation de la publicité et du conditionnement des produits du tabac, création des zones fumeurs et non fumeurs).</p>	<p><b>1976</b></p>	
<p><b>17 septembre</b> : adoption du décret interministériel érigeant les interdictions de fumer dans certains lieux.</p>	<p><b>1977</b></p>	
	<p><b>1989</b></p>	<p><b>Constat épidémiologique préoccupant</b> en matière des conséquences liées au tabagisme passif et à la consommation de tabac (Études CNAV, CFES, SEITA).</p>
<p><b>10 janvier</b> : adoption de la loi Évin. L'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif passe du statut d'interdiction réglementaire à celui d'interdiction légale.</p>	<p><b>1991</b></p>	
<p><b>29 mai</b> : adoption du décret fixant les conditions d'application d'interdiction de fumer dans les lieux affectés à l'usage collectif et modifiant le code de la santé publique.</p>	<p><b>1992</b></p>	<p>Mise en place par les ONG d'un service d'aide téléphonique individualisée afin d'assister les personnes à faire respecter la législation d'interdiction de fumer, notamment sur les lieux de travail. Premières campagnes de communication sur les risques du tabagisme passif par les associations.</p>



ACTIONS INSTITUTIONNELLES	ACTIONS DES ONG	
	1995	<p><b>Jugement du T.G.I. de Paris dans l'affaire Ozeir.</b> Reconnaissance des conséquences mortelles du tabagisme passif, et de la responsabilité de l'employeur.</p> <p><b>Été : condamnation</b> de la campagne européenne de désinformation de Philip Morris pour le respect des libertés individuelles (<i>Pythagore</i> et <i>Zones Fumeurs</i>).</p>
	1996	<p><b>Vive condamnation</b> de la campagne visuelle de désinformation de Philip Morris visant à minimiser les effets du tabagisme passif : « <i>Il y a suffisamment de problèmes dans la vie professionnelle. Le tabac n'a pas à en être un de plus</i> ».</p>
	1997	<p><b>Jugement du T.G.I. de Lyon</b></p> <p><b>Reconnaissance l'obligation de moyens</b> pesant sur le responsable des lieux en matière d'interdiction de fumer (la SNCF est condamnée pour son absence d'effort de dissuasion et d'information auprès de ses passagers sur les effets du tabagisme passif).</p> <p><b>Mai : Maurice Tubiana</b> communique à l'Académie de médecine les conclusions et les recommandations de son groupe de travail sur le tabagisme passif.</p>

## ➤ CHRONOLOGIE (suite)

ACTIONS INSTITUTIONNELLES		ACTIONS DES ONG
	1998	Programme Europe Contre le Cancer : publication d'un rapport des ONG européennes faisant le point sur les risques du tabagisme passif et la stratégie de l'industrie du tabac. Rapport coordonné par la France : « Passive smoking report ».
Novembre : rapport d'évaluation de la loi Évin (dit rapport Berger).	1999	
	2001	31 mai : un groupe de travail dirigé par le Pr Dautzenberg publie un rapport sur le tabagisme passif.
24 mars : lancement du Plan Cancer sur l'initiative du Président de la République Jacques Chirac. 16 juin : signature de la CCLAT.	2003	
2004-2006 : campagne médiatique de l'INPES exposant la réalité du tabagisme passif : « <i>Quand vous fumez à côté d'un non-fumeur, il fume aussi</i> ». 09 août : loi relative à la politique de santé publique qui permet de renforcer les moyens de contrôle de la réglementation (elle donne autorité à des nouveaux agents). 19 octobre 2004 : ratification de la CCLAT.	2004	16 mars : arrêt de la cour d'appel de Rennes : le salarié peut faire valoir son droit de retrait. Ce droit peut s'exercer en matière de tabagisme passif.  Décembre : les TGV deviennent totalement non-fumeurs.

ACTIONS INSTITUTIONNELLES		ACTIONS DES ONG
<p><b>Été</b> : déclaration publique d'engagement d'Yves Bur pour la mise en œuvre d'une interdiction de fumer.</p> <p><b>02 novembre</b> : Yves Bur organise un colloque à l'Assemblée nationale sur la possible mise en œuvre d'une interdiction de fumer avec dépôt d'une proposition de loi associée.</p> <p><b>Décembre</b> : rapport d'évaluation de la loi Évin présenté par Bernadette Roussille (<b>rapport de l'IGAS</b>). Ce rapport fait le point sur l'application de la loi Évin et analyse les scénarios possibles pour la modification de la législation. Il préconise l'adoption d'une interdiction complète.</p>	<p><b>2005</b></p>	<p><b>Mars</b> : recommandations du rapport de l'Alliance Contre le Tabac à l'attention des décideurs politiques (état des lieux du tabagisme passif).</p> <p><b>Mai - juin</b> : le CNCT et la LNCC sont mandatées par le Ministère de la santé pour auditionner différents acteurs (acteurs associatifs, administratifs, représentants des professions du secteur accueil / restauration, syndicats de salariés...) pour préparer les mesures du futur décret.</p> <p><b>29 juin</b> : sur décision de la Cour de Cassation, durcissement de l'<b>obligation pesant sur l'employeur</b> en termes de protection de ses employés contre le tabagisme passif.</p>
<p><b>Mai à septembre</b> : travaux de la <b>Mission parlementaire sur l'interdiction de fumer</b>.</p> <p><b>4 octobre</b> : publication des 25 propositions de la Mission parlementaire sur l'interdiction de fumer.</p> <p><b>15 novembre</b> : <b>adoption du décret</b> qui fixe les nouvelles conditions d'application de l'interdiction de fumer.</p>	<p><b>2006</b></p>	<p><b>15 juin</b> : arrêt du Tribunal Administratif de Paris : condamnation de l'état-employeur (Sénat) au versement de dommages et intérêts en raison de carence dans l'application de l'interdiction de fumer.</p> <p><b>Mai à septembre</b> : participation des ONG à la Mission parlementaire et aux tables rondes.</p>

## ➤ CHRONOLOGIE (fin)

ACTIONS INSTITUTIONNELLES		ACTIONS DES ONG
<p><b>Novembre / décembre</b> : adoption de nombreuses circulaires renforçant le décret du 15 novembre. <b>Celle du 29/11</b> précise le champ d'application de l'interdiction, de l'accompagnement à l'arrêt des fumeurs ainsi que des explications sur les modes de sanctions et les contrôles.</p>	<p><b>2006</b></p>	
<p><b>22 janvier</b> : publication d'un arrêté définissant les caractéristiques de la signalisation obligatoire qui doit être apposée.</p> <p><b>1<sup>er</sup> février</b> : <b>interdiction de fumer</b> dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public à l'exception des CHRDC.</p>	<p><b>2007</b></p>	
<p><b>1<sup>er</sup> janvier</b> : <b>application de l'interdiction de fumer dans les CHRDC.</b></p>	<p><b>2008</b></p>	<p><b>27 mai</b> : Tribunal Administratif de Nancy : <b>décision capitale</b> en faveur de la protection des personnes au travail à l'égard du tabagisme passif (affaire France-Télécom).</p>

## ➤ PARTIE I

# Législation anti-tabac en France : la loi Veil, la loi Évin, le décret du 15 novembre 2006



### *Une table fumeurs ou non-fumeurs ?*

Huit mois après l'entrée en vigueur du décret du 15 novembre 2006, la question traditionnelle posée aux individus se présentant à l'entrée d'un établissement de restauration, est reléguée au rang de souvenirs d'une époque révolue. Ce constat est le témoin de l'adhésion massive de la population à l'interdiction de fumer dans les lieux d'accueil du public.

Depuis l'adoption de la loi Veil, il aura pourtant fallu attendre 30 ans pour aboutir au décret du 15 novembre 2006 instaurant une interdiction stricte de fumer dans les lieux à usage collectif.

Le rappel du contenu des textes qui se sont succédés pour conduire à cette réglementation montre avec acuité comment la suprématie de l'industrie du tabac s'est construite à la fois sur une méconnaissance scientifique et sur un détournement savamment organisé des

textes législatifs. Les progrès scientifiques sur la connaissance de la dangerosité des produits du tabac et sur les conséquences de l'exposition à la fumée du tabac ont peu à peu permis de contrer un état de fait préoccupant en matière de santé publique. L'évolution sociétale qui a conduit à l'acceptation populaire de la mesure d'interdiction stricte résultant du dernier décret, est assurément fondée sur la prise de conscience du risque sanitaire lié au tabagisme.



## AJ PREMIÈRES INITIATIVES SUR LA LÉGISLATION ANTI-TABAC EN FRANCE

### 1) La loi Veil du 9 juillet 1976

En 1976, Madame Simone Veil, Ministre de la santé du Gouvernement Chirac (sous la Présidence de M. Valéry Giscard d'Estaing), présente un projet de loi qui sera adopté par l'Assemblée nationale en juin 1976.

Votée le 9 juillet 1976, cette loi n° 76-616 relative à la lutte contre le tabagisme, est le premier texte législatif français ayant pour projet ambitieux de lutter contre le fléau du tabagisme. Il vient également réglementer l'usage, le conditionnement et la publicité en faveur des produits du tabac.

C'est dans le titre II que l'on trouve l'Article 16. Ce dernier confie, timidement, au pouvoir réglementaire, la tâche d'ériger des interdictions de fumer dans certains lieux.

**Article 16 :**

*« Sans préjudice des mesures relevant des pouvoirs de police au titre de la sécurité, de la tranquillité ou de la salubrité publique, des décrets en Conseil d'Etat détermineront les conditions dans lesquelles des interdictions de fumer seront établies dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé.*

*Dans les locaux ou véhicules pouvant être affectés d'une manière distincte aux fumeurs et aux non-fumeurs, l'espace dévolu à ces derniers ne peut être inférieur à la moitié de l'ensemble. »*

Sous la forme d'une invitation au Gouvernement à se préoccuper davantage de la question du tabagisme, la loi vient tailler une première brèche dans la liberté communément admise du fumeur de consommer du tabac en tous lieux. La loi pose le postulat suivant :  **dans les lieux accueillant fumeurs et non-fumeurs, une distinction des espaces af-**

**fectés aux uns et aux autres est suggérée.** Les zones fumeurs et non-fumeurs viennent de faire leur apparition. Le seul impératif posé par le législateur en 1976, réside dans la précision que les espaces réservés aux non-fumeurs devront être supérieurs, ou égaux, aux espaces dédiés aux fumeurs.

C'est sous le Gouvernement Barre que le décret interministériel, érigeant les interdictions de fumer dans certains lieux, intervient le 17 septembre 1977. L'économie générale du texte présente des dispositions particulières relatives aux locaux et véhicules destinés à accueillir des jeunes de moins de 16 ans, ainsi qu'aux établissements à vocation sanitaire.

Quelle que soit la population vers laquelle la protection est orientée, c'est dans la façon dont l'interdit est posé et réglementé que l'on voit nettement la fragilité du socle de la loi en termes de connaissances scientifiques. Ceci est vérifié notamment en matière de risque sanitaire consécutif aux pollutions issues des fumées du tabac.

Tout d'abord, les normes de ventilation retenues dans les locaux fermés où cohabitent fumeurs et non-fumeurs sont peu contraignantes : le texte préconise les ventilations mécaniques, tout en jugeant suffisant pour l'aération, la présence de simples ouvrants extérieurs.

Il est intéressant de souligner que la loi du 10 janvier 1991 et son décret d'application ne procéderont à aucun relèvement des normes de ventilation retenues par la loi Veil.

Par ailleurs, d'autres dispositions mettent en lumière une méconnaissance scientifique sur les conséquences du tabagisme passif. Dans les locaux des

écoles et collèges, la limitation de l'interdiction de la consommation de tabac aux seuls moments de fréquentation des élèves, est contraire aux préconisations actuelles.

De plus, à plusieurs reprises dans ce texte, il est fait mention d'une exception à l'interdiction de fumer dans les moyens de transport collectifs, lorsque cohabitent fumeurs et non-fumeurs. En effet, une zone fumeur peut être instaurée « à condition qu'un dispositif efficace empêche la propagation de la fumée ». Cette notion de "dispositif efficace" est restée un mythe garant de la protection de la santé publique, y compris dans la loi Évin même si elle est évoquée sous une autre expression.

Ainsi, le décret de 1977, avec un certain recul, semble aujourd'hui relever du contresens en termes de santé publique. Il reste tout de même, et c'est là un mérite qu'il ne faut pas lui ôter, le premier texte instaurant une réglementation à volonté protectrice, et disséminant les premiers grains de sable dans les rouages bien huilés d'une industrie du tabac peu scrupuleuse, particulièrement attachée à la méconnaissance scientifique et à la désinformation.

## 2) La loi Évin du 10 janvier 1991 et son décret d'application

La loi n° 91-32 du 10 janvier 1991, à l'initiative de Monsieur Claude Évin, Ministre des affaires sociales et de la solidarité du Gouvernement Rocard (sous la présidence de M. François Mitterrand), revoit en profondeur, et sous

tous leurs aspects, les dispositions de la loi Veil.

La loi est particulièrement novatrice en ce qui concerne l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Là où le législateur de 1976 invitait timidement le Gouvernement à poser et organiser l'interdiction, le législateur de 1991 impose le principe de cette interdiction.

**En effet, en France, à partir de 1991, l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif passe du statut d'interdiction réglementaire à celui d'interdiction légale.** L'article 16 de la loi du 9 juillet 1976 est ainsi modifié :

### Article 16 :

*« Il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les moyens de transport collectifs, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs. Un décret en Conseil d'état fixe les conditions d'application de l'alinéa précédent. »*

L'affirmation de principe est importante : l'interdiction est légale et générale. Il n'est plus autorisé de fumer que dans les espaces réservés à cette consommation, à charge pour le pouvoir réglementaire de fixer les conditions de création et d'utilisation de ces emplacements.

Le décret de septembre 1977 est donc abrogé et remplacé par le décret du 29 mai 1992, fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, et modifiant le Code de la santé publique.

Au titre des dispositions générales, le pouvoir réglementaire réaffirme l'interdiction générale en précisant qu'elle s'appliquera dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail.

Par souci de protéger les non-fumeurs, l'interdiction s'applique aux moyens de transport collectif, concerne les établissements scolaires (écoles, collèges, lycées publics et privés) préservés de la sorte de la consommation de tabac, ainsi que les lieux non couverts fréquentés par les élèves pendant la durée de cette fréquentation (les cours de récréation).



En attente  
visuel INPES 1009

L'article 2 du décret contient l'exception à l'interdiction : celle-ci ne s'applique pas aux emplacements qui sont mis à la disposition des fumeurs, et disposant de certains critères de ventilation "efficaces". Cet article précise également que le responsable des lieux est la personne sur laquelle repose l'obligation

de faire appliquer l'interdiction et définit quels sont les emplacements qui seront destinés aux fumeurs.

Mais c'est l'article 3 qui contient la notion qui rendra à terme inefficace tout le dispositif de protection recherchée. Il y est mentionné que les emplacements mis à disposition des fumeurs seront soit des locaux spécifiques, soit des espaces délimités (sans que soit indiqué ce qui est susceptible de délimiter ces espaces).

À l'occasion de la réorganisation du Code de la santé publique, par une manipulation hasardeuse des textes, la commission supérieure de codification a même supprimé toute notion d'obligation de ventilation et d'aération pour les CHRDC (décret n° 2003-462 du 21 mai 2003).

La lecture du décret laisse finalement comme seul critère de délimitation des espaces, la préoccupation affirmée de protection des non-fumeurs. Dans les faits, il était désormais autorisé de fumer partout où ce n'était pas précisément interdit : le "petit" espace non-fumeur, souvent aménagé à l'improviste aux endroits les moins agréables, étant bien souvent accolé au coin fumeur.

Les autres dispositions du décret sont consacrées à l'organisation des espaces fumeurs au sein des lieux de travail, de certains établissements d'enseignement, des moyens de transport collectifs et des établissements commerciaux où sont consommées des denrées alimentaires et des boissons.

Le chapitre des sanctions a créé deux contraventions distinctes selon que

l'infraction est commise par le fumeur ou par le responsable des lieux. Ainsi, pour le fumeur, le fait de fumer hors d'un emplacement mis à sa disposition est puni d'une amende prévue pour les contraventions de 3<sup>e</sup> classe (jusqu'à 450 €<sup>(1)</sup> par infraction). Le responsable des lieux doit payer l'amende prévue pour les contraventions de 5<sup>e</sup> classe (jusqu'à 1500 €<sup>(2)</sup> par infraction) si l'on constate que :

- des emplacements non-conformes ont été réservés aux fumeurs,
- les normes de ventilation ne sont pas respectées,
- la signalisation obligatoire du principe de l'interdiction de fumer n'a pas été mise en place.

Ces amendes doivent être prononcées par un juge suite à un constat relevé par des agents assermentés.

En l'absence de contrôle des infractions par les agents, par le Ministère public, mais également par les ONG auxquelles l'article L. 3512-1 donnait la possibilité de se porter partie civile contre les infractions aux lois anti-tabac, la pratique de ce décret du 29 mai 1992 a démontré son inefficacité : ce constat a permis de mettre en œuvre les grands travaux de la réforme du 15 novembre 2006.

## B] LE DISPOSITIF DE 1992 : UN BILAN EN DEMI-TEINTE

### 1) Ce que la loi Évin a réussi

L'initiative de la loi Évin est partie, en 1989, d'un constat épidémiologique préoccupant, justifiant un renforcement de l'intervention des pouvoirs publics pour lutter contre la consommation de tabac<sup>(3)</sup>.

La loi du 10 janvier 1991 ne met pas uniquement l'accent sur la protection des personnes à l'égard du tabagisme passif mais retient cinq types de mesures<sup>(4)</sup>, qui pour être efficaces, doivent être menées conjointement. Ainsi, l'évaluation de l'interdiction de fumer instaurée par la loi Évin ne peut être totalement dissociée des autres mesures parallèles ayant entraîné une baisse significative de la consommation<sup>(5)</sup>.

Cette loi a marqué une véritable rupture dans la politique de lutte contre les dépendances en France. Elle représente une avancée considérable dans l'amélioration de la santé publique en consacrant la primauté du droit des non-fumeurs. Une des premières victoires de la loi Évin est l'évolution des comportements et des mentalités en

(1) La monnaie nationale à l'époque était encore le Franc Français. 1 € = 6,55957 FF. Ainsi, 450 € = ~ 3 000 FF.

(2) Id. 1 500 € = ~ 10 000 FF.

(3) Données provenant des enquêtes de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et du Comité Français de l'Éducation pour la Santé (CFES), études de la SEITA.

(4) Ces cinq mesures sont : la limitation de la publicité et du parrainage, l'amélioration de l'information du consommateur, l'encadrement de l'offre de produits, la protection des non-fumeurs et la politique des prix.

(5) En 1999, le rapport d'évaluation de la loi Évin (dit rapport Berger) insiste sur le rôle essentiel de la politique d'augmentation des prix instaurée par la loi Évin dans la diminution des quantités de tabac consommé (-11 % entre 1992 et 1997).

élevant le niveau de connaissance des Français sur la nocivité du tabagisme pour le fumeur et son entourage. En effet, à l'époque, le tabagisme était essentiellement considéré comme un problème social lié à la gêne provoquée par la fumée des produits du tabac.

Peu d'études et d'évaluations nationales ont été réalisées sur les indicateurs de l'application de l'interdiction de fumer. Néanmoins les rapports d'évaluation (rapport dit Berger <sup>(6)</sup> en novembre 1999 et rapport de l'IGAS - Inspection Générale des Affaires Sociales - en décembre 2005) conjugués à l'expertise des ONG ont permis de constater que le degré d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif a été très variable.

Lors de la publication du rapport sur l'évaluation de la loi Évin dont il est l'auteur, sept ans après l'entrée en vigueur des textes d'application, Guy Berger déclarait :

*« On a constaté des progrès notables dans les transports collectifs notamment sous la pression de la justice (condamnation de la SNCF grâce aux ONG). Progrès aussi sur les lieux de travail. On constate des situations très inégales notamment dans les PME qui n'ont pas toujours de locaux à mettre à la disposition de leur personnel. Mais la cigarette a été très largement bannie de toutes les réunions. Ce que je regrette, c'est que le mauvais exemple vient de ceux qui devraient le donner : les hôpitaux, mais surtout les établissements scolaires <sup>(7)</sup> ».*

## al Certains espaces sans fumée

Il existe un certain nombre de lieux pour lesquels la loi Évin et le décret de 1992 ont apporté une véritable évolution grâce à leur application. Mais de manière très inégale.

Ces progrès se sont par ailleurs accompagnés d'une prise de conscience, lente et progressive, sur la nécessité de protéger l'ensemble des personnes, fumeurs et non-fumeurs, à l'égard d'un risque mortel. La problématique de la protection devait notamment se focaliser sur les individus se trouvant sur leur lieu de travail.

### > Dans les moyens de transport collectifs

L'interdiction totale de fumer s'appliquait dans le métro (y compris quais et lieux de circulation), dans les autocars, les transports aériens, les trains de banlieue et les voitures bars des trains. Après une limitation progressive des espaces fumeurs dans les trains grande ligne, ces derniers sont devenus totalement non-fumeurs dès 2006.

### > Sur les lieux de travail

La situation était très inégale. Selon le rapport de l'IGAS de 2005, le décret de 1992 était appliqué dans 60 % des lieux de travail du secteur privé. En réalité, ce chiffre semble largement surévalué, car dans la majorité de ces lieux, il était illégalement autorisé de fumer dans les bureaux individuels ou collectifs.

### > Dans les lieux d'enseignement

Une enquête menée par l'Observa-

(6) "Le rapport d'évaluation de la loi Évin 1999 : avis favorable pour les mesures contre le tabagisme".

(7) La dépêche, *Tabagisme et loi Évin : état des lieux*, 31 mai 2000.

toire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) dans les établissements scolaires entre 2001 et 2002, a montré que les adultes chargés de l'application et du respect de la loi dans ces lieux, avaient une interprétation très flexible de l'interdit. Dans un grand nombre de collèges et de lycées, fumer était autorisé aux adultes, enseignants ou membres de l'équipe administrative, tout comme à certains élèves. Alors que la législation en vigueur interdisait expressément de fumer dans la cour de récréation, cette pratique était pourtant autorisée dans 85 % des établissements (dont 2 % des collèges publics et 20 % des collèges privés).

#### > Dans les établissements de santé

En 2006, une étude, visant à évaluer l'application de la réglementation dans les établissements de santé, a été commandée par la Direction Générale de la Santé (DGS). Elle a montré que les établissements de grande taille, tels les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), appliquaient globalement mieux la réglementation. En effet, 90 % de ces établissements affichaient au moins l'interdiction de fumer dans les locaux sensibles. En revanche, dans les structures de petite taille, tels les CHS (Centres Hospitaliers Spécialisés) et les Hôpitaux Locaux, respectivement, 44 % et 39 % apposaient la signalétique rappelant l'interdiction de fumer. Pourtant, près de 700 établissements sur les plus de 3 000 établissements médicaux en France, s'étaient engagés à respecter la législation, en rejoignant le Réseau Hôpital Sans Tabac<sup>(8)</sup> (RHST).



En attente  
visuel INPES 993

- **Dans les bars, cafés, et restaurants**  
Malheureusement, dans certains de ces lieux, l'application de la loi a été négligée. Les lieux fumeurs étaient constitués le plus souvent d'espaces (plutôt que de salles spécifiques), la signalétique faisait défaut (52 % seulement des lieux fumeurs étaient dotés d'un affichage) et surtout, la ventilation était insuffisante au regard des normes prescrites<sup>(9)</sup>. Le même constat a pu être effectué par les ONG compétentes à travers leur expérience "de terrain" et prévalait encore dans une majorité des lieux dits "de convivialité" avant le nouveau décret de 2006.

La loi Évin n'a pas libéré la majorité des lieux à usage collectif de la fumée du tabac, mais elle a eu un impact fondamental sur l'opinion publique.

(8) Association membre de l'Alliance Contre le Tabac.

(9) Cf. le rapport d'évaluation sur la loi Évin qui souligne le caractère limité et aléatoire de ces enquêtes.

## bl La jurisprudence relative à l'interdiction de fumer

Le législateur a souhaité confier aux ONG le contrôle de la loi en leur donnant la possibilité d'exercer les droits reconnus à la partie civile en cas d'infraction. Les évolutions jurisprudentielles ont donc créé une dynamique progressive en faveur d'une protection accrue de la population.

En général, les procédures engagées dans le cadre légal de 1992, concernant l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, ont montré qu'il était souvent très difficile pour un non-fumeur de faire prévaloir ses droits.

Bien qu'il s'agisse d'un domaine dans lequel les défauts d'application sont nombreux, la jurisprudence en la matière a eu une portée, jusqu'à récemment, assez limitée. À l'époque, seule une obligation de moyen (simple affichage de l'interdiction, aménagement des espaces fumeurs), plutôt que de résultats (respect effectif de l'interdiction : mise à la disposition d'un espace où l'on peut respirer un air non pollué par la fumée), était définie par les juges.

Ces procédures ont néanmoins eu un rôle pédagogique important face aux risques liés au tabagisme passif et à l'obligation des responsables de lieux publics et lieux de travail au regard de leurs salariés et usagers. Il a fallu

attendre une décision de la suprême autorité de justice pour faire évoluer les comportements.

Les premiers dossiers portés devant la justice se sont constitués à la suite de licenciements. Le respect des dispositions du décret du 29 mai 1992 n'apparaissait alors jamais dans l'énoncé des motifs du litige. Globalement, à partir de 1998, des procédures ont été engagées en plus grand nombre compte tenu de la croissance des demandes, notamment de la part des salariés, pour que ce volet de la loi soit appliqué <sup>(10)</sup>. Certaines décisions relatives à l'interdiction de fumer sont ainsi venues préciser ou élargir le champ du décret du 29 mai 1992. Ainsi, l'enseignement de la poursuite intentée en 1995 par Mlle Ozeir contre l'ancien employeur de sa sœur non-fumeuse, décédée d'un cancer du poumon est particulièrement enrichissant. Bien qu'ayant estimé les éléments de preuve du dossier médical insuffisants pour établir un lien de causalité entre le tabagisme subi sur le lieu de travail, et le décès de la victime, les juges ont reconnu la faute de l'employeur et le fait que le tabagisme passif pouvait être mortel <sup>(11)</sup>.

### > La limitation à une obligation de moyens de l'employeur

À ce sujet, les deux décisions les plus emblématiques ont été rendues dans

(10) À titre d'illustration : action d'une élève de l'École d'Architecture de Paris, Tribunal de Police de Paris, 13/10/98 (Waroux c/École d'architecture de Paris) ; concernant un bar-tabac-brasserie en banlieue parisienne, TP d'Antony, 24/11/00 (DNF c/Sté Philyo) ; action d'une salariée licenciée d'une compagnie aérienne, TP Ivry s/Seine, 29/11/00 (Molgo, CNCT c/Ibéria) ; concernant le Palais des Congrès, TP de Paris, 2<sup>e</sup> Ch., 25/04/01 (DNF c/SEPCP et CIPCOM) ; une fonctionnaire contre son employeur le Conseil Général, CA Bordeaux, 13/06/02 (Pénilla c/Conseil Gal de Gironde) ; concernant un bar-restaurant, CA Paris Référé, 08/11/06 (CNCT c/SARL Abbaye-St-Ermire) ; et concernant le Parc des Expositions, CA Versailles, 08/12/06 (CNCT c/COMEXPO & autre).

(11) Extrait du jugement du TGI de Paris 1<sup>ère</sup> Ch. (Ozeir, CNCT, LCFTP - actuellement DNF, c/B.F.O ; 20/11/96).

des affaires opposant les ONG (la LCFTP - Ligue Contre la Fumée du Tabac en Public, actuellement DNF - Droits des Non-Fumeurs et le CNCT - Comité National Contre le Tabagisme) à la SNCF, au sujet de la gare la Part-Dieu à Lyon et de la Gare de Lyon à Paris.

Les juges du Tribunal de Grande Instance de Lyon ont relevé diverses carences de la SNCF démontrant son absence d'effort de dissuasion et d'information auprès de ses usagers<sup>(12)</sup>.

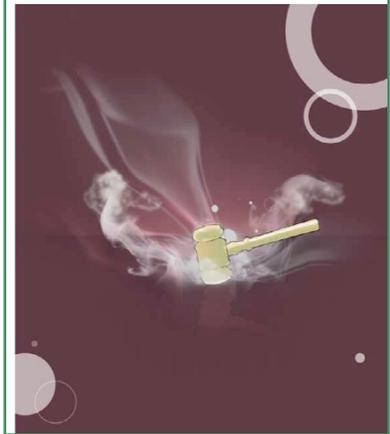
Cette affaire fut à l'époque la première de ce type à venir devant les tribunaux, et s'inscrivit dans une volonté des ONG de mobiliser et sensibiliser les responsables des réseaux ferrés (SNCF, RATP) et aériens (ADP) nationaux, six ans après l'adoption de la loi Évin.

La jurisprudence a peu à peu dessiné les contours de l'obligation de moyens, pesant sur le responsable des lieux en matière d'interdiction de fumer. Saisie par la SNCF, contestant notamment l'obligation mise à sa

charge par le Tribunal de réserver expressément un espace aux fumeurs, la Cour d'Appel de Lyon a confirmé ce jugement, excepté sur un point<sup>(13)</sup>.



## Le tabac et la loi



- (12) Extrait du jugement du TGI de Lyon, LCFTP (actuellement DNF), CNCT c/SNCF ; 21/01/97) : « la loi Évin n'est pas appliquée à la gare de la Part-Dieu. En effet, la signalisation apparente exigée par la loi se résume à la pose d'autocollants de format dérisoire (...) qui ne renseignent pas le public, (...) sur l'interdiction générale de fumer dans le hall de la gare. Bien plus, l'absence d'espaces réservés aux fumeurs, la présence de cendriers dépourvus de signalétique indiquant aux fumeurs qu'ils doivent éteindre leurs cigarettes (...) laissent croire au public qu'il est possible de fumer dans l'ensemble de la gare (...). Le fait que de nombreuses personnes fument ouvertement à l'intérieur de la gare démontre d'ailleurs l'absence d'effet dissuasif, voire le laxisme du système adopté par la SNCF ».
- (13) Extrait Cour d'appel de Lyon, 1<sup>ère</sup> Ch., LCFTP (actuellement DNF) et CNCT c/SNCF ; 23/09/99) : « (...) il apparaît ainsi que la SNCF a pris depuis le jugement déféré toutes les mesures possibles pour satisfaire à son obligation de moyen, étant rappelé qu'elle ne peut raisonnablement aller jusqu'à des mesures coercitives à l'égard des contrevenants. (...) Attendu que l'article 10 du décret du 29/05/92 précise "dans les gares routières et ferroviaires, des salles ou zones d'attente peuvent être mises à la disposition des fumeurs" ; Attendu que ce texte prévoit une possibilité et non pas une obligation, que dès lors la SNCF n'est pas tenue de mettre à la disposition des fumeurs des salles ou espaces qui leur soient réservés et peut par conséquent, même si l'aménagement de tels locaux est possible, se refuser à procéder à cet aménagement pour des raisons d'opportunité ou de salubrité ».

Comme dans l'affaire de Lyon, la nature et l'étendue de l'obligation mise en place par le décret du 29 mai 1992 sera rappelée : « *Attendu que la SNCF a l'obligation de mettre en œuvre des mesures propres à assurer l'efficacité de l'interdiction faite aux voyageurs de fumer dans ses locaux, qu'il s'agit là d'une obligation de moyens et non de résultat, dès lors que le respect de l'interdiction de fumer s'impose en premier lieu aux voyageurs et qu'elle ne peut être tenue responsable du comportement de certains outrepassant cette interdiction...* ».

#### > Le droit de retrait du salarié admis

On peut mentionner, au titre des évolutions jurisprudentielles récentes intéressant le domaine du **tabagisme passif**, un arrêt du 16 mars 2004 de la Cour d'Appel de Rennes qui estime que le salarié peut faire valoir son **droit de retrait** d'une situation dangereuse (article L. 231-8-1 du Code du travail) et que ce droit peut s'exercer en matière de tabagisme passif.

La Cour a estimé qu'en raison de « *la nocivité des fumées du tabac (...) produit dangereux et mortel en raison de ses effets cancérigènes sur les fumeurs mais aussi sur les personnes passives* » l'employeur « *ne peut contraindre un salarié (...) de travailler dans des atmosphères polluées par ces fumées* » et qu'« *on ne saurait*

*reprocher à ce salarié d'avoir refusé de travailler dans ces conditions, alors qu'il n'a pas à être sanctionné pour avoir demandé l'application d'une loi de santé publique* »<sup>(14)</sup>.

En matière de tabagisme passif, le droit de retrait du salarié, qui s'exerce habituellement dans une situation présentant un danger grave et imminent, est ainsi justifié.

#### > Le durcissement en une obligation de sécurité de résultat

La décision de la Cour de Cassation, le 29 juin 2005, a durci l'**obligation de sécurité en obligation de résultat pesant sur l'employeur en termes de protection de ses salariés contre le tabagisme passif**.

Cette obligation est destinée à assurer l'effectivité du droit des travailleurs à la sécurité et à la santé sur leurs lieux de travail.

Il s'agit là d'une exigence déjà affirmée par la Chambre sociale dans les arrêts sur l'amiante, où la définition de la faute inexcusable a été totalement modifiée<sup>(15)</sup>.

Cette décision a marqué une évolution importante, dans la mesure où le domaine de la réparation se substitue au domaine de la prévention : ainsi, lorsque prévaut l'obligation de sécurité de résultat, l'employeur ne peut s'en exonérer qu'en prouvant le

(14) Extraits CA Rennes 5<sup>e</sup> Ch. (Villeret, CNCT c/SARL Le Damier, 16/03/04).

(15) Par une série d'arrêts rendus le 28/02/02 la Chambre sociale de la Cour de cassation (transformant la définition traditionnelle de la faute inexcusable qui exigeait notamment la preuve d'une faute de l'employeur d'une exceptionnelle gravité), a jugé que la faute inexcusable était désormais constituée par le manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat, lorsqu'il avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'avait pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. Cette jurisprudence a été consacrée par l'assemblée plénière de la Cour de cassation le 24/06/05.

cas fortuit ou la force majeure <sup>(16)</sup>. Cette nouvelle jurisprudence oblige donc l'employeur à garantir à ses salariés une protection contre toute exposition au tabagisme passif, y compris celle occasionnée par des clients fumeurs. Grâce à cette jurisprudence, tout salarié qui est exposé à la fumée du tabac dans un établissement peut, à tout moment, prendre acte de la rupture de son contrat de travail du seul fait que son droit à la santé n'est pas assuré. Cela équivaut à un licenciement sans cause réelle, ni sérieuse <sup>(17)</sup>.

Cet arrêt primordial est directement à l'origine de la réflexion politique ayant précédé l'élaboration du nouveau décret d'application de la loi Évin venu renforcer considérablement la protection de tous contre le tabagisme passif en 2006.

D'autres exemples récents viennent compléter ces cas de jurisprudences. Ils ont également apporté des avancées importantes au régime juridique de l'interdiction de fumer.

> **Un arrêt du Tribunal Administratif de Paris** du 15 juin 2006 a condamné l'État-employeur (le Sénat) au versement de dommages et intérêts du fait de carences dans l'application de la législation et de la réglementation relatives à la lutte contre le tabagisme <sup>(18)</sup>.

> **Le Tribunal Administratif de Nancy** a rendu le 27 mai 2008 une décision capitale qui enjoignait l'agence France Télécom, employant une fonctionnaire atteinte depuis plusieurs années d'une affection respiratoire chronique provoquée par son exposition à la fumée de tabac sur son lieu de travail, de reconnaître, au moins en partie, sa maladie comme maladie professionnelle (et d'en tirer toutes les conséquences administratives) <sup>(19)</sup>.

## 2) Les faiblesses de la loi Évin

### al Une opinion publique faiblement préparée

Une étude de 2002 <sup>(20)</sup> a permis de constater que les fumeurs minimisent les risques encourus par leur tabagisme.

(16) En référence à la directive-cadre 89-391 du Conseil du 12 juin 1989 (...) une de ses dispositions stipule que les États membres ne peuvent prévoir l'exclusion de la responsabilité de l'employeur que pour des faits dus à des circonstances étrangères, anormales et imprévisibles ou à des événements exceptionnels dont les conséquences n'auraient pu être évitées.

(17) Le salarié peut engager la responsabilité de son employeur, entraînant la reconnaissance des droits prévus par les articles L. 122-6 à L. 122-9 du Code du travail (indemnité de licenciement et de préavis) et les articles L. 122-14-4 et L. 122-14-5 du même Code (indemnité octroyée au salarié et remboursement par l'employeur des indemnités de chômage payées au salarié).

(18) TA Paris, 15/06/06 (DNF, S. c/Sénat).

(19) La Commission de réforme des agents de l'État de Meurthe-et-Moselle avait émis le 7 février 2006 un avis favorable à sa demande de reconnaissance de son affection comme maladie professionnelle et retenu un taux d'invalidité de 10 %. L'employeur avait refusé de reconnaître la maladie professionnelle. C'est cette décision qu'il se voit contraint de mettre en œuvre par la justice administrative (TA Nancy, 27/05/08, K. c/France Télécom AEGE).

(20) I.GREMY, S. HALFEN "Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac", Observatoire régional de santé d'Île-de-France, septembre 2002.

La fumée secondaire n'est pas vraiment perçue comme un danger pour la santé et que malgré la législation mise en place, le tabagisme passif n'est pas une source d'inquiétude pour les français.

Assurément, la fumée du tabac est reconnue comme un simple désagrément pour les individus, mais pas au point de changer leurs comportements. Pourtant, un sondage de 2001 <sup>(21)</sup> (10 ans après la promulgation de la loi Évin), observe que trois français sur quatre affirment être gênés par la fumée des autres : en effet, plus de 60 % des français déclarent être incommodés par la fumée de tabac dans les restaurants et les bars ; près de 40 % des personnes en activité sont gênées par la fumée sur leur lieu de travail, et plus de 50 % des jeunes se plaignent du tabac en milieu scolaire (école et université). Dans ce même sondage, plus d'un tiers de la population française admet d'ailleurs qu'elle ne réagit pas lorsqu'elle est exposée au tabagisme passif dans un lieu non-fumeur. Nonobstant ces déclarations, le fait de fumer dans un espace non-fumeur reste socialement un comportement "toléré" (près de 15 % des fumeurs admettent qu'ils leur arrivent de fumer dans les zones non-fumeurs), et ceci malgré l'interdiction en vigueur. Ces comportements accommodants <sup>(22)</sup> dénotent une attitude très tolérante envers l'exposition au tabagisme passif. Entre 1992 et 2006, la majorité de ces zones destinées aux fumeurs, tant sur les lieux de travail que dans le secteur de la restauration, étaient en réalité des

zones complètement virtuelles, peu ou pas délimitées, à la signalétique quasi-inexistantes. Les fumeurs ont donc profité d'un flou juridique et ont pu continuer, après 1992, à fumer là où l'interdiction n'était pas clairement définie.

L'opinion publique a donc pleinement participé à l'échec de la loi Évin : "la liberté de fumer" étant perçue comme plus légitime que le droit à ne pas être enfumé.



### La composition de la fumée du tabac



### Un décret d'application illisible

Même si le Parlement, organe législatif du régime politique Français, est chargé de voter la loi, celle-ci ne devient souvent effective qu'après la prise de mesures réglementaires d'application

(21) Enquête IPSOS pour la DGS, la CNAM et le CFES, 27 et 28 avril 2001, sur un échantillon national représentatif de 1 015 personnes âgées de plus de 15 ans.

(22) Lorsqu'il est demandé aux non-fumeurs ce qu'ils font lorsqu'ils se trouvent en situation de tabagisme passif : 32 % affirment ne rien faire, 20 % préfèrent changer de place, et 6 % avouent qu'ils préfèrent quitter les lieux.

par le pouvoir exécutif. Le texte même de la loi Évin renvoyait à un décret d'application. C'est ainsi qu'après la promulgation de la loi Évin, le Gouvernement a adopté, en mai 1992, un décret<sup>(23)</sup> censé compléter, préciser et faciliter l'application de la loi.

Malheureusement, le décret a introduit des notions et des conditions dans les faits, qui l'ont vidée de sa portée et de son contenu. Les principales ambiguïtés du décret de 1992 portaient sur les éléments suivants :

> Le décret prévoyait que les emplacements destinés aux fumeurs pouvaient être créés "à l'intérieur des locaux concernés par l'interdiction". De ce fait, le décret a introduit la possibilité de fumer dans les espaces mêmes où cela était interdit ;

> Par sa rédaction, le décret laissait sous-entendre que la création de ces locaux destinés aux fumeurs était "obligatoire", et non simplement facultative ;

> Le texte donnait une liste des conditions d'installation de ces locaux, très difficiles à vérifier, en omettant certaines précisions fondamentales (par exemple : surface maximale, disposition par rapport aux entrées, sorties ou zones de circulation, normes d'aération et de ventilation). Dans le cas d'une action en justice, la preuve de l'existence de ces conditions incombait au demandeur, et constituait un obstacle pour mener à bien les procédures cherchant à faire sanctionner les infractions à la loi ;

> Alors qu'une signalisation doit rappeler le principe de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, aucun article du décret ne donnait de précisions quant à la forme, au contenu, à la taille ou à l'emplacement de cette signalétique ;

> Le décret entraînait une organisation "modulable" des lieux fumeurs au sein des établissements destinés à la consommation des aliments et boissons : les propriétaires des restaurants, bars et cafés pouvant déplacer au gré de leurs envies, les zones fumeurs. Les fumeurs, quant à eux, avaient aussi l'autorisation de déambuler d'une zone à l'autre en toute liberté.

Tout comme la notion de "dispositif de ventilation", le concept "d'espaces délimités" selon lequel, la fumée ne se propagerait pas au-delà de la zone fumeurs, est responsable de l'échec du dispositif mis en place. Dans la majorité des cas en effet, le dispositif d'extraction de l'air pollué sera installé au dessus de l'espace non-fumeur, créant ainsi un flux enfumé vers cet espace, ou sera remplacé par un système de recyclage de l'air pollué, contrevenant aux dispositions de la loi et aux objectifs de santé publique. Pour illustrer cet état de fait, en 2003, l'association DNF a mené avec le magazine *60 millions de consommateurs* une étude révélant que très peu de restaurateurs se souciaient réellement de la protection des non-fumeurs. Pour les besoins de l'étude commune, les enquêteurs DNF se sont présentés comme de simples clients et ont analysé l'air avec l'aide de matériels

(23) Décret no 92-478 du 29 mai 1992 "fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique".

de prélèvement miniaturisés, en respectant un protocole mis au point avec l'Institut National de la Consommation et le Laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris (LHVP). Afin d'évaluer le niveau de pollution dû au tabac, le taux de nicotine et le taux de monoxyde de carbone ont été choisis comme paramètres de mesure. Ainsi, 30 % des établissements analysés ont révélé un air plus pollué que celui du boulevard périphérique<sup>(24)</sup> de Paris.

La loi Évin, dénaturée par un décret qui l'a rendue illisible, a été privée de son efficacité : les mauvaises interprétations ont été nombreuses et ont eu des conséquences déplorables :

**> Les dirigeants d'entreprises, les responsables de restaurants, galeries marchandes, salons, hôpitaux, écoles, etc., ont évité d'appliquer la loi** en prétextant ne connaître ni leurs obligations, ni les éventuelles sanctions auxquelles l'irrespect de la norme pouvait les conduire.

Ainsi, par exemple, alors que 73 % des français entre 15 et 75 ans étaient non-fumeurs, la fumée était tout particulièrement bien accueillie dans les restaurants, cafés, et brasseries. Dans la majorité des établissements, les non-fumeurs n'avaient pas le choix de s'installer dans un espace confortable, la surface de la zone destinée à la consommation du tabac occupant en moyenne 2/3 des locaux. Ainsi, dans 38 % des restaurants, cafés, brasseries, les non-fumeurs étaient repoussés<sup>(25)</sup> en zone fumeur.

Par ailleurs, 60 % des responsables autorisaient un client à fumer même lorsqu'il était en dehors de la zone fumeur<sup>(26)</sup>. La méconnaissance de la loi est incontestable : 55 % des responsables du secteur de la restauration n'affichaient aucune signalétique, alors que 17 % d'entre eux désignaient l'espace non-fumeur (comme si le restaurant était un lieu fumeur dans lequel on pouvait, éventuellement, installer une ou deux tables pour les non-fumeurs). Au total ce sont 72 % des établissements qui déclaraient ne pas afficher une signalétique conforme aux prescriptions de la loi. Plus significatif encore, 78 % pensaient que l'absence de panneau d'interdiction valait autorisation de fumer.

**> L'industrie du tabac pénètre les syndicats de restaurateurs et réussit à leur communiquer son interprétation de la loi.**

Les fabricants du tabac ont réussi à instaurer une vision erronée de la loi auprès des responsables des lieux. Ainsi, la plupart des responsables du secteur de la restauration, étaient convaincus que le respect de la loi Évin se limitait à désigner un espace non-fumeur dans un établissement réservé aux fumeurs.

De plus, ils ont sans cesse alimenté la hantise d'une éventuelle perte du chiffre d'affaire dans le cas où devrait s'appliquer l'interdiction de fumer.

(24) "60 millions de consommateurs", septembre 2004, Institut National de la Consommation (INC), Paris.

(25) Sondage TNS SOFRES pour DNF, octobre 2004.

(26) Id.

## cl Un manque de volonté manifeste pour l'application de la loi

La loi de 1991 a donné pour mission aux ONG de veiller au respect de la loi Évin et de faire valoir en justice les droits reconnus à la partie civile. Les dispositions de la loi, en principe conçues pour favoriser le rôle de la société civile dans la lutte contre le tabagisme, ont malheureusement contribué à ce que les autorités se désengagent de leur mission de contrôle et de sanction, sans que pour autant les ONG aient reçu les moyens d'accomplir leur tâche. En effet, il est politiquement plus gratifiant de jouer le rôle d'arbitre bienveillant que celui de gendarme rigoureux. En refusant d'assumer leur mission régaliennne, les autorités politiques ont en réalité fait germer une situation conflictuelle entre fumeurs et non-fumeurs.

### > Les agents de contrôle, pour faire respecter l'interdiction de fumer et sanctionner les infractions, sont rares.

Il s'agit essentiellement d'agents de la police judiciaire. En effet, les agents des Ministères de la santé et du travail n'ont été mandatés qu'à partir de 2004, avec la promulgation d'une nouvelle loi de santé publique (aucun décret d'application n'a permis de mettre en œuvre cette dernière disposition). Ainsi, les textes stipulaient une interdiction de fumer sur le territoire, mais aucune instance n'était investie de l'autorité nécessaire pour la faire respecter sur le terrain.

Certains Ministères sont même allés

jusqu'à donner des instructions spécifiques pour empêcher l'application de l'interdiction. Le Ministère du travail a ainsi adressé une circulaire à ses agents, obligeant ses inspecteurs à vérifier qu'aucune référence à la loi Évin ne figure dans les règlements intérieurs des entreprises. Ce faisant, il a rendu impossible, pendant plusieurs années, l'application de l'interdiction sur les lieux de travail. Un arrêt du Conseil d'État a certes déclaré cette circulaire illégale, mais il a fallu attendre la nouvelle réglementation de 2006 pour que le Ministère du travail s'engage finalement en faveur d'une véritable protection des travailleurs.

### > Un système de sanctions trop lourd et difficile à utiliser.

Les amendes prévues en cas de violation de l'interdiction étaient celles de 3<sup>e</sup> et de 5<sup>e</sup> (27) catégorie. Ce type de sanction n'a pas permis aux forces de police judiciaire de sanctionner le contrevenant par une amende au moment même de l'infraction (28).

Dans le meilleur des cas, l'agent de police pouvait constater le délit, mais devait transmettre le procès-verbal au Parquet – organe du système judiciaire français chargé de poursuivre les infractions, afin de commencer une procédure devant un tribunal. Dans le rapport de l'IGAS, il est précisé que les statistiques issues du Ministère de la justice font état de seulement 3 condamnations en moyenne par an, généralement pour

(27) Selon la classe du code de procédure pénale : l'amende de 3<sup>e</sup> catégorie s'élevait à 450 € (~3 000 FF), et celle de 5<sup>e</sup> catégorie à 1 500 € (~10 000 FF).

(28) En effet, pour être applicables de manière immédiate, les amendes doivent être inscrites dans la liste d'amendes dites "forfaitaires". Les amendes de la 5<sup>e</sup> catégorie posaient un obstacle additionnel, car elles ne pouvaient être incluses dans la liste des amendes forfaitaires.

absence de signalétique de l'interdiction <sup>(29)</sup>. Si certaines ONG de contrôle du tabac ont été autorisées à agir en justice, mener l'investigation nécessaire pour prouver les infractions devant un juge (par exemple en pouvant désigner avec certitude le responsable d'un lieu n'ayant pas mis en application la législation) s'est révélé particulièrement ardu (manque de moyens financiers, durée des procédures...).

**> Face aux infractions, la justice est très tolérante.**

Les condamnations des auteurs d'infractions n'ont d'abord eu qu'un caractère symbolique. Le Ministère public, dont la mission est de saisir le juge d'une infraction pénale, au nom de la société et pour l'intérêt commun, a considéré pendant des années, que les poursuites entamées par des ONG pour faire appliquer l'interdiction à l'encontre des responsables, relevaient de conflits personnels, et non pas, d'un problème d'intérêt général, à savoir la protection de la santé publique.

**> Les institutions publiques et les fonctionnaires ne montrent pas le bon exemple.**

Les couloirs de l'Assemblée Nationale et du Sénat continuaient d'être enfumés, malgré une loi que les parlementaires avaient eux même votée. Si les ministères, les institutions de l'État, les commissariats, les tribunaux, les hôpitaux restaient en permanence enfumés, il n'était pas possible d'attendre l'application et le respect de la législation par les ci-

toyens, ni le moindre contrôle de la part de ceux qui contestaient ouvertement la loi.

**dI La stratégie d'interférence de l'industrie du tabac**

L'importance de l'ingérence de l'industrie du tabac afin de contrer la loi Évin, en particulier dans son versant d'interdiction de fumer, s'explique notamment par les bouleversements qu'une telle mesure pouvait provoquer. Que le tabagisme passif soit reconnu comme un risque mortel a mis singulièrement à mal le postulat que les fumeurs et les non-fumeurs pouvaient cohabiter en toute tolérance. La question ne pouvait plus être posée en termes de "choix" ou "liberté" du fumeur. La mise en danger d'autrui imposait aux autorités de réglementer la consommation de tabac et de l'interdire dans les lieux relevant de la sphère publique. Ce faisant, cette interdiction malmenant l'image sociale du tabac, a amplement contribué à sa *dénormalisation* et à la baisse de sa consommation. La stratégie d'interférence, adoptée par l'industrie du tabac, a associé des tactiques définies à l'échelle internationale, mais ajustées au contexte local. Cette stratégie s'est caractérisée comme suit :

> L'industrie du tabac a très vite réagi à la menace que représentait la loi Évin. Elle constituait un dispositif cohérent et particulièrement dangereux pour ses propres intérêts, craignant que d'autres pays européens ne s'en inspirent : augmentation des taxes, interdiction totale de toute publicité et interdiction de fumer

(29) Rapport de l'IGAS, *L'interdiction de fumer dans les lieux accueillant du public en France*, décembre 2005, page 38.

dans les lieux à usage collectif. Dès l'été 1990, les fabricants opérant en France se sont unis<sup>(30)</sup> pour renforcer leurs activités de lobby et de communication. Ils se sont alors appuyés sur le CDIT (Centre de Documentation et d'Information sur le Tabac) qui constituait une officine.

> Engager des recours, préparer de futures remises en cause : certains documents internes de Philip Morris<sup>(31)</sup> révèlent en particulier des démarches actives afin d'atténuer le dispositif et de minimiser les conséquences du futur décret d'application de la loi dans les hôtels, restaurants et cafés<sup>(32)</sup>.

> Lors de l'élaboration du décret d'application de 1992, l'objectif fut de faire monter au créneau des partenaires traditionnels de l'industrie du tabac - secteur CHRDC - chargés de montrer leur opposition forte et croissante à une interprétation extensive de la loi.

Au mois de mai 1991, Philip Morris réalisa un sondage visant à démontrer que l'industrie du tabac pouvait compter sur un soutien de l'opinion

publique aux thèses de l'industrie hôtelière : 62 % des personnes sondées préféreraient la conservation des zones fumeurs et non-fumeurs, et 88 % du panel interrogé sur le rôle de l'État dans l'application de la loi refusaient son intervention<sup>(33)</sup>.

À l'époque, les médias pour lesquels les recettes publicitaires du tabac devaient être supprimées quelques mois plus tard, ont particulièrement relayé les accusations d'empiètement de la loi sur les libertés individuelles du fumeur, les menaces d'une société hygiéniste, la dénonciation des partisans de la mesure d'interdiction qualifiés systématiquement "d'ayatollahs" et enfin le caractère d'inefficacité de la logique d'interdiction au regard de la préconisation de relations de courtoisie<sup>(34)</sup>.

En définitive, le Ministre du travail, par crainte de relations difficiles avec les syndicats, a préféré temporiser<sup>(35)</sup>. Le décret adopté sous l'égide du Ministre de la santé, le Docteur Bernard Kouchner (très sensible aux arguments de l'industrie du tabac), après quatorze mois de préparation, fut donc profondément remanié et édulcoré au regard de sa

(30) WIRZ Gérard, *Restaurant accommodation*, message à Mary Pottorf, 29 août 1990, n° Bates 2024195648/5649.

(31) Dès la promulgation de la loi, le 14 janvier 1991, Philip Morris fit faire une étude pour analyser les recours encore possibles tant au plan français qu'au plan européen. Différentes initiatives couronnées de succès sont mentionnées comme l'obtention d'un vote en faveur des cigarettiers d'un des groupes à l'Assemblée Nationale, la saisie du Conseil Constitutionnel, des propositions d'amendements... (cf. in *Preliminary three-year corporate communications plan*, Philip Morris France, 1991, 19 pages n° Bates 2500120306/0324).

(32) WIRZ Gérard, *Restaurant accommodation*, message à Mary Pottorf, 29 août 1990, n° Bates 2024195648/5649.

(33) *New attempt to enforce no-smoking legislation*, document interne Philip Morris, octobre 1991, n° Bates : 2028391845/1846.

(34) Lavielle Gail, *Next steps*, télécopie à Wirz Gérard, Burston Marsteller, 28 septembre 1990, n° Bates 2501453425/3426.

(35) BOURSIER Jean-Pierre, Fire, *An anti-tobacco decree that burns too much*, Libération, 12 octobre 1991, n° Bates : 2028391887/1888.

première version<sup>(36)</sup>. Philip Morris s'emploiera d'ailleurs à ce que le décret soit mis en place de manière "flexible et harmonieuse" dans les hôtels, restaurants et cafés<sup>(37)</sup> et fera envoyer du matériel d'information directement aux restaurateurs. Ce commentaire sur la loi Évin résume ainsi le succès des fabricants : « *En France, la loi dure qui a été adoptée dans le but de restreindre la fumée a fait la Une des nouvelles internationales, mais les plus extrêmes restrictions ont en quelque sorte disparu dans la bureaucratie administrative française - notre travail avec nos alliés des syndicats et du secteur de l'hôtellerie et de la restauration a introduit de la flexibilité dans la réglementation finale. Constatez les changements obtenus : sur la place de travail, d'un maximum de 30 % à pas de maximum du tout ; d'une interdiction totale dans les cafétérias à pas d'interdiction du tout ; d'un maximum de 50 % à pas de maximum ; d'une interdiction dans les petits restaurants à c'est au propriétaire de décider* ». Et ainsi de suite<sup>(38)</sup>.

> Tout au long de la décennie 90, l'objectif de l'industrie du tabac fut d'empêcher tout durcissement de la législation ou tout renforcement de l'application du dispositif en place (in fine conforme à ses souhaits car inapplicable). Ce fut notamment l'enjeu du déni scientifique des risques du tabagisme passif.

À cette époque, la France, dans le cadre d'une stratégie européenne voire mondiale, fut l'objet d'une campagne intense de désinformation orchestrée par Philip Morris.

À l'été 1995, ce dernier lança une campagne sur le thème de la "ghettoïsation" des fumeurs et de la bureaucratie européenne qui constituait une atteinte aux libertés individuelles. Deux visuels "Pythagore" et "Zone fumeur" furent diffusés dans la presse européenne et dans les grands quotidiens nationaux (*Le Monde, Le Figaro, Libération, l'Humanité...*)<sup>(39)</sup>.



(36) WIRZ Gérard, *Finally ! French public smoking decree to be published*, memorandum interne Philip Morris, 5 mai 1992, n° Bates 2028391516/1517.

(37) 1993 Action Points - France, Philip Morris, 1993, n° Bates 2501029460/9462.

(38) David I. Greenberg *Presentation to the Members of the Public Affairs and Social Responsibility Committee of the Board of Directors of Philip Morris Companies Inc. New York*, 25 août 1993, n° Bates 2501341430/1458.

(39) Plus de 10 millions de Francs seront dépensés en 1995 pour ces insertions publicitaires dans les seuls supports français. Source : Observatoire des publicités tabac, Bilan de l'année 1995, CNCT, mars 1996.

En 1996, une nouvelle campagne, ciblant à nouveau les décideurs et leaders d'opinion du pays fut diffusée. Cette deuxième campagne, qui semblait s'appuyer sur des résultats d'études scientifiques incontestables, remettait très clairement en cause les risques du tabagisme passif. Huit visuels différents furent conçus afin de minimiser, voire ridiculiser les risques du tabagisme passif en les comparant faussement et de manière biaisée, à l'absorption d'un verre d'eau ou de lait ; au fait de manger un gâteau ou encore d'épicer un plat. L'un des visuels visait directement les lieux de travail avec pour slogan : « *Il y a suffisamment de problèmes dans la vie professionnelle. Le tabac n'a pas à en être un de plus* »<sup>(40)</sup>.

Bien que condamnées par la justice française<sup>(41)</sup>, ces campagnes de désinformation ont atteint leur but non avoué : parvenir, et de manière durable, à ce que l'on ne considère pas le tabagisme passif comme un risque sanitaire, mais plutôt comme une simple gêne ou encore un manque de tolérance à l'égard des fumeurs. Elles ont également contribué à différer l'adoption de mesures efficaces destinées à s'en protéger.

L'interférence de l'industrie du tabac et de ses alliés dans la mise en œuvre de la première législation d'interdiction de fumer en France a souligné la nécessité

pour les gouvernements et les pouvoirs publics de se prémunir de leurs actions de lobbying, tout en adoptant des lignes directrices rigoureuses conformes à l'article 5.3 de la CCLAT.

## C1 LE DÉCRET DU 15 NOVEMBRE 2006

Le 15 novembre 2006, le Gouvernement Villepin a promulgué le décret n° 2006-1386, qui a fixé les nouvelles conditions d'application de l'interdiction de fumer, et qui a mis fin au dispositif institué par le décret d'application de la loi Événin en 1992.

### 1) Le contenu du décret : obligations, responsabilités, sanctions

Le 15 novembre 2006, le Gouvernement Villepin a promulgué le décret n° 2006-1386, qui a fixé les nouvelles conditions d'application de l'interdiction de fumer, et qui a mis fin au dispositif institué par le décret d'application de la loi Événin en 1992.

Pour la rédaction de ce décret, le Ministre de la santé Xavier Bertrand, a pris en compte les conclusions de la Mission parlementaire d'information contre le tabac. Le Gouvernement a alors rédigé

(40) L'ensemble de ces pleines pages était situé à des emplacements privilégiés : premières pages des quotidiens ou pages centrales. L'investissement en valeur d'espace représentait en 1996 environ 10 millions de Francs (~1,5 millions €) pour plus de 50 insertions dans les seuls supports français indépendamment de la cinquantaine d'insertions dans les supports étrangers également diffusés en France comme le *Financial Times*, *International Herald Tribune*, *Wall Street Journal* ... (Source Observatoire des Publicités du Tabac, Bilan de l'Année 1996, CNCT, mars 1997).

(41) Cf CNCT c/Philip Morris, Cour d'Appel Paris 20/03/1998.

un texte écartant volontairement les ambivalences qui avaient ouvert la porte aux difficultés d'application des dispositions précédentes. Cependant, sans raison objective, le texte même du décret prévoyait une mise en œuvre de ces dispositions en deux temps :

> À partir du 1<sup>er</sup> février 2007, il fut interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou constituant des lieux de travail, dans les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, et dans la totalité des locaux scolaires – écoles, collèges et lycées publics et privés (y compris les endroits ouverts, telles les cours d'écoles) –, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs. Des emplacements réservés aux fumeurs pouvaient cependant y être installés, mais soumis à des conditions d'installation draconiennes. Toutefois, il était totalement interdit

de créer ces emplacements dans les lieux accueillant des mineurs et dans les établissements de santé.

> Ainsi, ce n'est que le 1<sup>er</sup> janvier 2008, un an après la mise en place du premier volet de l'interdiction, que ces dispositions ont été appliquées dans les débits permanents de boissons à consommer sur place, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques, sauf à l'intérieur de l'emplacement éventuellement réservé aux fumeurs par le responsable du lieu, mais dont l'aménagement n'est pas obligatoire.

Afin de faciliter l'accès à toutes les informations concernant le décret, le Ministère de la santé a mis en ligne le site [www.tabac.gouv.fr](http://www.tabac.gouv.fr). S'y trouvent expliqués les différents textes (décret, circulaire), ainsi que les motivations de l'adoption de ce décret, les objectifs en matière de santé publique, et le calendrier de la mise en application.



The screenshot shows the homepage of [tabac.gouv.fr](http://www.tabac.gouv.fr). At the top, there are contact numbers for 'Arrêt du tabac' (0 825 309 310) and 'Application du décret' (0 820 03 33 33). Below the navigation menu, the main heading is 'Ensemble, arrêtons le tabac'. The text explains that the fight against smoking is a public health priority, with 5,000 people dying from smoking in France each year. It details the implementation of the ban in two stages: first on 15 November 2006 for public places, and then on 1 February 2007 for workplaces and schools. Finally, on 1 January 2008, the ban was extended to bars, hotels, restaurants, and casinos. A large red 'no smoking' sign is visible on the right side of the page.

## 2) Les dispositions complémentaires : circulaires et arrêtés

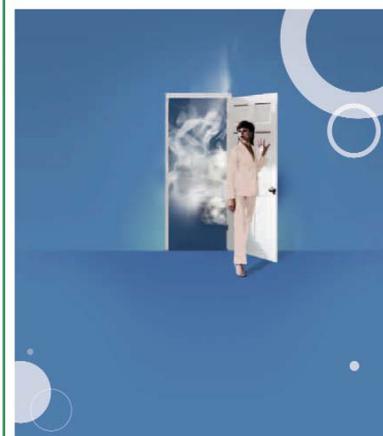
Fin 2006, à la suite de la publication du décret, **un ensemble de circulaires** <sup>(42)</sup> a été promulgué par les différents Ministères du Gouvernement afin de faciliter la compréhension et l'application de la nouvelle interdiction de fumer. Ces textes, bien que n'ayant pas de valeur juridique contraignante, constituent un outil précieux pour comprendre la portée des principales dispositions de ce décret.

Le décret prévoyait également qu'un arrêté du Ministère de la santé définisse les **caractéristiques de la signalisation obligatoire** qui doit être apposée, afin de rappeler l'interdiction dans l'ensemble des locaux concernés. Cet arrêté, publié le 22 janvier 2007 a précisé la taille minimale des panneaux, ainsi que la couleur des images et des textes, qui doivent être utilisées pour l'impression de cette signalétique.

En complément à l'interdiction, et afin de motiver et d'accompagner les fumeurs qui souhaitent s'arrêter, le Gouvernement a décidé de mettre en place un **programme d'envergure pour**



Les solutions pour arrêter de fumer



**renforcer l'aide à l'arrêt.** D'abord, en doublant le nombre de consultations individuelles de tabacologie (le but était de passer de 500 centres de consultation en 2006 à plus de 1 000 à la fin 2007) ; ensuite, en augmentant le nombre des consultations de groupe sans rendez-vous.

Le dispositif légal a proposé de prendre en partie en charge **l'accompagnement médicamenteux** (mise en place d'un

(42) Quelques exemples :

- Circulaire du Ministère de la santé du 29 novembre 2006, relative à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif. Cette circulaire, la plus complète du dispositif, donne des précisions fondamentales sur l'interdiction : concernant d'abord le champ d'application de l'interdiction, les règles relatives à la mise en place facultative des emplacements réservés aux fumeurs, l'accompagnement à l'arrêt des fumeurs, ainsi que des explications sur les modes de sanction et sur les contrôles ;
- Circulaire du Ministère du travail du 24 novembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme. Cette circulaire est également fondamentale, car elle démontre un changement radical dans l'engagement du Ministère du travail dans l'application des mesures de protection contre le tabagisme passif, alors qu'il s'y était montré très opposé en 1992. Dans ce texte sont abordés la question du pouvoir disciplinaire dont dispose l'employeur pour sanctionner les salariés qui contreviendraient aux dispositions du décret, ainsi qu'une liste de ressources pour accompagner les entreprises à devenir des lieux libres de tabac.

forfait maximum de 50 € annuels remboursés par la Sécurité sociale) de chaque fumeur suivi par un professionnel. Cette aide permet donc aux patients d'avoir accès à des médicaments d'aide à l'arrêt comme, par exemple, les traitements nicotiniques de substitution (TNS). Par cette prise en charge, le Gouvernement prévoyait d'apporter une aide à près de 1,2 million de fumeurs.

Pour conclure, un renforcement des plateformes téléphonique et Internet, gérées par l'INPES, sous la direction du Ministère de la santé, a été mis en place. Une campagne de communication a permis de rappeler les services proposés par la ligne téléphonique d'aide à l'arrêt 0 825 309 310 (Tabac info service, 0,15 €/minute, service ouvert de 8h à 20h du lundi au samedi). Le site [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr) donne un accès aux internautes à l'annuaire national des consultations de tabacologie, à un programme d'aide personnalisé ainsi qu'aux informations concernant les risques pour la santé et les bénéfices de l'arrêt. Le Ministère s'est

aussi engagé à répondre aux différentes questions des internautes concernant l'application pratique dans les différents lieux concernés<sup>(43)</sup>.



Quelques lignes pour une légende éventuelle ...



**LE 1<sup>ER</sup> JANVIER 2008,  
TOUS LES BARS, RESTAURANTS ET DISCOTHÈQUES  
DEVIENNENT DES LIEUX SANS TABAC.**

(43) Un groupe de travail de l'Alliance Contre le Tabac a pris en charge l'analyse des réponses apportées sur ce site officiel et a relevé des ambiguïtés, parfois des contradictions avec les textes législatifs, démontrant les difficultés de l'application de la mesure. Le résultat de ce travail a été transmis à la DGS, responsable du contenu des réponses au Cabinet du ministre.

## ➤ PARTIE II

# Comment préparer la mise en place de l'interdiction



La signature puis la ratification de la CCLAT de l'OMS, en octobre 2004, a donné à la prévention du tabagisme passif un cadre légal international. La CCLAT oblige les pays membres du traité à mettre en place des mesures efficaces afin de garantir la protection de l'ensemble des personnes, notamment des travailleurs, à l'égard des risques liés à l'exposition au tabagisme passif. Il était donc urgent de préparer un changement de la législation en France et, pour cela, il fallait mobiliser l'opinion publique et impliquer les décideurs politiques. Ce processus de sensibilisation a bénéficié de plusieurs facilitateurs. Différentes politiques de contrôle du tabac ont été menées avec succès dans d'autres pays européens (Irlande, Italie) ; la lutte contre le cancer est devenue cause nationale ; les données scientifiques concernant le tabagisme passif, ont été rassemblées et mises à la disposition du grand public.

## ➤ A] MOBILISER L'OPINION

### 1) Le Plan Cancer

La lutte contre le cancer a été déclarée cause nationale par le Président de la République, M. Jacques Chirac, en 2003<sup>(44)</sup>. Le plan de mobilisation nationale contre le cancer constituait un programme stratégique sur cinq ans comportant **six chapitres opérationnels et prioritaires à l'horizon 2007 : prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir.**

L'objectif général du plan étant de diminuer la mortalité par cancer de 20 %. À cet effet, 9 mesures ont été proposées afin de "Déclarer la guerre au tabac" au moyen d'actions favorisant l'arrêt et le sevrage du tabac (notamment celui des jeunes et des femmes enceintes), d'augmentations significatives du prix de vente des produits du tabac, et à l'application effective de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et les établissements scolaires. Le but avoué était de diminuer de 30 % le tabagisme des jeunes et de 20 % celui des adultes.

(44) Discours du Président de la République du 24/3/2003.

## LES NEUF MESURES CONTRE LE TABAC, ISSUES DES 70 MESURES DU PLAN CANCER

N° 4 Rendre de plus en plus difficile l'accès au tabac

N° 5 Faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs

N° 6 Mettre en place des opérations "École sans tabac"

N° 7 Faire appliquer l'interdiction de la promotion du tabac

N° 8 Mobiliser les ONG dans la lutte contre le tabac

N° 9 Aider à l'arrêt du tabac par des actions volontaristes d'éducation à la santé

N° 10 Lutter contre le tabagisme des femmes enceintes (information dans les maternités, sensibilisation du personnel soignant, accès aux consultations de sevrage)

N° 11 Financer des campagnes grand public et établir des "chartes de bonne conduite" avec les médias pour jeunes

N° 12 Utiliser l'augmentation des taxes pour financer les actions de prévention contre le cancer et de soins

Au regard de la prévention du tabagisme passif, le Gouvernement a mis en place un dispositif global, qui comprend quatre grandes mesures :

> **Un programme d'inspection** ciblé sur les établissements de restauration (cafés, bars, débits de boissons, restaurants) dans tous les départements, via les Directions Départementales d'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) ;

> **Les moyens de contrôle de la réglementation sont renforcés** par la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique. Elle donne autorité à des nouveaux agents (médecins inspecteurs de santé publique, ingénieurs du génie sanitaire, inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, et inspecteurs du travail) pour le contrôle des infractions<sup>(45)</sup> ;

> La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie - MILDT, est chargée d'obtenir une meilleure application de la loi Évin en **facilitant la mobilisation des différentes administrations responsables**, notamment l'Éducation nationale, et en cherchant des moyens de concertation avec les différents acteurs concernés (entreprises, organisations professionnelles, ONG...) ;

> La détermination de l'État à faire respecter la loi Évin et ses décrets d'application s'est traduite par l'augmentation des subventions destinées aux ONG du contrôle du tabac, passant ainsi de 0,3 à 7 millions d'euros pour 4 ans.

(45) Cf. Loi de santé publique de 2004, la liste des nouveaux agents.



## 2) Les rapports sur le tabagisme passif

Dans son discours, le Président de la République, confirmait que le tabagisme est la principale cause de cancer évitable et qu'il doit être combattu avec la plus grande vigueur.

Déjà, le Professeur Maurice Tubiana <sup>(46)</sup>, lors de la séance du 06 mai 1997 de l'Académie nationale de médecine, présentait ses préoccupations, ses conclusions et ses recommandations sur les conséquences du tabagisme passif sur la santé <sup>(47)</sup>.

Lors de la Journée Mondiale sans Tabac (2001), un groupe de travail dirigé par le Professeur Bertrand Dautzenberg publiait un rapport <sup>(48)</sup> sur le tabagisme passif. Ce rapport, réalisé à la demande de la DGS, analysait les nombreuses données scientifiques disponibles sur les risques liés à l'exposition à la fumée du tabac, et formulait des propositions et recommandations afin de préserver la santé des non-fumeurs.

Ce document confirmait l'existence d'un risque <sup>(49)</sup> de certaines pathologies associées à l'exposition à la fumée du tabac. Il prouvait également que le tabagisme passif concerne l'ensemble de la population : quelque soit l'âge ou l'état de santé de l'individu, la fumée de tabac est susceptible de provoquer ou d'aggraver des maladies s'avérant mortelles dans certains cas.

Par ailleurs, à la fin de l'année 2004, un groupe de travail "Tabagisme passif" fut formé au sein de l'Alliance Contre le Tabac. Ce groupe de travail fut chargé de faire le recueil de la littérature concernant le tabagisme passif, afin

(46) Président d'Honneur de l'Alliance Contre le Tabac.

(47) *Rapport et vœu de l'Académie nationale de médecine présentés par le Professeur Maurice Tubiana*, Extraits du Bulletin de l'académie nationale de médecine (1997, 181, n° 4 et 5, séances des 29 avril et 6 mai 1997) ; [www.droit-air-pur.com/Rapport%20Maurice%20Tubiana.htm](http://www.droit-air-pur.com/Rapport%20Maurice%20Tubiana.htm)

(48) [www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000432/synth.shtml](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000432/synth.shtml)

(49) Quelques exemples : l'enfant et le fœtus sont particulièrement sensibles à la fumée de tabac (+ 72 % d'infections respiratoires basses de l'enfant si la mère fume ; + 48 % d'otites récidivantes de l'enfant si les deux parents fument ; risque doublé de mort subite du nourrisson). Les personnes atteintes de maladies cardiaques ou respiratoires sont particulièrement sensibles : + 25 % d'accidents coronariens ; + 26 % de cancer du poulmon.

d'établir une série de préconisations sur la stratégie à suivre pour améliorer le dispositif légal de protection contre la fumée du tabac (dans la même ligne de ce qui avait été réalisé par le groupe de travail du Pr. Dautzenberg en 2001). Les recommandations du rapport de l'Alliance Contre le Tabac, à l'attention de décideurs politiques, ont été publiées en mars 2005 et constituent un état de lieux des connaissances les plus pertinentes en matière de tabagisme passif<sup>(50)</sup>.

### 3) Les campagnes de communication

#### a) Les actions de l'INPES

L'INPES a une expertise incontestée dans le champ de la promotion de la santé. Les actions de cet institut sont organisées autour des programmes de santé publique définis par le Ministère de la santé. Ainsi, lors de la promulgation du Plan Cancer, c'est à cette institution qu'est revenue tout naturellement, la mission de développer des campagnes radiodiffusées, télévisées et via Internet, avec plusieurs objectifs : dénoncer les manipulations de l'industrie, participer à la dénormalisation du tabac, sensibiliser l'opinion aux risques du tabagisme actif et passif, et fournir des outils favorisant l'arrêt du tabac.

Déjà en 2000, le Baromètre Santé de l'INPES, portant sur 13.685 personnes en France, montrait que 71 % des personnes interrogées étaient gênées par la fumée des autres (respectivement, 80 % des non-fumeurs et 52 % des fumeurs). En 2004, 73 % des 3 085 répondants à cette enquête INPES ont affirmé

être dérangés par la fumée des autres. Ces différents sondages montrent ainsi une croissance progressive de la sensation de gêne.

Les campagnes institutionnelles concernant le tabagisme passif ont débuté en 2001, à l'occasion de la Journée Mondiale sans Tabac (le 31 mai), avec une affiche destinée à informer les parents des conséquences de leur addiction sur leurs enfants.

Avec la mise en œuvre du Plan Cancer en 2003, une nouvelle campagne nationale grand public est lancée. Celle-ci, diffusée en 2004 puis à nouveau en 2006, a permis d'exposer la réalité du tabagisme passif en confrontant les fumeurs aux conséquences de leur consommation de cigarettes sur entourage. Les deux spots télévisés de cette campagne ont permis d'apprécier la quantité de cigarettes inhalées par deux jeunes enfants non-fumeurs, vivant dans un environnement enfumé. Avec un slogan coup de poing : *"Quand vous fumez à côté d'un non-fumeur, il fume aussi"*, les non-fumeurs ont ainsi pu constater que l'exposition qu'ils subissent n'a rien d'anodin. À l'issue de la campagne médiatique, 76 % des personnes interrogées donnaient une bonne définition de ce que constitue le tabagisme passif.

L'impact de cette campagne dans l'opinion publique, a été fondamental : la modification de la législation de protection contre le tabagisme dans les lieux publics était devenue impérative.

Une fois le nouveau décret sur l'interdiction de fumer promulgué, l'INPES

(50) [www.alliancecontreletabac.fr/ewb\\_pages/ff/fiches-thematiques-177.php](http://www.alliancecontreletabac.fr/ewb_pages/ff/fiches-thematiques-177.php)

souhaitait renforcer l'adhésion de l'opinion à la mesure qui allait être mise en place, en lançant une campagne basée sur un contraste entre passé et présent. Mettre en avant, qu'il y a encore trente ans, fumeurs et non-fumeurs ignoraient les risques liés à la consommation de tabac et à l'exposition au tabagisme passif ; ce qui n'était plus le cas à la veille de l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer. En effet, les données scientifiques sont maintenant connues du grand public et rendent difficilement acceptables les situations représentées dans la campagne : un homme fumant dans le même bureau que son collègue non-fumeur, des parents fumant dans leur voiture, accompagnés de leurs enfants.

Cette campagne a été testée après sa diffusion, et les résultats ont prouvé que le message sur les conséquences du tabagisme passif a bien été compris. Touchant un large public, des non-fumeurs comme des fumeurs se sont reconnus dans les situations et les personnages évoqués par la campagne.

À la suite de cette campagne, une très grande majorité de fumeurs (+ des 2/3) se déclarait incitée à faire davantage attention aux non-fumeurs et à faire des efforts pour ne pas fumer en leur présence <sup>(51)</sup>.

L'INPES a favorisé pendant toutes ces années, une coopération étroite avec les ONG. L'expertise de l'INPES en matière de communication et de prévention, a pu être renforcée par une action coordonnée avec différentes ONG travaillant sur d'autres aspects du contrôle tabac (économiques, légaux, sociaux).

## bl Les enquêtes d'opinion et les communiqués de l'Alliance Contre le Tabac

Pour l'Alliance la *dénormalisation* du tabac ne pouvait être effective qu'en recherchant le consensus de la population française. Pour rallier la majorité de l'opinion publique à la demande de cette interdiction, l'Alliance a mis en place une stratégie sur cinq ans.

En 2004 <sup>(52)</sup>, afin de montrer l'adhésion de l'opinion publique à des lieux de travail et à des lieux publics sans fumée, l'Alliance Contre le Tabac a commandé et publié les résultats d'un sondage d'opinion au sujet de l'interdiction de fumer. Ce sondage indiquait clairement que 84 % des personnes interrogées étaient favorables à l'idée d'interdire totalement le tabac dans les espaces collectifs. Pourtant, 59 % pensaient que la loi était observée dans les restaurants et 61 % étaient persuadés qu'elle était bien respectée dans les entreprises.

Ce sondage a mis en évidence l'incompréhension profonde de la loi, tout en confortant un intérêt accru pour une véritable protection contre la fumée du tabac. La motivation principale des personnes favorables à l'interdiction de fumer résidait dans la volonté de protéger les personnes fragiles et les salariés (52 %).

Le plus intéressant, fut que l'enquête menée par l'Alliance Contre le Tabac a montré que si une interdiction totale de fumer était mise en place en France, la fréquentation des lieux de convivialité augmenterait de 10 % pour les cafés, ~18 % pour les restaurants et même de 4 % pour les discothèques. Les per-

(51) Enquête menée par l'Institut BVA pour l'INPES, décembre 2006

(52) Sondage TNS SOFRES 6 octobre 2004

sonnes déclarant ne plus vouloir fréquenter ces lieux en cas d'interdiction définitive, étaient en nombre nettement inférieur à celui des personnes qui les fréquenteraient plus volontiers. L'Alliance a donc axé sa communication sur ce changement de tendance, montrant que les Français étaient favorables à des lieux à usage collectif libres de la fumée de tabac.

C'est ainsi que la communication associative a relayé le cas de la SNCF. Les utilisateurs de train ont, par leur comportement, obligé l'entreprise à prendre des mesures plus contraignantes vis-à-vis des fumeurs. En effet, la loi Évin prévoyait qu'il était possible de dédier des zones aux fumeurs dans les trains, mais ces compartiments n'étaient que des aménagements virtuels. La SNCF fut dans l'obligation, le 14 décembre 2003, d'annoncer que tous les TGV deviendraient totalement non-fumeurs, dans la mesure où plus de 86 % des Français refusaient d'acheter des places dans les compartiments fumeurs. Entre 2002 et 2004, la notoriété de la mesure "TGV entièrement non-fumeur" passa de 30 % de personnes se disant favorables, à 61 %.

Les expériences se multiplièrent, ainsi des entreprises, des mairies, des lycées... devinrent des lieux sans tabac et témoignent de l'intérêt de cette démarche. La communication de ce type d'expériences a permis de renforcer l'expression de l'opinion en faveur d'une réglementation plus protectrice.

## B] TROUVER DES ALLIÉS ET TRAVAILLER AVEC LES ACTEURS CONCERNÉS

La préparation de la mesure s'est appuyée sur les expériences étrangères réussies et sur les enseignements tirés de l'échec de la première réglementation française. Outre le soutien essentiel de l'opinion publique, relayé par la majorité des médias (devenus plus indépendants aux pressions de l'industrie du tabac en raison de l'interdiction de la publicité des produits du tabac), la préparation de la mesure s'est déroulée comme suit : travailler d'emblée avec l'ensemble des acteurs concernés afin de rendre la mesure d'interdiction de fumer incontournable, et contribuer à mettre à mal la stratégie d'interférence de l'industrie du tabac.

Dès mai et juin 2005, dans le cadre du Plan Cancer présidentiel<sup>(53)</sup>, deux ONG<sup>(54)</sup> missionnées par le Ministère de la santé pour renforcer la protection à l'égard du tabagisme passif, ont engagé des auditions de représentants de l'Administration (en particulier du Ministère du travail et des autorités en charge de l'application du dispositif en place) ; de responsables des syndicats de salariés ; d'employeurs et représentants du secteur sensible de l'accueil et de la restauration<sup>(55)</sup>. Ces auditions avaient

(53) [www.tabac-info.net/NAVBAR/ACCUEIL/frame.mpi?lnk=rapportcancer.htm&IDM=1\\_7\\_](http://www.tabac-info.net/NAVBAR/ACCUEIL/frame.mpi?lnk=rapportcancer.htm&IDM=1_7_)

(54) Le CNCT en partenariat avec la LNCC.

(55) Auditions de l'UMIH, du SYNHORCAT, de la Confédération des Professionnels de l'Industrie Hôtelière (CPIH), de la Fédération Autonome Générale de l'Industrie Hôtelière et Touristique (FAGIHT), de la Confédération Nationale des Débitants de Tabac (CNDT), de la Confédération Générale du Travail (CGT), Confédération Française Démocratique du Travail CFDT, Force Ouvrière (FO), Confédération Générale des Cadres (CGC), Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC).

pour finalité d'évaluer le soutien ou l'opposition des acteurs concernés à la mesure d'interdiction complète de fumer sur les lieux de travail et d'accueil du public, et de mieux identifier les possibles résistances et surtout les alliés potentiels.

Dans le même temps, ces auditions s'inscrivaient dans une démarche visant à montrer que le problème n'était plus "si" une telle mesure d'interdiction de fumer devait être adoptée, mais "quand" et "comment" la préparer au mieux.

Ce faisant, ce travail collectif a permis d'aborder et de répondre à des objections extrêmement variées, réelles ou supposées : la crainte de la chute du chiffre d'affaires dans les bars, restaurants ; l'impossibilité d'interdire de fumer dans un lieu où l'on vend du tabac ; la crainte de licenciements au travers d'un durcissement de la législation ; les fausses bonnes solutions dans les systèmes de ventilation ; la question des interdictions partielles ou du libre choix ; le problème des nuisances sonores...

Concrètement, la préparation de la mesure a nécessité de travailler en étroite collaboration avec de nombreux interlocuteurs : les acteurs de l'univers de la santé (principalement les ONG qui devaient impérativement s'unir et ne pas afficher de divisions sur la question) ; les responsables politiques et administratifs ; les journalistes (pour entretenir un débat en faveur des positions de la santé publique et relayer le soutien de l'opinion publique) ; les représentants

de la profession du secteur de l'accueil et de la restauration ; et dans une moindre mesure, les syndicats de salariés. Chacun a pu jouer un rôle, à sa manière indispensable.

## 1) Le Gouvernement

La position du Gouvernement français face à la mesure d'interdiction de fumer dans les lieux de travail et d'accueil du public a évolué entre le lancement du débat auprès de l'opinion en 2004, et l'adoption du décret le 15 novembre 2006. Hormis le Ministre de la santé, les autres membres du Gouvernement, notamment le Premier Ministre, n'avaient fondamentalement pas intégré le fait que cette demande forte émanait de l'ensemble des partis politiques et de près de 80 % de la population, relayée massivement par les médias qui n'hésitaient pas à les interpeller régulièrement sur cette disposition. Les positions des ruralistes et de l'industrie du tabac préconisant simplement l'application du dispositif en place prévalaient toujours. La présence de Mathilde Lemoine, conseillère du Premier Ministre, et liée aux fabricants de tabac <sup>(56)</sup>, n'était sans doute pas étrangère à cette situation. L'Alliance Contre le Tabac s'en est du reste ouvertement émue par un communiqué de presse <sup>(57)</sup>.

C'est en 2005 que le Ministère de la santé a commandé le rapport sur l'application de la loi Évén à l'IGAS qui analysait les scénarios possibles pour la modification de la législation. Malgré

(56) Coauteur avec Jean-Jacques Rosa de l'étude *Le coût social de la consommation de tabac et l'équilibre des finances publiques*, septembre 1994, étude secrètement financée par l'industrie du tabac - n° Bates 2028363126/3127.

(57) Communiqué de presse de l'Alliance Contre le Tabac, 2006.

l'exhaustivité de ce travail, ce n'est que sous la pression des ONG, que le nouveau Ministre de la santé, Xavier Bertrand, a décidé de publier le rapport. Il est cependant apparu de plus en plus convaincu par la mesure, et a renforcé sa position au sein du Gouvernement. Après avoir reçu à plusieurs reprises les représentants des ONG de contrôle du tabac, le Ministre s'est fortement impliqué et engagé dans l'élaboration et la préparation de sa mise en œuvre du décret du 15 novembre.

Son appui ne s'est pas arrêté à ses seules responsabilités de Ministre de la santé et de la solidarité. Dans le Gouvernement suivant (Gouvernement Fillon), il fut désigné Ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, et apporta à plusieurs reprises son soutien au dispositif adopté afin qu'aucune remise en cause n'intervienne, notamment dans les établissements du secteur de l'accueil et de la restauration pour lesquels un délai d'un an avait été accordé. Vivement attaqué par l'industrie et les buralistes, Xavier Bertrand symbolise, avec le député Yves Bur, la nouvelle disposition. Cet engagement lui a valu le suffrage des électeurs lors des élections législatives de juin 2007 : il est réélu député de la deuxième circonscription de l'Aisne dès le premier tour en recueillant plus de 53 % des suffrages <sup>(58)</sup>.

## 2) Les députés : le rôle d'un leader politique

Sur le plan politique, l'engagement fidèle et énergique d'un parlementaire de la majorité, vice-président de l'Assemblée nationale, a été essentiel. Yves Bur s'était déclaré favorable à une mesure d'interdiction de fumer complète et très claire dans les lieux de travail et d'accueil du public.

Durant l'été 2005, Yves Bur fit une déclaration publique d'engagement pour la mise en œuvre d'une interdiction de fumer. Fort de cette intervention, particulièrement reprise et relayée par les médias nationaux, il organisa au mois de novembre 2005 un colloque à l'Assemblée nationale sur l'enjeu d'une telle mesure <sup>(59)</sup> avec dépôt d'une proposition de loi associée. Yves Bur, est ainsi devenu le porte parole politique de la mesure, soucieux de faire le lien avec les parlementaires et les initiatives gouvernementales en la matière.

L'industrie du tabac par l'intermédiaire des buralistes, a vivement attaqué Yves Bur et a largement stigmatisé son appui à la mesure d'interdiction de fumer <sup>(60)</sup>. Mais cet engagement courageux du député et de ses collègues parlementaires a été salué par les électeurs <sup>(61)</sup> en dépit des menaces qu'avaient fait peser l'industrie du tabac et ses alliés sur les candidats <sup>(62)</sup>.

(58) Interrogé le 14 novembre 2006 sur les conséquences électorales de la promulgation d'une interdiction de fumer dans les lieux de travail et d'accueil du public, Xavier Bertrand répondait en ces termes : « Il y a plus important que les élections, il y a la santé publique ».

(59) La dépendance au tabac : la nécessité d'une nouvelle loi, Assemblée Nationale, 2 novembre 2005. - Proposition de loi n° 2591, enregistrée le 13 octobre 2005, Assemblée Nationale : [www.assemblee-nationale.fr/12/propositions/pion2591.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/12/propositions/pion2591.asp)

(60) [www.buralistesidf.fr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=279&Itemid=39](http://www.buralistesidf.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=279&Itemid=39)

(61) Élections législatives : à droite comme à gauche, l'engagement pour l'intérêt général et la santé publique s'est avéré payant : [www.cnct.fr](http://www.cnct.fr)

### 3) La Mission parlementaire

L'implication des élus s'est également traduite par la mise en place de la toute première Mission parlementaire sur le tabac en France. Composée de 30 membres <sup>(63)</sup>, présidée par l'ancien Ministre de la santé Claude Évin à l'origine de la principale législation de prévention du tabagisme, cette Mission s'est réunie de mai à septembre 2006. Les positions en faveur, ou hostiles, à la mesure d'interdiction de fumer soulignent combien la problématique de l'interdiction de fumer et de la santé publique s'inscrivait au-delà du clivage traditionnel droite / gauche des partis politiques : Claude Évin appartient au parti socialiste, alors que Yves Bur et Pierre Morange sont des élus de droite.

#### > La composition – à risque – de la Mission parlementaire

Nombre de parlementaires, proches des lobbys des buralistes et des fabricants de tabac, ont postulé pour faire partie de la Mission. Le risque était grand que les recommandations finales portent sur des dispositions inefficaces. Aussi, les acteurs du secteur de la santé se sont également efforcés de mobiliser leurs appuis pour les sensibiliser pleinement aux enjeux afin qu'ils deviennent membres de la Mission.

La Mission parlementaire n'a pas seulement réuni des élus, mais également des représentants des adminis-

trations, des ONG du contrôle du tabac, des professionnels du secteur de l'accueil et de la restauration, des buralistes et un représentant pour l'ensemble des fabricants de tabac (à l'exception de Philip Morris <sup>(64)</sup>). La présence de l'industrie du tabac a soulevé de nombreuses protestations : certains pensaient qu'elle n'aurait pas du être au nombre des membres de cette Mission parlementaire. Mais en l'absence de règles et de lignes directrices relatives à l'article 5.3 de la CCLAT, et en dépit de la pression de l'ensemble des ONG de santé, sa participation a été maintenue. Face aux dangers que représentait la présence de l'industrie du tabac à la table des négociations, les ONG ont demandé que les auditions soient accessibles aux journalistes, afin de pouvoir révéler publiquement les liens pouvant exister entre les experts sollicités par la Mission et l'industrie du tabac. C'est ainsi que le Président du CNCT, Yves Martinet, a publiquement révélé aux membres les liens qui prévalaient entre un éminent constitutionnaliste consulté dans le cadre de la Mission, Guy Carcassonne, et les fabricants de tabac. Or celui-ci mettait en garde les élus sur « *l'atteinte que constituerait une mesure d'interdiction, dont le fondement en matière de protection de la santé, ne prévalait pas sur celui des libertés individuelles* <sup>(65)</sup>. »

(62) Losange, juin 2007 - Cf. courrier d'Yves Trévilly, responsable des relations institutionnelles de BAT aux députés, 2006.

(63) Rapport n° 3353 Assemblée nationale, rapport fait au nom de la Mission d'information sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics, [www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3353.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3353.asp)

(64) Id. [www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3353.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3353.asp)

(65) Id. Table Ronde du 21 juin 2006.

### > Le fonctionnement et les travaux de la Mission parlementaire

Le médecin Pierre Morange fut désigné comme rapporteur alors qu'Yves Bur, quant à lui, occupait l'un des postes de vice-président. La Mission parlementaire d'information a fonctionné de manière relativement inhabituelle. Au lieu de procéder à des auditions, qui avaient déjà eu lieu, les parlementaires ont préféré réunir les principaux acteurs du secteur afin de parvenir à une confrontation des points de vue dans le cadre de tables rondes thématiques.

Les travaux de la Mission parlementaire se sont axés sur l'étude du dispositif juridique en vigueur qui est apparu dépassé et inapproprié à assurer une protection des individus. Ainsi, les principes directeurs de la réforme à apporter ont rappelé un certain nombre de fondamentaux, dont celui de protéger toutes les personnes au travail sans exception.

Sur le plan de la méthode, l'industrie du tabac, les buralistes, ainsi qu'une majorité des ONG de santé préconisaient de recourir à une loi, mais pour des raisons opposées.

Pour les acteurs du milieu de la santé, c'était le seul moyen de parvenir à une interdiction complète, avec la suppression totale des espaces fumeurs - la législation en vigueur prévoyait des exceptions à l'interdiction de fumer dans les lieux d'accueil du public - avec la possibilité de désigner d'autres corps de contrôle.

Pour les représentants des buralistes et de l'industrie, forts de l'appui et de

leur influence sur le réseau des parlementaires pro-tabac, c'était une opportunité de vider la mesure de toute substance.

Aussi dans sa conclusion, la Mission recommandait une interdiction complète de fumer par la voie législative, précisant que « *La logique qui ressort de l'ensemble des travaux de la mission invite à privilégier la voie législative qui, seule, permet avec la solennité nécessaire une interdiction absolue de fumer dans les lieux de travail et les lieux affectés à un usage collectif, c'est-à-dire sans qu'il subsiste la possibilité d'aménager des emplacements réservés aux fumeurs, quels qu'ils soient.* » Toutefois, la « réussite de la voie législative paraissant aléatoire et au regard du caractère urgent et indispensable de la mesure », les membres de la Mission ont préconisé que leurs conclusions constituent une « lettre de cadrage » pour la rédaction par le Gouvernement d'un décret (et non d'une loi) en Conseil d'État.

## 4) Le soutien des administrations et organismes publics

### al L'Inspection Générale des Affaires Sociales - IGAS

Le 29 juillet 2005, le Ministre de la santé confiait à l'IGAS la rédaction du rapport<sup>(66)</sup> sur « *les conditions de mise en place d'une interdiction complète de fumer dans les lieux collectifs et en particulier les lieux de travail* ».

(66) IGAS, *L'Interdiction de fumer dans les lieux accueillant du public en France*, rapport présenté par Bernadette Roussille, Rapport 2005 193, décembre 2005.

Pour mener à bien cette mission, l'Inspectrice générale désignée, Bernadette Roussille, a procédé à des auditions de l'ensemble des acteurs du secteur, dont les ONG. À cette fin, elle a mis en place un large comité de pilotage interministériel<sup>(67)</sup>.

Ce travail collectif a contribué à sensibiliser les différents corps d'État aux enjeux de la mesure d'interdiction de fumer et à lever un certain nombre d'obstacles. Remis en décembre 2005, ce rapport de l'IGAS concluait en ces termes :

*« Tant la faveur de l'opinion publique et les évolutions de droit interne que les exemples étrangers appellent une initiative des pouvoirs publics pour mettre le droit de la protection des non-fumeurs en accord avec les données scientifiques sur les risques du tabagisme passif. (...) Si une mesure est prise, elle devra être claire et égale pour tous : seule une interdiction de fumer totale – sans fumeurs –, dans les lieux accueillant du public ou les lieux de travail, à l'exclusion des domiciles et substituts de domicile, est cohérente avec des objectifs de protection sanitaire. Mais aussi, seule une mesure préparée et accompagnée par une impulsion forte et convergente des administrations et des partenaires sociaux et associatifs a des chances de ne pas rester lettre morte et d'entraîner, comme dans les pays voisins où elle a été mise en œuvre, une adhésion et une participation croissante de la population ».*

## bl La Direction Générale de la Santé DGS

La DGS, plus particulièrement le Bureau des Pratiques Addictives, a eu un triple rôle :

> Cette administration appuie financièrement les ONG engagées dans le contrôle du tabac. Elle les a aidées à faire progresser la protection des personnes à l'égard du tabagisme passif. Ce soutien a été renforcé lors de la préparation et de l'entrée en vigueur de la mesure d'interdiction de fumer ;

> En outre, les responsables de la DGS ont été les interlocuteurs des autres administrations, justifiant et assurant la pédagogie de la mesure ;

> Enfin, à l'égard des décideurs politiques, ils ont apporté leur assistance et leur expertise techniques. Cette collaboration est intervenue en amont de l'adoption du décret, mais également en aval, afin que la mise en œuvre du dispositif soit une réussite.

Elle a été particulièrement active dans la préparation des textes, pour la formation des personnes en charge du service téléphonique (information du grand public), pour la formation de certains corps de contrôle, ainsi que lors de sa participation au groupe de travail technique en charge de la mise en œuvre de l'interdiction de fumer dans les établissements dits de convivialité.

(67) Ce comité a rassemblé : la MILDT, dépendant du Premier Ministre ; les Ministères de la santé et des solidarités ; de l'emploi ; de l'éducation nationale ; des transports, de l'équipement, du tourisme ; de l'économie, des finances et de l'industrie ; ainsi que l'INCA et l'INPES.

## cl L'Institut National du Cancer INCa

L'INCa a également assuré une impulsion majeure en faveur de la mesure. Son engagement pour le suivi de l'application de la CCLAT en France, et son expertise ont été mis à la disposition des décideurs publics.

Cette expertise a pu notamment s'enrichir d'apports extérieurs, notamment grâce à la structure européenne SFP (Smoke Free Partnership).

Selon cette orientation de mise à disposition de l'expertise en appui à la décision politique, l'INCa a plus particulièrement effectué et/ou contribué à des études sur l'importance des particules :

> montrer l'importance du taux de pollution dans les établissements fumeurs, notamment ceux du secteur de l'accueil et de la restauration afin de prévenir toute mesure dérogatoire à leur rencontre <sup>(68)</sup> ;

> présenter à la Mission parlementaire une étude des risques sanitaires <sup>(69)</sup>, et participer à l'étude sur la mortalité attribuable au tabagisme passif en Europe <sup>(70)</sup> ;

> élaborer une étude de l'impact économique de la mesure <sup>(71)</sup>.

L'INCa a par ailleurs contribué financièrement à la diffusion de documents indispensables au moment de l'entrée en vigueur de la mesure d'interdiction <sup>(72)</sup>.

Lors de la Mission parlementaire, il importe de souligner la grande cohérence qui a prévalu entre les ONG de santé, mais également au sein des administrations. Cette cohésion, renforcée par la présence de certains syndicats responsables, a contribué à faire évoluer les positions des autres partenaires qui pouvaient être initialement opposés à la mesure, et à marginaliser l'industrie du tabac et ses représentants (qui au fil de la Mission parlementaire se sont de moins en moins exprimés, privilégiant les relations de lobby non publiques et la négociation d'indemnités financières).



(68) Réf. Étude Institut américain Rosswell Park en coopération avec le Centre International de Recherche sur le Cancer Rosswell, visant à effectuer des prélèvements de particules fines dans diverses catégories d'établissements (entreprises, aéroports, bars, discothèques ...).

(69) Cf. Réf. (7) [www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3353.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3353.asp)

(70) Jamrozick K. *An estimate of deaths attributable to passive smoking in Europe. In Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke free Europe.* INCa/CRUK/ERS/EHN.2006.

(71) Europe Sans Tabac, une politique qui a tout son sens sur le plan économique. Rapport sur les aspects économiques des mesures de protection contre l'exposition à la fumée du tabac, Smoke Free Partnership, mai 2005.

(72) Financement conjoint DGS et INCa du kit d'information pour les établissements du secteur de l'accueil et de la restauration "Sortez du brouillard".

## 4) Les syndicats

Outre les journalistes et l'opinion publique dont le soutien a été décisif, le travail de sensibilisation et de coopération a d'emblée associé les acteurs qui avaient été à l'origine de l'échec de la première réglementation d'interdiction de fumer au début des années 90.

Dans cette perspective, des relations ont été tissées avec les représentants des syndicats de salariés. Les risques du tabagisme passif ont été davantage explicités, la mesure a été présentée comme une disposition de protection, partie intégrante des conditions de travail du salarié. Ainsi tout au long du débat, l'une des justifications majeures de la demande des ONG de santé en faveur de la mesure, a été précisément la nécessaire protection des personnes au travail (salariés, gérants et patrons) et pas uniquement celle des clients.

Cette demande d'une protection pour tous, relevant de la responsabilité des employeurs sans dérogation, a été favorablement accueillie par les syndicats de salariés fondamentalement hostiles à un droit social à deux vitesses. Ils se sont engagés à s'opposer fermement à une disposition préconisée par les fabricants de tabac, à savoir, l'intégration d'une clause dans le contrat de travail prévoyant que le salarié travaille dans un lieu fumeur <sup>(73)</sup>.

Les syndicats du secteur sensible des Cafés-Hôtels-Restaurants-Discothèques-Casinos – CHRDC – ont été considérés

d'emblée comme des partenaires incontournables dans ce débat. Les CHRDC sont non seulement des lieux de travail, mais ils sont de surcroît emblématiques du degré de protection ou au contraire d'exposition au tabagisme passif des individus. L'optique adoptée par les ONG a été de montrer que l'interdiction de fumer assurait une protection sanitaire de tous à l'égard du tabagisme passif, qu'elle constituait une sécurité juridique pour les responsables des lieux et qu'elle établissait, notamment sur la base des exemples italiens ou irlandais, une opportunité économique pour redynamiser le secteur d'activité de l'hôtellerie – restauration.

Dès que le sujet a été lancé, les représentants du secteur de l'accueil et de la restauration ont présenté des nuances, voire des divergences à l'égard de la disposition.

Le principal syndicat en nombre d'adhérents, l'UMIH <sup>(74)</sup>, et nombre de plus petits syndicats, ont manifesté une hostilité virulente à tout changement de législation. Toutefois, il existait des tendances et des individus au sein même de ces syndicats qui avaient compris que la mesure était inéluctable et qu'il convenait de l'accompagner plutôt que de s'y opposer.

Le deuxième plus gros syndicat en terme d'adhérents, le SYNHORCAT <sup>(75)</sup> s'était d'emblée distingué par une position responsable au regard des enjeux de santé publique et de responsabilité juridique. Ce syndicat avait déjà fait l'expérience directe, en 2005 avec le

(73) Assemblée nationale, colloque "La dépendance au tabac, la nécessité d'une nouvelle loi" déclaration de Mr Dominique Olivier, Secrétaire Confédéral, Chargé des questions de santé à la CFDT, 2 novembre 2005.

(74) Union des Métiers et des Industries de l'Hôtellerie.

(75) Syndicat National des Hôteliers, Restaurateurs, Cafetiers et Traiteurs.

programme "100 % sans tabac", de l'échec des initiatives d'interdiction de fumer fondées sur le libre choix et le volontariat. Les restaurateurs refusaient d'interdire de fumer dans leur établissement tant que les concurrents n'étaient pas astreints à la même règle. Plus réceptif à la solution d'interdiction complète de fumer, à force de rencontres, d'efforts constants de sensibilisation et de pourparlers, ce syndicat a été rejoint par d'autres syndicats, comme celui des discothèques et des restaurations de chaînes...

Sur le plan humain, au-delà des arguments juridiques et commerciaux, les responsables syndicaux, gérant eux-mêmes des établissements, ont été particulièrement sensibles au fait que l'interdiction de fumer était une mesure qui les protégeait directement. Ils pouvaient témoigner personnellement des difficultés de travailler dans un lieu enfumé et des risques induits par la disparition de collègues et amis <sup>(76)</sup>.

Ainsi, le secteur de l'accueil et de la restauration au travers de ses représentants est progressivement devenu un allié de la mesure <sup>(77)</sup>.

Cette orientation a été plus manifeste une fois le décret d'interdiction de fumer adopté : au lieu de s'y opposer au moyen de procédures de recours,

comme ce fut le cas des buralistes, des clubs d'amateurs de cigares et de l'industrie du tabac, ces responsables syndicaux de l'accueil et de la restauration ont participé directement à la mise en œuvre de la mesure et ont su rallier progressivement d'autres responsables à la cause des ONG.

Le CNCT en partenariat avec les autres ONG réunies au sein de l'Alliance, a été chargé par le Ministère de la santé de préparer et d'accompagner spécifiquement l'entrée en vigueur dans les établissements du secteur CHRDC et d'en évaluer l'impact.

À cette fin, un groupe de travail a été constitué regroupant les différents acteurs à l'origine de la mesure : institutions de santé, élus, représentants de la profession et enfin ONG de santé, émanation de la société civile en charge de la coordination du groupe, qui veillaient à ce que les mesures adoptées soient conformes aux meilleures pratiques <sup>(78)</sup>.

Ce travail collectif a indéniablement permis, non seulement l'adoption de la mesure et son application effective, mais surtout d'éviter toute dérogation du dispositif. Toutefois, pour un certain nombre d'établissements, l'adhésion à

(76) Assemblée nationale, intervention de Franck Trouet, Directeur juridique du SYNHORCAT, auprès de la délégation de parlementaires russes, le 18/06/2008.

(77) Réf. déclaration Didier Chênet.

(78) La composition du groupe de travail était la suivante : représentants des institutions de santé : DGS, INCa, INPES ; représentants des élus : Yves Bur (information systématique voire participation du Conseiller technique de la Ministre de la santé), représentants de la profession : IDCCB : Institut pour le Développement des Cafés et Cafés-Brasseries, SNARR ; Syndicat National de l'Alimentation et de la Restauration Rapide, SNDLL, Syndicat National des Discothèques et Lieux de Loisirs, SYNHORCAT, SNRPO : Syndicat National de la Restauration Publique Organisée, SNRTC : Syndicat National de la Restauration Thématique des Chaînes, l'UMIH : 95 % des représentants de la profession étaient ainsi réunis ; seule manquait la Confédération Nationale des Débitants de Tabac violemment hostile au décret et systématiquement opposée à son adoption et à son maintien).

la mesure d'interdiction de fumer n'était pas acquise au moment de son entrée en vigueur voire aujourd'hui encore et ce travail de fond pour contrer le lobby permanent des fabricants de tabac dans ce secteur est un travail de longue haleine. En effet, comme le révèle l'étude des documents internes de l'industrie du tabac, cette dernière a cherché et cherche encore, parfois avec succès, à infiltrer ce secteur d'activité, en France et à l'international. Il était donc important d'identifier des partenaires représentatifs de la profession, indépendants, ou en tous les cas capables, face aux exigences juridiques et de santé publique, d'entrevoir les limites d'un partenariat avec l'industrie du tabac.



## C] COORDONNER LES ACTIONS INDIVIDUELLES

### 1) Les projets associatifs dans le cadre du Plan cancer

Dans ce cadre du Plan Cancer, le Ministère de la santé a annoncé le 27 mai 2003 une augmentation des financements des ONG pour le contrôle du tabac : une enveloppe de 6 millions d'euros a été attribuée au financement d'actions de leurs actions (2 millions d'euros pour des actions nationales, 4 millions d'euros pour des actions en région). La DGS a plus particulièrement financé les projets nationaux, alors que l'INPES (sur un budget constitué à parité avec la DGS), a pris en charge les projets régionaux concernant l'éducation et la promotion de la santé dans le

domaine du cancer et notamment de la prévention du tabagisme.

Ainsi, grâce au Plan Cancer, les ONG de contrôle du tabac, regroupées au sein de l'Alliance Contre le Tabac, ont eu davantage les moyens de mener des actions collectives et individuelles.

Ces ONG ont contribué à la réalisation du Plan Cancer en participant à différentes actions :

- > À destination des entreprises : plusieurs ONG se sont investies dans le projet "Entreprise sans tabac". Elles proposaient aux entreprises volontaires de les accompagner dans cette démarche, en suivant une méthodologie proposée par l'OMS. Ainsi à travers cette démarche, de nombreuses entreprises ont été sensibilisées à la protection de leurs salariés et aux conséquences sanitaires du tabagisme passif ;

- > À destination des écoles et universités : il fut proposé des actions de sensibilisation sur le tabagisme actif et passif dans les établissements scolaires ;

- > À destination des acteurs du système judiciaire ;

- > À destination des responsables des cafés, bars et restaurants.

### 2) La participation des ONG aux tables rondes de la Mission parlementaire

Une autre occasion de coordonner les actions individuelles des acteurs associatifs fut leur participation en qualité d'experts aux tables rondes de la Mission d'information sur l'interdiction du tabac dans les lieux publics, créée par la

Conférence des Présidents de l'Assemblée nationale le 2 mai 2006.

Cette Mission parlementaire d'information a organisé un cycle de six tables rondes centrées sur trois grandes thématiques :

> Juger de la nécessité, ou non, de réformer le régime juridique de l'époque (la loi du 10 janvier 1991 est-elle dépassée ? Problèmes d'applicabilité ou faiblesses intrinsèques ?) ;

> Définir les contours de la réforme et son support juridique (loi ou règlement ? Certaines évolutions scientifiques, juridiques et sociétales ne justifient-elles pas un nouveau cadre juridique ?) ;

> Répertorier les conditions de réussite de la réforme, notamment ses modalités d'accompagnement et de mises en œuvre (À quelles conditions la réforme peut-elle réussir ? Quelles mesures d'accompagnement ? Quels types de contrôle et de sanctions ?).

L'organisation de ces tables rondes fut d'une telle qualité, que les ONG concernées ont pu, dans ce cadre collectif, aboutir à deux objectifs qui constituent un apport fondamental aux travaux de la Mission parlementaire. Tout d'abord, les ONG ont eu l'occasion d'exposer la vision qu'elles portent sur l'ensemble des questions évoquées, vision qui est le fruit de nombreuses années de travaux, d'observations, de réflexions et d'expertise. Par ailleurs, les acteurs associatifs ont pu engager des concertations directes avec l'ensemble des personnes et institutions représentées.

Après avoir salué la qualité des débats, le Professeur Gérard Dubois, Président<sup>(79)</sup> de l'Alliance Contre le Tabac concluait la dernière table ronde par les propos suivants :

*« L'alliance Contre le Tabac est clairement favorable à une interdiction totale de fumer dans les lieux publics, et préférerait la voie législative. Elle est prête à aider à la rédaction de ces textes et à répondre à toute sollicitation. (...) Nous sommes opposés à toutes les exceptions en ce domaine parce qu'elles ne sont pas justifiables et ne répondent pas aux impératifs de santé publique. Elles sont par ailleurs d'autant moins compréhensibles que l'argument des conséquences économiques et de la baisse du chiffre d'affaires a été abandonné par ceux-là mêmes qui demandaient des exceptions. L'argument de convivialité pour "s'éclater" dans la fumée du tabac est tout de même une curiosité qui sera difficile à défendre. (...) Enfin, nous célébrons en 2006 le trentième anniversaire de la loi Veil et la quinzième anniversaire de la loi Évin. Légiférer en la matière tous les 15 ans ne reflète pas un acharnement excessif des parlementaires mais répond à l'évolution des connaissances et de la société. »*

(79) Président de l'Alliance Contre le Tabac de 2002 à 2007.

### 3) Les campagnes médiatiques des acteurs associatifs

Tout au long de ces dernières années, les ONG ont régulièrement communiqué en direction du grand public et des responsables politiques au travers de campagnes et d'insertions publicitaires.

#### al Les campagnes grand public

Dès le lancement du débat sur la mesure d'interdiction de fumer à la fin de l'année 2004, le CNCT a voulu axer sa campagne de communication sur la protection des personnes sur leur lieu de travail. À cette fin, un salarié d'un bar, exposé quotidiennement au tabagisme passif sur son lieu de travail, a témoigné de ses conditions de travail difficiles et dangereuses<sup>(80)</sup>.

L'année suivante, la campagne de l'ONG s'est attachée à communiquer sur les risques du tabagisme passif afin que ce dernier ne soit pas considéré comme un simple problème de gêne et de tolérance, mais bien comme un risque mortel. Cette campagne faisait ainsi un parallèle avec les risques liés à une exposition à l'amiante, elle évoquait les risques à court terme au niveau cardiovasculaire et elle insistait enfin sur l'importance de l'exposition dans les

établissements de l'accueil et de la restauration afin d'empêcher toute mesure dérogatoire à leur égard<sup>(81)</sup>.

En 2006, lors de la mission parlementaire, le CNCT a voulu que les victimes directes du tabagisme passif soient également associées aux débats et fassent entendre leur voix, afin de conférer une dimension fondamentalement humaine à la demande d'interdiction de fumer.

À cette fin, la réalisatrice Nadia Collot a filmé le témoignage d'une femme, Michèle, non fumeuse, victime d'un cancer du poumon en raison d'une exposition professionnelle au tabagisme passif. La visualisation du reportage<sup>(82)</sup> lors de la Mission parlementaire, a contribué à faire basculer les intentions des membres vers l'option d'une interdiction complète. Au moment de l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer dans les établissements de l'accueil et de la restauration, l'ONG a voulu communiquer à nouveau pour accompagner la mise en œuvre de la mesure, en particulier dans des établissements sensibles comme pouvaient l'être les discothèques<sup>(83)</sup>.

En 2007, DNF a mis en place une campagne sur les méfaits du tabagisme passif<sup>(84)</sup>. Le concept de la campagne reposait sur une idée simple : présenter des individus, cigarette à l'envers dans

(80) Présentation de la campagne : La Liberté pour tous de respirer un air pur, la parole aux victimes du tabagisme passif : [www.cnct.org/site/article.php3?id\\_article=216](http://www.cnct.org/site/article.php3?id_article=216)

Pour visionner le film : [www.youtube.com/user/LeCNCT](http://www.youtube.com/user/LeCNCT)

(81) Présentation de la campagne : La fumée tue : [www.cnct.org/site/article.php3?id\\_article=426](http://www.cnct.org/site/article.php3?id_article=426)

Pour visionner le film : [www.youtube.com/user/LeCNCT](http://www.youtube.com/user/LeCNCT)

(82) Présentation de la campagne : La parole aux victimes du tabagisme passif : [www.cnct.org/site/article.php3?id\\_article=618](http://www.cnct.org/site/article.php3?id_article=618) - Pour visionner le film : [www.youtube.com/user/LeCNCT](http://www.youtube.com/user/LeCNCT)

(83) Le CNCT lance une nouvelle campagne pour accompagner "le nouvel air" du 1<sup>er</sup> janvier 2008 : [www.cnct.fr](http://www.cnct.fr) - Pour visionner le film : [www.youtube.com/user/LeCNCT](http://www.youtube.com/user/LeCNCT)

(84) Pour visionner le film : <http://dnf.asso.fr/>

la bouche, expulsant de la fumée avec un message clair : “le non-fumeur est du pire côté de la cigarette”. Ce message visait la problématique de la toxicité de la fumée du tabac, mais également le fait que le tabagisme passif est imposé et subi par le non-fumeur.



Enfin, la LNCC avait diffusé, à destination des employeurs et responsables d'établissements, un outil de communication sous forme d'autocollant qui faisait la promotion de l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics en plaçant la protection des salariés au centre de la mesure. Cet autocollant, volontairement décalé de la représentation classique du tabac représentait un masque à gaz sous lequel on pouvait lire : “Ici on ne fume pas ! Nous sommes fiers de protéger nos salariés, ainsi que tous les non-fumeurs”. En anticipant la future loi, les employeurs étaient invités à agir pour la santé de leurs salariés et de leur

clientèle. Le message d'interdiction se transformait en message positif de protection.



## bl Les campagnes auprès des décideurs

Le colloque “Justice et tabac”, organisé par la LNCC en partenariat avec le CNCT et avec le soutien de la DGS, s'est déroulé en octobre 2004. Ce colloque avait pour objectif de rassembler le monde de la justice, du travail, de l'éducation et les ONG autour du contrôle du tabac. Ces rencontres ont provoqué une prise de conscience des problèmes sanitaires engendrés par la mauvaise application de la loi Évin et de réfléchir à de nouvelles solutions.

Une mobilisation du grand public “Nouvel air, nouvelle ère”, fut organisée à l'attention des députés par la diffusion des cartes postales citoyennes. Les cartes signées par les français ont été retournées aux comités départe-

mentaux de la LNCC et remises aux députés à l'occasion de manifestations organisées partout en France. Plus de 360 000 cartes signées ont été officiellement remises au Ministère de la santé en février 2006 pour l'adoption d'une nouvelle loi sur l'interdiction de fumer.



Alors que le Premier Ministre venait de repousser, sine die, le projet de décret de Xavier Bertrand, l'ONG DNF réussit à mobiliser ses adhérents et sympathisants. Ainsi, en quatre jours, plus de 9 000 courriels ont été adressés aux députés incitant la création de la Mission parlementaire sur l'interdiction de fumer de juin 2006.

En octobre 2006, 508.000 courriels adressés aux députés ont empêché la formidable entreprise de lobbying des professionnels de l'hôtellerie-restaura-

tion, instrumentalisée par l'industrie du tabac : ils pensaient enterrer le projet de décret. Sans succès, ce dernier fut promulgué le 15 novembre.

À la veille du 6 novembre, date de la manifestation des buralistes contre le décret, DNF a réalisé une plaquette analysant les 8 fausses-vérités concernant l'interdiction de fumer qui avaient été diffusées par les buralistes.

En novembre 2007, 586.000 courriels expédiés aux députés, mettaient fin aux demandes de dérogations et aux "propositions de lois assassines".

L'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer en France ayant été prévue en deux temps (le 1<sup>er</sup> février 2007, puis le 1<sup>er</sup> janvier 2008) il était indispensable de veiller à ce que ce délai ne soit prorogé sous aucun prétexte (par le biais d'une remise en cause du décret avec l'adoption de dérogations). Ce risque était d'autant plus palpable à la mi-2007, en raison des élections présidentielles et législatives sur notre territoire.

À cette fin le CNCT a interpellé les candidats pour empêcher toute remise en cause du dispositif<sup>(85)</sup>.



(85) Le CNCT demande aux candidats à la présidence de la République de s'engager pour la lutte contre la première cause de mortalité évitable en France, 20 Minutes, 22 mars 2007.

---

## C] CONTRECARRER LES ATTAQUES DE L'INDUSTRIE

### 1) Le lobby de certains restaurateurs, cafetiers et buralistes

Au sein des organismes du secteur de la restauration, des cafés, et de l'hôtellerie, les plus fermes opposants à l'interdiction de fumer ont été les débitants de tabacs (l'argument principal mis en avant était qu'il n'était pas normal d'interdire de fumer dans des locaux où la profession consiste à vendre du tabac). Il faut préciser qu'en France, le système de distribution de tabac est un monopole de l'État. Il autorise une certaine catégorie de commerçants à vendre du tabac, à condition de remplir un contrat très contraignant. Ces distributeurs autorisés sont communément appelés buralistes (propriétaires d'un bureau de tabac).

Restaurateurs et cafetiers présageaient la mort de leurs commerces en cas d'interdiction de fumer définitive. Pourtant, la réalité a contredit ces affirmations infondées et catastrophistes. Selon le rapport Europe sans tabac : une politique qui a tout son sens au plan économique : « *Près d'une centaine d'études ont été passées en revue (études réalisées au Canada, au Royaume-Uni, aux États-Unis, en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Afrique du Sud, en Espagne et à Hong Kong),*

*sans qu'il soit possible de trouver un impact négatif ou positif.* »<sup>(86)</sup>. Par ailleurs, selon une enquête menée en novembre 2007<sup>(87)</sup>, et rendue publique le jour même de l'organisation d'une manifestation nationale de buralistes, les restaurants devenus 100 % sans tabac avant l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer constataient un maintien de leur fréquentation pour 54 % des restaurants traditionnels, voire une augmentation pour 38 % d'entre eux, alors que seulement 8 % mentionnaient une diminution de leur fréquentation. En ce qui concerne les cafés-restaurants, le résultat est encore plus probant : seulement 2 % constataient une diminution de leur fréquentation, alors que 38 % affirmaient noter une augmentation, et que 60 % ne voyaient aucun impact sur leur fréquentation. C'est un solde positif en faveur d'une meilleure fréquentation de 30 points pour les restaurants traditionnels et de 36 points pour les cafés restaurants. L'enquête a fait également ressortir un solde positif de 19 points pour les cafés restaurants quant à leur CA, et de 21 points pour les restaurants traditionnels

Durant les débats ayant mené à la modification du décret d'interdiction de fumer, mais aussi tout au long de l'année 2007 (année civile octroyée par l'administration pour leur permettre de se préparer et de mettre leurs établissements en conformité), ces professionnels ont régulièrement convoqué les médias et mené un important lobbying auprès du Parlement et du Gouvernement afin d'obtenir des dérogations pour leurs commerces.

(86) Rapport Europe sans tabac : une politique qui a tout son sens au plan économique, Smoke Free Partnership (SFP), mai 2005.

(87) Enquête menée par l'institut TNS Direct, pour DNF, novembre 2007.

## 2) Les 8 arguments prônés pour obtenir des dérogations contre l'interdiction de fumer

### 1 | "Les buuralistes ont déjà perdu beaucoup d'argent avec l'augmentation des prix du tabac"

Selon Patrick Brice, Président de la Fédération du Nord des détaillants de tabac, l'interdiction de fumer allait entraîner une chute de 30 % de leur chiffre d'affaires<sup>(88)</sup>. Ce qu'il ne précise pas, c'est que si le CA peut certes diminuer, les revenus des professionnels augmentent ! En effet, l'État a mis en place en 2002 un contrat d'avenir. Derrière ce terme, se situe un système de subventions assurant aux buuralistes la stabilité de leurs revenus sur une longue période (2003-2006, 2006-2008, 2008-2011). Le Gouvernement a pérennisé ces aides pour éviter une crise de la filière. Ainsi, environ 150 millions d'euros d'aides leur ont été versés au titre de l'année 2005. En moyenne, le chiffre d'affaires "tabac" réalisé par buuraliste, a progressé de 450 000 € en 2002 à 480 000 € en 2005.

### 2 | "Les restaurants, cafés, etc., vont voir leur chiffre d'affaires baisser dramatiquement"

Les données économiques publiées chaque mois par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques – INSEE – sont à ce sujet incontestables. Il suffit de comparer mois après mois, les CA des établissements de la restauration, avec ceux des années précédentes. Ces comparaisons, pour le mois de janvier 2007 (par rapport à janvier 2006), révélaient une légère chute

pour les cafés (-1,6 %), guère plus importante que celle de l'année précédente (-1,2 %). Les hôtels-restaurants, quant à eux, augmentaient leur CA de 1,83 %, un peu plus que l'année précédente (1,5 %), lorsque l'interdiction de fumer n'était pas encore en vigueur. Mais dès le mois de février, tous les indicateurs sont au vert. Les cafés augmentent de 0,2 % alors qu'ils diminuaient de 1,1 % l'année précédente. Les hôtels-restaurants maintiennent leur progression avec +3 % contre +1,6 % en février 2007.

### 3 | "Puisque les CA vont chuter, les courbes de chômage vont s'envoler"

Il n'y a pas de raison de faire peser sur les salariés ou sur les besoins d'embauche une chute du CA inexistante. Pour 80 % des débitants de tabacs, les hausses de revenus sont substantielles. En plus d'être subventionnés par le "contrat d'avenir" (cf. Argument 1), le Gouvernement a réfléchi à l'adoption de mesures qui permettraient de renouveler la gamme de services proposés par ces commerçants : point presse, relais poste, etc. Le but est de leur permettre de devenir, peu à peu, moins dépendants de la vente de tabac, de stabiliser leurs revenus et de conserver leurs salariés.

### 4 | "L'interdiction de fumer dans les lieux publics est une loi liberticide"

Durant leur campagne, le mot d'ordre des buuralistes aura été "Ma liberté, j'y tiens". Mais il est bien connu que la liberté des uns s'arrête où commence celle des autres !

Certes, fumer est considéré juridiquement comme une liberté individuelle,

(88) Chiffre d'affaires = CA.

mais le fait de fumer peut, et doit, être encadré par la législation, lorsque cette liberté nuit à la santé et au bien-être de ceux qui entourent le fumeur.

### **5 | “Les bars tabac et les restaurants sont les derniers lieux de convivialité ; nous devons les conserver !”**

Convivialité ne rime pas forcément avec fumée. En effet, la convivialité passe avant tout par l'accueil et le service. Comment le tabac, par la gêne que procure sa consommation, peut-il être une composante de la convivialité ? Bien au contraire : les vraies valeurs de la profession, exigent des propriétaires des établissements d'être attentifs au confort de leur clientèle, à la propreté de leurs locaux, à la sécurité de leurs employés.

### **6 | “Le poids électoral : nos clients se souviendront de tout cela lors des élections”**

Les représentants des buralistes exagèrent le poids électoral de leurs clients qui, au demeurant, ne sont pas nécessairement acquis à la cause du tabagisme. Ils ont menacé le parti au pouvoir d'une éventuelle défaite aux élections qui se profilait... Pour preuve du contraire, Yves Bur et Xavier Bertrand ont chacun été réélu au 1<sup>er</sup> tour des législatives en 2007.

### **7 | “La prohibition n'a jamais résolu les problèmes de santé publique”**

Limiter la consommation de tabac dans les lieux publics, tout en laissant la possibilité de fumer ailleurs, n'est pas de la prohibition. Les mesures d'interdiction ont toujours contribué à faire diminuer

le tabagisme, et ont démontré également les effets bénéfiques sur la santé du personnel et des clients<sup>(89)</sup>.

### **8 | “L'interdiction totale serait une catastrophe pour les bars tabac ruraux, dernier lieu de rencontre dans ces régions”**

Il est important de réaliser que les bars-tabac sont souvent les seuls lieux de rencontre dans les régions rurales. Néanmoins, souvent enfumés, ils ferment volontairement la porte à de nombreuses personnes. Le syndicat des buralistes a utilisé l'image de ces petits bars de campagne pour les poser en victimes de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, sans préciser toutefois que près de 80 % des débits de tabac se trouvent en zone urbaine. Par ailleurs, très peu de buralistes pratiquent une mono-activité : ainsi, 61 % des buralistes ont en plus une affaire de débit de boissons (bar), et au moins 32 % proposent un *relais presse*.

Il faut noter par ailleurs, que certains syndicats de ce secteur ont un partenariat avec l'industrie du tabac. Bien entendu, cette industrie inspire les actions de ses principaux collaborateurs. Sa mainmise sur le secteur de la restauration a toujours été sa stratégie privilégiée dans tous les pays ayant mis en place une politique de contrôle du tabac.

Ainsi, comme en témoignent ces arguments, la France n'est pas une exception : l'industrie du tabac a longtemps joué sur une image fictive, afin d'installer dans l'opinion un lien irréal entre les volutes de fumée et la notion de convi-

(89) Préciser le coût en matière de santé publique des effets du tabac (cf. communiqué CNCT au sujet de l'augmentation du prix du tabac fine-coupe en août 2008).

## ➤ PARTIE III

### Et après ?

# Comment pérenniser les effets de l'interdiction



## A] MESURER ET COMMUNIQUER SUR LES EFFETS

### 1) Les effets économiques

Le groupe de travail en charge de l'application du décret Bertrand a choisi de lire l'impact de la mesure d'interdiction de fumer en temps quasi réel, s'appuyant initialement sur un panel de 550 points de vente préexistant (cafés et cafés brasseries uniquement), étendu au mois de mars 2008 à 10 000 établissements incluant les restaurants *purs* et les discothèques.

Cette évaluation permet de considérer que la variation du CA du secteur est la somme arithmétique de "l'effet conjoncture" + "l'effet décret" + "l'effet vouloir d'achat" :

- > "L'effet conjoncture économique" est commun à tous les points de vente<sup>(90)</sup> ;
- > "L'effet décret" est spécifique aux seuls points de vente ayant mis en

œuvre la mesure en janvier 2008 ;

- > La différence pour arriver aux chiffres réels s'explique alors par la variable "vouloir d'achat".

La tendance du premier trimestre, consistant en une baisse du CA des CHRDC<sup>(91)</sup> après l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer, peut s'analyser comme suit :

- > la baisse du premier mois est surtout due à une baisse de la fréquentation. Mais paradoxalement, il existe aussi au début un "effet d'aubaine" (correspondant à une curiosité des clients qui viennent consommer) ;
- > le deuxième mois vérifie plutôt un décrochage du "ticket moyen", alors que la baisse de la fréquentation se stabilise ("l'effet d'aubaine" n'est plus visible car la mesure rentre peu à peu dans les mœurs) ;
- > le troisième mois, le creux de la vague s'accroît car la nouvelle clientèle n'est pas encore au rendez-vous et les innovations de l'offre pas encore perçues et fécondes (courbe en V).

(90) La question du pouvoir d'achat n'a jamais été aussi centrale : face aux dépenses contraintes (logement, alimentation, transports ...), les faibles revenus font jouer à la consommation hors domicile le rôle de variable d'ajustement (moins de sorties ...).

(91) L'impact net de la mesure "interdiction de fumer" est estimé à - 3 % sur le chiffre d'affaires en janvier et à - 4 % en février (Pr Serge Vendemini, Assemblée Nationale, Impact économique de la mesure d'interdiction de fumer dans les établissements du CHRDC, le 18 juin 2008).

Il existe par ailleurs des facteurs objectifs à l'effet différencié de la mesure sur les points de vente :

> Facteur 1 = la structure de clientèle (clientèle de passage significative v/ clientèle fixe d'habités) ;

> Facteur 2 = la taille de l'établissement (les grandes villes s'en sortent mieux compte-tenu de la présence de grands établissements diversifiés) ;

> Facteur 3 = la zone (les petites villes connaissent une baisse de la fréquentation plus forte combinée à une diminution du "ticket moyen").

À ces contraintes objectives vient s'ajouter un autre facteur déterminant : l'anticipation de la mesure imposée par le décret du 15 novembre 2006. Ainsi, les cafés, brasseries ... ayant choisi de ne pas subir celle-ci sont les vrais gagnants. Les établissements "à la traîne" sont donc ceux qui cumulent les contraintes objectives précitées et un manque d'initiatives flagrant.

Au-delà, des différences importantes, existent également selon la typologie des lieux concernés. Ainsi, les premiers touchés par les difficultés économiques ont été les bars purs et les établissements dits de loisir (bars de nuit, discothèques), puis la restauration / brasserie à la fin du premier trimestre, traduisant le poids croissant de "l'effet conjoncture".

Si le mois de mai a connu une certaine embellie par rapport aux trois premiers mois, l'activité reste dépressive avec une baisse de 6% par rapport à 2007.

L'évolution de l'activité sur les 5 premiers mois (janvier à mai 2008 par rap-

port à la même période en 2007) par types de points de vente est la suivante :

> les cafés traditionnels et les discothèques (reposant soit sur des clientèles d'habités, soit sur des clientèles jeunes) souffrent davantage que les autres des contraintes de pouvoir d'achat et de la plus grande étroitesse des raisons de les fréquenter – ils ont connu une baisse d'activité sur les 5 premiers mois cumulés de l'ordre de 10 %, et supérieure à 12 % en zone rurale ;

> les bars branchés s'en sortent mieux (plus grand panachage social, offre plus riche et diversifiée), avec une perte d'activité de 8 % à 10 % ;

> le monde de la restauration se porte mieux, bénéficiant à la fois d'une sociologie différente et d'offres plus innovantes, avec une baisse plus modérée de l'ordre de 4 % à 6 %.

Au-delà de l'évaluation de l'impact économique de la mesure d'interdiction de fumer (au niveau du seul secteur de l'accueil et de la restauration), le groupe de travail a également confié à l'économiste Pierre Kopp, spécialiste de l'évaluation des politiques publiques, une étude relative à une évaluation complète de cette politique d'interdiction.

L'objectif est de mesurer les bénéfices (économiques et sociaux) de la réglementation et de les comparer aux coûts. Les résultats de cette étude en cours, seront disponibles à la fin de l'année 2008.

## 2) Les effets sanitaires

### L'indicateur mensuel ETS (ImETS)

Une évaluation des bénéfices de l'interdiction de fumer suite au décret du 15 novembre 2006<sup>(92)</sup> a été réalisée par le Pr. Dautzenberg à partir de l'indicateur ImETS.

Cet indicateur mensuel ETS (ImETS)<sup>(93)</sup> comporte :

- > 4 indicateurs d'exposition à la fumée du tabac (E),
- > 4 indicateurs de tabagisme (et de l'arrêt) (T),
- > 4 indicateurs de conséquences sur la santé (S).

Cette évaluation qui compile des informations de janvier 2007 à janvier 2008, a abordé deux thématiques :

- > **1)** l'interdiction générale de fumer au 1<sup>er</sup> février 2007 (sauf dans le secteur CHRDC)

Cette interdiction semblerait n'avoir eu que très peu d'incidences sur les indicateurs de santé en général, très peu d'effets sur les ventes de cigarettes et l'augmentation du sevrage.

- > **2)** les premières données disponibles sur janvier 2008

On constate une amélioration de l'ordre de 80 % de l'exposition sur les 4 indicateurs d'exposition. Cela témoigne que la fumée du tabac était bien la principale cause de pollution des locaux par les particules fines.

Les effets sur l'arrêt du tabac sont intermédiaires, se situant entre les résultats du mois de janvier 2006 et ceux du mois de janvier 2007. Les données sur les ventes de cigarettes sont en attente.

Concernant les bénéfices sur la santé liés à l'interdiction de fumer dans le secteur CHRDC, il est difficile de donner dès à présent des conclusions définitives. L'indicateur mensuel ETS (ImETS) a enregistré une diminution des symptômes respiratoires et oculaires des salariés du secteur CHRDC (baisse de 13 % à 67 % entre janvier 2007 et janvier 2008 selon les symptômes). Cet indicateur a également enregistré une diminution des admissions pour infarctus du myocarde, en particulier en ce qui concerne les moins de 65 ans (diminution entre 11 et 19 % ; moins 15 % en première approximation en prenant en compte janvier et les quinze premiers jours de février 2008) ainsi qu'une tendance à la baisse du taux d'admissions aux urgences pour accident vasculaire cérébral (l'ordre de grandeur est le même que pour la baisse des infarctus). Cependant, cette évaluation préliminaire sur l'impact cardiovasculaire du décret français, réalisée à partir des diagnostics relevés au jour le jour dans une trentaine de services d'urgences hospitalières (observatoire OSCOUR de l'InVS), ne permet certainement pas de conclure de façon définitive et doit être confirmée de façon plus formelle à partir de données plus exhaustives et représentatives à une échelle régionale ou nationale (voir ci-dessous). Elle est néanmoins

(92) Bilan des données de janvier 2007 à janvier 2008 de l'indicateur ImETS : [www.invs.sante.fr/BEh/2007/21/beh\\_21\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/BEh/2007/21/beh_21_2007.pdf)

(93) Cet indicateur a été mis au point avec l'INPES, l'InVS (Institut de veille sanitaire), l'OFDT, l'OQAI (Observatoire de la qualité de l'air intérieur) et la DGS.

cohérente avec : - d'une part ce que l'on connaît du risque cardiovasculaire lié au tabagisme passif - d'autre part avec les expériences acquises dans d'autres pays européens comme l'Italie et plus récemment l'Écosse.

### **Une évaluation sanitaire est en cours, portant sur la fonction cardio-vasculaire**

Ce deuxième volet d'évaluation de la mesure vise à déterminer son incidence sur la fonction cardio-vasculaire. Une caractéristique de ce risque, liée à l'exposition active et/ou passive à la fumée de tabac, est de survenir, ou de disparaître, à très court terme en fonction de l'exposition. Ceci confère un intérêt sanitaire et pédagogique particulier à cette dimension.

Dans ce cadre, sont plus particulièrement étudiés les impacts sur la capacité des artères à se dilater, ainsi que sur le risque de formation de caillots. La population étudiée est celle qui travaille dans les bars, bars-tabac, brasseries et discothèques, exposée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008 à des niveaux de pollution particulièrement importants.

En effet, l'objectif de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif est de protéger la population, mais aussi notoirement les personnes qui y travaillent. L'exposition à la fumée du tabac, chez les non-fumeurs et les fumeurs, est responsable de cancers mais plus encore, chez les premiers, de complications vasculaires (infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux). Ces accidents cardio-vasculaires peuvent survenir chez des personnes jeunes, car les mécanismes en cause

peuvent se produire sur des artères "normales". À l'inverse, les anomalies à l'origine des accidents cardiaques disparaissent dès que les sujets ne sont plus exposés à la fumée de tabac.

La première étude (étude DILATER)<sup>(94)</sup> cherche à évaluer l'impact de l'arrêt de l'exposition au tabagisme sur la capacité des artères à se dilater chez des sujets non-fumeurs, exposés initialement à un tabagisme passif du fait de leur travail, puis soustraits à cette exposition grâce à l'entrée en vigueur du second volet du décret du 25 novembre 2006. Cette étude se déroule en deux phases : la première, avant l'entrée en vigueur du décret (novembre et décembre 2007). La capacité de dilatation des artères est étudiée grâce à une analyse par ultrasons des artères de l'avant bras durant et après le gonflement d'un brassard pneumatique ; une prise de sang est également effectuée. Lors de la deuxième phase, trois mois après l'entrée en vigueur du décret, la même analyse par ultrasons est renouvelée pour vérifier que la capacité de dilatation de l'artère se normalise. Ont été recrutés à Toulouse, notamment avec le soutien des organisations CHRDC locales, les 27 salariés et chefs d'entreprise volontaires non-fumeurs, ainsi qu'un groupe témoin de 27 personnes, également non fumeuses mais non exposées au tabagisme passif (ni au travail, ni à la maison).

La seconde étude (étude AERER)<sup>(95)</sup>, réalisée avec la même population de sujets que celle de l'étude DILATER porte sur l'évolution du risque de formation

(94) Cette étude a été réalisée par le service de médecine vasculaire du CHU de Toulouse par le Pr H. Boccalon (Dr Alessandra Bura-Rivière Dr Jean-Pierre Cambou) en collaboration avec l'unité INSERM 558 (Vanina Bongard).

de caillots et d'autres paramètres biologiques. Elle se déroule de manière analogue : la première phase se situe avant l'entrée en vigueur du décret ; un prélèvement sanguin est effectué, sur lequel sont réalisés les différents dosages et mesures biologiques permettant d'évaluer la capacité à former des caillots et divers paramètres biologiques. Lors de la deuxième phase, trois mois après l'entrée en vigueur du décret, un prélèvement sanguin est effectué dans les mêmes conditions, afin de vérifier l'évolution des différents paramètres.

La communauté cardiologique entend également évaluer de façon la plus objective possible l'impact réel de ce décret sur l'incidence des syndromes coronaires aigus (SCA) comme cela a été fait dans les autres pays. Cette évaluation est en cours de réalisation au travers de l'étude EVINCOR<sup>(95)</sup>. Une des approches de cette étude est une analyse du nombre d'admissions hospitalières, dans l'ensemble des établissements hospitaliers français, avant et après la mise en application des deux volets du décret à partir de la base nationale des données PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Infor-

mation). Sera recherchée à partir de ces données une éventuelle "cassure" des courbes d'incidence d'événements autour des deux dates d'application du décret (1<sup>er</sup> février 2007 et 1<sup>er</sup> janvier 2008). Les éléments nécessaires à cette démonstration ne pourront être rassemblés dans leur ensemble et analysés qu'au cours de l'année 2009.

Les données scientifiques concernant la France ainsi que les premiers résultats des évaluations cardiovasculaires avant/après 1<sup>er</sup> janvier 2008 ne seront disponibles que dans le courant de l'année 2009.

Mais la communauté scientifique peut espérer recueillir des données similaires à celles recueillies en Italie, dans le Piémont et à Rome, respectivement publiées dans l'*European Heart Journal*<sup>(97)</sup> et *Circulation*<sup>(98)</sup>. Dans ce pays, qui a adopté une législation très proche de la nôtre en janvier 2005, a été constaté immédiatement, dans les mois suivant l'application de la loi, une baisse de 11 % des infarctus du myocarde chez les sujets les plus jeunes. Des résultats également spectaculaires, mais non encore publiés, ont aussi été rapportés en Irlande (-14,5 %)<sup>(99)</sup> et en Écosse (-17 %)<sup>(100)</sup>.

(95) Elle est réalisée par l'Institut de cardiologie de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière (INSERM U 856, Pr Gilles Montalescot, Dr Jean Philippe Collet) en collaboration avec le laboratoire d'Hématologie de Toulouse (Pr Pierre Sié).

(96) Étude EVINCOR (EVALuation de l'Impact de l'Interdiction de fumer sur les syndromes CORonaires aigus), menée par le Groupe de travail Epidémiologie - Prévention de la Société Française de Cardiologie, avec l'aide de la Fédération Française de Cardiologie.

(97) 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; 24: 68-72.

(98) Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA. *Effect of the Italian smoking ban on population rates of acute coronary events*. Circulation 2008;117: 1183-8.

(99) Cronin E, Kearney P, Sullivan P, on behalf of Coronary Heart Attack Ireland Registry (CHAIR) Working Group. *Impact of a national smoking ban on the rate of admissions to hospital with acute coronary syndromes*. ESC 2007 Vienne; 4 septembre 2007 (Poster 3506).

(100) Pell JP, Haw S, Cobbe S *et al*. *Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome*. N Engl J Med 2008;359:482-91.

---

## B] RESTER VIGILANTS FACE AUX TENTATIVES DE CONTOURNEMENT

À première vue, les dispositions légales françaises ont répondu aux exigences de l'application de l'article 8 du traité. Cependant, réussir à mettre en place une législation efficace n'est pas suffisante, car l'industrie veille de façon permanente à faire avancer au sein de la société, de nouvelles formes de contournement de l'interdiction.

### 1) Le club privé

À quelques mois de l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer, une campagne médiatique sans précédent a permis de convaincre certains responsables de CHRDC, qu'en devenant *club privé*, ils pourraient échapper à la mesure d'interdiction de fumer.

L'idée réside dans le fait de transformer le statut traditionnel de ces établissements en *clubs privés* (avec un accès restreint) qui seraient, alors, non concernés par l'interdiction de fumer. Mais les articles du Code de la santé publique précisent que cette interdiction s'applique aux lieux dès qu'ils sont destinés à un usage collectif, qu'ils sont fermés et couverts, et qu'ils accueillent du public. La mention *club privé* ne définit pas le statut juridique d'un établissement : il s'agit d'une simple dénomination, ne changeant rien au fait que l'établissement est un local, soumis à un certain nombre de règles d'hygiène et de sécurité, dont l'interdiction de fumer.

L'interdiction de fumer s'applique donc à tous les lieux de travail sans exception. Il faut noter que d'une part, les établissements qui n'emploient pas de salariés sont assez rares, et, que, d'autre part, le lieu où s'exerce l'activité d'un exploitant individuel sans salariés constitue également son lieu de travail. L'arrêt de la Cour de cassation en date du 29 juin 2005, impose aux employeurs une obligation de sécurité de résultat concernant la protection de la santé des salariés, et ce indépendamment du statut juridique de l'établissement. Ainsi, l'idée d'utiliser la dénomination *club privé* pour échapper à l'application du décret s'avère non applicable.

### 2) Les cafés-chicha

Certains de ces établissements continuent d'exercer leur commerce en toute impunité, alors qu'ils sont aussi visés par l'interdiction de fumer. En effet, ces lieux doivent obligatoirement, comme tout lieu recevant du public, respecter les dispositions du décret du 15 novembre 2006. Dans la plupart des cas, ces cafés ne peuvent répondre aux normes du décret et doivent donc supprimer l'activité chicha (narguilé) pour se transformer en cafés ou salons de thé.

Par ailleurs, ces cafés, qui se multiplient depuis trois ou quatre ans sont très souvent en totale infraction avec la législation, car non autorisés et non détenteurs d'une licence pour revendre des produits du tabac (la revente n'est autorisée qu'à une certaine catégorie d'établissements selon le Code des impôts).

L'explosion du nombre d'établissements proposant la consommation de tabac-narguilé coïncide avec le lancement des



débats autour de l'interdiction de fumer dans les lieux de convivialité. En démarrant leur activité, les gérants des lieux ne pouvaient pas ignorer le changement de la réglementation pour rendre la loi Évin applicable. Ils ont donc volontairement ouvert des établissements, ciblant principalement une clientèle jeune, qui allaient nécessairement être en infraction avec la loi.

### 3) Les fumeurs non conformes

Le décret du 15 novembre 2006 prévoit la possibilité pour certains établissements d'aménager des fumeurs selon des règles très strictes :

- > Une salle close affectée à la consommation exclusive de tabac et dans laquelle aucune prestation de

service n'est délivrée. Aucune tâche d'entretien et de maintenance ne peut y être exécutée sans que l'air n'ait été renouvelé, en l'absence de tout occupant, pendant au moins une heure ;

- > Elle doit être équipée d'un dispositif d'extraction d'air par ventilation mécanique permettant un renouvellement d'air minimal de dix fois le volume de l'emplacement par heure. Ce dispositif doit être entièrement indépendant du système de ventilation ou de climatisation d'air du bâtiment. Le local doit être maintenu en dépression continue par rapport aux pièces communicantes ;

- > La pièce doit être dotée de fermetures automatiques sans possibilité d'ouverture non intentionnelle ;

- > Elle ne doit pas être située dans un lieu de passage ;

- > Elle doit présenter une superficie au plus égale à 20 % de la superficie totale de l'établissement au sein duquel ces emplacements sont aménagés, sans que la superficie d'un emplacement puisse dépasser 35 m<sup>2</sup>.

Les contraintes imposées par le décret visaient à dissuader les responsables de lieux à installer de tels dispositifs, dans la mesure où il n'existe pas de seuil minimal d'exposition au risque. Les lignes directrices de la CCLAT excluent d'ailleurs les fumeurs.

Les premières observations faites par les ONG tendent à indiquer que peu de fumeurs ont été installés<sup>(101)</sup> : selon la Préfecture de Police de Paris<sup>(102)</sup>, qua-

(101) Enquête DNF TNS Impact de la mesure d'interdiction de fumer dans les CHRDC, mai 2008.

(102) Réunion Préfecture de Paris, le 4 juin 2008.

rante établissements à la fin du mois de mai 2008 en sont équipés dans la capitale.

Cependant, il n'existe actuellement pas de données, pour l'ensemble des entreprises, concernant l'installation d'un fumoir et la proportion de fumoirs non-conformes aux règles édictées.

Les ONG ont, dès la mise en œuvre du décret, alerté les pouvoirs publics des démarches commerciales réitérées et organisées de fabricants de fumoirs et de cabines non-conformes à la réglementation. Ces fumoirs risquent d'exposer massivement les fumeurs et le personnel d'entretien. Par ailleurs, les responsables des lieux se retrouvent dans une situation d'insécurité juridique au regard de leur obligation de sécurité de résultat pour la protection des salariés du tabagisme passif.

Enfin, sont préconisées des investigations et poursuites éventuelles à l'encontre de sociétés peu scrupuleuses qui installeraient des fumoirs non-conformes. Les ONG constatent fréquemment que des établissements dans le domaine de l'accueil et de la restauration, soutenus par leurs syndicats professionnels, contournent les dispositions relatives au fumoir en transformant leurs terrasses en véritables fumoirs. Les fabricants de tabac, en particulier BAT, sont directement à l'origine de ces infractions. Le site Cap 2008 en constitue une illustration <sup>(103)</sup>. Sur le titre "Les nouveaux espaces fumeurs" en page d'accueil, le fabricant incite clairement à la transformation des terrasses en fumoirs, les considérant comme une "opportunité". « *Que vous transformiez simplement votre établissement*

*en établissement non-fumeur pour respecter la loi, ou que vous fassiez le choix de l'adapter de manière à aménager des zones fumeurs aux normes, il s'agit dans tous les cas d'une contrainte qui peut vous sembler pénalisante en terme de fréquentation et d'investissement financier. (...) Nous pensons que l'on peut également voir l'application de cette loi au sein des CHR comme un challenge à relever, et qu'il est possible d'y déceler des opportunités. »*

C'est dans cette perspective que les ONG et les responsables des syndicats du secteur CHRDC ont souligné l'importance d'une clarification des textes relatifs aux terrasses et une application rigoureuse de la mesure de protection à l'égard du tabagisme passif.

#### 4) Les terrasses

Selon le décret du 15 novembre 2006, l'interdiction de fumer concerne les lieux affectés à un usage collectif, dès lors qu'il s'agit de lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail. Les deux conditions sont cumulatives.

Ainsi, cette interdiction ne s'applique pas dans les lieux à usage collectif, qui sont soit fermés, mais non couverts, soit couverts, mais non clos. Les terrasses font partie en principe, de ce type de lieux. Ainsi, un restaurant possédant l'autorisation d'utiliser l'espace public qui se trouve à l'extérieur de ses locaux, peut autoriser sa clientèle à y fumer. Cependant, dans la pratique, ce principe a été détourné :

> soit parce que la terrasse a été couverte et fermée pour améliorer le

(103) [www.cap-2008.com/amenagement.html](http://www.cap-2008.com/amenagement.html)

confort des clients (éviter les courants d'air par exemple en hiver),

> soit parce que malgré le fait qu'elle soit ouverte, le local, lui, n'est pas séparé de cet espace complètement enfumé.

Afin d'éviter l'exposition au tabagisme passif des clients et des salariés, ainsi que les éventuels risques juridiques pesant sur les responsables de ces établissements, il est important de faire contrôler ces espaces par les agents chargés de surveiller l'application de la loi, et d'exiger qu'ils soient totalement non couverts ou que, lorsqu'ils ont un toit, même s'il est amovible, le côté le plus grand reste en permanence ouvert et libre de tout type d'isolation. De plus, il est nécessaire que l'établissement soit complètement séparé de sa terrasse, afin que la pollution de celle-ci ne se répande pas à l'intérieur des locaux.



## CJ LES DÉFIS À RELEVÉR

### 1) Mobiliser les corps de contrôle

Il existe en France plusieurs corps de contrôle habilités à vérifier et sanctionner les manquements à la législation d'interdiction de fumer :

> Les officiers et agents de police judiciaire : ils ont compétence pour constater les infractions en vertu des pouvoirs qui leurs sont conférés par le Code de procédure pénale ;

> Les médecins inspecteurs de santé publique (MISP), les ingénieurs du génie sanitaire (IGS), les inspecteurs

de l'action sanitaire et sociale (IASS) et les membres du corps des médecins inspecteurs de santé publique : tous ces agents dépendent du Ministère de la santé et peuvent exercer leurs fonctions dans les services déconcentrés ;

> Les inspecteurs du travail ainsi que, sous leur autorité, les contrôleurs du travail (rattachés au Ministère du travail, de l'agriculture ou des transports). Ces agents n'interviennent par définition qu'auprès des établissements dont les salariés relèvent du Code du travail (en sont exclus les administrations et établissements publics).

En 2008, la Direction Générale de la Police nationale a fait un bilan sur les contrôles effectués par ses agents au cours des trois premiers mois d'application du nouveau décret dans les établissements de l'accueil et de la restauration. Au total, 561 infractions avaient été répertoriées sur l'ensemble du territoire. Plus de 60 % (358) des infractions ont été commises par des fumeurs. Les autres violations, au nombre de 253, concernaient les responsables des lieux (manquement à l'obligation de signalétique, incitation à ne pas respecter la nouvelle réglementation). Au cours de la même période, les services de la Direction Générale de la Gendarmerie ont procédé à des contrôles et ont relevé pour leur part 71 infractions de fumeurs dans tout type de lieux d'accueil du public (centres commerciaux ...) et 15 infractions de responsables de lieux.

Comparativement aux autres pays ayant mis en œuvre une interdiction de

fumer comme l'Irlande ou l'Écosse, les contrôles effectués en France ont été extrêmement limités. Ceci s'explique par une insuffisante implication des corps désignés. Ces derniers sont théoriquement relativement nombreux mais aucun d'entre eux ne veut assurer cette mission et s'en remet aux autres corps désignés. Certains corps de contrôle ont bénéficié d'une formation, en particulier de la part du Ministère de la santé au moment de l'entrée en vigueur du 1<sup>er</sup> février 2007, mais cette formation incomplète, n'incluait pas notamment le contrôle de la conformité des fumeurs. D'autres corps, tels les agences de police judiciaire, particulièrement en charge des contrôles dans les établissements de l'accueil et de la restauration, n'ont bénéficié d'aucune formation particulière et ne contrôlent pas dans les faits les fumeurs qui pourraient être installés ou les terrasses pouvant être transformées en véritables fumeurs, non conformes. Enfin, les consignes des autorités publiques, ont été peu précises et s'appliquent à un niveau déconcentré ce qui peut conduire à des disparités d'application de la mesure selon les régions du territoire.

Dans cette perspective, afin de ne pas provoquer un relâchement dans l'application du décret, il est vivement recommandé de mobiliser l'ensemble des corps de contrôle selon des consignes clairement définies, non seulement des contrôles a priori, mais également de contrôles a posteriori en cas de saisie. En outre, une formation de tous les agents concernés devrait les sensibiliser aux enjeux de cette mesure, leur rap-

peler que des vies humaines peuvent ainsi être préservées et que cette mission de contrôle ne doit pas être considérée comme une mission de second rang pour ces agents.

## 2) S'appuyer sur l'opinion

*In fine*, le soutien et l'implication de l'opinion publique ont été et restent déterminants.

L'évolution de l'opinion, d'une position favorable mais relativement passive à un soutien actif, est consécutif à la diffusion des connaissances des risques réels du tabagisme passif, et d'un meilleur traitement de ce sujet par les supports d'information devenus plus indépendants de l'industrie du tabac en raison d'une interdiction totale de toute publicité en France.

Dans le même temps, les acteurs de santé ont su adopter une position unique et définir une large coalition d'acteurs, associant de nombreux leaders d'opinion et sachant contrebalancer le lobby des fabricants de tabac et de leurs alliés.

Aujourd'hui, les fumeurs sont davantage conscients des dangers qu'ils sont susceptibles de faire courir à autrui et saluent eux-mêmes une mesure qui les protège également du tabagisme passif tout en les aidant à se préparer à l'arrêt, pour ceux qui le souhaitent.

Une étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population des 15/75 ans en avril 2008<sup>(104)</sup> concernant le respect de l'interdiction de fumer

(104) Construit selon la méthode des quotas en termes de sexe, âge, profession de l'interviewé, région et habitat, cet échantillon de 911 fumeurs de 15 à 75 ans a été interrogé par téléphone du 22 au 30 avril 2008. 833 fumeurs, sur les 911 interrogés, s'étaient rendus au moins une fois dans un bar et/ou un restaurant.

dans les lieux de convivialité (restaurants, bars) indiquait à la fois l'effectivité et le soutien accru.

> 89 % des personnes interrogées déclaraient ne jamais avoir vu d'autres consommateurs fumer à l'intérieur d'un restaurant. La proportion était seulement de 49 % en 2005.

> 83 % des personnes interrogées se sont déclarées favorables à l'interdiction de fumer dans les restaurants (proportion de 67 % en 2005). Le soutien est respectivement de 83 % chez les fumeurs occasionnels et 70 % chez les fumeurs réguliers.

Une autre étude réalisée par DNF au mois de mai 2008 <sup>(105)</sup> avait notamment pour finalité d'évaluer la perception des personnes à l'égard de la mesure et affinait les résultats par type d'établissement. Globalement, 82 % des personnes interrogées avaient une bonne opinion de cette mesure (61 % très bonne, 21 % bonne) et elles n'étaient que 18 % à considérer qu'il s'agit d'une mauvaise mesure (13 % ont une opinion moyenne et seulement 5 % mauvaise).

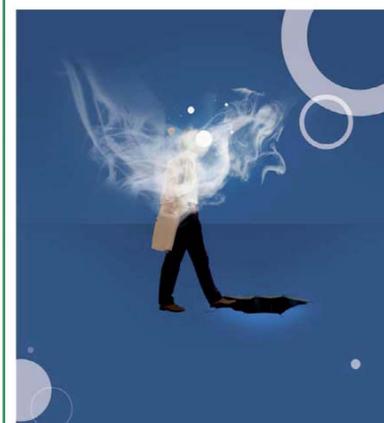
Ainsi, en dépit du faible nombre de contrôles effectués, l'application effective de la mesure s'explique par le fait que les responsables des lieux d'accueil du public et lieux de travail sont de plus en plus conscients de leurs responsabilités, mais aussi parce que les individus se décident enfin à exiger le respect de cette disposition.

Ce soutien massif de l'opinion ne doit cependant pas occulter le fait que l'industrie du tabac continue à exercer un

lobby très puissant, en particulier dans les établissements du secteur de l'accueil et de la restauration afin que le fait de fumer demeure la norme sociale. Dans cette perspective, le soutien de l'opinion publique ne doit pas exonérer les pouvoirs publics de leur obligation de contrôle et de sanction des infractions afin de rendre cette disposition pérenne.



### Les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt



(105) Étude DNF-TNS Direct, étude en ligne, réalisée sur un échantillon représentatif de 1 084 personnes en mai 2008.

## > CONCLUSION



Alors que le tabagisme passif et actif est responsable de 70 000 décès par an en France (ce nombre risquant d'être multiplié par deux à l'horizon 2025 à la vue des tendances passées et actuelles de consommation), la consommation de tabac et surtout son contrôle constituent un enjeu de santé publique majeur qui mobilisent désormais l'ensemble des acteurs, tant sur le plan administratif, sanitaire, éducatif que politique.

La mise en application de l'Article 8 de la CCLAT en France, grâce au décret du 15 novembre 2006, a été l'occasion de montrer l'engagement des acteurs du secteur de la santé, de certains leaders politiques et membres du secteur de l'hôtellerie/restauration, pour une meilleure protection des individus contre le tabagisme passif. Les décisions politiques de santé publique, quand elles sont bien conduites, accompagnées et appliquées, sont efficaces pour préserver tous les individus des conséquences du tabagisme passif.

Si ce rapport sur l'application de la CCLAT concerne exclusivement le territoire métropolitain, une étude actuellement en cours permettra de faire un état des lieux de la mise en pratique de la législation française en matière d'interdiction de fumer dans l'ensemble des collectivités d'outre-mer (certaines de ces données seront disponibles dès le deuxième trimestre 2009).

Au niveau national, de nombreux défis restent à relever non seulement au niveau de pratiques de contournement de la législation de l'interdiction de fumer, de la nécessaire formation et mobilisation des différents corps de contrôle, mais également au niveau du contrôle du tabac en général avec la définition d'une stratégie à moyen terme, mettant en œuvre, de manière continue, un ensemble de mesures coordonnées les unes aux autres et dotées des moyens financiers et humains à la hauteur des enjeux.

Cette expérience de mise en application de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif pourrait apporter une expertise aux pays européens qui, comme l'Espagne, le Luxembourg ou la Belgique, maintiennent l'autorisation de fumer dans le secteur CHRDC.

De la même manière, dans une démarche d'appui et d'expertise encouragée par la Partie VII de la CCLAT (*Coopération scientifique et technique, et communication d'information*), cette longue démarche législative et pénale française, qui a permis de promouvoir la santé des citoyens aux dépens des intérêts de l'industrie du tabac, pourrait apporter des éléments de réponse aux défis de nos partenaires internationaux en matière de contrôle du tabac.

# > Le tabagisme en France : quelques chiffres-clés



Les chiffres du tabac en France (sources [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr), et INPES, baromètre Santé 2000 et 2005)

La France compte en 2008, 13,8 millions de fumeurs pour une population de 64,5 millions d'habitants (France métropolitaine, départements et collectivités d'outre-mer). Un tiers des personnes de 12 à 75 ans (33 %) fume, ne serait-ce que de temps en temps, alors que pour les 18 et 34 ans, le ratio passe à une personne sur deux.

EXPÉRIMENTATEURS	dont ACTUELS	dont RÉGULIERS
34,8 millions	14,9 millions	11,8 millions

*Estimation du nombre de consommateurs de tabac en France métropolitaine parmi les 12-75 ans*

- > **Expérimentateurs** : personnes ayant déclaré avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie,
- > **Actuels** : au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours,
- > **Réguliers** : usage quotidien.



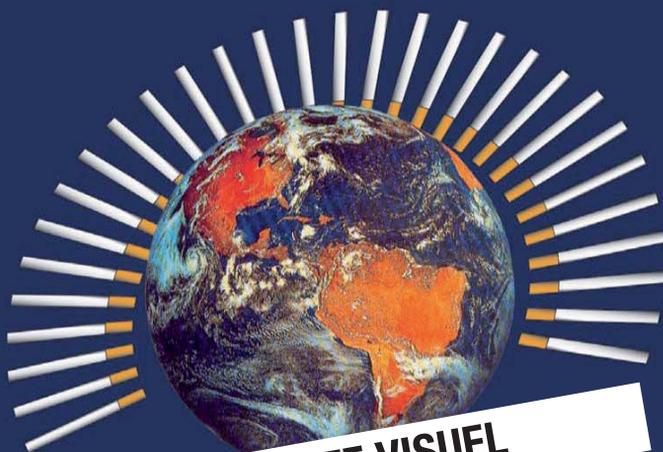
En moyenne, un fumeur régulier sur deux meurt prématurément des causes de son tabagisme, et la moitié de ces décès se situent entre 35 et 69 ans.

Les complications commencent à apparaître le plus souvent 20 à 30 ans après

le début du tabagisme mais le tabagisme peut également avoir des effets à court terme en particulier sur le plan cardiovasculaire.

Dans la population masculine, la proportion de fumeurs réguliers a baissé depuis les années 60, passant de 45 % à 35 % aujourd'hui. En revanche, dans la population féminine, la proportion de fumeuses régulières a augmenté, passant de 10 à 27 %. La différence de comportement vis-à-vis du tabac entre les hommes et les femmes s'est donc fortement atténuée.

Les femmes sont actuellement moins touchées que les hommes, car ces dernières, âgées de 70 ans aujourd'hui, sont peu nombreuses à avoir fumé. En revanche, le nombre de décès féminins par cancer du poumon devrait augmenter dans les années à venir. En 2025, il devrait égaler le nombre de décès par cancer du sein.



**EN ATTENTE VISUEL**

CONVENTION-CADRE  
DE L'OMS POUR LA LUTTE  
**ANTITABAC**



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

# > Présentation de l'Alliance Contre le Tabac



L'Alliance Contre le Tabac, coalition créée par six ONG à la suite de la promulgation de la Loi Évin, regroupe aujourd'hui une trentaine d'ONG intervenant dans le contrôle du tabac.

Ce regroupement au sein de l'Alliance laisse à chaque ONG la disposition de sa propre politique, mais toutes partagent un même objectif, le contrôle du tabac et la promotion de la santé publique.

Ainsi, l'Alliance rassemble en son sein diverses ONG et personnalités menant une politique engagée de contrôle du tabac, qui, à l'occasion d'événements mobilisateurs, constituent un groupe de pression pour renforcer leurs actions. La réunion des ONG facilite les échanges et les expertises sur le sol métropolitain, et leur permet également d'avoir une connaissance et une vue d'ensemble des stratégies de politiques nationales, européennes et mondiales en matière de contrôle du tabac.

**Statutairement, l'Alliance a pour mission de :**

- > Développer et coordonner une action associative commune de lobbying anti-tabac ;
- > Mettre en place une coordination structurée des actions associatives pour assurer une cohérence et une efficacité optimale des initiatives ;
- > Entretenir un flux régulier d'informations relatives au contrôle du tabac tant au niveau national qu'international ;
- > Soutenir le développement d'alliances régionales ou départementales ;
- > Soutenir et contribuer directement et régulièrement à la réflexion, à l'action publique et aux initiatives internationales, dont la mise en place et l'application de la Convention-Cadre pour la Lutte Anti-Tabac de l'OMS et de la législation européenne ;
- > Participer à l'organisation des grands rendez-vous sur le contrôle du tabac.

# > Les membres de l'Alliance

## > **AALT**

Association des Acteurs Lorrains  
en Tabacologie  
[n.wirth@chu-nancy.fr](mailto:n.wirth@chu-nancy.fr)

## > **AAVT**

Association d'Aide aux Victimes  
du Tabagisme  
[www.asso-victimes-tabac.com/](http://www.asso-victimes-tabac.com/)

## > **ACTIF**

Alliance Contre le Tabac  
en Île-de-France  
[www.festif.org](http://www.festif.org)

## > **AIRBN**

Association Interdisciplinaire de  
Recherche sur le Tabagisme  
en Basse-Normandie  
[beatricelm@wanadoo.fr](mailto:beatricelm@wanadoo.fr)

## > **APPRI**

Association Périnatalité Prévention  
Recherche Information  
[www.appri.asso.fr](http://www.appri.asso.fr)

## > **ANSFT**

Association Nationale  
des Sages-Femmes Tabacologues  
[ansft@hotmail.com](mailto:ansft@hotmail.com)

## > **ARC**

Association pour la Recherche  
sur le Cancer  
[www.arc.asso.fr](http://www.arc.asso.fr)

## > **CST**

Capitole Stop Tabac  
[FMC.31@wanadoo.fr](mailto:FMC.31@wanadoo.fr)

## > **CESPHARM**

Comité d'Éducation Sanitaire et  
sociale de la Pharmacie Française  
[www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr)

## > **CLATAM**

Coordination de Lutte Anti-Tabac  
Azur Méditerranée  
[phehrueff@hotmail.com](mailto:phehrueff@hotmail.com)

## > **CNMR**

Comité National contre les Maladies  
Respiratoires  
[www.lesouffle.org](http://www.lesouffle.org)

## > **CNCT**

Comité National contre le Tabagisme  
[www.cnct.org](http://www.cnct.org)

## > **DNF**

Les Droits des Non-Fumeurs  
[www.dnf.asso.fr](http://www.dnf.asso.fr)

## > **ECLAT**

Espace de Concertation et de Liaison  
Addictions Tabagisme  
[eclat.lille@wanadoo.fr](mailto:eclat.lille@wanadoo.fr)

## > **FFC**

Fédération Française de Cardiologie  
[www.fedecardio.com/](http://www.fedecardio.com/)

## > **FFOM**

Fédération Française des Oncologues  
Médicaux  
[http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/FSM/  
SpecialitesMedicales/AuclercFFOM.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/FSM/SpecialitesMedicales/AuclercFFOM.html)

## > **FRACTAL**

France Réseau des Acteurs  
en Tabacologie Ligériens  
[www.tabacofractal.com](http://www.tabacofractal.com)

> **IRAAT**

Institut Rhône Alpes Auvergne  
de tabacologie  
[irataa-lyon@orange.fr](mailto:irataa-lyon@orange.fr)

> **LNCC**

Ligue nationale contre le cancer  
[www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)

> **LVS**

Ligue Vie & Santé  
[www.chez.com/lvsnet/](http://www.chez.com/lvsnet/)

> **MVST**

Mieux vivre sans tabac  
<http://mvst.free.fr/>

> **MNH**

Mutuelle Nationale des Hospitaliers  
[www.mnh.fr](http://www.mnh.fr)

> **OFT**

Office Français de Prévention du Tabagisme  
[www.oft-asso.fr](http://www.oft-asso.fr)

> **OSSAF**

Observatoire Sanitaire et Social  
des Activités Festives  
[www.ossaf.org](http://www.ossaf.org)

> **PST**

Paris Sans Tabac  
[http://tabac-net.aphp.fr/tab-connaître/  
tc-association/tca-homepage.PST.html](http://tabac-net.aphp.fr/tab-connaître/tc-association/tca-homepage.PST.html)

> **RHST**

Réseau Hôpital Sans Tabac  
[www.hopitalsanstabac.org/](http://www.hopitalsanstabac.org/)

> **SFSP**

Société Française de Santé Publique  
[www.sfsp.fr/](http://www.sfsp.fr/)

> **ST**

Société de Tabacologie  
[tabacologie.globalink.org/](http://tabacologie.globalink.org/)

> **TL**

Tabac & Liberté  
[www.tabac-liberté.com](http://www.tabac-liberté.com)

## Membres associés

> **Pr Maurice Tubiana**

Président d'honneur de l'Alliance  
Contre le Tabac  
[maurice.tubiana@biomedicale.  
univ-paris5.fr](mailto:maurice.tubiana@biomedicale.univ-paris5.fr)

> **Pr Gérard Dubois**

Président de l'Alliance Contre le Tabac  
[dubois.gerard@chu-amiens.fr](mailto:dubois.gerard@chu-amiens.fr)

> **M. Jacques Le Houezec**

Administrateur de l'Alliance Contre  
le Tabac  
[jacques.lehouezec@amzer-glas.com](mailto:jacques.lehouezec@amzer-glas.com)

## Institutions associées

> **AP-HP**

Assistance Publique–Hôpitaux de Paris  
<http://www.aphp.fr>

> **INPES**

Institut National de Prévention  
et d'Éducation pour la Santé  
<http://www.inpes.santé.fr>

## > AUTEURS

### > Alliance Contre le Tabac

14, rue Corvisart - 75013 Paris  
Téléphone : + 33 (0)1 43 37 91 51

Clémence Cagnat-Lardeau  
et le Pr Yves Martinet

*Courriels :*

ccagnat@alliancecontreletabac.fr  
y.martinet@chu-nancy.fr

### > CNCT

Comité National Contre le Tabagisme  
119, rue des Pyrénées - 75020 Paris  
Téléphone : + 33 (0)1 55 78 85 10

Emmanuelle Béguinot  
et Hélène Tournade

*Courriels :*

emmanuelle.beguinot@wanadoo.fr  
helene.tournade@cnct.fr

### > DNF

Les Droits des Non-Fumeurs  
5, passage Thiéré - 75011 Paris  
Téléphone : + 33 (0)1 42 77 06 56

Maria Alejandra Cardenas

*Courriel :*

france@dnf.asso.fr

### > LNCC

Ligue Nationale Contre le Cancer  
14, rue Corvisart - 75013 Paris  
Téléphone : + 33 (0)1 53 55 24 46

Céline Buhler  
et Capucine de Bérard

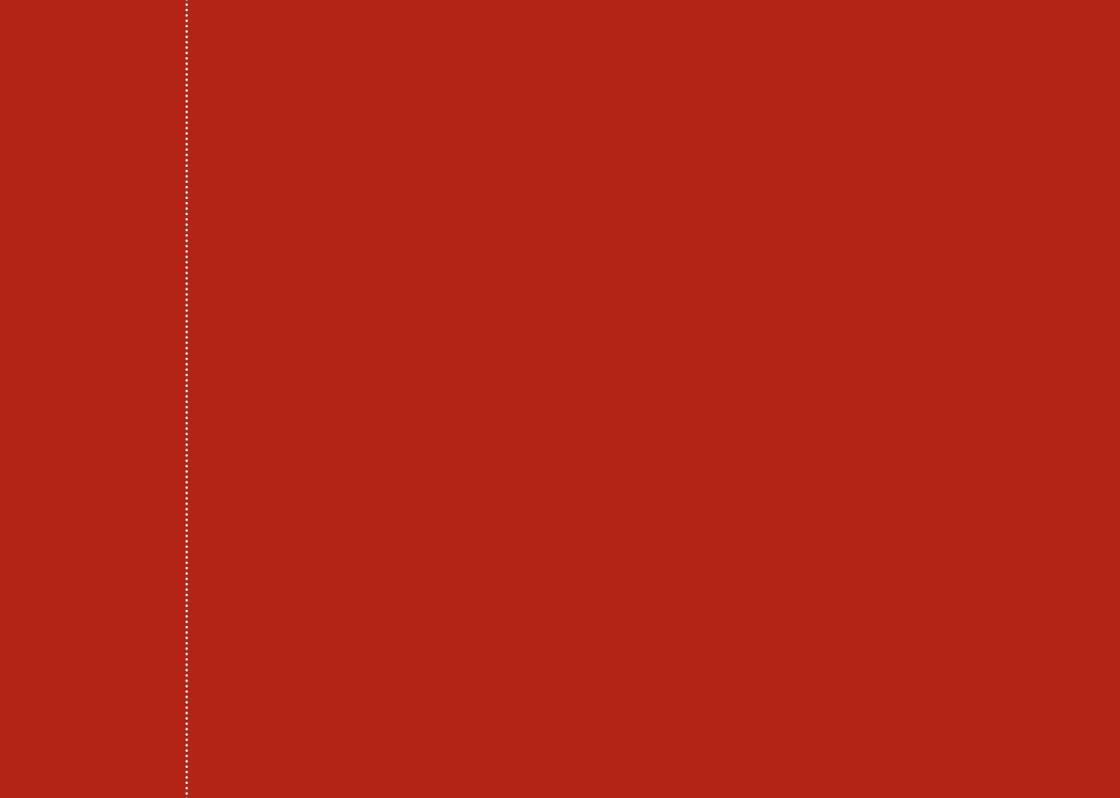
*Courriels :*

buhlerc@ligue-cancer.net  
capucine.lantadeberard@gmail.com

Avec l'aimable contribution de :

- **Maître Christophe BASS**, Cabinet Alain Molla, Avocats associés, Barreaux d'Aix-en-Provence et de Marseille
- **Professeur Bertrand Dautzenberg**, Office Français de prévention du Tabagisme (OFT)
- **Professeur Daniel Thomas**, Fédération Française de Cardiologie (FFC)
- **Mme Catherine Hill**, Épidémiologiste à l'Institut Gustave-Roussy, auteur avec Agnès Laplanche de l'ouvrage "Le tabac en France, les vrais chiffres", La documentation française, 2004.

*Nous remercions M. Gérard Audureau (DNF) et ... pour leur relecture.*



- Alliance Contre le Tabac en Ile-de-France • Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie (AALT) • Association d'Aide aux Victimes du Tabagisme (AAVT) • Association Interdisciplinaire de Recherche sur le Tabagisme en Basse-Normandie (AIRBN) • Association Nationale des Sages-femmes Tabacologues • Association Périnatalité Prévention Recherche Information (APPRi) • Association pour la Recherche sur le Cancer (ARC) • Capitale Stop/Tabac • Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française (CESPHARM) • Comité National contre les Maladies Respiratoires (CNMR) • Comité National Contre le Tabagisme (CNCCT) • Coordination de Lutte Anti-Tabac Azur Méditerranéenne (CLATAM)



- Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme (ECLA) • Fédération Française de Cardiologie (FFC) • Fédération Française des Oncologues Médicaux (FFOM) • France Réseau des Acteurs en Tabacologie Ligérien (FRACAL) • Institut Rhône-Alpes-Auvergne de Tabacologie (IRAT) • Les Droits des Non-Fumeurs (DNF) • Ligue Nationale Contre le Cancer (LNCC) • Ligue Vie & Santé • Mieux Vivre sans Tabac • Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) • Observatoire Sanitaire et Social des Activités Festives (OSSAF) • Office Français de Prévention du Tabagisme (OFT) • Paris Sans Tabac (PST) • Réseau Hospital Sans Tabac (RHSTA) • Société Française de Santé Publique (SFSP) • Société Française de Tabacologie • Tabac & Liberté



14, rue Corvisart - 75013 Paris

[www.alliancecontreletabac.fr](http://www.alliancecontreletabac.fr)

vialité, voire d'hédonisme. Elle a aussi beaucoup "travaillé" les professionnels des CHRDC, dans le but d'alimenter chez eux des craintes infondées et de les mobiliser contre toute politique de protection contre le tabagisme.

Mais en réponse à leurs manifestations, et autres interventions dans les médias, les ONG ont eu recours aux données économiques et aux déclarations d'autres professionnels favorables à la mesure grâce à un partenariat mis en place entre la santé publique et ce secteur d'activité.